

表 1 两组 SAS,SDS 评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
干预组	55	53±5	42±5 <sup>ab</sup>	54±5	43±6 <sup>ab</sup>
对照组	55	53±4	48±4 <sup>a</sup>	53±5	47±6 <sup>a</sup>

注:与护理前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

表 2 两组 SCSQ 评分变化比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	消极应对		积极应对	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	55	17.6±1.1	22.8±1.8 <sup>ab</sup>	12.5±1.6	7.6±1.3 <sup>ab</sup>
对照组	55	17.7±1.2	20.1±1.7 <sup>a</sup>	12.3±1.7	9.4±1.5 <sup>a</sup>

注:与护理前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

### 3 讨 论

老年股骨骨折事发突然,剧烈的疼痛和生活不适带来巨大的心理压力,内心易滋生焦虑、抑郁、消极、悲观等心理障碍,面临手术和麻醉风险威胁,更加重负性心理,使其不能正确对待病情治疗。随着医学模式的转变和舒适医疗的发展,患者的心理健康在临床护理工作中逐步受到重视<sup>[5]</sup>。

REBT 包括理性信念(存在、成长、快乐及自我实现)和非理性信念(自我毁损、低挫折耐受力、糟糕至极和绝对化要求),每个人都不同程度存在非理性信念<sup>[6]</sup>。而非理性信念是产生心理问题的根源<sup>[7]</sup>,REBT 既能协助患者改善不良情绪,又可指导患者认识心理问题产生的根源,即非理性信念,从思想和行为上逐步削弱不合理认识,树立理性信念。患者长期卧床,生活需要照顾,担心给家庭增加负担,普遍存在自卑、悲观、消极等心理。应对方式是机体面对周围环境突变而采取的调节方式,目的是保持心理的动态平衡,维护心理健康<sup>[8]</sup>,积极应对方式可促进心理健康发展,而消极应对方式不利于心理障碍的改善。干预组给予 REBT 后,使患者逐步摆脱非理性信念,树立理性信念,有效降低 SAS、SDS 评分,与文献<sup>[9]</sup>报道一致。REBT 通过与患者争辩、讨论,帮助患者树立正确的认知观,敢于正视医疗和护理活动,积极配合治疗,改善了应对方式,表现为积极应对评分的明显提高和消极应对评分的明显降低。

总之,REBT 有效弱化老年股骨骨折患者的非理性理念,明显强化理性信念,改善焦虑、抑郁状态和消极应对方式,提高了心理健康水平,值得在临床推广应用。

### 参考文献

- [1] 陈静. 护理干预对老年下肢骨折术后患者心理状态和治疗依从性的影响[J]. 中国药物与临床, 2012, 12(6): 778-779.
- [2] 钟云英. 综合护理措施对老年骨折患者功能恢复的影响[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(13): 14-15.
- [3] 姚树桥, 孙学礼. 医学心理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 93-94.
- [4] 解亚宁. 简易应对方式量表信度和效度的初步研究[J]. 中国临床心理学杂志, 1998, 6(2): 53-54.
- [5] 贾赫. 老年人常见心理问题及护理对策[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(6): 85-87.
- [6] Szentagotai A, David D, Lupu V, et al. Rational emotive behavior therapy versus cognitive therapy versus pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: Mechanisms of change analysis [J]. Psychotherapy (Chic), 2008, 45(4): 523-538.
- [7] 何俊利, 屈云, 杜晓霞, 等. 理情行为疗法对卒中后抑郁的心理干预研究[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 376-378.
- [8] Vinberg M, Froekjaer VG, Kessing LV. Coping styles in healthy individuals at risk of affective disorder[J]. J Nerv Ment Dis, 2010, 198(1): 39-44.
- [9] Jackson CJ, Izadikah Z, Oei TP. Mechanisms underlying REBT in mood disordered patients: predicting depression from the hybrid model of learning[J]. J Affect Disord, 2012, 139(1): 30-39.

