维普资讯 http://www.cqvip.com

应对能力，帮助摆脱应激状态，从术前的风险因子中引导出护理诊断，制定术中护理计划。据 Wall(1970)对术前访视研究发现"访视对改善手术室的个体化护理很有效、而且对手术室护士理解患者的人格、身体和精神状态也很重要"。促进旧的生物模式的改革根本是护士要更新观念，护理工作能本着"尊重患者的尊严和感受"的准则为前题，才能真正体现以人为本的整体护理观念。

(收稿日期:2002-03-15)

硬膜外麻醉复合氯胺酮于剖宫产术的临床观察

许俊玲* 林佳木**

自1999年以来，我科采用硬膜外麻醉下复合小剂量氯胺酮(AMP)于剖宫产手术，并与常规硬膜外麻醉进行了比较，现报告如下。

一、资料与方法

80例足月妊娠，年龄21～34岁，体重56～75kg.随机分为两组，每组40例，Ⅰ组为观察组、Ⅱ组为对照组。对照组经L2－3间隙穿刺置管连续硬膜外阻滞.局麻药为1.6%利多卡因；观察组的穿刺间隙及局麻药与对照组相同、静滴氯胺酮0.25～0.5mg/kg 1min后开始手术。对照组应用利多卡因(300±21.5)mg,观察组利多卡因(235±16.5)mg(P<0.05),观察组氯胺酮用量(20.0±6.87)mg。

二、结果

两组年龄、体重、身高、手术时间无明显差异，麻醉开始至胎儿娩出(Ⅰ～D)时间：Ⅰ组(20.79±3.35)min；Ⅱ组(40±8.01)min(P<0.01)。胎儿娩出后5min,Apgar评分，7～10分者Ⅰ组为37例，Ⅱ组为38例(P>0.05)、ECG无异常，SPO_2保持在96%以上，两组患者肌松均感满意。MAP、HR变化，见附表。

三、讨论

本文结果表明：硬膜外注入局麻药后，有限的阻滞区域内感觉迟钝，痛觉减轻，但肌肉尚未完全松弛，常有骶神经阻滞不全，子宫对下腔静脉的压迫，阻滞区域内阻力血管和容量的扩张及回心血量减少尚不明显，因此，MAP平均仅下降5.68%。静脉滴注小剂量氯胺酮后与硬膜外麻醉起到互补作用，镇痛作用得到加强，患者安静无痛，能在近似睡眠的状态下耐受手术。SPO_2无明显变化。氯胺酮用量为0.25～0.5mg/kg,对胎儿几无影响。本法用于剖宫产效果确切，患者无痛苦，胎儿娩出前血压基本平稳，I-D时间较单纯硬膜外麻醉明显缩短，并发症少，对新生儿Apgar评分无影响。有利于保障母婴安全。硬膜外麻醉复合小剂量氯胺酮剖宫产可减轻患者的痛苦，有一定的应用价值。

附表 两组麻醉及呼吸变化($\bar{x}\pm s$)

		麻醉前	麻醉后	娩出前	娩出后
MAP	Ⅰ组	12.5±0.25	11.79±0.59	12.06±0.42	9.41±0.53△▲
(kPa)	Ⅱ组	12.52±0.26	10.08±0.49	12.12±0 57	9.82±0.46△▲
HR	Ⅰ组	87.07±3.79	104.42±8.25△	98.65±7.23△	99.45±3.69△
(次/min)	Ⅱ组	86.12±4 03	85.32±5.24▲◆	83.82±3.89▲◆	97.34±6.42△

注：与麻醉前比较，△P<0.01，与胎儿分娩出前比较，▲P<0.01，组间比较，◆▲P<0.01

(收稿日期:2002-03-20)

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市中心医院麻醉科
** 黑龙江省依兰县中医院

急性脑血管病合并多脏器衰竭的护理体会

董红梅* 张金艳**

急性脑血管病患者的死亡原因，除少数大量脑出血和大面积脑梗死患者死于脑疝；部分基底动脉血栓形成和进展性脑血管病患者死于中枢衰竭外，更多的患者是死于原发病以后出现的重要脏器并发症，最终发展成多脏器衰竭，病情危重且进展迅速，救治困难，导致患者死亡。因此多脏器衰竭防治就成为急性脑血管病的重要环节和手段。我科至1999年以来共收治急性脑血管病并发多脏器衰竭的患者36例，通过严密观察病情找出相关因素，采取相应的护理措施，在积极治疗和护理原

