

产、疼痛而产生孤独、陌生和恐慌心理,健康宣教显得尤为重要。医务人员应热情接待,耐心做好思想工作,细心讲解待产与分娩的相关知识,讲明分娩是正常的生理现象,使其对产程有所了解。对有恐惧心理的孕妇,应用亲切的语言、温和的态度、耐心地解释,配以得体的肢体语言,以真正同情心去安慰她们。让孕妇有依托的感觉及充分的思想准备,对自然分娩全过

程做到心中有数,情绪稳定,增强自然分娩的信心。
1.2.2 创造温馨环境 85%的产妇需要专人守护,及时处理;83%的产妇希望家属陪伴,取得情感支持^[3-4]。临产后家属陪同,有家属的陪伴和关心,可使孕妇感到安慰及安全,有利于调动其主观能动性,配合医护人员顺利完成分娩;进入活跃期由专职人员陪伴,可及时了解孕妇的心理需要,能使孕妇处于最佳的心理状态。由此,陪伴分娩在产科护理中越来越受到重视。

1.2.3 第 1 产程的心理护理 产程刚刚开始时突如其来的阵痛让孕妇有些惊慌。产妇对产痛的耐受力除与个人的痛阈有关外,还与心理状态有关,并且占很重要的位置。当产妇的心理状态不佳时,常表现为一有宫缩就呻吟不止,大喊大叫,不能自我控制,甚至拒绝饮食,使体力和精力消耗很大,导致宫缩无力,造成难产。助产人员要及时到孕妇身边,与孕妇密切接触,严密监测产程。在进行检查操作过程中,要注意态度认真,手法准确、轻柔、熟练,观察细致,记录及时,必要时将检查结果主动告诉产妇,使她们感到自己受尊重、受重视,以增加她们的信心,把顾虑、恐惧的心情转移到积极的行为中,以最佳的心理状态迎接分娩。在进入活跃期后,应将孕妇送入待产室,由专职人员陪伴,与产妇交流以分散注意力,在观察护理过程中及时采用一些抚摸和按摩等体态语言,适时向孕妇反馈宝宝的状况。鼓励孕妇利用宫缩的间歇时间,少量多次进食,供给足够的能量,保证充沛的精力和体力,促进自然分娩。

1.2.4 第 2、3 产程的心理护理 此过程孕妇疼痛较前减轻,情绪会稍稳定,但不会配合用力。此时助产士应鼓励和指导孕妇在宫缩时屏气,以增加腹压,促进胎儿下降至娩出。宫缩间歇时全身放松,安静休息,恢复体力。随时帮其擦汗、喂水。同时,第 2、3 产程是分娩的紧张阶段,各种异常情况多在此时发生,无论接生者还是巡视人员都要严肃认真,保持沉着镇静,一旦发生意外应冷静、果断、迅速作出处理。同时安慰产妇,巧妙地回答她提出关于病情的问题,以免心理因素造成病情恶化。当胎儿娩出后发现异常或所接生孩子性别与产妇期望不一致

时,暂时不告诉产妇,待胎盘娩出后,加压按摩子宫直至宫缩良好后再告知,这样可避免引起产后大出血。新生儿处理后,裸体与母亲进行皮肤接触 30 min,进行早吸吮,刺激乳汁分泌,增加母婴感情。

2 结果

开展优质护理以来,根据孕妇分娩的不同期及不同心理状态,给予适时恰当的心理干预。自然分娩 509 例,剖宫产 291 例,剖宫产率 36.4%。在开展优质护理以前,同样排除剖宫产史,多胎,巨大儿,胎位不正以及患严重妊娠并发症和其他全身系统性疾病的产妇,2009 年 7 月至 2010 年 6 月以及 2010 年 7 月至 2011 年 6 月剖宫产率分别为 40%及 43%。

3 讨论

在传统的助产模式下,助产人员仅从生物学角度对产妇进行护理和治疗,忽视了社会因素与心理因素对疾病的发生、发展和转归的作用,加上孕妇和家属的紧张情绪,使孕妇对分娩失去信心,导致产程异常^[5-6]。本文通过对孕妇产前不同阶段的心理特点实施不同的护理措施,使本院的剖宫产率没有因社会因素而持续上升。所以,充分了解产妇的心理状态,在每个阶段实施合理的心理干预,能减轻产妇对分娩的恐惧、忧虑、抑郁、紧张不安及无助感,能积极地配合医护人员,促进自然分娩,降低剖宫产率。为此做好产妇心理护理是非常必要的,关系到母婴安康、家庭幸福和医院产科的工作质量。

参考文献

- [1] 娄丽艳. 人性化护理在妇产科临床中的效果研究[J]. 中国医药导报, 2010, 7(9): 96-97.
- [2] 刘晓虹. 护理心理学[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 1998: 203-204.
- [3] 程晓鸣, 吕小芳. 孕妇产前心理状态及需求[J]. 南方护理学报, 2002, 9(3): 12-13.
- [4] 段海英, 王殿军, 邹卫红. 优质护理指征与护理质量提高方法探究[J]. 宜春学院学报, 2011, 33(8): 100-101.
- [5] 吴一军, 杨春仙. 人文关怀融入产程护理临床观察[J]. 上海护理, 2003, 5(5): 22-23.
- [6] 颜丽君, 陈俊如. 护理人员关怀理念应用于护理操作的探讨[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(8): 1005-1006.

