

健康,同时也会对患儿的治疗与康复造成负面影响^[3,7]。

相关研究表明,具有不同职业以及不同教育程度的患儿家属所表现出来的负面情绪不同。对于受教育程度较低的患儿家属来说,由于其不善于交流,不善于表达内心真实的想法,因此可能抑郁程度较为明显。对于受教育程度较高的患儿家属,由于其知识面更广,对于问题的理解更为深刻,所以可能更多表现出来的为焦虑、紧张等情绪。

传统护理并不能结合每个患儿家属的真实情况进行切合实际的有效指导。在本次研究中,采用社区保健医疗点条件成立护理干预小组对社区的患者及其家属进行有效干预及指导,并结合患者具体的功能障碍为家属制订对应的护理方案,使患儿家属的心理压力得到显著有效的缓解。在本次试验中,进行护理干预后,观察组 SDS 评分与 SAS 评分均显著小于对照组,该结果说明社区护理干预能够明显缓解患儿家属抑郁、焦虑等情绪。同时,护理人员通过不间断的回访,可促进患者和家属间的互相沟通,正确认识彼此的心理问题,一方面能够提供更具有针对性的护理,另一方面也促进其尽快恢复正常的心理状态,防止不良情绪的沾染^[3]。因此说明,社区护理干预能够有效地缓解患儿家属的心理压力,解决患儿家属的不良情绪,促使患儿家属正确面对问题,重拾信心^[8]。

综上所述,利用社区保健医疗点条件成立护理干预小组能够有效地减少患儿家属的心理压力,促进患儿家庭的和谐。但是,仅仅做到这一点是不够的,只有加强对患儿亲属的指导与教育,同时通过建立遗传代谢病的筛查与随访体系,促进高危

儿的早期诊断与治疗,才能有效地保证患儿能够健康成长。

参考文献

- [1] Dai L, Zhu J, Liang J, et al. Birth defects surveillance in China[J]. World J Pediatr, 2011, 7(4): 302-310.
- [2] 韩炳娟, 韩炳超, 邹卉. 串联质谱技术在新生儿遗传代谢性疾病筛查中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(29): 67-68.
- [3] 王洪允, 江骥, 胡蓓. 串联质谱在新生儿遗传代谢性疾病筛查中的应用[J]. 质谱学报, 2011, 32(1): 24-30.
- [4] 姚月玲, 朱妙仪, 黎琳欢. 护理干预对串联质谱筛查遗传代谢病高危儿家属心理健康的影响[J]. 现代医院, 2013, 13(3): 86-88.
- [5] 唐益民. 护理干预对社区脑卒中患者家属心理健康的影响[J]. 实用预防医学, 2010, 17(7): 1448-1449.
- [6] 杜娟, 李丽禅, 王慧娟. 恶性肿瘤患者家属的焦虑状况调查分析[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(16): 2892-2893.
- [7] 安继奋, 杨玉巧. 护理干预对减轻住院患儿家属焦虑的探讨[J]. 护理研究, 2011, 25(9): 817-818.
- [8] Engstrom A, Soderber S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit[J]. Intensive Crit Care Nurs, 2004, 20(5): 299-308.

(收稿日期: 2014-11-05 修回日期: 2014-11-22)

气-静联合麻醉恢复期患者的心理干预

黄长先, 王呎方[△], 陈宗梅(重庆市綦江区人民医院手术室 401420)

【摘要】 目的 探讨心理干预对气-静联合麻醉恢复期患者焦虑情绪的影响,从而正确引导患者安全、顺利度过气-静联合麻醉恢复期。**方法** 将 220 例气-静联合麻醉恢复期患者随机分为干预组和对照组各 110 例,对照组进行常规护理,干预组在常规护理的基础上进行“一对一”心理干预,包括术前心理护理干预、麻醉诱导前沟通和术后恢复期心理护理。比较 2 组患者干预前后焦虑状态和恢复期拔管配合程度。**结果** 对照组无显著变化,干预组焦虑程度明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预组配合拔管情况明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对气-静联合麻醉恢复期患者进行术前、术后有效心理干预可减轻患者的焦虑恐惧心理,使患者积极配合医生、护士,缩短拔除气管导管时间,有利于减少恢复期并发症,保障患者安全。