(收稿日期: 2013-01-21 修回日期: 2013-04-25)

## 手术体位垫防治剖宫产仰卧位低血压综合征的效果观察

何 花, 陶爱琴, 叶 丽, 张宇虹(东南大学医学院附属江阴医院东区手术室, 江苏江阴 214400)

**【摘要】** 目的 观察手术体位垫防治腰硬联合麻醉下剖宫产仰卧位低血压综合征(SHS)的临床效果。方法 选择 2012 年 9 月至 2013 年 1 月 120 例在腰硬联合麻醉下行子宫下段剖宫产产妇, 依据手术顺序随机均为观察组和对照组, 左侧卧位 L2~3 联合麻醉成功后, 对照组在产妇腰骶臀部放置自制体位垫(沙袋)使其下腹部左倾 15°~20°, 观察组将奥克兰(OKL)斜行手术体位垫放置于腰骶臀部使其下腹部左倾 15°~20°。观察两组产妇麻醉前(T<sub>0</sub>)、侧卧位麻醉操作前(T<sub>1</sub>)、放置体位垫后 1 min(T<sub>2</sub>)、3 min(T<sub>3</sub>)、5 min(T<sub>4</sub>) 平均动脉压(MAP)、脉搏血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)、心率(HR)变化, 记录两组 SHS 发生率、麻黄碱用量、恶心、呕吐等不良反应和舒适度。结果 T<sub>0</sub>、T<sub>1</sub> 时两组 MAP、HR、SpO<sub>2</sub> 差异无统计学意义(P>0.05); T<sub>2</sub>、T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub> 时观察组 MAP 明显高于对照组(P<0.05), HR 明显低于对照组(P<0.05), 而 SpO<sub>2</sub> 差异无统计学意义(P>0.05)。观察组 SHS 发生率、麻黄碱用量、恶心发生率明显低于对照组(P<0.05), 而舒适度明显优于对照组(P<0.05)。结论 手术体位垫防治腰硬联合麻醉下剖宫产 SHS 效果优, 患者感觉舒适。

**【关键词】** 剖宫产; 腰硬联合麻醉; 仰卧位低血压综合征; 手术体位垫

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.058 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)21-2884-03

仰卧位低血压综合征(SHS)是腰硬联合麻醉下剖宫产术中常见并发症, 发生率高达 90%<sup>[1]</sup>, 增加产妇术中痛苦和心理

压力,严重影响母婴安全。防治 SHS 的方法众多,研究显示,将产妇体位左倾 15°~20°可有效减轻子宫压迫下腔静脉、髂总静脉和腹主动脉,增加回心血量和心输出量<sup>[2]</sup>。手术床左倾和产妇腰骶部垫沙袋是常用的左倾产妇 15°~20°体位的方法,本研究比较了其与美国麻醉医师学会(ASA)斜行手术体位垫左倾产妇 15°~20°体位防治 SHS 的效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2012 年 9 月至 2013 年 1 月 120 例在腰硬联合麻醉下行子宫下段剖宫产产妇,其中初产妇 93 例,经产妇 27 例;年龄 19~32 岁,平均(24.61±7.29)岁;孕周 36~41 周,平均(38.24±2.31)周;体质量指数 23~28 kg/m<sup>2</sup>,平均(25.84±2.61)kg/m<sup>2</sup>;按照手术顺序随机分为观察组和对照组各 60 例。所有产妇美国麻醉医师学会(ASA)分级均为 I~II 级,单胎,无高血压病、糖尿病、冠心病等病史,排除孕期 SHS 产妇、严重肥胖、心理障碍和精神异常者。两组产妇的孕产次、年龄、孕周、体质量指数、ASA 分级和疾病史等资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 产妇入室后监测无创血压(NBP)、心电图(EKG)、脉搏氧饱和度(SpO<sub>2</sub>),鼻导管吸氧 2 L/min,常规开放外周静脉,30 min 内快速输注乳酸钠林格氏液 500 mL。在左侧卧位下行 L2~3 腰硬联合麻醉,麻醉操作成功后,蛛网膜下腔注入 0.5%布比卡因 8~10 mg,然后置入硬膜外腔导管。观察组将 OKL 斜行手术体位垫(30 cm×18 cm×5 cm)放置于腰骶臀部,与麻醉医生一起协助产妇从左侧卧位转为仰卧位,因手术体位垫的作用,产妇仰卧位后下腹部左倾 15°~20°。对照组在产妇腰骶臀部放置自制体位垫(沙袋),协助产妇仰卧位后调整沙袋位置,使其下腹部左倾 15°~20°。麻醉平面控制在 T6 以下,收缩压(SBP)低于 90 mm Hg 或者低于基础值的 30%,持续 1 min 以上,除加快输液外,静脉给予麻黄碱 10~15 mg,胎儿分娩后取出体位垫或沙袋。

