

预见性护理在儿童眼外伤患者的应用研究^{*}

李 欢(广西壮族自治区灵山县人民医院 535400)

【摘要】 目的 探讨预见性护理在儿童眼外伤手术的意义。**方法** 对该院 2012 年 1 月至 2013 年 6 月的 60 例眼外伤患者,随机分成观察组和对照组各 30 例,对照组患者按常规护理,观察组患者在常规护理的基础上给予预见性护理,比较 2 组患者的护理效果。**结果** 观察组患者术后视力恢复高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 预见性护理对眼外伤患者的预后具有临床价值。

【关键词】 预见性护理; 儿童; 眼外伤

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.12.056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)12-1716-03

儿童最常见的外伤为眼外伤,并且极易致盲致残,也是眼科最常见的手术之一,眼外伤带来一系列严重后果,其中眼内炎尤为严重,其可引起多种并发症,如低眼压、黄斑水肿、视网膜脱离、虹膜后粘连、虹膜周边前粘连、角膜水肿、晶状体后囊混浊等,如不及时治疗可导致眼球萎缩,甚至可能会威胁到患者的生命安全^[1]。因此,在护理过程中提倡有预见性的护理,以提高护理质量及患者生存质量^[2]。该院于 2012 年 1 月至 2013 年 6 月对儿童眼外伤患者应用预见性护理,取得满意效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 该院眼科于 2012 年 1 月至 2013 年 6 月住院治疗的儿童眼外伤患者 60 例,致伤原因:剪刀、针刺、铁丝 29 例,笔、木棍、尺子 7 例,玩具手枪、弹弓等 13 例,石灰等化学类烧伤 7 例,鞭炮伤 4 例。主要症状:眼睛肿胀,淤血,眼内炎,裂伤,前房出血,玻璃体出血,晶状体混浊,眼球破裂等。治疗方法:手术治疗 25 例,非手术治疗 35 例。将所选患者随机分为观察组和对照组各 30 例。对照组应用常规护理,其中男性 21 例,女性 9 例,平均年龄(7.5 ± 2.1)岁;观察组给予预见性护理,其中男性 20 例,女性 10 例,平均年龄(7.8 ± 1.9)岁。2 组患者在性别、年龄、病情程度等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组按常规眼科护理,包括术前、术中、术后,如指导眼球转动训练、冲洗泪道、强化监护等。观察组在常规护理基础上,给予预见性护理,具体方法如下。

1.2.1 入院处置 对化学伤应尽快用大量水冲洗至少 15 min。锐器刺伤的患者应保持安静、平卧,尽量避免低头的动作,防止眼内容物脱出,当观察到伤眼内有液体流出,视力下降时应考虑有眼球穿孔,让患者立即躺下,需用消毒纱布覆盖,严禁用水冲洗、涂抹药物,以防引起眼内炎。对插入眼内的异物,不要急于拔出,严禁挤压,闭合双眼减少患者哭闹,以减轻眼内容物的漏出。护理人员迅速地做好急救措施的同时,应主动与患者进行交流,消除其恐惧心理,帮助患者树立战胜疾病的信心。根据患者不同年龄、文化程度及个性特征进行心理疏导。并向患者介绍现代医学治疗所能达到的治愈程度,耐心解答患者提出的各种问题,将手术成功的病例告知患者,通过交谈使患者积极配合治疗,从而达到治疗过程中所需的最佳状态。儿童眼外伤患者入院时病情轻重不一,对入院时病情较轻的患者不能麻痹大意,因为眼部周围水肿区的扩展等因素,易造成危

险。不少患者起病后病情呈现持阶梯恶化。患者发生眼外伤后可引起剧烈疼痛,常躁动不安,护理人员要安慰患者,使其精神放松,分散注意力,必要时给予止痛药物,防止在检查和治疗过程中产生医源性损伤。护理人员应安抚患者的情绪,和患者亲切交谈,使其精神放松,注意力分散,疼痛阈值提高,从而减轻疼痛。对于烦躁不安、不配合检查的患者,护理人员可使用药物镇痛。