【关键词】 心理干预; 气-静联合麻醉; 恢复期; 焦虑

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.08.056 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)08-1159-04

随着外科手术的迅猛发展,气-静联合麻醉在临床应用越来越普遍,一方面手术患者为了减少术中不适,自觉要求采用气-静联合麻醉,另一方面由于患者的身体健康状况,常伴有各种基础疾病,麻醉医生为了患者安全而选择气-静联合麻醉。因此,采用气-静联合麻醉方式的手术患者越来越多,这样在术中可完全达到镇痛和肌肉松弛,减少某些迷走神经引起的不良反应,满足手术安全要求的同时,使患者更加舒适。但与椎管内麻醉相比,气-静联合麻醉,是在静脉诱导的前提下将气管导管插入患者气管,维持呼吸道通畅,一直持续至手术结束。恢复期拔管前,气管导管对患者的呼吸道刺激大,尤其患者是在不清醒的状态下完成的气管插管,术毕拔管时增加患者的焦虑、恐惧心理,患者肢体躁动,影响患者生命体征及基础护理措

施,使之不配合拔管,造成拔管时间延长,对患者恢复不利。而心理干预是指在心理学理论指导下,有计划、按步骤地对一定对象的心理活动、个性特征或者行为问题施加影响,使之发生朝预期目标变化的过程。为了探讨术前心理干预对此类患者的影响,减轻患者焦虑情绪,对本科室 2012 年 6 月至 2013 年 6 月行气-静联合麻醉恢复期患者 220 例实施了心理干预的比较,取得较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本科室 2012 年 6 月至 2013 年 6 月行气-静联合麻醉方式恢复期患者 220 例,随机分成干预组和对照组各 110 例。患者年龄均在 20~50 岁,无精神障碍及聋哑,无智力障碍,能进行正常的语言交流,有足够的理解力,均无手

[△] 通讯作者, E-mail: 307931497@qq.com.

术史,均在麻醉诱导之后进行气管插管,见表 1。

表 1 2 组患者临床资料比较(n)

| 组别 | 性别 | | 文化程度 | | 甲状腺腺叶切除术 | 直肠癌根治术 | 胃癌根治术 | 腹腔镜下胆囊切除术 | 妇科腔镜手术 |
|-----|----|----|------|-------|----------|--------|-------|-----------|--------|
| | 男 | 女 | 初中 | 高中及以上 | | | | | |
| 干预组 | 58 | 52 | 79 | 31 | 11 | 2 | 2 | 53 | 42 |
| 对照组 | 56 | 54 | 78 | 32 | 9 | 2 | 2 | 57 | 40 |

1.2 方法

1.2.1 心理干预方法 对照组行常规护理。干预组在常规护理基础上行“一对一”心理干预。心理干预具体操作如下:(1)术前心理护理。巡回护士术前 1 天到病房进行术前访视。查阅病历,了解患者生命体征及社会状况,对患者进行心理评估。自我介绍,让患者知道自己就是手术时一直陪伴他的巡回护士,消除护患陌生感。讲解气-静联合麻醉的方法、程序、注意事项及重要意义。特别让同病房采用该麻醉方式的病友现身说法,彼此进行积极有效的沟通,减轻其焦虑^[1]。(2)麻醉诱导前沟通。主动迎接患者进入手术室,告知患者自己就是前 1 天下午去访视的护理人员,增加其依赖感。简单介绍手术间环境及仪器设备,解除对环境的陌生和恐惧,耐心讲解在全麻状态下可能置入的管道包括气管导管、尿管、中心静脉置管等,讲解麻醉恢复期可能出现的不适及相应的措施。特别强调气管导管、导尿管带来的不适及应对措施,如:导尿管会带来下腹胀,男性尿道口刺痛。气管导管在喉咙,长时间手术后,气管导管对喉头的刺激会致喉头水肿,让患者感觉特别难受,不能说话。告知患者听到麻醉师的问话如何用表情、点头或摇头来表

示,一定要控制好睡意。由于手术的需要会安置深静脉置管或切口引流管,护士会给患者约束,请患者配合不要乱动,防止各种管道的脱落,否则由于管道脱落给患者带来安全隐患,可能加重患者的病情,从而增加患者的经济负担。(3)术后心理护理。待患者意识清醒后轻拍患者肩部告诉其手术已结束,需要用镇痛泵。待拔除气管导管后,观察患者生命体征平稳后,随同麻醉师送患者回病房。术后 8 h,巡回护士再次到病房了解患者喉头不适等情况,告知患者喉头不适会随时间推移慢慢消退。如果疼痛不适加重或正常呼吸不畅要及时告知主管医师或护士,及时处理。

