

参考文献

[1] 赵龙武. 鼻内镜下鼻中隔偏曲矫正手术治疗[J]. 医学信息:内·外科版, 2009, 22(10): 936-937.

[2] 李娜. 关于少年患者鼻中隔手术问题的看法与体会[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2009, 23(5): 1-3.

[3] 赵荣, 刘栖如. 老年人鼻内镜下鼻中隔手术 192 例[J]. 中国老年学杂志, 2009, 29(23): 3135.

[4] 孔维佳. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 84.

(收稿日期: 2010-05-31)

剖宫产围术期的护理

王祯祥(重庆市綦江中心血库 401431)

【摘要】 目的 探讨剖宫产患者围术期的护理方法。**方法** 分析该院 2007 年 8 月至 2009 年 12 月 200 例剖宫产患者的术前、术中、术后护理, 总结其护理体会及要点。**结果** 所有产妇经过精心护理, 剖宫产术后无并发症, 手术均顺利完成, 母乳喂养也基本达到 100%。**结论** 孕产妇术前作充分准备, 术中、术后及时观察护理, 对母婴安全及产妇术后的康复均能起到很好的促进作用。

【关键词】 剖宫产; 围术期; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 06. 064 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)06-0754-02

剖宫产是解除孕妇及胎儿危急状态的一种有效方法, 是在麻醉情况下切开腹腔及子宫腔, 取出胎儿及其附属物, 然后将子宫壁及腹壁各层组织缝合的手术, 手术切口很大, 创面广, 又和阴道相连, 有较多的并发症和后遗症, 其常见的并发症有发热、子宫出血、尿潴留、肠粘连、羊水栓塞, 还有可能导致猝死, 远期后遗症有慢性输卵管炎及由此炎症导致的宫外孕。近年来, 随着麻醉和手术技术的进步, 剖宫产的手术指征被逐渐扩大, 围产医学的研究和发展以及社会诸多方面对产妇术前、术中及术后的护理提出了越来越高的要求^[1]。由于大多数产妇对手术都存在着不同的焦虑、恐惧心理, 因此对剖宫产术前、术中、术后实施全面、及时的护理, 对手术的安全性及减少并发症的发生都起到重要的作用。现将本院 2007 年 8 月至 2009 年 12 月 200 例剖宫产产妇的护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院自 2007 年 8 月至 2009 年 12 月行剖宫产术 200 例, 年龄 21~40 岁, 平均年龄 27 岁初产妇 192 例, 经产妇 8 例。其中因胎儿因素手术: 如羊水污染或过少、双胎、脐带绕颈、胎膜早破、异常胎方位、巨大儿等难产 140 例, 占 70%; 因头盆因素手术: 如骨盆狭窄、异常产程、盆腔肿瘤、生殖器畸形 20 例, 占 10%; 因社会因素手术: 如畏惧疼痛、不愿试产、选择出生日期等要求手术 40 例, 占 20%。

1.2 手术方式 手术方法: 全部产妇均在持续硬膜外麻醉下采用下腹部横切口子宫下段剖宫产, 取出胎儿后各层切口缝合均采用可吸收线, 不用拆线, 切口愈合后疤痕纤细美观。

1.3 护理结果 200 例行剖宫产术产妇, 经过细致观察和精心护理, 分娩的新生儿 204 例均存活, 产妇伤口 I 期愈合, 无一例护理并发症发生, 术后母乳喂养基本达到 100%, 母婴健康出院。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 剖宫产孕妇除具有常人的各种需要, 也具备了患者的心理变化: 主观感觉异常, 情绪变化, 依赖性增强, 期望过高, 自我意识消极化, 否认的心理活动^[2]。手术是一种严重的心理刺激, 产妇处于应激状态, 因此在手术前护士要详细了解患者的生活情况和病史, 以和蔼可亲的语言主动自我介绍, 向产妇及家属说明剖宫产的目的、用途、必要性、做法、安全

程度、手术效果、麻醉方法, 并且讲解手术后可能出现的并发症。增加产妇的安全感, 使产妇放心。建立良好的护患关系, 是心理护理顺利实施的前提^[3]。针对孕产妇的各种心理问题进行必要的解释, 如手术原因、对母子的安全性等。用通俗易懂的语言向孕妇及家属介绍手术的大致过程及术前、术后的一般知识。

2.1.2 手术前一般护理 认真做好术前各项准备是保证手术能够顺利进行及防止术后并发症的重要环节。如是择期手术, 孕妇沐浴后备皮, 范围包括会阴部和腹部, 特别要注意脐窝部护理, 严格按照无菌技术进行术前留置导尿管。术前常规禁食 12 h, 禁水 4 h。如急诊剖宫产手术患者应立即做好术前准备, 停止进食, 应通知巡回护士及麻醉医师作好相应的准备。观察血压、宫缩以及胎心音的变化, 安慰孕妇不要紧张及喊叫, 术前做必要的药敏试验, 如果是普鲁卡因阳性应告知麻醉医师, 术前遵医嘱给予镇静剂以抑制唾液的分泌, 防止术中并发症的发生, 入手术室前常规测胎心音, 一旦发现异常应及时汇报医生。

