

要求远远超过对其他方面的需求。

同样,前10位家庭康复需求未满足的项目中,以康复信息、他人支持和功能训练指导为主,提示了患者对康复需求最高百分率的项目,同时也是康复需求未满足百分率高项目。从需要康复信息排第二,行走训练和关节功能训练分别排第三和第四位,而“需要医务人员的帮助”位于家庭康复需求未满足的第一位的结果说明,患者认为术后能重新恢复行走是他们最迫切的需求,如何处理术后并发症带来的问题是他们关心的重点。提示老年股骨颈骨折术后缺乏的正是系统的、专业的康复指导,缺乏来自医务人员的帮助和支持。此现状国内已有相关报道<sup>[4]</sup>。

**3.5 对护理工作的启示** 老年股骨颈骨折患者术后睡眠质量的好坏是反映家庭康复的敏感指标,可反映患者生理、心理等方面存在的问题,今后可对影响睡眠的因素作进一步的探讨;康复需求满足程度对康复有影响,医护人员应根据患者的手术方式、术后不同的阶段和不同的康复需求,针对性地制定患者的出院健康教育和功能康复计划;社区工作人员应根据患者的需要,提供相应的社区服务项目和社

区康复指导;同住者和主观支持对老年人的家庭康复起重要的作用,医务人员应提醒患者及家属术后3个月是行走功能康复的重要阶段,帮助患者充分利用社会各方面所给予的精神上和物质上的帮助和支援,获取高水平的社会支持;抑郁症状明显阻碍功能康复,要加强心理护理,避免抑郁的发生和加重。

#### [参考文献]

- [1] 梁雨田.人工股骨头置换术在老年患者股骨粗隆间骨折中的应用[J].解放军保健医学杂志,2005,7(1):13-14.
- [2] 黄俭强,陈琪尔,舒小芳.社区老年人生存质量与社会支持的相关性研究[J].中国行为医学科学,2005,14(8):725-726.
- [3] 孙玉枝,寇玉坤,杨利军.812例社区老年人日常生活能力、家庭功能及其相关因素调查[J].中国全科医学,2004,7(13):974-976.
- [4] 田君叶,刘均娥,穆红.骨科住院病人健康教育需求的调查分析[J].中华护理杂志,2007,42(4):377-379.
- [5] 马惠敏,井永敏,张义敏,等.创伤骨科患者家庭护理需求调查与分析[J].中国实用护理杂志,2004,20(5):3-4.
- [6] 韩钱芝,陈伟春,刘佳,等.社区老年人心理健康状况调查分析[J].公共卫生与预防医学,2007,18(1):43-46.
- [7] 陈梅.老年股骨颈骨折患者院后家庭访视与康复指导[J].中华护理杂志,2003,38(9):683-685.

[文章编号] 1000-2200(2010)08-0856-03

· 护理学 ·

## 腰硬联合麻醉分娩镇痛术后不良反应的观察及护理

黄 蕙, 桂 芳

**[摘要]** 目的:探讨腰硬联合麻醉(combined spinal-epidural anesthesia, CSEA)分娩镇痛术后的不良反应及有效的护理措施。方法:采用CSEA分娩镇痛的产妇130例为观察组,无分娩镇痛的产妇130例为对照组。观察两组产妇术后会阴切口疼痛情况及尿潴留和低血压的发生率。结果:观察组产妇术后会阴切口疼痛、尿潴留和低血压的发生率均高于对照组( $P < 0.01$ )。结论:CSEA分娩镇痛存在不足之处,临床上应加强术后观察,积极采取有效的护理措施,防止和减少因分娩镇痛引起的不良反应。