1.2.2 药物治疗护理 根据病情给予个性化护理,如半卧位减轻患者眼前房积血情况,加强在患者活动时的关注度,为降低患者眼压和控制感染,对患者眼球活动及揉眼等配合家属进行限制,具体药物护理时,为预防和控制炎症,减少交叉感染,注意加强皮质类固醇药物的运用。在按照常规临床护理继发性青光眼患者的基础上,加强毛果芸香碱滴眼液与噻吗洛尔滴眼液、甘露醇等药物的运用。具体用法:1%~4%毛果芸香碱滴眼液 1 次/5 分钟,瞳孔缩小后减少为 4 次/天,0.25%~0.5%噻吗洛尔滴眼液,2 次/天,乙酰唑胺,3 次/天,20%甘露醇静脉滴注。护士给患者滴眼药后,应告知勿用力挤眼、揉眼,忌压迫眼球。有些药物易发生不良反应,如阿托品眼药水等,滴药后应立即压迫泪囊区 2~3 min,以免药液经泪道流入鼻咽部,通过黏膜吸收而引起不良反应。

1.2.2 手术患者护理 护理包括术前、术中、术后。(1)术前预防性护理:术前给予患者常规的临床检查,并针对患者的情况采用相对应的护理干预,如提供营养支持、药物使用、麻醉准备等干预护理,提高患者自身的免疫力,增加手术成功的概率,降低并发症的出现。手术前为减少患者对手术的紧张及焦虑,可给予术前预防性护理,主要为心理方面护理,充分加强对患者心理及认知度的评估,加强医护和患者及家属的沟通,减少因疾病对家属及患者打击带来的负面影响,并建立和谐的医患关系,减少患者对医院容易产生的恐惧心理,具体方法可多样化,如加强同患者肢体接触,建立相互的信任,心理上给予精神支持,给予鼓励性的交流,向患者家属充分解释病情及治疗方案,使其能相互理解,并可使家属积极配合治疗,从而减少患者的心理恐惧,减少患者哭闹带来的一系列负面影响,如缺氧、发绀等。(2)术中护理:可按常规手术操作进行,保证手术术野的无菌,核对器械及药品无误,时刻注意手术进度,密切观察手术步骤及需要,做到心中有数,并且能准确迅速的传递手术所需器械和物品,在保证无菌操作的前提下尽量减少手术时间,术中应时刻通过心电图监护仪观察患者生命征,如有特殊情况,及时

* 基金项目:广西壮族自治区钦州市科学技术局科技攻关课题(20133526)。

报告麻醉医师,并配合其对症处理。(3)术后预见性护理:术后患者麻醉未醒者应在保持呼吸道通畅的情况下继续给予吸氧、心电监护,密切观察生命体征。为避免术眼受压迫导致循环障碍,可将患者头偏向术眼对侧,此外还应避免患者麻醉后呕吐导致的眼部感染。(4)术后病房预见性护理:术后返回病房后,给予约束带限制四肢活动,并升起床栏,避免麻醉苏醒后患者不自主的活动,搔抓术眼,造成不必要的损伤及感染,必要时可报告医师,给予镇静药物制动。术后密切观察病情,特别是生命体征的变化,定时巡视,观察患者辅料是否松动、移位,生命体征是否平稳,咳嗽、吞咽、眼睑反射等是否正常,按时伤口换药(严格按无菌要求操作,清除术眼异物),每天 1 次,检测生命征,每 6 小时 1 次。术后尽量要求患者卧床休息,减少头部活动,避免眼球运动,加速恢复,争取家属的配合,对于年龄较大患者可给予解释,争取配合,而对于婴幼儿,应减少其对手术部位的注意力,采取讲故事、做游戏等方式,从而减少其对手术创伤带来的负面影响。针对患者的手术部位进行护理,特别是术后患者的切口感染护理等。围术期增加患者动态检测,一旦患者出现异常情况,及时联系医师进行处理,对患者切口定期进行换药,观察伤口情况,避免感染发生。出现感染时,及时进行清理、更换敷料等处理。