2.2 术中护理

2.2.1 术中心理护理 要与患者建立良好的护患关系。护患关系是建立在相互尊重、信任与合作基础上的平等关系, 给患者安全感, 消除其恐惧心理, 患者进入手术室后, 护士应仔细核对患者, 护理人员应作好自我介绍, 并介绍手术室的环境, 说明麻醉方式, 使孕产妇对麻醉有初步的认识。尽量减少手术室的各种机器噪声, 护士操作应轻、快、准、稳, 边操作边解释, 手术开始可适当与孕产妇交谈与手术无关的话题, 分散其注意力。

2.2.2 胎儿娩出处理好后, 把胎儿抱给产妇看, 并与身体相贴, 告知胎儿的性别、出生的准确时间以及胎儿的重量, 若为双胞胎应标记好大小。

2.2.3 预防出血性休克 剖宫产术中出血率明显高于经阴道分娩, 特别是妊娠高血压综合征患者容易继发宫缩不良而发生术中大出血, 所以每例手术均应做好输血准备。术前输液时即选用输血器, 及时了解血压的变化, 观察出血量, 适时进行输血, 胎儿取出后立即用宫缩素, 促进子宫收缩, 减少失血量。

2.2.4 新生儿窒息的预防与护理 对有胎儿宫内窘迫的产妇进入手术室后, 立即面罩吸氧, 在上肢建立静脉通道, 从而改善胎儿血氧供应, 新生儿娩出前应备好用氧、抢救台、复苏器材及其他抢救药品等, 麻醉后产妇取仰卧位, 手术床左倾 20°~30°, 程度、手术效果、麻醉方法, 并且讲解手术后可能出现的并发症。增加产妇的安全感, 使产妇放心。建立良好的护患关系, 是心理护理顺利实施的前提^[3]。针对孕产妇的各种心理问题进行必要的解释, 如手术原因、对母子的安全性等。用通俗易懂的语言向孕妇及家属介绍手术的大致过程及术前、术后的一般知识。

并用绷带固定,防止胎儿缺氧,医护人员应及时、准确、快捷地使手术顺利完成。

2.3 术后护理

2.3.1 认真进行交接,准备好病房 产妇术后回房前就应按相应麻醉方式为产妇整理好床单元,保持病房整齐清洁,空气清新。手术结束后应与手术室护士认真作好交接工作,了解产妇术中情况,并检查静脉输液是否通畅,注意给患者保暖,实行母婴同室。

2.3.2 体位与翻身 根据麻醉方式选择不同的卧位,剖宫产一般采用局麻或硬膜外麻醉,所以产妇回病房后应去枕平卧 6 h,有呕吐现象时头可偏向一侧,并早期进行翻身。一般手术后 2~4 h 即可以翻身,这样既可使患者感到舒适又有利于静脉回流,比传统的去枕平卧 6~8 h 再翻身效果更佳,术后 6 h 内注意每 30 分钟活动下肢 1 次,预防下肢静脉血栓形成,6 h 后床上活动。

2.3.3 术后要严格进行生命体征的监测 生命体征是评价生命活动的重要指数,也是护士评估术后患者身体状况的基本资料^[4]。根据病情及医嘱常规测量并记录,如发现异常,体温超过 37.5℃者,立即汇报医生,继续观察,若体温继续上升,遵医嘱给予降低体温处理。围术期或术后预防性应用抗生素。

2.3.4 切口观察及伤口疼痛护理 严密观察腹壁切口敷料有无渗血、渗液,手术后伤口处可放置沙袋,防止切口渗液,如敷料渗湿要及时更换,观察阴道流血量,若有异常,及时通知医生,在围术期要预防性应用抗生素预防伤口感染;手术后 6~8 h 伤口疼痛最为剧烈,切口疼痛发生率约占 96%。对疼痛难以忍受的患者,可遵医嘱给予药物止痛后,一般都可以缓解;而个别患者效果不佳,可改为强效镇痛药,间隔 4~6 h 重复给药。患者术后 24 h 后疼痛一般均缓解。

2.3.5 子宫收缩疼痛的护理 子宫收缩疼痛的患者占到 80%,为此护理人员应耐心向产妇解释这属于正常的生理现象,告知患者静脉滴注催产素时,对于子宫收缩疼痛明显的患者,应及时减慢静脉滴注速度或暂时更换其他输液药物,以减轻疼痛,一般不需要药物止痛和处理。

