

用^[6]。新生儿产热机制与成人不同,棕色脂肪组织

表 1 暖箱中新生儿不同部位体温比较($n_1=42; \bar{x} \pm s$)

测量部位	体温(℃)	F	P	MS _{组内}
腋温	36.795 2 ± 0.156 9 Δ^*			
背温	36.909 5 ± 0.153 1			
腰温	36.966 7 ± 0.208 9	6.89	<0.01	0.030 5
臀温	36.819 0 ± 0.185 2 Δ^*			
肛温	36.838 1 ± 0.163 1 **			

q 检验:与腰温比较 $^{**}P < 0.01$;与背温比较 $\Delta P < 0.05$

是产热的重要部位,位于肩胛间区、颈部、腋窝、胸腹部大血管及肾上腺周围神经末梢及血流供应丰富处。新生儿血流的分布也多集中于躯干、内脏,形成中心保暖系统^[7]。如何方便有效的测试暖箱中新生儿体温一直是儿科护理人员探讨的问题。暖箱中新生儿无包裹,测试颈温、腋温需扶持,费时、费力已得到大家公认;肛温接近机体的中心温度,但测量时须逐个打开尿裤,且要专人守护^[8],体温表水银端须润滑,测后要清除粪便污染,严格消毒,另外也增加患儿不适感,偶尔可致肠穿孔,所以一般情况下不采用,除非在休克和低体温时应用;背温相对而言较方便,但在临床上,为了防止暖箱中新生儿喂奶后呕吐、反流、误吸,通常要抬高床头 $20^\circ \sim 30^\circ$,此体位在测量背温时会导致体温表不易固定、滑落,因此要求测背温时先要摇平暖箱床垫,这也大大增加了护理工作量^[4],并且摇平床垫,测试时放取体温表需翻动患者,这对需抬高床头、避免搬动的患者如颅内出血患者则不可采用;新生儿沐浴后平均体温下降 0.2°C ^[9],观察中我们发现,在清洗臀部后测试臀温,臀温低于肛温 $0.5 \sim 0.8^\circ \text{C}$,这大大影响结果的准确性;耳温测试需使用红外耳温计,受条件限制^[7,10]。新生儿腰部靠近腹主动脉,临近腹腔内脏,从解剖特点看,腰温可以代表体核温度;测试腰温时

应利用新生儿身体重力作用压紧体温表,使水银端与身体紧贴,不会滑脱,即使体温表有移位也能及时发现。暖箱内温度相对较高,使新生儿体表温度更接近中心温度,目前使用的暖箱普遍采用强制对流方式,空气是通过气体过滤装置并经过加温,然后在涡轮的作用下将气体送入暖箱内,暖箱内温度是均衡的,不会因此而影响测试腰温的准确性。测试腰温无需改变体位,不要扶持,也不要更换尿布,不受尿布潮湿的影响,无需润滑,简单、方便、安全。暖箱中新生儿腰温与背温之间差异无显著性,腰温测试操作简单,方便,可行,可取代背温测量,但因其高于肛温约 0.13°C ,在判断结果时要把此因素考虑进去。

[参 考 文 献]

- [1] 蔡红,赵来珍.两种不同方法对新生儿体温测试的比较[J].护士进修杂志,2003,18(10):943.
- [2] 殷磊.护理学基础[M].北京:人民卫生出版社,2002:250-251.
- [3] 张晓静,洪黛玲,卢洁.新生儿背部肩胛间体温与腋温关系的探讨[J].护士进修杂志,2003,18(7):594-596.
- [4] 王燕.暖箱中早产儿臀部皮肤温度测量的临床研究[J].临床护理杂志,2006,5(5):4-5.
- [5] 江秀敏,池秀容,郭胜斌.新生儿直肠内测温时间的临床研究[J].中华护理杂志,2000,35(5):271-272.
- [6] 林峰,黄小飞,饶高峰,等.新生儿体温及其变异因素的临床研究[J].临床儿科杂志,2005,23(9):635-637.
- [7] 于翠香,刘耐荣,黄锦丽.新生儿背温与腋温值的观察[J].护理研究,2002,16(2):69-70.
- [8] 黄小斐,林峰,张世凡,等.新生儿体温不同测试方法的研究分析[J].护士进修杂志,2006,21(5):454-455.
- [9] Takayama JI, Teng W, Uyemoto J, et al. Body temperature of newborns: what is normal? [J]. Clin Pediatr (Phila), 2000, 39(9):503-510.
- [10] Childs C, Harrison R, Hodgkinson C. Tympanic membrane temperature as a measure of core temperature [J]. Arch Dis Child, 1999, 80(3):262-266.