1.2.3 心理护理 因患者年龄偏小,认知能力欠缺,对于医院及自身病情存在天然的恐惧心理,手术患者尤甚,从而导致患者存在焦虑不安等心理,这就要求护理工作尤其要做好患者的心理辅导,减少患者心理负担,建立良好的护患关系,在患者出现异常情况时以及及时的掌握并解决,加强患者对护理人员的信心,提高临床护理工作的有效率^[3]。并且要根据不同年龄采取针对性的心理护理:(1)对于年长患者,要同情、关心、安慰,讲清检查治疗目的,配合的方法,消除其顾虑,以便能积极配合治疗。(2)对 3 岁以下患者,医护人员态度更要和蔼可亲 and 耐心,用简单的语言通过鼓励等方法,取得患儿的配合,并也要得到家长配合,给予心理支持。(3)必要时在表面麻醉或药物帮助下用眼睑拉钩轻轻拉开上下睑检查或治疗,对眼内容脱出,可用庆大霉素与生理盐水配制的抗菌药物溶液冲洗伤眼或及早手术。冲洗动作轻柔,忌压迫眼球。避免因患者不配合而长时间洗眼,引起并发症的发生。

1.3 疗效观察 观察 2 组患者的相关数据:(1)视力。(2)合作率。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 11.0 统计软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两样本均数比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

观察组患者不合作率为 0,而对照组患者不合作率为 10% (3 例),观察组患者视力大于或等于 0.3 的眼例数明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.593\ 3, P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者术后视力恢复结果比较

组别	n	≥ 1.0	0.7~0.9	0.3~0.6	0.05~0.1	< 0.05	不合作	≥ 0.3
观察组	30	2	11	8	3	6	0	77.78
对照组	30	1	7	7	5	10	3	50.00

注: $\chi^2 = 4.593\ 3, P < 0.05$ 。

3 讨 论

儿童患者是一个特殊且需要保护的人群,其具有的自身特

点:活泼好动、自我保护意识差、自制力不强等,而眼睛又是人体一个脆弱的器官,容易受到伤害,但重要性非常大^[4]。因患者特殊的年龄段,护理困难性大于成年人,所以有其特殊性和重要性。因患者易哭闹,不能配合护理工作顺利进行,应采取合理的对应措施,如患者开眼睑困难,不应强行,应表面麻醉后再行检查治疗,以避免强行开睑带来的眼球内容物脱出或眼球穿孔等恶性后果。由此可见,预见性护理可有效减少失明率、并发症发生率,预见性护理又为前瞻性护理,其目的及意义就在于避免患者术后并发症的发生,有利于及早采取有效的防范措施,最大限度地减少并发症的发生^[5]。护理工作者凭借自己敏锐的观察力及积累的临床工作经验,及时发现患者身上存在的各种护理问题,再根据患者的实际情况采取正确的护理措施^[6]。预见性护理程序是以提高治疗护理效果为目的的全程优质服务,使护理工作由被动变主动,更加责任化、系统化、规范化,有效促进患者的安全,成功挽救患者生命^[7]。

因患儿好动,需注意交感性眼炎的发生,视力下降及非受伤害眼疼痛,多为其发生的症状,密切注意视力变化,如有可疑,立即报告医师,及时处理。为预防交感性眼炎,在护理时应按时换药,密切观察伤口愈合情况,如有伤口红肿、异常渗出,多为眼内炎的症状,及时向医师报告,及时对症处理。术后嘱患者家属配合护理,要求患者卧床休息,多吃蔬菜、水果及富含纤维类食物,保持大便通畅,点眼药时应轻、稳、快、准,不能强行扒眼,粗暴进行点眼,应避免将眼药水直接滴在角膜上,将药液点在下方穹窿部,滴眼时动作要轻,勿压迫眼球。

同时应注意重视患者的心理护理,因患者特殊的年龄段因素,且眼外伤又多为意外损伤,因其没有完全的自主能力,不能在疼痛、紧张、陌生环境下很好的配合检查和治疗,再加上家属的焦虑、担心及过度关心,也会导致患者家属情绪失控,这就要求护士在良好心态下及时做好心理干预,向家属解释病情,安抚患者,尽量平息患者及家属的焦虑、恐惧心理,也使患者家属能配合医护工作的顺利开展。