2.3.6 尿管的护理 注意导尿管护理,尿管高于床沿,保持尿管通畅,注意尿色尿量,每日用 2.5% 碘伏擦洗尿道口 2 次,保持外阴清洁,预防交叉感染。鼓励患者多饮水,每日尿量最好保持在 1 500 mL 以上,以达到冲洗尿道、减少尿路感染的机会。留置尿管 24~48 h 后及时拔除,拔除后 2 h 内自行排尿,协助患者尽早排尿,防止发生尿潴留。如排尿困难,可用热毛巾、热水袋敷下腹部,以利于膀胱括约肌收缩,促进排尿。如仍排尿困难,应报告医生,采取相应措施。

2.3.7 母乳喂养的护理 术后产妇怕痛,体位受限,分泌乳汁不足,加上心理准备不足而影响母乳喂养,故护士应多巡视病房,随时指导母乳喂养,进行宣教,纠正不利于母乳喂养的心理活动,提高母乳喂养率,术后母乳喂养基本达到 100%。

2.4 术后并发症的护理

2.4.1 低血压 由于术中出血多或子宫收缩乏力引起子宫出血、补液量不足以及硬膜外麻醉对血压的影响都可造成术后低血压。因此要严密观察血压,如发现血压下降,应立即汇报医生,并加快输液速度,检查腹部切口有无渗血,阴道出血量、颜色,警惕内出血等情况,必要时再建一组静脉通道,备齐急救

药品。

2.4.2 产后出血 剖宫产产后出血的原因大多数为子宫收缩乏力,因此术后观察宫底高度,了解子宫收缩情况,注意阴道流血,如发现宫底升高,阴道流血量增多,应按压子宫,压出宫腔积血块,并汇报医生,遵医嘱给予缩宫素 10~20 U 肌肉注射或静脉滴注,必要时予以米索前列醇 400 μg 置阴道后穹窿。

2.4.3 术后腹胀 术后早期腹胀一般是由于手术后胃肠蠕动受抑制,肠腔内积气尚不能排出所致。这种现象随着术后胃肠蠕动恢复,肛门排气后自行缓解,如严重腹胀则影响腹壁切口愈合。因此术后 6 h 即鼓励并协助产妇床上活动,术后 2 d 鼓励下床活动^[5]。

2.4.4 尿滞留 由于麻醉后排尿反射受抑制,切口疼痛又引起膀胱后尿道括约肌反射性痉挛引起排尿困难。因此尿管拔除后应鼓励并督促产妇尽早自行排尿,如不能自行排尿,予以下腹热敷,轻柔按摩,听流水声诱导排尿等,必要时予以新斯的明 0.5~1 mg 肌肉注射。

2.4.5 切口感染 术后立即检查腹部切口敷料有无渗血及脱落,以后每天检查切口情况,有的产妇由于活动时不注意、切口敷料移位,切口下端露出,应及时换药处理。伤口每日更换敷料一次,加以物理治疗,如发现切口红肿,有硬结应向医生汇报。

2.4.6 肺不张 由于术后卧床时间太长或切口疼痛,产妇不愿意咳嗽等原因,术后易发生肺不张、肺部感染,所以应保持室内空气流通,鼓励患者咳嗽,为产妇叩背以利痰液排出,必要时做超声雾化吸入。产妇早期床上活动,短期内下床活动,增加肺活量,减少肺部并发症发生。

2.4.7 乳房胀痛 坚持早开奶制度,产妇清醒后即可进行母婴皮肤接触,早吸、勤吸,实行按需哺乳,有的产妇入院时应再次向她们宣教母乳喂养的好处,讲解母乳喂养的有关知识,指导产妇正确的哺乳姿势,保持泌乳通畅,防止乳腺管阻塞引起乳房胀痛。

3 体会

通过对本组 200 例剖宫产产妇术前、术中、术后的护理观察,由于术前充分准备,与产妇进行良好的沟通,术后细心观察病情和精心护理,本组产妇均痊愈出院。因此,对剖宫产术前、术中、术后实施及时、全面的护理对母婴的健康都是非常至关重要的。

参考文献

- [1] 魏风华,文彩玲,冯立红,等. 327 例剖宫产原因分析[J]. 中国医刊,2000,35(8):361.
- [2] 王宝珠. 剖宫产围术期的心理护理[J]. 中外健康文摘,2008,5(8):106.
- [3] 赵玉萍,谷丽萍. 正常孕产妇的心理护理[J]. 中国妇幼保健,2006,21(3):313-314.
- [4] 李艳,李仁慧. 新式剖宫产术后护理改进的效果观察[J]. 当代护士,2001,9:31.
- [5] 张岩. 276 例剖宫产术后观察与护理体会[J]. 中外医疗,2010,29(22):34.