1.2.2 观察指标及判定标准 (1)焦虑判定。采用焦虑自评量表(SAS),共 20 题,按症状出现的频度分为 4 级(0、1、2、3)进行评分^[2]。评分大于或等于 40 分有焦虑症状,得分越高说明焦虑程度越重,术前 3 天及手术前晚测量。(2)患者气管导管拔管指征^[3]:患者完全清醒,呼之能应;咽喉反射、吞咽反射、咳嗽反射已完全恢复;潮气量和每分钟通气量恢复正常;估计拔管后无引起呼吸道梗阻的因素存在。(3)患者恢复期拔管配合程度。按 3 级标准进行评定。见表 2。

表 2 患者恢复期拔管配合程度 3 级标准

| 标准 | 配合情况 |
|------|--|
| 配合良好 | 患者意识清醒,能耐受气管导管,吸痰时肢体无躁动,主动睁眼、大口呼吸,准确用点头或摇头、握拳配合麻醉师的询问。 |
| 配合一般 | 患者意识清醒,拔管前吸痰时肢体躁动,但约束带能有效约束。对麻醉师的询问不能有效配合,需要不停地大声讲解和提醒。 |
| 配合极差 | 患者意识清醒,不能耐受气管导管,肢体烦躁不安,约束带无法有效固定,须医护人员强力按压四肢。完全不配合睁眼、大口呼吸、点头或摇头及吸痰等。 |

1.3 统计学处理 所得数据采用 SPSS 18.0 软件进行统计分析,计量数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验。等级资料比较采用两独立样本 Wilcoxon 秩和检验,检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者在干预前后焦虑评分比较,见表 3。

2.2 2 组患者在气-静联合麻醉恢复期拔管配合程度比较,见

表 4。

表 3 2 组患者焦虑评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

| 组别 | n | 干预前 | 干预后 |
|-----|-----|---------------|---------------------------|
| 对照组 | 110 | 41.90 ± 17.56 | 41.51 ± 6.89 ^a |
| 干预组 | 110 | 42.07 ± 8.48 | 35.58 ± 7.20 |

注:与干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

表 4 2 组患者拔管配合程度比较(n)

| 配合程度 | 干预组(1) | 对照组(2) | 合计(3)= (1)+(2) | 秩次范围(4) | 平均秩次(5) | 秩和干预组(6)= (1)(5) | 秩和对照组(7)= (2)(5) |
|------|--------|--------|-------------------|---------|---------|---------------------|---------------------|
| 配合良好 | 31 | 19 | 50 | 1~50 | 25.5 | 790.5 | 484.5 |
| 配合一般 | 54 | 51 | 105 | 51~155 | 103 | 5 562 | 5 253 |
| 配合极差 | 25 | 40 | 65 | 156~220 | 188 | 4 700 | 7 520 |
| 合计 | 110 | 110 | 220 | — | — | 11 052.5 | 13 257.5 |

注:干预组与对照组患者在气-静联合麻醉恢复期拔管配合程度比较, $P < 0.05$;—表示无数据。

3 讨 论

3.1 影响手术患者生理、心理的多种因素

3.1.1 手术经历 手术对患者的机体是一种创伤,对心理本身就是一种刺激。本组所有患者都是第一次接受手术,患者对手术室陌生的环境,对手术及麻醉方式缺乏认知,总是担心手术预后及并发症的影响。特别是气-静联合麻醉恢复期意识清醒后对气管导管及其他管道的不适感受,都可成为一种应激源引起患者精神紧张,血压升高,心率加快等生理、心理反应,甚至产生应激综合征加重病情^[4]。

3.1.2 手术时间 一般来讲,手术时间越长,气管导管对患者气管的压迫越久,气管局部组织易出现水肿,使恢复期患者易出现喉头哽咽感,造成患者担忧和焦虑。

3.1.3 麻醉深度 气-静联合麻醉拔管时间的早晚还要取决于麻醉师对手术进展的观察,麻醉深度的有效控制。如果在手术快要结束时继续追加静脉麻醉药,必然会导致手术时间延长,患者清醒所需时间增加,拔管时间延长,使患者待在手术间的时间延长,严重影响患者在恢复期拔管前的配合及术后的康复,并且会增加患者经济负担,甚至造成一些医疗纠纷的隐患。