预见性护理体现在整个护理的全过程,采取预见性的护理措施及治疗,可以提前预防可能会发生的不良反应,明显降低并发症的发生率,促进患者术后康复。通过健康教育与护理干预紧密结合,提高患者及家属对预防并发症的认知能力,对较易出现的并发症进行针对性的护理,可明显降低并发症的发生率,缩短住院时间,提高患者及家属满意度。另外预见性护理的应用,调动了护士的积极性,使护士对患者的病情、治疗、护理有了充分的认识,改变以往被动工作为主动工作;锻炼了护士独立思考能力,针对患者的不同病情实施预见性护理干预,体现了护士的自身价值;密切了护患关系,减少了护患纠纷。因患者眼外伤多为意外伤害,由其好动,对利害关系的判断失当及好奇心理等引起,特别是缺乏有效监护的环境下尤其容易发生眼外伤,作为一线临床护理工作者,因掌握急救及护理知识,并能及时给予心理疏导护理,在一般护理基础上结合预见性护理,能提高治疗效果,患者伤后视力恢复比治疗前视力提高均有明显优势。

参考文献

[1] 雷琦峰,杨安怀,陈震,等.玻璃体切除术联合硅油填充术治疗无视网膜脱离的儿童外伤性眼内炎[J].武汉大学学报:医学版,2013,34(2):267-269.
[2] 张贤芳,甘晚芳.预见性护理干预对外伤性脑梗死患者预后生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2013,19(1):82-

83.
- [3] 张冬妹. 儿童眼外伤 300 例临床护理体会[J]. 中国实用医药, 2012, 7(10): 2010-2011.
- [4] 袁雪晖, 谢谦. 儿童眼外伤引起前房出血 48 例护理体会[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 33(5): 656-657.
- [5] 李桂珍, 陀健琳. 尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的预见性护理[J]. 广西医学, 2011, 33(2): 254-255.
- [6] 梁宪玲, 周洁. 预见性护理在膀胱手术患者中的应用价值[J]. 中国医药导报, 2013, 10(5): 137-138.
- [7] 曾锦霞. 预见性护理程序在外科急危重病人院内转运的效果观察[J]. 广西医学, 2010, 32(5): 614-615.
- (收稿日期: 2013-10-20 修回日期: 2014-04-02)

助产士责任制联合无痛分娩对分娩方式及胎儿的影响分析*

蔡丽平, 罗 珍, 邓舒文(广东省深圳市人民医院产科 518020)

【摘要】 目的 探讨硬膜外阻滞麻醉无痛分娩联合助产士全程责任制陪伴分娩对提高产妇自然分娩率的临床应用效果。**方法** 选取 100 例待产产妇作为研究对象, 根据随机数字表法将其分为观察组和对照组, 观察组应用硬膜外阻滞麻醉的无痛分娩加以助产士全程责任制陪伴分娩, 对照组仅采用助产士全程责任制陪伴分娩。分别记录 2 组产妇的顺产率、产程时间、剖宫产率以及对新生儿的影响。**结果** (1) 观察组镇痛总有效率(100.0%)和顺产率(84.0%)均明显高于对照组(86.0%、50.0%), 差异有统计学意义($P<0.05$)。(2) 产后 1 周及 6 周, 观察组 EPDS 评分分别为(8.2±5.4)分和(7.5±4.9)分, 显著低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。(3) 2 组产妇产程、新生儿胎儿窘迫率和新生儿窒息率之间差异均无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 硬膜外阻滞麻醉的无痛分娩加以助产士全程责任制陪伴分娩方法能够减轻产妇疼痛, 并可以提高产妇的顺产率。

【关键词】 硬膜外阻滞; 麻醉; 无痛分娩; 顺产

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 12. 057 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)12-1718-02

