维普资讯 http://www.cqvip.com

上的病人会感觉到创口疼痛难忍,会影响病人咳嗽、食欲及睡眠等,从而致使病人咳嗽无力、食欲下降、精神状态差、甚至造成肺不张、呼吸衰竭等并发症。目前多采用静脉镇痛泵为病人止痛,其作用原理是以硅胶储药囊的收缩力为动力,通过微孔控制流量,达到有效、安全、剂量均匀给药,起到稳定的止痛效果。不足之处在于镇痛泵虽然能达到止痛的目的,但是使病人产生嗜睡感。为此,作者采用间断给药的方法,利用间歇期鼓励、督促、协助病人咳嗽与排痰,达到满意效果。

2.2.3 促进排痰 扶病人坐起,用手扣击病人背部,待病人痰液松动时由一名护士用双手轻按病人创口,以减轻由于用力时胸廓浮动而导致创口用力过大引起的疼痛,随病人咳嗽运动适度上抬双手,嘱病人轻咳几声,使痰液松动、上移,再深吸一口气,振动胸廓、将痰咯出。此时有很多病人害怕痛,不敢用力,不会咳嗽。应对办法嘱病人深吸一口气,吸气末用拇指按压病人胸骨切迹上气管前壁,引发病人咳嗽,收效很好。咽干、痰液粘稠不易咯出的病人采用超声雾化吸入的方法,即0.9%生理盐水50 ml加入α-糜蛋白酶8 000~2 000 U和庆大霉素4~8万U,超声雾化吸入20 min,每日3~4次。这样既可以起到湿化气道的、稀释痰液的目的又可以活跃气管内纤毛运动,从而利于痰咯出。肺功能不全的病人,吸痰时间不能超过病人能够屏气的时间,间歇时用此导管给予病人吸氧,交替进行,此法简单有效,可使不少病人避免气管切开。全肺切除手术的病人,其支气管残端就在隆突下方,行深部吸痰时极易刺破,所以,吸痰操作时吸痰管进入长度不能超过气管的1/2为宜,以免造成吻合口穿孔。肺叶切除术后,吸痰管需拐两次弯才达残端缝合处,穿破的可能性较小。必要时可协助医生行纤维支气管镜下吸痰、甚至气管切开。

3 出院指导

肺切手术后胸壁塌陷,指导病人做扩胸运动,每天进行患侧肩关节功能练习,应根据自身状况及承受能力,逐渐增加锻炼次数,提高机体活动耐力。每日晨起在空气清新的环境中做深呼吸运动,即深呼吸后慢慢呼出,反复数次后可增加肺活量。预防感冒,生活要有规律,保证足够的休息和睡眠时间。按医嘱用药,定期复查。

(编辑:郭光金)

疼痛的评估与心理护理措施

吴 英,聂发传,陈金梅 (第三军医大学附属西南医院手术麻醉科疼痛门诊,重庆 400038)

[关键词] 疼痛;护理;心理
[中图分类号] R441.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0140-02

疼痛是临床上极为常见的症状和病人的主诉,是每一个医护人员都要面对和处理的问题。作为护理人员,我们首先要相信和理解病人的痛苦,掌握疼痛的性质和区域分布特点,除了知道痛觉的生理学知识外,还要懂得痛觉的心理知识,帮助患者尽可能减轻和解除疼痛。

1 护理评估

1.1 资料收集

资料收集对护理评估至关重要,它包括主观和客观两个方面,即病人主诉、护理观察和查体等。具体内容包括:疼痛原因及发生背景;疼痛的部位、范围、程度、深度、持续时间及由此而带来的功能障碍及其程度;疼痛性质、强度以及伴随症状;疼痛初发时间及形式;以往疼痛发作时采用的治疗护理方法及效果等。要重视每个病人受教育程度、个人修养、职业、体质和个性心理特征等方面的差异,这些都会影响病人对疼痛的敏感程度和耐受性。护士除认真倾听病人主诉外,还应仔细观察,全面系统地分析,从而确定护理诊断,详细制定护理计划。