[文章编号] 1000-2200(2008)05-0611-02

· 护理医学 ·

新式剖宫产 563 例术后护理体会

陈伟华

[关键词] 剖宫产术;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 719.8 [文献标识码] B

对需要剖宫产的孕妇,采用何种方式提高手术质量,减少创伤,减轻疼痛,促进产妇产后康复,提高母乳喂养率是医

护人员一直探讨的问题^[1]。新式剖宫术由于手术时间短,术中出血少,对肠管刺激小,胃肠功能恢复快,能及时进食,已在临床广泛应用,现就其护理体会作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 2001 年 6 月~2006 年 6 月,我科共收足月

[收稿日期] 2007-10-09

[作者单位] 安徽省滁州市第五人民医院 妇产科,239000

[作者简介] 陈伟华(1965-),女,主管护师。

分娩产妇3 643例,实施剖宫产563例,剖宫产率15.5%,均符合手术特征。产妇年龄22~37岁,其中初产妇501例,经产妇62例。

1.2 手术方法 采用以色列 Stark 医师的方法,即在耻骨联合上腹壁皱褶处作横切口,术中钝性分离各层组织,使走行间的血管神经借助本身弹性完整保留下来。

1.3 结果 563例新式剖宫产产妇术后6 h自然排尿率98.33%;排气时间为(38.31±11.26)h,术后1天有乳汁者535例,术后2天能满足新生儿需要者530例,术后3天均能满足新生儿需要。

2 护理

2.1 即时护理 产妇回病房后立即了解手术经过,根据麻醉种类选择合适体位,硬膜外麻醉应去枕平卧6 h。随即测血压、呼吸、脉搏、体温并记录。观察输液是否通畅,有无渗漏。观察切口敷料有无污染,覆盖是否良好,接好无菌尿袋。

2.2 心理护理 术后产妇心理比较脆弱,心态各不相同,担心的事情也不一样,如术后是否疼痛,新生儿是否健康,性别是否符合家人的期望,以及手术费用等。护理人员在做即时护理时就要与产妇交流,细心观察,根据不同心理做好疏导工作,并请家属配合,让产妇轻松地度过术后恢复的阶段。

2.3 母婴接触 术后一般情况良好、神志清醒的产妇,护士在做好即时护理后立即协助母乳喂养,以免错过婴儿吮吸反射的最佳时机。协助母亲第一次哺乳,最大限度地让婴儿含接方式正确,达到有效吮吸的效果。以刺激垂体催产素的分泌,减少产后出血,同时也促进泌乳素的分泌,提高纯母乳喂养成功率。术后1~2天吮吸次数要达到10次以上,做到母婴同室,95%纯母乳喂养成功。即做到早接触、早吮吸、早哺乳。

2.4 观察阴道流血及子宫复旧情况 术后2 h内,注意宫底高度,每30 min按压1次子宫,2~6 h内每小时按压1次,观察子宫收缩并记录出血量,如遇出血较多或子宫收缩不良者,及时报告医师,给予护理。术后宫缩痛严重时,给以热水袋热敷,山楂、红糖煎服,给予中药生化汤或镇痛药。每日观察恶露性质,有无臭味,勤换会阴垫,外阴保持清洁卫生,每日消毒液擦洗外阴2~3次,连续3天,保持会阴部清洁。