**[关键词]** 分娩;镇痛;产科;不良反应;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 714.3 [文献标识码] A

腰硬联合麻醉(combined spinal-epidural anesthesia, CSEA)分娩镇痛(无痛分娩),是目前运用最广泛、效果比较理想的一种分娩方式,减轻了产妇分娩过程中的恐惧及疼痛,降低了剖宫产率。我科于2008年12月开始应用无痛分娩,深受广大产妇及家属的欢迎,但在术后的护理中发现,无痛分娩与正常分娩相比,产妇会阴切口疼痛加剧,尿潴留和低血压发生率较高。现将临床观察及护理体会作一报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2008年12月至2009年2月在我科住院分娩的足月妊娠、初产、单胎、头位、无合并症、无阴道分娩及麻醉禁忌证,年龄22~35岁,孕周37~41<sup>+6</sup>周,自愿要求分娩镇痛前提下再经严格筛选的130例产妇作为观察组,随机抽取同等条件无分娩镇痛的130例产妇为对照组。两组产妇的年龄、孕周、产后出血量等均具可比性。

**1.2 方法** 观察组产妇产程进入活跃期,子宫口开达3 cm时,左侧卧位,经L<sub>2-3</sub>或L<sub>3-4</sub>椎间隙行硬膜外穿刺成功后,通过硬膜外穿刺针置入25 G腰穿针行蛛网膜下腔穿刺,鞘内注入0.2%罗哌卡因

[收稿日期] 2009-12-01

[作者单位] 安徽省铜陵市妇幼保健院 妇产科,244000

[作者简介] 黄 蕙(1966-),女,主管护师。

1.5 ml,取出腰穿针头,向头端置入硬膜外导管 3~4 cm,孕妇取平卧位,调整麻醉平面在 T<sub>10</sub> 以下,接微量泵持续注入镇痛药液(0.2% 罗哌卡因 9.6 ml + 芬太尼 70 ml)5 ml/h,分娩结束拔管即可。在进行麻醉的同时,建立静脉通道输液,持续心电监护及电子胎心监护。对照组除不给予麻醉处理外,其余同观察组。观察两组产妇术后切口疼痛程度、尿潴留和低血压的发生率。

### 1.3 判定标准

1.3.1 疼痛判定标准<sup>[1]</sup> I 级:无痛或稍感不适,活动自如,无汗或微汗。II 级:轻度疼痛可以忍受,出微汗。III 级:中度疼痛,难以忍受,辗转不安,合作欠佳,出汗伴肢冷。IV 级:重度疼痛,不能忍受,叫嚷不安,出汗伴肢冷。

1.3.2 尿潴留的诊断 产后 6 h 内未能顺利排尿,采用诱导排尿、针刺穴位等方法仍无效,肌内注射新斯的明 30 min 后仍未能自解小便者,在无菌操作下留置导尿,并诊断为产后尿潴留。

### 1.4 护理

1.4.1 切口疼痛 勤洗会阴,勤换会阴垫,保持会阴部的清洁干燥;会阴水肿时,给予 50% 硫酸镁外敷,必要时行会阴切口理疗;切口疼痛剧烈者,可用镇痛剂,促进切口愈合。

1.4.2 尿潴留 术后鼓励产妇多喝水,督促产妇应于产后 6 h 内排尿;对会阴切口疼痛不愿或不敢排尿的产妇,做好心理护理,解除思想顾虑,协助其排尿;对尿意不明显,膀胱内已经充满尿液的产妇,给予热敷按摩膀胱底部、听流水声等方法诱尿。经上述处理无效者,可肌肉注射新斯的明 1 mg,30 min 后仍未能自解小便者,在无菌操作下留置导尿。

1.4.3 低血压 产后 24 h 内一般不鼓励产妇下床行走,根据情况适当床边活动,但注意缓慢适应地转变体位。床旁解尿时,分步骤下床,如可以先半卧位 5~10 min,然后改坐位并使双腿床边下垂适应片刻后下床,以防体位性低血压的发生;直立时应注意检查产妇产下运动能力,产妇行走应有人陪伴,以免因头晕而摔倒;低血压一旦发生立即平卧位,供氧;对麻醉所致的外周血管扩张而引起的血压下降,主要采用扩容和血管收缩药,麻醉前首先开放上肢静脉,快速输入 500 ml 液体,增加血容量;若收缩压小于基础值的 30% 或低于 90 mmHg 时,应静脉注射麻黄碱 15~20 mg<sup>[2]</sup>,以收缩血管,维持血压。

