

3~5 min 排便。对照组不灌肠待其自然分娩。观察指标:第二产程排便情况,产后切口感染和出血情况,新生儿体质量,新生儿评分。出现下列情况者判定为切口感染:切口周围有红肿,产妇自觉疼痛,切口有脓性分泌物。统计学处理采用配对 t 检验和 χ^2 检验方法。两组各项观察指标比较见表 1。

表 1 两组各项观察指标比较 ($n=50, \bar{x} \pm s$)

观察指标	观察组	对照组
第一产程时间(h)	9.05 ± 3.2*	11.00 ± 2.9
第二产程时间(h)	5*	30
产后切口感染(n)	4*	16
产后 2 h 出血(ml)	86.8 ± 40.1	88.5 ± 55.7
新生儿体质量(kg)	3.15 ± 0.1	3.15 ± 0.2
新生儿评分(分)	8 ± 2	8 ± 2

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,[#] $P < 0.01$

讨论:分娩前灌肠的目的是促进直肠下段残留大便排出及加强宫缩。甘油是一种无色澄清的稠液,味甜、有引湿性,可与水或乙醇任意混合,能润滑并刺激肠壁,软化大便。本文所用甘油灌肠剂注入管长 12 cm,较普通开塞露管长,可延长药液在肠道内保留时间延长,充分软化粪便,且管口光滑、插入时不宜损伤直肠黏膜或血管;一次性应用可减少感染,保持产妇衣物清洁;操作简便,易于掌握,产妇耐受性好。

综上所述,产程潜伏期应用甘油灌肠剂灌肠利于清洁肠道、缩短产程及减少院内感染,提高分娩质量。

一对一全程陪护分娩的临床体会

黄淑琴

(开封市妇产医院,河南开封 475000)

近年来,我们对 240 例产妇于分娩过程中采用一对一全程陪护,效果满意。现报告如下。

临床资料:选择同期住院分娩的产妇 480 例,年龄 22~37 岁,孕 37~41 周。随机分为观察组和对照组各 240 例,其一般资料具有可比性。观察组实施一对一全程陪护:产妇出现规律子宫收缩、宫口开大 2 cm 后由一位有经验的助产师陪伴,具体工作内容包括自我介绍、环境介绍、产程观察、心理护理、生活护理、非药物性无痛分娩、产时健康知识宣教、产程指导、胎心监护、接产、新生儿处理(早接触、早吸吮)及产后 2 h 母婴各项指标观察;助产师根据产妇情况采用弹性工作制。对照组采用常规护理模式。观察指标:分娩方式、总产程,对助产士满意度及产妇泌乳开始时间。采用 SPSS11.0 软件进行统计学处理,组间比较采用配对 t 检验和 χ^2 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。结果观察组自然分娩 170 例、胎头吸引助产分娩 24 例、剖宫产 46 例,对照组分别为 124 例、34 例和 84 例,观察组自然分娩率(71%)显著高于对照组(51%), $P < 0.01$;剖宫产率(19%)显著低于对照组(35%), $P < 0.05$ 。观察组总产程为(6.12 ± 2.70)h,对助产师满意度

分别为 97.5%,对照组分别为(8.46 ± 2.56)h,85.83%, P 分别 < 0.01 和 < 0.05 。观察组产后 24、48、72 h 分别有 110、115 和 5 例开始泌乳,对照组分别为 69、70 和 101 例,两两比较, P 分别 < 0.05 、 0.05 和 0.01 。

讨论:一对一全程陪护分娩是一种充分体现人性的先进服务模式,可保证产程观察和分娩的完整性和连续性,有利于提高产科质量。产妇对分娩的恐惧和焦虑心理可导致中枢神经系统功能性紊乱,体内儿茶酚胺分泌增加,子宫收缩乏力,产程过长;还能减少胎盘血流量及改变胎心率,导致胎儿窘迫,使剖宫产率增加。本结果显示,一对一全程陪护可大大降低剖宫产率和缩短产程,可能因为使产妇在生理和心理上得到支持安慰和帮助,在整个分娩过程中保持最佳心理及精神状态;助产师对产程可及时处处理,提高阴道分娩率。一对一全程陪护分娩可提高助产师解决问题的综合能力,促进助产师自身素质和业务水平的提高,本结果显示观察组产妇满意度显著高于对照组($P < 0.05$)。