3.1.4 其他因素 患者的社会角色、性格、文化层次等特点也会影响患者的生理和心理。家庭经济条件差的患者担心手术费用;在家庭和工作单位承担重要角色的患者担心手术效果;内向的比外向的焦虑感更重一些;文化层次高的患者知识面广,担忧的事项更多,导致失眠的概率更大。

3.2 患者应对焦虑及不适的措施

3.2.1 气-静联合麻醉恢复期患者特点 本组研究对象对手术期望值较高,但对气-静联合麻醉不了解,从而产生焦虑恐惧心理。焦虑是一种常见的免疫反应,是个体对所面临的潜在性威胁而产生的一种复杂消极的心理应激反应,能引起个体的痛苦体验,并影响个体的生理平衡。在气-静联合麻醉恢复期由于气管导管压迫气管,不但造成疼痛不适而且由于患者无法像平时一样正常开口说话感到孤独、无助和焦虑。对尿管带来的疼痛、不适,常自述要解小便,并不听解释。伤口的疼痛感常导致患者乱抓伤口敷料和各种管子。表现为血压升高、心率加快、耐受性下降,常常烦躁不安,试图自己拔掉气管导管。

3.2.2 心理干预措施 心理护理干预主要通过语言或肢体语言交流信息,沟通情感,干预措施因人而异,因病而异^[5]。为了提高患者的应对能力,减轻其焦虑恐惧心理及生理反应,作为手术室护士除必须学习相应的医学知识外,还必须学习医学伦理学、心理学、社会人文学科等方面的知识,培养稳定的情绪,良好的性格,敏锐的观察力和善于沟通的技巧。要善于抓住患者不同的心理特点,对疾病的发生、发展以及治疗、预后予以讲解,且在护理操作中动作轻柔、准确,注重患者感受,避免使用刺激性语言,时刻给患者亲切感,以减少患者心理压力。对特别在乎经济的患者,用善意的谎言告诉他在手术室待的时间越长,收费就会相应增加以提高其配合程度;对知识层次较高的患者,就多给其讲解医学知识,客观强调配合拔管的重要性主要是为了保障医疗安全;对老年患者,需要在身旁不停地安慰,减少孤独和恐惧,增加其安全感;对年轻女性患者,抓住对美感比男性需求高的特点进行引导。一方面做好气-静联合麻醉恢复期患者的有效约束措施,正确约束患者肩、膝、手等,避免患者坠床及非计划拔管。另一方面,提高患者的免疫力和对医护

人员的依从性,发挥护理的最佳作用。本组患者术前心理干预、术中巡回及术后回访均由同一名护士担任,这样为患者提供连续不间断的护理给患者安全感、信赖感。在插管前,除了耐心讲解气管插管的方法,还需讲解手术结束恢复期的不适,如气管导管压迫气管不适,患者无法正常说话,但可通过表情、点头或摇头、握拳配合医护人员的询问。强调气管导管对患者的重要性是救命的管子,增强患者的耐受力,积极配合麻醉师吸痰等操作,保持呼吸道通畅。告知患者在恢复期,患者意识和肌张力是一个逐渐恢复的过程,由于麻醉药物的作用,患者易出现嗜睡。这种嗜睡状态能被语言或轻刺激唤醒,但反应迟钝,刺激消除又再次入睡。为了缩短拔管时间,麻醉师在术中严密注意手术进程,严格监测麻醉药物的浓度,控制麻醉深度,避免麻醉药物过量而导致迟迟不能拔管。在麻醉恢复期,护士应间隔 5~10 min 唤醒患者 1 次直至意识完全清醒^[6]。告知患者意识清醒后的便意、下腹胀坠和尿道口刺痛是术前留置尿管所引起的,不必紧张,拔除尿管后不适感就会消失。在气-静联合麻醉恢复期,专人守护患者,严密观察生命体征,特别是血氧饱和度,一旦发现患者血氧饱和度下降至 90% 以下则应提醒患者睁开眼睛,努力保持清醒,大口呼吸,同时给予氧气吸入。