**1.3 观察指标** 观察两组产妇麻醉前(T<sub>0</sub>)、侧卧位麻醉操作前(T<sub>1</sub>)、放置体位垫后 1 min(T<sub>2</sub>)、3 min(T<sub>3</sub>)、5 min(T<sub>4</sub>)平均动脉压(MAP)、SpO<sub>2</sub>、心率(HR)等变化,记录两组 SHS 发生率、麻黄碱用量、恶心、呕吐等不良反应和舒适度。SHS 诊断标准:腰硬联合麻醉成功仰卧位后,数分钟内血压快速降低,SBP<90 mm Hg 或下降幅度大于 30%,临床表现头晕、恶心、呕吐、脉搏细速等。舒适度标准采用视觉模拟评分法,用 0~10 分表示,0 分为舒适,10 分为最不舒适。舒适程度分级:轻度不适,1~4 分;中度不适,5~7 分;重度不适,8~10 分。舒适度评定:采用 0~10 级线。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS16.0 软件处理,计量资料采用  $\bar{x}\pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料采用  $\chi^2$  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 两组 MAP、HR、SpO<sub>2</sub> 变化** T<sub>0</sub>、T<sub>1</sub> 时两组 MAP、HR、SpO<sub>2</sub> 差异无统计学意义( $P>0.05$ );T<sub>2</sub>、T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub> 时观察组 MAP 明显高于对照组( $P<0.05$ ),HR 明显低于对照组( $P<0.05$ ),而 SpO<sub>2</sub> 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 1。

**2.2 两组 SHS 发生率、麻黄碱用量和不良反应比较** 观察组 SHS 发生率、麻黄碱用量、恶心发生率明显低于对照组( $P<0.05$ ),而呕吐发生率两组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 2。

**2.3 两组产妇舒适度比较** 观察组使用体位垫后的不适程度明显轻于对照组( $P<0.05$ )。见表 3。

表 1 两组产妇各时间点 MAP、HR、SpO<sub>2</sub> 变化比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	时间点	MAP(mm Hg)	HR(次/分)	SpO <sub>2</sub> (%)
观察组 (n=60)	T <sub>0</sub>	78.64±8.42	83.66±13.68	99.12±0.86
	T <sub>1</sub>	88.57±10.52	81.09±11.45	99.48±0.74
	T <sub>2</sub>	83.48±10.25 <sup>a</sup>	89.51±14.29 <sup>a</sup>	99.73±0.49
	T <sub>3</sub>	76.51±12.46 <sup>a</sup>	93.54±12.74 <sup>a</sup>	99.37±0.48
	T <sub>4</sub>	71.65±11.39 <sup>a</sup>	87.43±11.82 <sup>a</sup>	99.86±0.42
对照组 (n=60)	T <sub>0</sub>	79.13±8.53	84.22±13.49	99.23±0.79
	T <sub>1</sub>	87.94±11.24	80.87±12.24	99.51±0.56
	T <sub>2</sub>	77.61±11.34	95.69±14.63	99.69±0.46
	T <sub>3</sub>	70.38±10.72	98.75±13.83	99.48±0.57
	T <sub>4</sub>	66.49±12.73	92.73±12.57	99.73±0.34

注:与对照组同一时间点比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

表 2 两组产妇 SHS 发生率、麻黄碱用量和不良反应比较

组别	n	SHS 发生率 (%)	麻黄碱用量 (mg)	不良反应[n(%)]	
				恶心	呕吐
观察组	60	8.30 <sup>a</sup>	10.28±7.59 <sup>a</sup>	4(6.67) <sup>a</sup>	2(3.33)
对照组	60	21.67	16.58±10.26	14(23.33)	4(6.67)

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

表 3 两组产妇舒适度比较[n(%)]

组别	n	轻度不适	中度不适	重度不适
观察组	60	51(85.00) <sup>a</sup>	7(11.67) <sup>a</sup>	2(3.33) <sup>a</sup>
对照组	60	22(36.67)	24(40.00)	14(23.33)

