

现异常情况及时告知医生并积极处理。在严格控制并发症的基础上行腹腔镜胆囊切除术,是保证术后顺利康复的关键。(3)胃肠道准备。术前 1 d 禁食易产气的食物。术前 1 d 20:00 给予肥皂水灌肠,次日早晨再用清水灌肠,术前 1 h 插胃管,连接胃肠减压器,吸出胃内容物,以防胃肠胀气影响腹腔镜视野及术后肠功能的恢复。

1.2.2 术后护理 (1)由于腹腔镜胆囊切除一般在全身麻醉下进行,因此在术后注意患者的体位和姿势,让患者去枕平卧,保持呼吸道通畅。给予持续吸氧,预防由于二氧化碳气腹致高碳酸血症。密切观察生命体征及有无内出血症状和体征。(2)合理安排输液顺序,掌握输液速度,继续控制并发症,保持各脏器功能稳定。(3)麻醉清醒后拔除胃管,肠蠕动恢复后逐渐恢复流质和半流质饮食。观察腹痛及腹部体征,一般腹腔镜胆囊切除术后疼痛轻,不需镇痛,但腹痛剧烈且有腹膜刺激征,应警惕并发症的发生。观察腹部戳口及腹腔引流液的变化,保持“T”型管引流管道通畅,避免扭曲、脱落,引流袋的高度低于引流处^[3]。注意引流液的颜色、性质及数量,并做好记录。(4)做好并发症的观察及护理,如腹痛腹胀、高热呕吐、引流液有胆汁等,早发现早通知医生并及时处理。

2 结 果

所有患者均行腹腔镜治疗,手术均成功,无 1 例发生严重并发症,平均住院 7 d。

3 讨 论

随着腹腔镜器械的发展和技术的改进,腹腔镜下胆囊切除术手术指征不断拓宽,术后并发症的发生率明显降低。因此,目前腹腔镜胆囊切除术有望成为治疗胆囊结石症的首选方法^[4-5]。

疼痛管理在手术室优质护理中的应用

马红利,李 珊,张文敏(重庆市肿瘤研究所手术室 400030)

【摘要】目的 探讨疼痛管理在手术室优质护理中的应用效果。**方法** 对 2011 年 1 月至 2012 年 1 月重庆市肿瘤研究所妇科 360 例手术患者应用随机数字表法分为对照组和观察组,各 180 例,对照组实施常规术前宣教,观察组在对照组的基础上进行以下疼痛护理干预:提高手术室护士疼痛知识、给患者进行术前疼痛教育。**结果** 观察组术后疼痛效果比对照组好,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 实施疼痛管理干预措施能减轻妇科手术患者的疼痛,可以帮助其提高生存质量,达到优质护理的目的。

【关键词】 疼痛管理; 手术室; 优质护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.072 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)10-1324-02

术后疼痛不仅给患者带来痛苦,还为其带来严重的心理及生理损伤,引起机体发生一系列病理生理改变,甚至诱发严重的并发症,增加手术后的病死率^[1-2]。据统计,75% 的手术患者有比较明显的术后疼痛。术后疼痛控制不佳,可导致呼吸和心血管系统并发症,不利于术后康复^[3];还会引起免疫系统功能抑制以及凝血机能异常,延长恢复时间,增加医疗费用,增加致残率和病死率^[4]。随着现代医学理念的更新及优质护理在全国各家医院开展以来,术后疼痛引起了医务人员的高度重视,解除术后疼痛已成为医疗工作的重要内容之一。本文对本院妇科手术患者采用疼痛管理,效果满意,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月至 2012 年 1 月因患子宫肌瘤、卵巢肿瘤、宫颈癌等行手术的患者 360 例,年龄 16~83 岁,平均 49.5 岁。360 例手术患者应用随机数字表法分为对照组和

尽管腹腔镜胆囊切除术有许多优点,但也有不足之处,如手术视野暴露不充分,操作不直接,无开腹手术的灵活与直观,可能会发生并发症^[6]。因此应严格筛选患者,掌握适应证,做好充分的术前准备,尤其是老年人,应严格控制并发症,术前做好随访,重视心理护理,了解病情、麻醉方法、手术体位、注意事项,建立良好的护理人际关系,消除患者紧张的情绪,减轻患者麻醉前面罩吸氧的恐惧不适感,降低影响手术的不良因素,加强巡视,密切观察病情的动态变化。术后做好全方位的护理,特别是术后 12 h 内,应密切观察生命体征及病情变化,及时发现问题,使患者能身心愉快,早日痊愈出院。