(收稿日期: 2012-10-15 修回日期: 2012-12-12)

51 例阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的手术护理

袁世明, 何春红, 朱艳梅(桂林医学院附属医院手术室, 广西桂林 541001)

【摘要】目的 探讨阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)的手术护理方法。**方法** 对采用改良悬雍垂腭咽成形术(UPPP)治疗 OSAHS 患者共 51 例,进行手术护理总结分析,争对围术期的护理薄弱环节实施相应的护理干预。**结果** 术后 6 个月经多导睡眠呼吸监测显效 29 例、有效 20 例、无效 2 例,总有效率 96%。患者手术过程顺利,无手术护理并发症。**结论** 改良 UPPP 治疗 OSAHS 易出现并发症,重者可危及患者生命,通过手术室系统的护理干预,能够减少手术并发症,提高手术疗效,保障患者安全。

【关键词】 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 改良悬雍垂腭咽成形术; 等离子射频消融; 手术护理干预

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 09. 078 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)09-1183-02

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是指睡眠时上呼吸道塌陷阻塞引起的呼吸暂停和通气不足,伴有打鼾、睡眠结构紊乱、频繁发生血氧饱和度下降、白天嗜睡等的临床综合征^[1];是多种心脑血管疾病的危险因素,严重影响人们的日

常工作和生活,已成为危害人类健康的重要公共卫生问题^[2]。随着医疗技术的不断发展,低温等离子射频消融联合改良悬雍垂腭咽成形术(UPPP)是近年常用来治疗 OSAHS 的手术方法。2011 年 3 月至 2012 年 2 月本科室对采用该术式治疗的

51 例 OSAHS 患者的手术护理进行观察分析, 争对薄弱环节实施护理干预, 效果良好, 无护理并发症, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 51 例 OSAHS 患者, 男 48 例, 女 3 例, 年龄 21~56 岁, 平均(38.0±4.8)岁。患者均有不同程度的睡眠时打鼾、憋气、白天嗜睡、精神差。检查体征显示有扁桃体肥大、咽侧壁及软腭肥厚松弛、舌根、悬雍垂粗大、硬腭过长等, 伴有鼻部疾患患者 14 例(27.45%), 舌根肥厚 39 例(76.47%), 患有血压不同程度增高者 32 例(62.75%), 血压为 145~165/92~100 mm Hg。依据多导睡眠呼吸监测和血氧饱和度(SPO₂)指标分度, 轻度 16 例, 中度 20 例, 重度 15 例, 诊断符合中华医学会耳鼻咽喉科学分会的杭州标准^[3]。本组 51 例均采用低温等离子射频消融联合改良 UPPP, 其中 6 例同时进行了硬腭截短术, 合并有鼻部疾患患者先行鼻部手术, 术后 2 个月再行低温等离子射频消融联合改良 UPPP。

1.2 手术方法 等离子射频联合改良 UPPP 的手术方法: 用低温等离子射频消融仪的 Reflex70 刀头切除扁桃体, 修剪两咽侧松弛的黏膜, 将修薄的咽腭弓黏膜瓣平铺于扁桃体窝与舌腭弓缝合固定, 不留死腔。于悬雍垂两侧“Λ”形切, 解剖腭帆间隙, 剔除脂肪组织; 保留腭帆张肌与腭帆提肌; 修整缝合腭帆间隙、咽侧, 缩短软腭, 扩大鼻咽腔并形成悬雍垂。以 Reflex55 刀头行软腭、舌根射频消融。

1.3 手术室护理干预

1.3.1 术前护理干预 (1)术前访视。术前 1 d 手术室护士到病房了解患者情况, 对患者进行术前护理评估, 简要介绍 OSAHS 的相关知识、手术目的、应配合完成的术前准备等, 注意减轻患者及家属的紧张、恐惧感, 以平稳的心态迎接手术。(2)防止坠床。防止坠床特别是在麻醉诱导期和苏醒期, 患者常躁动, 更要注意防护。过床时为安全起见应用过床仪平稳过床, 避免粗暴搬动。(3)配合麻醉诱导及气管插管。部分患者必须采用慢且又不打断呼吸或镇静辅助清醒时经鼻腔气管插管, 备好鼻腔表面麻醉药及黏膜收缩剂, 给麻醉药时应注意给药的速度和剂量, 插管时给予患者必要的安抚鼓励, 使其配合麻醉医生顺利插管^[4], 并注意在麻醉前备好吸引器及困难插管的用具和其他各种抢救物品。(4)气管插管的保护。插管成功后, 除常规用胶布固定外, 需要用 3L 保护膜进一步加固粘贴, 以免消毒液或术中血液、分泌物浸湿胶布致导管松脱。另外, 安置手术体位及手术时安装 Davis 开口器、术中操作也易致导管松脱, 因此, 应随时检查插管的深度, 判断导管是否有脱出的危险。(5)眼睛的保护。麻醉后要用 3L 保护膜贴于闭合的眼睑外, 防止消毒液流入眼睛灼伤角膜。3L 保护膜为透明膜, 术后要及时去除, 以免患者麻醉清醒时睁不开眼睛而致心理紧张恐惧。(6)良好的手术体位。手术体位必须手术医生、麻醉医生、巡回护士共同协作完成, 置患者垂头仰卧位, 于患者肩下垫枕头, 头下放头圈, 枕头和头圈的高度视患者的体质量及体型特点而定, 尽可能使患者舒适安全并能良好地暴露手术野, 利于手术医生操作。