1.5 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验和秩和检验。

## 2 结果

观察组产妇术后切口疼痛的程度、尿潴留和低血压发生率均高于对照组( $P < 0.01$ ) (见表 1~3)。

表 1 两组产妇术后切口疼痛程度比较(n)

分组	n	I 级	II 级	III 级	IV 级	$u_c$	P
观察组	130	0	22	96	12		
对照组	130	115	15	0	0	14.62	<0.01
合计	260	115	37	96	12		

表 2 两组产妇术后尿潴留发生率比较(n)

分组	n	尿潴留	无尿潴留	尿潴留发生率(%)	$\chi^2$	P
观察组	130	43	87	33.1		
对照组	130	16	114	12.3	15.98	<0.01
合计	260	59	201	22.7		

表 3 两组产妇术后低血压发生率比较(n)

分组	n	低血压	无低血压	低血压发生率(%)	$\chi^2$	P
观察组	130	29	101	22.3		
对照组	130	13	117	10.0	7.27	<0.01
合计	260	42	218	16.2		

## 3 讨论

本文观察组会阴切口疼痛加剧,主要是因为麻醉减轻了分娩过程中的子宫收缩痛及会阴切口缝合痛,术后 2 h 回到病房,麻醉镇痛作用逐渐消失,产妇对会阴切口疼痛的敏感性增加;正常分娩经历了分娩过程中剧烈的子宫收缩痛和会阴切口缝合痛,产妇对术后疼痛的敏感性降低,切口疼痛感觉反而减轻。

观察组尿潴留发生率增高的原因,主要是分娩过程中膀胱受压所致的黏膜水肿充血、肌张力降低;术后会阴切口疼痛,产妇不愿意或不敢排尿;支配膀胱的副交感神经很细,对麻醉药很敏感,阻滞恢复较晚<sup>[3]</sup>,影响了排尿反射初级中枢,使膀胱逼尿肌和内括约肌暂时失去功能,干扰了生理性排尿功能,即使膀胱内充满尿液,尿意仍不明显,时间长,容易产生排尿困难,从而增加尿潴留的发生率。有文献<sup>[4]</sup>报道由于镇痛药物有抑制膀胱逼尿肌的收缩作用等原因,而导致 6%~53% 的产妇出现尿潴留。

观察组血压下降发生率增高主要是由于椎管内麻醉阻滞了腰以下的感觉运动及交感神经,小动脉扩张肌松弛,毛细血管及小静脉舒张,致腹部及下肢静脉扩张,血液存留于腹部及下肢,血管血容量增加。麻醉区域血管扩张,回心血量减少,心排血量降低,导致血压下降<sup>[3]</sup>。周围血管舒展所致的直立性低血压是所有麻醉药的副作用<sup>[5]</sup>。

由此可见,实行 CSEA 分娩镇痛并非绝对安全,须认真做好分娩镇痛的宣教工作,合理选择适应证,

选择适宜的时机,调节好镇痛药物的浓度。实行过程中必须由有经验的医护人员专门看护,认真仔细地观察病情,早期识别不良反应、及时处理,并予以科学、正确的护理。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 蒋琦.可行走无痛分娩的临床观察[J].河南科技大学学报,2008,26(2):127-128.  
[2] 苗茜,崔东风,刘跃民.不同浓度芬太尼配伍罗哌卡因用于剖

宫产术后镇痛效应的临床观察[J].第三军医大学学报,2008,30(10):990-991.

- [3] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].6版,北京:人民卫生出版社,2003:104.  
[4] 韩善芹,韩继霞.自控镇痛致尿潴留病人拔尿管时机护理观察[J].护理实践与研究,2009,6(1):78-79.  
[5] 临床产科学编委会.临床产科学[M].天津:天津科学技术出版社,1994:617.