3.3 提高术前认知能力可缓解应激反应 本研究表明,针对患者的心理特点,对围手术期的注意事项予以介绍,增强患者对手术麻醉等方面的认知度,使患者在应激事件发生前就有一定的了解和认知,同时注重患者感受,避免使用刺激性语言,即可相对缓解生理、心理方面的应激反应^[7]。术前有效的心理干预有利于患者对气-静联合麻醉方式所带来的不适有明确的了解,在不能用语言交流的状态下可以用睁眼、点头或摇头、大口呼吸、握拳等体态语言进行沟通和交流,改善了患者紧张、焦虑、无助的心理状态。拔管前的配合程度干预组明显优于对照组。说明术前心理干预可减轻患者焦虑,使之主动配合麻醉师进行拔管,缩短恢复期拔管时间,有利于患者生命体征平稳,安全度过气-静联合麻醉恢复期。

3.4 心理干预对气-静联合麻醉恢复期患者的意义

3.4.1 提前介入心理干预可有效缓解患者身心应激反应,在血压波动、失眠、焦虑、饮食等方面干预组患者均好于对照组患者。特别合并基础疾病的患者,在恢复期配合拔管的良好程度明显优于对照组,在术后的并发症较少,康复出院时间提前。

3.4.2 做好术前、术后心理护理干预措施,患者配合医护人员,在恢复期拔管时不乱动,不随意拔除各种管子,减少非计划拔管发生率。有效的约束加上专人守护,避免了患者坠床等医疗安全不良事件的发生。

3.4.3 由于整个围术期均是专人提供无缝隙护理,有效的心理干预使医疗安全不良事件减少,患者住院时间缩短,住院费用有所降低,患者及家属对医院满意度增加。

参考文献

- [1] 张照莉. 食管癌术后心理护理干预的对照研究[J]. 重庆医学, 2009, 37(9): 1134.
- [2] 姚树桥. 医学心理学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 154-155.
- [3] 徐启明. 临床麻醉学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社,

2005;54.

[4] 张秀英,朱国红,叶惠艳. 护理干预在手术室护理工作中应用的效果分析[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(12): 18.

[5] 冯涛,张雪芹,张芳秀,等. 心理干预对骨科外伤患者负性情绪的影响[J]. 川北医学院学报, 2010, 25(5): 462.

[6] 史红萍. 老年患者术后麻醉恢复期的护理[J]. 全科护理, 2010, 8(12): 3245.

[7] 马英霞,崔付清,崔占叶,等. 眼科患者围术期心理状况调查分析[J]. 山东医药, 2011, 51(28): 43.

(收稿日期:2014-10-28 修回日期:2014-11-06)

综合护理干预对妊娠高血压综合征患者的临床影响

王 青, 黄明媚, 陈妙玲(海南医学院附属医院产科, 海南海口 570102)

【摘要】 目的 探讨综合护理干预对妊娠高血压综合征患者的临床影响。**方法** 将 2010 年 2 月至 2014 年 2 月入该院接受治疗的妊娠高血压综合征患者 226 例随机分为观察组和对照组, 每组 113 例。对照组给予常规护理, 观察组给予综合护理干预, 包括心理护理、用药观察及护理、睡眠及饮食护理等。比较两组护理前后血压变化和妊娠结局情况(剖宫产率、胎盘早剥率、产后出血率、子痫率及新生儿窒息率)。**结果** 两组护理干预前血压差异无统计学意义($P>0.05$), 护理干预后收缩压和舒张压较护理前均有一定降低, 观察组降低更明显, 与对照组相比差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组综合护理干预后在剖宫产率、胎盘早剥率、产后出血率、子痫率及新生儿窒息率($Apgar<8$ 分)方面明显低于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 综合护理干预可显著改善妊娠高血压综合征患者的妊娠结局及预后, 提高临床治疗效果, 值得临床推广和进一步探讨研究。

【关键词】 妊娠高血压综合征; 子痫; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.08.057 文献标志码: B 文章编号:1672-9455(2015)08-1162-02