1.3.2 术中护理干预 (1)牙齿的保护。术中注意牙齿保护, 防止牙齿脱落; 上 Davis 开口器前要用 4 层纱布包裹牙齿以做保护。安放好开口器后, 注意患者手术床及器械托制动, 以防患者牙齿松脱, 特别要注意松动牙齿的保护和观察。(2)颜面部的保护。该手术为临近颜面部经口手术, 属于人体的重要“门面”部位, 手术器械物品进出容易碰伤颜面部及口唇, 除术中仔细手术操作避免损伤临近周围组织外, 术毕要注意擦净颜面部的血迹及消毒液, 再次检查颜面部皮肤的完整性。(3)生

命体征的监测。合并有血压增高的患者, 术中慎用肾上腺素盐水。手术中注意观察血压、血氧饱和度、心率的变化。

1.3.3 术后护理干预 (1)观察和预防术后出血。复苏期间随时观察患者血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度的变化、口腔分泌物及创面渗血情况, 颈部两侧给予冰敷, 患者如有频繁的吞咽动作提示有出血的可能, 必要时做好止血准备工作。(2)保持呼吸道通畅, 掌握拔管时机。手术本身导致局部黏膜水肿、舌体肿胀、局部分泌物增多、鼻腔堵塞等, 在拔管过程中和拔管后出现呼吸道阻塞、窒息的危险性增加^[5]。遵医嘱给予糖皮质激素减轻咽喉部水肿, 苏醒期患者躁动视情况给予镇静药物及安抚工作, 以缓解患者的躁动不安情绪, 适当延长拔管时间, 至患者完全清醒方可拔管。拔管后注意观察患者的呼吸, 防止呼吸道梗阻窒息, 在拔管前备好口咽通气管、吸痰管、开口器、呼气囊等, 做好气管切开及重新插管的准备。

2 结果

术后 6 个月随访, 患者打鼾及憋醒、嗜睡现象较术前明显改善, 26 例患者血压恢复正常。经多导睡眠呼吸监测显效 29 例、有效 20 例、无效 2 例, 总有效率 96%, 未发现手术护理并发症。

3 讨论

随着人民生活水平的提高, 超重、肥胖体型者增多, 致 OSAHS 的发病率逐年上升, 其带来的一系列危害性也越来越受到关注。手术的目的是解除上呼吸道狭窄, 而呼吸通道的手术创伤、肥胖、并发症及手术期的各项医疗护理操作等都易使 OSAHS 的患者发生手术护理并发症。重症 OSAHS 患者长期处于夜间低血氧病理状态下, 呼吸中枢驱动性差, 对于手术及麻醉药物耐受性明显下降, 手术本身的牵拉压迫使咽腔开大肌的作用受到影响^[6], 手术创面局部水肿致呼吸道进一步狭窄, 易突发窒息。

因此, 手术室护士要紧密配合手术医生、麻醉医生的工作, 并根据手术特点、患者个体差异, 预见存在的护理风险, 周密地做好患者术前、中、后的护理干预, 以保证手术顺利进行, 减少 OSAHS 手术护理并发症, 保障患者安全。

参考文献

- [1] 张淑彩, 赵超英, 徐静, 等. 儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征术后的安全护理[J]. 解放军护理杂志, 2007, 24(12): 56-58.
- [2] 何权瀛, 陈宝元, 黄席珍, 等. 努力提高对阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的警觉及诊治水平[J]. 中华内科杂志, 2003, 42(8): 533-534.
- [3] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会, 中华耳鼻咽喉科杂志编委会. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断依据和疗效评定标准暨悬雍垂腭咽成形术适应证(杭州)[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2002, 37(6): 403-404.
- [4] 姚燕婷, 刘美霞, 张翔. 悬雍垂腭咽成形术 169 例护理配合[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(30): 80.
- [5] 杜玉凤, 马丽晶. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者改良悬雍垂腭咽成形术的护理[J]. 护理学报, 2008, 15(3): 75-76.
- [6] 张朝晖, 陶宝鸿, 蔡志毅, 等. 中重度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征围手术期治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2005, 12(10): 625-627.