1.2 评估方法

1.2.1 视觉模拟评分法(VAS) 该法比较灵敏,有可比性。具体做法是:在纸上面划一条10 cm的横线,横线的一端为0,表示无痛,另一端为10,表示剧痛,中间部分表示不同程度的疼痛。让病人根据自我感觉在横线上划一记号,表示疼痛的程度。轻度疼痛平均值为(2.57±1.04);中度疼痛平均值为(5.18±1.41);重度疼痛平均值为(8.41±1.35)。与之相类似的还有101点数字评分法,自制的痛尺上有0至100共101个点,0表示无痛,100表示最剧烈的疼痛。

1.2.2 Megill疼痛问答法 将疼痛分为5级,即0级无痛;1级有疼痛感,但不严重;2级轻微疼痛,不舒适;3级疼痛,痛苦;4级疼痛较剧,有恐惧感;5级剧痛。

1.2.3 Memcllan疼痛估计表 疼痛程度用目测直观疼痛标尺表示,并在印好的人体正面、背面、侧面图上画出疼痛部位(病人或护士画)。护士记录疼痛的时间、性质、止痛措施及疼痛对病人的食欲、睡眠、注意力、情绪、社交活动的影响。

1.2.4 儿童疼痛表示法 应用Eland颜色记分表示疼痛,让儿童用彩笔在图案上标出疼痛的程度及部位。

2 心理护理措施

2.1 语言

良好的语言能使患者心情舒畅,精神振奋,有助于疼痛缓解。如病人由于对所患疾病的性质缺乏认识和了解。容易产生焦虑不安和紧张情绪。医护人员则应态度诚恳、耐心细致、表情和蔼、语气温和、及时向病人讲清疾病的性质、规律及预后等,帮助病人解除顾虑。医务人员应避免语言暗示的消极影响,用其积极的一面使病人明了事理,安定情绪,变消极心理为

[收稿日期] 2005-10-08 [修回日期] 2005-12-15

维普资讯 http://www.cqvip.com

积极心理。

2.2 避免情绪波动

由于病痛的折磨,病人情绪很易于波动。一般表现为抑郁和焦虑,这就要求医务人员关心病人,对其困难和需要,尽可能给予解决,避免情绪超限度波动,情绪稳定则有利于气血通畅,心理学家认为积极、乐观、愉快的情绪可抑制或削弱创伤引起的疼痛强度,消极、恐惧、焦虑的情绪可增强疼痛刺激的强度。医务人员提供给病人良好的情绪,无疑也是一剂良药。

2.3 行为疗法

疼痛行为受许多心理及环境因素的影响。周围人的过分关注,会使病人把疼痛行为当作逃避不满环境,摆脱困难或达到某种欲望的手段。对这种病人在去除器质性病因后,总的治疗原则是消除与疼痛相联系的有关因素,强化正常行为,鼓励病人参加活动,帮助病人制订力所能及的活动计划。对因病痛而患有焦虑、恐惧症的患者,可采用精神松弛的办法,即"以情胜情",对某些患者的不良行为,采用使其产生厌恶的办法去改变不良行为;对高血压、头痛、心脏病患者,让他们能够自我调理,学会有意识松弛,同时结合心理治疗,了解引起病人疼痛的社会心理因素,帮助病人认识这些因素与疼痛的关系,消除致病因素。

2.4 音乐疗法

音乐是"心灵的医生",对疼痛敏感者,可选自己喜爱的乐曲,采取随声哼唱、打拍子等手段,来分散对疼痛的注意力,调理心理状态,提高机体对疼痛的耐受力,达到音乐止痛的目的。还有那些旋律优美、节奏明朗、声音和谐的乐曲,对病人情绪有很好的调节作用,如轻松愉快的乐曲,有降低血压的作用;悠扬舒展的乐曲,能使产妇情绪安定,促使胎儿顺利娩出;对情绪忧郁者,可选欢快、兴奋、旋律流畅的乐曲;情绪不安,焦虑烦闷者,可选情调优美、风格典雅的古曲。