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

## 3 讨论

SHS 是足月妊娠产妇仰卧位 3~7 min 后,出现恶心、呕吐、头晕、脉搏细速、面色苍白、血压下降等综合征,产妇体位转为左侧卧位后,上述症状消失或缓解,又称为体位性休克<sup>[3]</sup>。SHS 发生的原因主要是子宫压迫下腔静脉、髂总静脉和腹主动脉等所致<sup>[4]</sup>,而且妊娠晚期,子宫因乙状结肠的位置关系而右旋,易压迫脊柱右侧的下腔静脉。SHS 是腰硬联合麻醉常见并发症,机制除与上述原因有关外,还与交感神经节前纤维阻滞外周血管扩张、腹壁肌肉和子宫附属韧带松弛和术前禁饮、禁食等有关<sup>[5]</sup>。

SHS 不及时处理可致产妇缺氧、恶心、误吸、意识障碍等,严重低血压减少胎盘血流,易致胎儿酸中毒、宫内窘迫、神经系统损伤等<sup>[6]</sup>。因此,防治腰硬联合麻醉后 SHS 是保证围术期母婴安全的重要内容。麻醉前预先静脉输注负荷量溶液可一定程度减轻 SHS 的症状,减少血压下降水平<sup>[7]</sup>,亦有研究认为静脉给予小剂量麻黄碱可提高 SHS 患者的血压<sup>[8]</sup>。但预先输注负荷量液体增加产妇心脏负担,延迟手术时机,静脉给予麻黄碱可导致产妇心动过速、子宫动脉收缩,影响胎儿血供。临床研究显示,手术床左倾 15°~20°可及时解除子宫对下腔静脉、髂总静脉和腹主动脉等的压迫,防治腰硬联合麻醉后 SHS 的发生和减轻 SHS 症状<sup>[9]</sup>。产妇腰骶部垫沙袋是传统的左倾 15°~20°体位的方法,由于自制沙袋的高度、倾斜度、长度等存

在差异,且易变形,影响应用效果。而 OKL 斜行手术体位垫(30 cm×18 cm×5 cm)制作参数标准,放置后不易移位,且患者感知舒适,易于保证应用效果。本研究显示,放置体位垫 1 min、3 min、5 min 观察组血流动力学参数明显优于对照组,SHS 发生率、麻黄碱用量和恶心发生率明显低于对照组,说明手术体位垫防治要赢联合麻醉后 SHS 的效果优于传统的沙袋垫,机制可能与 OKL 斜行手术体位垫参数标准、不易变形和移位等有关,从而有利于增加回心血量和心输出量。OKL 斜行手术体位垫属于高分子凝胶体位垫,无流动性,质地柔软,放置后位置稳定<sup>[10]</sup>,产妇感觉舒适。本研究证明使用手术体位垫的舒适度明显优于沙袋垫。

综上所述,手术体位垫放置腰硬联合麻醉剖宫产 SHS 效果优于传统沙袋垫,产妇感觉舒适程度较优,值得在手术室推广应用。

#### 参考文献

- [1] 宋薇薇,王阳. 仰卧位低血压综合征的相关问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2006,22(11):820.
- [2] 程丽霞,薛水兰,陈新妹. 腰麻联合硬膜外麻醉剖宫产患者仰卧位低血压综合征体位干预的护理效果观察[J]. 护士进修杂志,2011,26(4):354-355.
- [3] Kinsella SM, Lohmann G. Supine hypotensive syndrome[J]. Obstet Gynecol, 1994, 83(5Pt1):774-788.