泌乳是个复杂又有多种内分泌激素参与的生理过程,其中催乳素(PLR)与肾上腺皮质激素在泌乳的启动和维持乳汁分泌中起主要作用,早吸吮及乳汁排空可促进 PLR 的分泌,而 PLR 又可刺激乳腺泡、促进乳房充盈。这一连锁反应的关键是做到有效早吸吮。一对一全程陪护使助产师有充足的时间进行母乳喂养宣教,可保证有效早吸吮及早开奶的质量。弹性工作制是实施一对一全程陪护成功的关键,可避免传统排班方式导致的“有人没事做”和“有事没人做”的现象,解决因夜间产妇多而人力不足的矛盾,从而提高工作效率。

综上所述,一对一全程陪护分娩可促进产程顺利进展,降低剖宫产率,提高产妇满意度和医院的信誉。

肺功能低下食管癌患者围术期护理体会

王春芹^{1,2},王功朝²,苗天爱²

(1 山东大学,山东济南 250021;2 山东省立医院)

2005 年 1 月~2006 年 12 月,我院共对 97 例肺功能低下食管癌患者实施开胸手术,效果满意。现将围术期护理体会报告如下。

临床资料:本组 97 例肺功能低下食管癌患者,男 76 例,女 21 例;年龄 39~78 岁,平均 62.46 岁。均有不同程度的进行性吞咽困难,其中长期吸烟史 78 例(80.41%),慢性支气管炎及肺气肿 43 例(44.32%),肺结核或结核性毁损肺、肺质呈网络样改变 6 例,高血压 23 例,冠心病 31 例,糖尿病 13 例;上段食管癌 8 例,中段食管癌 56 例,下段食管癌 33 例;病理类型均为鳞状细胞癌。术前肺功能测定阻塞性通气功能不良轻度 74 例(76.28%),中度 21 例(21.64%),重度 2

例(2.06%)。均行食管癌切除胃代食管术,其中胃食管弓上吻合 23 例,弓下吻合 36 例,右胸顶吻合 27 例,左颈、右胸、腹部三切口吻合 11 例。本组均顺利完成手术,除 1 例体质差者术后并发呼吸衰竭抢救死亡外,其余均痊愈出院。

术前护理:①肺功能锻炼:指导患者进行登楼梯锻炼,一般登 6 层楼、>10 次/d,1 周后复查肺功能。能在 2~2.5 min 登 5 层楼,且血氧饱和度保持在 93% 以上者多能耐受开胸手术。指导患者做深呼吸运动,吹气球和腹式呼吸,5~6 次/h,可使膈肌力逐渐加强,改善死腔通气,防止肺泡塌陷。②雾化吸入:每日雾化吸入 3~4 次,每次 20~30 min,所用药物包括沐舒坦、玻璃酸钠、地塞米松、庆大霉素等。③禁烟:有吸烟史者至少禁烟 2 周以上。④控制肺部感染:慢阻肺患者多有不同程度的肺部感染,痰液多,术前应用抗生素 1 周以上;有哮喘者可加用平喘药物。⑤血氧监测:术前 24~72 h 监测患者氧分压和血氧饱和度。

术后护理:①生命体征监测:术后 24 h 内患者氧分压和血氧饱和度可明显下降,应严密监测呼吸频率、心率、血压、血氧饱和度和动脉血气,提供气管插管的依据;对于术后呼吸道分泌物多,年老体弱、咳嗽无力,呼吸次数 >30 次/min 的患者要早期气管插管或气管切开和辅助呼吸,切忌在通气代偿失调后行辅助呼吸而延误抢救时机。②最大通气量(MVV)和第 1 秒用力呼气容积(FEV1)监测:开胸术后膈肌和胸壁损伤造成呼吸运动减弱,肺顺应性下降,术后第 1 天肺功能下降到术前的 45%,1 周内多恢复正常;胸腔胃及吻合口瘘对肺的压迫可减少肺容量,造成限制性通气功能障碍和通气血流比例失调,患者可出现呼吸困难。本组多有长期吸烟史和慢性支气管炎病史,小气道阻塞比较明显,通气储备功能减低。③观察急性呼吸衰竭先兆:急性呼吸衰竭多发生于术后 24~72 h,患者可表现为胸闷、憋气、不能平卧、烦躁不安、呼吸浅快(30~40 次/min),或循环功能障碍、心律失常、高血压,对症处理效果差。听诊双肺呼吸音低、可闻及痰鸣音,胸部 X 片示液气胸、肺不张、胸胃膨胀、肺纹理增粗,血气分析显示严重的低氧血症和高碳酸血症。④合理氧疗:持续低流量氧气吸入,维持血氧饱和度在 93% 以上,必要时用面罩吸氧;血氧饱和度 <85% 者应采用简易呼吸器或呼吸机辅助呼吸。⑤协助排痰:由于麻醉药物抑制咳嗽反射,加之切口疼痛,患者不能有效咳嗽、咳痰,尤其是有长期吸烟史者小气道功能差,常有呼吸道分泌物积聚、痰液多,可采用拍背、指压环甲膜及环甲膜穿刺等协助排痰,术后出现肺不张者可用一次性鼻导管经鼻孔吸痰;对年老体弱、痰液黏稠、无力咳痰者可采用纤维支气管镜吸痰。根据术前痰培养结果,选择有效抗生素控制肺部感染。⑥对症及支持护理:出现心力衰竭或心率失常者及时应用强心利尿或抗心律失常药物;从十二指肠营养管鼻饲能全素、安素等,必要时行静脉高营养。