[文章编号] 1000-2200(2010)08-0858-02

· 护理学 ·

## 颅脑损伤气管切开术后气道湿化效果观察及护理

金翠敏,戴如玲

**[摘要]**目的:比较2种不同气道湿化方法对颅脑损伤气管切开术后呼吸道感染发生的影响。方法:将颅脑损伤气管切开术后的60例患者随机分为2组,对照组30例使用单纯滴药法湿化气道,观察组30例使用滴药、雾化交替法湿化气道。比较2种方法湿化气道的不同疗效。结果:观察组体温控制、PaO<sub>2</sub>升高、痰液量减少、痰培养及胸部X线片结果显著优于对照组( $P < 0.05$ );气管切开术后呼吸道感染发生率显著低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:颅脑损伤气管切开术后采用滴药、雾化交替法比单纯滴药法更有利于患者痰液的排出,可提高PaO<sub>2</sub>,有效预防呼吸道感染的发生,保障气道安全。

**[关键词]** 颅脑损伤;气管切开术;呼吸道感染;气道湿化

**[中国图书资料分类法分类号]** R 651.15 **[文献标识码]** A

颅脑损伤后昏迷患者咳嗽和吞咽反射减弱,口腔及呼吸道分泌物增多。如果不及时清除极易发生误吸或坠积性肺炎,进而加重脑缺氧乃至死亡<sup>[1]</sup>。因此,临床上常常为这些患者实施气管切开术。但是由于气管切开后,丧失了呼吸道对吸入气体的加温、加湿作用,吸入干燥气体使呼吸道水分大量丢失,造成呼吸道黏液清除能力下降,分泌物黏稠及分泌物积聚,甚至造成肺不张、气道阻塞<sup>[2]</sup>。气道湿化是人工气道管理的主要环节,其效果直接影响人工气道护理的质量。2007~2009年,我们对颅脑损伤气管切开术后患者实施滴药、雾化交替法湿化气道,在预防和减少呼吸道感染方面收到良好效果,现作报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 我院急救中心和神经外科收治的颅脑损伤患者60例,男43例,女17例;年龄16~57岁。格拉斯哥昏迷评分(GCS)4~10分。纳入标准:明确头部外伤史并且CT显示明显颅脑损伤。其中脑挫裂伤16例,颅内血肿40例,脑干损伤4例。采用前瞻性随机抽样方法,分为观察组和对

照组,每组30例。2组患者既往健康、无呼吸道感染病史、营养状况良好。入院后抗生素应用情况具有可比性。

#### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 采用单纯滴药法,即每小时从气管套管口滴入湿化液(无菌蒸馏水)10 ml。

**1.2.2 观察组** 采用滴药、雾化交替法,即前3 h每小时从气管套管口滴入湿化液10 ml,第4 h行超声雾化吸入1次,时间为20 min。雾化液的配制:无菌蒸馏水40 ml +  $\alpha$ 糜蛋白酶4 000 u + 庆大霉素8万u。第5 h再从气管套管口滴入湿化液10 ml,依次类推,交替进行。

**1.3 呼吸道感染的诊断标准** (1)体温 $>37.5$  °C; (2)呼吸道有脓痰且痰液量增多; (3)痰培养呈阳性,胸部X线片出现持续性浸润; (4)动脉血氧分压(PaO<sub>2</sub>)下降 $>15\%$ 超过48 h。

**1.4 实验条件** 室温20~22 °C,相对湿度60%~80%。实施保护性隔离,统一使用10号气管套管;雾化器的雾量旋钮调至5档;一次性吸痰管外径不超过插管内径的一半。

**1.5 护理措施** 气管切开术后的护理:(1)将患者床头抬高30°~45°,加强基础护理,包括每天口腔护理2次,会阴护理2次。(2)妥善固定套管以防脱管,套管采用双带法固定,松紧以能塞一手指为

[收稿日期] 2009-12-22

[作者单位] 安徽省明光市人民医院 急救中心,239400

[作者简介] 金翠敏(1972-),女,主管护师。