参考文献

- [1] 陈俐. 老年人腹腔镜胆囊切除术的护理[J]. 南方护理学报, 2003, 10(3): 23-25.
- [2] 柳翠萍. 老年人腹腔镜胆囊切除围手术期护理要点[J]. 实用医技杂志, 2004, 8(112): 1622-1623.
- [3] 楼燕凤. 腹腔镜胆囊切除胆道镜取石“T”管引流术后患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(1): 2267-2270.
- [4] 王利华, 贺永红, 黄薇. 腹腔镜胆囊切除术护理体会[J]. 现代医药卫生, 2008, 24(8): 1228.
- [5] 黄志强. “微创”应是外科学发展的理念[J]. 中国微创外科杂志, 2001, 1(1): 1.
- [6] 卢华萍. 腹腔镜胆囊切除术的护理[J]. 现代医药卫生, 2006, 22(1): 122.

(收稿日期:2012-10-31 修回日期:2012-12-18)

观察组,各 180 例,两组患者年龄、性别、原发病、文化程度、麻醉及手术医生等比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组实施常规术前宣教护理,观察组在对照组的基础上进行以下疼痛护理干预。

1.2.1 提高手术室护士疼痛知识教育 将疼痛教育纳入科室业务学习项目,培训内容包括:疼痛的概念、危害、评估疼痛的方法、麻醉药物等知识。手术室护士要不断地更新知识,掌握疼痛管理的有关知识与技能,改变对疼痛的观念,更新对麻醉止痛药的认识,提高护士准确评估疼痛的技能。

1.2.2 术前患者疼痛教育 手术前 1 d 护士在进行术前访视时,对患者进行术前疼痛教育,许多患者存在“手术后疼痛是不可避免的,应勇敢面对并承受手术所引起的疼痛,使用止痛药物有不良反应并容易成瘾”的错误思想,导致部分术后患者强忍剧烈疼痛而不愿用止痛药物^[5]。让患者明白疼痛不利于术

后恢复,并告知麻醉止痛药物引起成瘾发生率极小,不会延缓切口愈合,强调大部分术后疼痛可以缓解,患者有权享受术后无痛经历。并向家属讲解有效管理疼痛的知识和减轻疼痛的方法,如呼吸、松弛、音乐、转移止痛法等。随身携带一个 PCA 泵样品,详细讲解本科室 PCA 镇痛泵的目的、作用原理和使用方法,教会患者操作要领。镇痛键应由本人操作,当感到疼痛时按压镇痛键追加镇痛药物用量。要使患者了解 PCA 镇痛虽有效,但并非无痛,不要在不明显疼痛时随意增加按键次数,以免增加药物的不良反应。通过对患者的教育,让患者对术后疼痛有控制感,以消除对疼痛的恐惧、焦虑和无助感,及时止痛以利于早期活动,并减少手术后并发症的发生。术后耐心听取患者诉说并表示理解,解释术后疼痛是正常的生理过程及其规律,以减轻其焦虑程度。

1.3 效果评价 采用数字疼痛评定量表进行评价,让患者用 0~10 这 11 个数字描述疼痛强度,0 为无痛,1~4 为轻度疼痛,5~6 为中度疼痛,7~9 为重度疼痛,10 为高度疼痛^[6]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行处理,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有差异统计学意义。

2 结 果

两组患者术后 72 h 镇痛效果见表 1。由表 1 可见,两组疼痛程度差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者术后 72 h 镇痛效果比较 (n=180)

组别	无痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛	高度疼痛
观察组	6	69	83	20	2
对照组	2	56	74	40	8

3 讨 论

目前,在临床护理工作中,疼痛已成为继体温、脉搏、呼吸、血压四大生命体征之后的第五大生命体征。同时国外近年来对疼痛的研究又发生了 2 个根本转变:(1)从疼痛控制转变为疼痛管理;(2)疼痛管理专业的组成人员以麻醉医生为主体的模式转向以护士为主体的模式^[7]。但护士对疼痛的认识不足,患者对术后疼痛的认识存在缺陷,认为术后疼痛用止痛药物会影响切口愈合,害怕麻醉药物成瘾,并认为术后疼痛不可避免,能忍则忍,疼痛时不会主动要求镇痛等。随着镇痛技术的发