2.5 创建良好的环境

良好的生活起居环境,能使病人从心理伤感到舒适,有利于减缓病痛。病人居住的房间,须陈设简单、整齐清洁、光线充足,空气流通。病房内宜燃点香料或置鲜花,保持房内馨香馥郁之气。环境的颜色也会对心理产生影响,若房间为白色,病人会有种平静、洁净的心理状态;若为绿色,病人心理会产生一种安抚的良好感觉;蓝色环境可以解除紧张心理状态,有镇静作用。因此,良好的周围环境对疼痛患者的治疗也是不可缺少的。

(编辑:蒋登金)

康妇特栓与波姆光联合应用治疗宫颈糜烂的疗效观察

张 萍[1],谭秋红[2] (1.汤原县中心医院妇产科,黑龙江 汤原 154700;2. 汤原县妇幼保健站妇产科,黑龙江 汤原 154700)

[关键词] 宫颈糜烂;康妇特栓;波姆光
[中图分类号] R711.32 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0141-02

宫颈糜烂是妇产科临床最常见的疾病。我院妇科门诊自1997年4月至2001年9月收治宫颈糜烂患者372例,其中196例采用康妇特栓与波姆光联用治疗宫颈糜烂,疗效满意。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例372例,治疗组196例为2001年10月以来在我院门诊确诊的宫颈糜烂患者,年龄在25~57岁,给予康妇特栓与波姆光联合治疗后;对照组176例,为1997年4月至2001年9月在我院门诊确诊的宫颈糜烂患者,年龄在24~55岁,给予波姆光治疗。

1.2 治疗方法

治疗组于月经干净后3~7 d行宫颈波姆光治疗。术前常规碘伏消毒外阴、阴道及宫颈后,用干棉球擦干宫颈,用波姆光治疗仪,调整输出功率为16~18 W,距离宫颈表面约3~5 mm,照射1~3 min,至宫颈糜烂面呈灰白色,治疗范围要超过病区1 mm,每晚睡前清洗外阴后,阴道塞入康妇特栓1枚(经期停用),至痊愈。术后第2~3周为脱痂期,第3周后为修复期。定期随访。对照组波姆光治疗与治疗组相同,只是治疗后不用康妇特栓。

1.3 注意事项

治疗前,应常规做宫颈刮片的细胞学检查;治疗期间应选在月经干净后3~7 d内进行;患有急性生殖器炎症者禁忌;波姆光治疗后,会有阴道分泌物增多,甚至有大量水样液排出,在术后两周左右脱痂时会有少量出血,一般小于月经量,如超过月经量需及时就医,在创面未愈合期(4~8周)禁盆浴、性交和阴道冲洗。

1.4 疗效评定标准

痊愈:治疗后宫颈表面光滑,颜色呈粉红色,粘膜无充血,无疤痕,有典型鳞状上皮覆盖。好转:宫颈粘膜糜烂面积较治疗前减少、深度变浅。无效:宫颈粘膜糜烂面积及深度变化不明显。

1.5 统计学处理

计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 治愈时间

治疗组196例,治愈时间3~6周,平均(4.9±0.76)周;对照组176例,治愈时间4~8周,平均(6.6±1.15)周,两组比较差异非常显著($P<0.01$)。

2.2 治疗效果

治疗组196例,痊愈176例,好转17例,总有率为98.9%,有并发症者5例,发生率为2.25%;对照组176例,痊愈153例,好转20例,总有效率98.9%,有并发症者13例,发生率7.38%。两组治疗效果与术后并发症情况见表1。

[收稿日期] 2005-10-25 [修回日期] 2005-12-29