急性光气中毒救护体会

魏东敏,魏红,于红艳

(河北工程大学附属医院,河北邯郸 056002)

光气为无色带有腐烂干草气味的气体,吸入人体主要损伤肺组织,引起中毒性肺水肿。光气中毒病例极少,其救护经验不足。自 2007 年 1 月以来,我们共收治 15 例急性光气中毒患者,现举 1 例报告如下。

患者男,25 岁。2007 年 1 月 8 日因眼睛刺痒、流泪、打喷嚏、流鼻涕 2 h 收入院。患者入院前在工厂车间有光气吸入史,入院后 2 h 患者胸闷、气短加重,咳嗽加剧、不能平卧,咳大量黄色稀薄泡沫痰。体检:T 37.2℃、P 120 次/min、R 21 次/min、BP 65/40 mmHg,血氧饱和度 75%~87%;实验室检查:Hb 179 g/L、RBC $5.98 \times 10^{12}/L$ 、WBC $27.5 \times 10^{12}/L$ 、N 95.0%、L 3.0%、血 K⁺ 4.4 mmol/L、Na 138 mmol/L、Cl⁻ 96 mmol/L、CO₂ CP 23 mmol/L、谷丙氨酸转氨酶(ALT) 11 U/L、天冬氨酸转氨酶(AST) 24 U/L、γ-谷氨酰转肽酶(γ-GT) 14 U/L、乳酸脱氢酶(LDH) 228 U/L、α-羟丁酸脱氢酶(α-HBDH) 214 U/L,血气分析示氧分压 48 mmHg,二氧化碳分压正常。心电图示偶有室上性早搏,胸片示双侧肺水肿。初步诊断急性光气中毒、非心源性肺水肿、I 型呼吸衰竭。立即给予高流量吸氧(短时)、静脉滴注葡萄糖、抗生素、血必净、抗炎、平喘、利尿,改善循环、保护心肌、大量糖皮质激素冲击治疗,同时予无创呼吸机正压同期辅助呼吸等对症治疗。3 d 后患者病情缓解,呼吸平稳,咳嗽、咳痰减轻;7 d 后临床症状基本消失,继续抗炎治疗促肺水肿吸收,预防并发症,住院 21 d 出院。出院后 1 周复查胸片正常,无不适症状。

护理措施:①入院后立即更换衣物、彻底清洁毒物,皮肤暴露处以清水反复清洗干净,以防毒物继续吸收。②保持安静,卧床休息,不能平卧时取半卧位。③保持呼吸道通畅,鼓励咳嗽、咳痰,予生理盐水加沐舒坦雾化吸入化痰及普米克令舒、万托林等药物高压泵吸入解除呼吸道痉挛。④抢救初期给予高浓度吸氧时间不超过 2 h,血氧饱和度 >90% 后改为持续低流量吸氧。⑤及时准确执行医嘱,在医生指导下,早期、足量、短期应用糖皮质激素治疗,观察用药后反应、及时发现副作用,预防并发症发生。⑥予心电图血氧监测,密切观察心率、呼吸、血压、血氧变化,注意瞳孔、意识、神志、发绀情况,发现问题及时通知医师处理。⑦恢复期患者常担心后遗症损害问题,医护人员应与其亲切交谈,耐心细致解释治疗、护理及预后情况,关心、照顾其日常生活并进行精神安慰、鼓励,使患者消除顾虑、配合治疗。⑧出院前进行劳动卫生知识宣教,使患者了解有毒物质进入人体的途径,提高自我保护意识,采取必要的个体防护措施,避免中毒事故再次发生;出院后定期复查。

体会:①急性光气中毒是急性呼吸道系统损伤为主的全