展,手术后镇痛已被认为是提高患者安全,促进早日康复的重要环节。手术后疼痛治疗护理已经从原来的保守治疗改为积极主动治疗。积极主动的护理则是对最佳的镇痛方案辅助和配合,包括预先对患者疼痛教育,规范化的疼痛评估和监测,并对疼痛作出适当的评估与管理,及时调整镇痛措施。因此迅速地控制疼痛是护理的基本要求,有利于术后患者的康复。

妇科手术术后疼痛原因复杂多样,手术室护士通过加强疼痛知识的学习,充分了解疼痛的生理学和止痛药物的药理学,为有效疼痛控制奠定基础;术前疼痛知识教育能提高术后患者对疼痛控制的认识,促使其主动参与术后疼痛控制,从而提高术后疼痛控制效果;使患者对术后疼痛有了心理准备,能够以较为平静的方式接受手术后所带来的各种疼痛,促进患者术后顺利康复。本文结果显示,两组疼痛程度差异有统计学意义($P < 0.05$),因此,实施疼痛管理干预措施能减轻妇科手术患者的疼痛,有效降低术后应激反应,使患者舒适度明显改善,以帮助其提高生存质量,使优质护理工作的手术室得到了更进一步的体现。

参考文献

[1] 冯金娥, Perterson AB. 术后疼痛护理中的障碍分析及对策[J]. 实用护理杂志, 2000, 16(8): 36-37.
 [2] 李仲廉. 临床疼痛治疗学[M]. 2 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1998: 435.
 [3] 赵继军. 疼痛护理学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2005: 24.
 [4] 应隽, 钱燕宁, 张国楼. 术后镇痛与手术患者康复的研究进展[J]. 临床麻醉学杂志, 1999, 15(4): 214.
 [5] 郭晓燕, 张俊华. 术后疼痛护理误区探讨[J]. 护理研究, 2003, 17(4): 385-386.
 [6] 赵继军, 陆小英. 数字疼痛量表和描述疼痛量表的相关性研究和改进[J]. 中华现代护理, 2002, 8(9): 660-661.
 [7] 谢冰柯, 许乐. 疼痛控制影响因素的研究进展[J]. 国际护理学杂志, 2007, 26(7): 677-680.

(收稿日期: 2012-11-21)

PICC 在新生儿科重症监护室的应用及护理体会

董 婷(江苏省泰州市人民医院南院新生儿重症监护室 225300)

【摘要】 目的 探讨经外周静脉穿刺至中心静脉置管(PICC)在危重新生儿中的应用领域及优势。**方法** 本组危重新生儿病例 45 例,其中男 20 例,女 25 例,均采用 PICC 导管, PICC 导管留置时间,最短 7 d,最长 57 d 平均(18.80±7.52)d。通过严格的置管前、中、后护理,并详细记录应用 PICC 时出现的问题。**结果** 这些患者应用 PICC 时出现了 4 例穿刺失败,4 例局部渗血,3 例导管阻塞,3 例感染和 2 例静脉炎。**结论** PICC 有操作简单、创伤小、成功率高等特点,但存在一些并发症和危险,通过加强穿刺技巧及日常护理,将会明显减少并发症,更好地发挥 PIC 在危重新生儿中的应用优势。

【关键词】 新生儿; 经外周静脉穿刺至中心静脉置管; 护理体会

DOI: 10.3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 10. 073 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)10-1325-02

PICC 即经外周静脉穿刺至中心静脉置管,是一种方便、有效、安全的置管技术^[1]。美国自 1986 年开始使用,主要用于新生儿病房、化疗病房、急救中心和重症监护室(ICU)。该技术在本院新生儿科 ICU 应用于早产极低体质量儿、超低体质量

儿以及危重新生儿和外科术后新生儿的肠外营养。文献[2]报道,深静脉置管和 PICC 比,容易引起严重的并发症,穿刺难度大,临床不适合于新生儿;PICC 具有操作简单、创伤小、成功率高等特点,尤其适合于早产儿及需输注刺激性、高渗性药物患