- [4] Paech MJ. Should we take a different angle in managing pregnant women at delivery? Attempting to avoid the 'supine hypotensive syndrome'[J]. Anaesth Intensive Care, 2008, 36(6):775-777.
- [5] 刘凤芹. 剖宫产术中仰卧位低血压综合征 91 例影响因素分析[J]. 齐鲁护理杂志,2008,14(14):17-18.
- [6] De-Giorgio F, Grassi VM, Vetrugno G, et al. Supine hypotensive syndrome as the probable cause of both maternal and fetal death[J]. J Forensic Sci, 2012, 57(6):1646-1649.
- [7] 唐红海,严国章,丁力. 6% 中分子羟乙基淀粉 130/0.4 预输液预防剖宫产术中麻醉中仰卧位低血压 190 例[J]. 中国药业,2012,21(23):99-100.
- [8] 熊桂林,印武,鲁竟,等. 甲氧明和麻黄碱静脉预注预防腰硬联合麻醉下产妇低血压作用分析[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2011,5(4):1124-1126.
- [9] 颜献群. 剖宫产术中仰卧位低血压综合征的预防和护理[J]. 护理学报,2007,14(9):75.
- [10] 罗中风. 高分子凝胶头圈在侧俯卧位手术保护头面部皮肤中的应用[J]. 安徽医学,2009,30(9):1093-1094.

(收稿日期:2013-02-19 修回日期:2013-07-23)

## 循证护理对短暂性脑缺血发作患者近期疗效和心理的影响

潘卫平(东南大学医学院附属江阴医院神经内科二科,江苏江阴 214400)

**【摘要】** 目的 探讨循证护理对短暂性脑缺血发作患者近期临床疗效和心理的影响。方法 选择 2010 年 8 月至 2012 年 6 月 106 例短暂性脑缺血发作患者,采用随机数字表法,将 106 例患者分为观察组和对照组各 53 例。两组均给予低分子肝素、银杏达莫注射液治疗,其中对照组给予神经内科常规护理,观察组应用循证护理,观察两组近期治疗有效率和护理前后血脂变化,记录护理前后 Zung 焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分变化。结果 观察组近期治疗有效率为 96.23%,明显高于对照组的 84.91%( $P < 0.05$ )。护理后,两组血脂浓度均明显降低,但观察组血脂降低较对照组明显( $P < 0.05$ )。护理前,两组 SAS、SDS 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。护理后,观察组 SAS、SDS 评分明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论 循证护理可提高短暂性脑缺血发作患者的近期临床疗效,有效改善患者心理健康水平。

**【关键词】** 短暂性脑缺血; 循证护理; 心理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2886-02

短暂性脑缺血发作(TIA)是神经内科常见的脑血管缺血性疾病,发病急、短暂、可逆和易反复,是脑卒中的风险因素。低分子肝素、银杏达莫注射液治疗 TIA 疗效好,但患者因病情折磨,内心常产生恐惧、紧张、焦虑、抑郁等不良情绪反应<sup>[1]</sup>,影响治疗效果。研究显示护理干预在 TIA 治疗过程中起着重要作用<sup>[2]</sup>。笔者通过对 TIA 患者实施循证护理(EBN),取得明显效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2010 年 8 月至 2012 年 6 月 106 例短暂性脑缺血发作患者,均为首次发病,符合 TIA 诊断标准<sup>[3]</sup>,其中男 64 例,女 42 例;年龄 41~75 岁,平均(62.35±12.51)岁;病程 1~8 h,平均(4.32±2.53)h;文化水平:小学 21 例,初中 29 例,高中 32 例,中专 14 例,大专及以上 10 例;采用随机数字表法,将患者分为观察组和对照组,每组 53 例。所有患者经 CT 或 MRI 扫描检查无脑内出血、脑梗死、占位病变,肝、肾、肺

等脏器功能无严重障碍,心理、精神等正常;并发症:高血压病 23 例,高血脂 12 例,糖尿病 16 例,冠心病 8 例,两组均给予脐周皮下注射低分子肝素(齐鲁制药厂,批号:10060047,规格:每支 5 000 U)40 mg,1 次/12 小时,银杏达莫注射液(上海新先锋药业有限公司生产,批号:100608,规格:5 毫升/支)20 mL 加入 250 mL 生理盐水中静滴,1 次/天,7 d 为 1 个疗程,并发高血压病、糖尿病等给予相应治疗。两组患者的性别、年龄、病程、文化水平、病情、合并症和治疗方法等情况比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 护理方法** 对照组应用神经内科常规护理,观察组采取循证护理,具体措施如下。

**1.2.1 循证问题** 高龄、高血压病、高血脂、糖尿病等是 TIA 的高危因素,亦是本研究的主要循证问题,患者的焦虑、抑郁等不良心理和疗效亦是本研究的循证问题。

**1.2.2 循证支持** 通过在万方数据库、维普数据库、CNKI 期