2.5 饮食护理 产妇术后不禁食,6 h后喝萝卜汤,6 h后可逐渐增加饮食物,饮食禁牛奶及含糖食物等。可以进食高热量、高蛋白、高矿物质、低脂类饮食,如黑鱼汤、猪蹄汤等。术后早进食,一方面能补充产妇手术中的消耗,给产妇提供充足的营养,促进乳汁分泌和切口愈合;另一方面逐渐促进肠蠕动,加快肠内容的排出^[1]。

2.6 预防尿潴留 术后应将留置尿管每1 h开放1次,在补液剩余500 ml时(一般为6~8 h),放出尿液,同时将导尿管拔除^[2]。拔除尿管后,用温开水清洗外阴,协助产妇输液结束,立即使用便盆自行排尿,本组自然排尿率达98.37%,少数

排尿不畅用2支开塞露纳肛,静卧20 min,30 min后一般能自解小便,这是通过盆底神经丛的反射作用。

2.7 镇痛护理 耐心讲解,教会患者如何区分切口疼痛和生理性的宫缩痛,告之生理疼痛的原因、程度、持续时间、个体差异、作用等。教会患者正确评估疼痛的程度,分散和转移对疼痛的注意。其方法有:深呼吸;播放一些轻松优美的音乐;采用一些催眠疗法、暗示疗法;鼓励丈夫给予关心,丈夫提供的支持可唤起产妇积极的反应;新式剖宫产不需常规镇痛,手术时间短,麻药用量相应减少,对产妇的应激作用小,术后疼痛轻,若不是痛阈值特别低的人均能忍受,不会引起过分的身心反应。告诉患者尽可能减少对镇痛药的需求,并介绍用药后的反应及副作用。这样就避免了镇痛泵带来的副作用和置管并发症^[3]。

2.8 健康指导 教育患者术后加强自身锻炼,注意营养、饮食、休息等。宣传母乳喂养的优点和技巧,婴儿洗澡及抚触的方法,帮助掌握科学育儿的知识等。手术结束麻醉清醒后,即对产妇和陪护家属进行术后指导。讲解术后早期下床活动的重要性并进行具体指导,术后活动的方式以下床活动、坐床边、绕床活动等方式为主,活动时间选择在每天输液前后进行,每次15~20 min,每天2~3次。不习惯床上排尿的产妇鼓励并协助其下床排尿。鼓励产妇尽早参加到对婴儿的照顾中,早日进入母亲的角色。

3 讨论

新式剖宫产开腹时对皮下脂肪采取撕拉的方式,使走行于其中的血管、神经借助自身的弹性完整地保留下来,既减少出血,也减少因结扎血管或电凝止血造成的局部组织缺血,大大缩短从开腹到胎儿娩出的时间,适宜于紧急情况下的剖宫产。关腹时不缝合腹膜,仅连续缝合筋膜,皮肤行皮内连续缝合,这样缝合不仅简单、省时,而且利于愈合,减少瘢痕形成。由于手术时间短,术中肠管刺激小,产妇离床活动早,胃肠功能恢复快,产妇食欲良好,精神愉快,乳汁分泌旺盛,从而有利于母乳喂养。新式剖宫产手术瘢痕不明显,不影响体表美观,对产妇的心理影响小,易于接受。同时由于该手术不需拆线,故住院时间短(5天),可降低医疗费用。新式剖宫产术是一种改进的剖宫产术,对保证母婴健康起到一定的作用,而良好的护理措施则是手术顺利和术后康复的重要保证。本组经笔者积极护理,产妇术后恢复快,母乳喂养成功率高。

[参 考 文 献]

- [1] 张广兰,曹小芳.新式与传统式剖宫产术后护理观察比较[J].蚌埠医学院学报,2004,29(3):275-276.
- [2] 仲月霞,刘喜文,宋德根,等.急危重病患者胃肠功能衰竭的护理[J].中华护理杂志,2000,35(2):80-82.
- [3] 张锦琼.新观念剖宫产的护理[J].华夏医学,2000,13(5):637-638.