由于产妇分娩时子宫收缩和胎头下降压迫盆底常引起剧烈的疼痛感, 过度疼痛可以引起机体的应激反应, 造成体内儿茶酚胺类物质和肾上腺皮质激素水平的升高, 对子宫收缩产生抑制而不利于分娩的顺利进行^[1]。随着医学的进步, 无痛分娩可以缓解生产痛感从而有效降低产妇的应激反应, 维持生产过程中的供氧平衡, 减轻产妇的身心痛苦, 有利于母子健康。近年来, 产妇对分娩镇痛的要求越来越高, 因此寻找一种最理想的分娩镇痛手段, 使产妇以良好的状态顺利自然分娩已成为国内外产科的研究方向^[2]。当前连续硬膜外阻滞自控麻醉的镇痛效果较好, 在临床无痛分娩中被广泛使用。现对连续硬膜外阻滞自控麻醉无痛分娩的临床应用效果进行研究, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 9 月至 2012 年 1 月该院分娩的 100 例产妇进行研究。纳入标准: 年龄 20~35 岁; 足月妊娠; 单胎、头位; 初产妇; 无麻醉禁忌和任何产科合并症。排除标准: 先天畸形; 恶性肿瘤; 血液系统疾患; 严重肝肾功能不全; 产科复杂情况者。根据随机数字表法将所有研究对象分为 2 组, 观察组孕妇 50 例, 年龄 23~33 岁, 平均年龄(24.93±2.38)岁, 孕(39.1±0.9)周。对照组孕妇 50 例, 年龄 23~35 岁, 平均年龄(25.18±2.19)岁, 孕(39.3±0.7)周。2 组孕妇在体质量、年龄和孕期等方面差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。本研究经院伦理委员会批准, 向所有产妇介绍研究目的及方法, 并签署知情同意书。

1.2 研究方法 对照组产妇仅采用助产士全程责任制陪伴分娩。方法: 生产前排空大小便, 产妇送入待产室后, 全程胎心监测。由助产士对产妇实行观察及护理, 助产士通过与产妇交谈, 宫缩时按摩腰骶部以减轻疼痛和播放音乐等方法减轻产妇紧张感和恐惧感。观察组首先向产妇解释无痛分娩的方法, 介绍镇痛科麻醉师和相关分娩知识, 应用硬膜外阻滞麻醉的无痛

分娩加以助产士全程责任制陪伴分娩。方法: 初期即做好产前准备和安抚产妇情绪, 具体方法与对照组相同。当宫口开大 2~3 cm 时取 L2~3 椎间隙行硬膜外腔穿刺成功后, 向头侧置入导管 3 cm 并固定。用 1% 利多卡因 3~5 mL 为实验剂量, 观察 5 min 无不良反应后进行给药。穿刺导管外端接 100 mL 镇痛泵持续低流量(5 mL/h)给药, 以维持镇痛效果。自控镇痛泵由珠海福尼亚医疗设备有限公司生产。药液含量为 30 mL 0.5% 罗哌卡因和芬太尼 1 mg, 用 0.9% 生理盐水稀释至 100 mL。

1.3 观察指标 分别记录 2 组患者的顺产率、产程时间、新生儿窒息发生率等, 评定 2 组产妇的镇痛效果。并对新生儿的体征进行评分比较。疼痛评价标准采用 Muleteer 镇痛程度评分方法^[3]。产后 1 周及产后 6 周行爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)评分, 判定产后抑郁情况。对新生儿评分根据 Apgar 评分标准进行^[4]。满 10 分者为正常新生儿, 评分 4~7 分的新生儿考虑患有轻度窒息, 评分在 3 分及以下考虑患有重度窒息。见表 1、2。

表 1 Muleteer 镇痛程度评分方法

评分	0 分	1 分	2 分	3 分	4 分
疼痛程度	无痛	轻痛	中痛	强痛	极强痛

表 2 镇痛效果评分方法

评分	0~1 分	3~4 分减至 2 分	3~4 分
镇痛效果	显效	有效	无效
疼痛程度	无痛	仅有轻微腰腹疼痛	明显腰腹疼痛或强烈腰腹疼痛

1.4 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计学软件包, 计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 的形式表示, 计数资料以率的形式表示, 统计学方法应

* 基金项目: 深圳市科技计划基金项目(201013126)。