妊娠高血压综合征(下称妊高征)是妊娠期的一种常见疾病,我国发病率 5.6%~9.4%,主要表现为妊娠 20 周后出现高血压、水肿及蛋白尿等,严重者还会导致胎盘早剥、胎儿窘迫、胎儿宫内发育迟缓等,对产妇和胎儿的生命安全产生严重影响,是孕产妇和围生儿致残率和病死率增加的常见原因^[1-2]。因此,对孕产妇做好综合护理干预在临床上显得至关重要。本研究对本院收治的 113 例妊高征患者采用综合护理干预,并与同一时期进行常规护理的 113 例患者进行对比,探讨综合护理干预对妊高征患者的临床影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 2 月至 2014 年 2 月本院收治的 226 例妊高征患者为研究对象,均符合《妇产科学》第 7 版妊高征诊断标准,并排除原发性高血压及其他严重全身性疾病^[3]。按照入院顺序,采用随机数字法分为观察组和对照组,每组 113 例。观察组年龄 21~36 岁,平均(26.1±2.2)岁,孕 21~37 周,平均(32.1±2.5)周;对照组年龄 22~35 岁,平均(25.7±2.1)岁,孕 21~36 周,平均(31.9±2.7)周。两组患者在年龄、家族史、孕周等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。研究方案通过医院医学伦理委员会批准同意,患者及家属均签署知情同意书。

1.2 方法 对照组患者入院后给予常规护理,观察组在对照组基础上给予以下综合护理干预。

1.2.1 心理护理 由于缺乏生产经验及对妊高征相关医学知识的了解,孕产妇,尤其是初产妇,担心疾病会对身体和胎儿产生影响,在确诊妊高征后易产生紧张、焦虑和恐惧等不良情绪,不利于临床治疗。护理人员应主动给予心理护理干预,以图片、讲座、视频资料等形式向患者讲解妊娠和分娩的生理知识,使患者对妊娠和妊高征有初步的认识,减少思想顾虑。同时帮助患者树立良好的心态,正确对待疾病和治疗,消除紧张、焦虑心态,避免对胎儿产生不利影响。在做好患者工作的同时,也

要做好家属的思想工作,鼓励家属多与患者沟通,给予心理上的支持和帮助,帮助患者进一步减少思想顾虑,处于最佳心理状态。

1.2.2 用药观察及护理 药物治疗是患者和家属关注的敏感问题,患者普遍担心药物会对胎儿发育造成不良影响,从而产生恐惧和抵触情绪。采用“一对一”的健康教育模式,由 1 名护士专门负责 1 名患者,给患者讲解妊娠高血压相关并发症及药物治疗的临床应用状况,使患者充分了解治疗的重要性和安全性,能遵医嘱正确使用降压、解痉、利尿等药物,消除抵触心理。硫酸镁作为治疗妊高征最常见的药物,可有效解除血管痉挛,增加子宫和胎盘血流量,改善脑组织水肿,但易出现毒性反应^[4]。护理人员应准确掌握不良反应表现及抢救措施,用药前、后注意观察患者尿量,膝腱反射及呼吸情况。出现中毒表现时,在医生指导下,立即使用 10% 葡萄糖酸钙 10 mL 静脉注射,解除镁离子中毒。

1.2.3 睡眠及饮食护理 创造良好、舒适的睡眠环境,保证充足的休息时间对患者至关重要。护理人员对患者进行睡眠重要性教育,使患者充分了解睡眠质量对产程和胎儿的影响,并与患者协同制定作息时间表,督促实施,保证休息时间不少于 10 h/d。鼓励患者左侧卧位,以增加胎盘血供,降低舒张压。纠正患者不良的饮食习惯,鼓励多食富含蛋白质的食物、蔬菜及水果。对轻度妊高征患者,不必严格限制盐的摄入量,中、重度患者,应根据患者的病情及水肿程度控制食盐的摄入量。

1.2.4 重度患者的护理 抽搐患者应置于单人病房,设专人护理,叮嘱家属配合做好监护护理工作,防止坠地摔伤,尽量避免不必要的探视。患者出现昏迷时要保持呼吸道通畅,取仰卧位,头偏向一侧,及时清除口腔内分泌物,防止误吸。重度妊高征患者根本的治疗是终止妊娠,子痫患者应在抽搐控制后 2 h 适时终止妊娠,期间应密切观察患者产程进展情况及生命体征变化,了解患者需求,及时做好相应护理,给产妇心理及情感上