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院神经内科
** 佳木斯大学附属口腔第二医院保健科

维普资讯 http://www.cqvip.com

发病,保护和恢复脑功能的同时,加强了对易发生衰竭器官的功能监测及保护,减少各种诱发因素,降低了死亡率。现将护理体会报道如下。

一、因急性脑血管病患者更多的由于发病以后出现的重要脏器的并发症,最终发展成多脏器衰竭,导致患者死亡,因此应积极治疗原发病,保护和恢复脑功能。护理措施:严密观察患者的意识、瞳孔、生命指征及肢体活动情况,血氧饱和度和颅内压的变化,及时准确记录检测结果。对高颅压的患者,及时应用脱水降颅压药物,减少诱发因素,兼顾治疗重要脏器的衰竭。对已发生衰竭者,早期加强肺部功能支持,反复检测血气,同时控制炎症反应和异常的免疫反应,循环衰竭应早期应用洋地黄类强心剂,肾衰及早进行透析,积极有效的预防和治疗感染,尤其是肺部感染,对高热患者据病情给予物理降温或进行人工冬眠治疗,有效地控制中枢性高热,降低脑细胞的代谢及耗氧量,增强脑细胞对缺氧的耐受力,有助于防止和减轻脑水肿。

二、因大脑高级功能紊乱引起下丘脑功能异常,导致植物神经和神经-体液障碍,使原有改变的消化道功能失代偿,大量胃酸分泌,胃的蠕动增强及机体在应激状态下,激素分泌过多致中枢性胃十二指肠粘膜损害,引起上消化道出血,应注意胃肠功能的保护及预防潜在并发症消化道出血。护理措施:应及早加强肠内及肠外营养的支持。如意识障碍的患者在入院后48~72h内及早给予鼻饲,采用定时胃管内灌注混合奶或持续胃管内滴注要素用膳两种方法进行以尽快恢复胃肠功能减少胃肠粘膜萎缩,科学营养增强患者的抵抗力。检测患者的血浆总蛋白,白蛋白含量、体重的改变,观察患者皮肤颜色、弹性和肌肉厚度,了解患者的营养状况。在每次灌注营养液前先抽取胃液,观察胃内容物的颜色变化,灌注后注意有无腹胀、呕吐以及大便颜色,并注意意识状态、血压、脉搏的变化。如抽出胃内容物为血性或咖啡样或出现腹胀、柏油便、血便时应考虑到消化道出血,应持续给予胃肠减压,并立即报告医师,据医嘱注入冰盐水及止血药物,严密观察生命指征变化,作好配血输血准备工作,避免发生失血性休克。

3.因急性脑血管病后发生的应激反应导致全身炎症反应综合症,使毛细血管痉挛,微循环障碍,加重缺氧,同时由于老年人免疫功能减退、卧床及意识障碍易导致肺部感染。因此应注意早期预防肺部感染。护理措施:保持呼吸道通畅,及时彻底清除呼吸道分泌物,确保有效供氧,定期空气消毒和空气培养,给患者采取平卧位,头偏向一侧,床头抬高30°,高颅压患者易呕吐,防止胃内容物反流而致误吸。及时吸痰,密切监测呼吸功能的变化、呼吸频率、节律、呼吸形态、胸部的起伏情况,听诊肺部呼吸音有无异常。血氧饱和度的监测和血气分析是监测肺部功能的重要指标。加强全身营养的供给,提高机体抵抗力,患者处于高代谢及负氮平衡状态,尽早给高热量、高蛋白、高维生素饮食。在鼻饲前抬高床头并吸尽痰液,鼻饲后0.5h以内禁止吸痰,以防误吸,一旦吞咽反射恢复时,拔除胃管,经口进食。脱水药的应用,使支气管分泌物更加粘稠,而不宜咳出,导致肺炎及肺不张。每日进水量不得少于2000ml,定时翻身、扣背,做好气管切开护理,以恢复正常的呼吸功能。

4.因急性脑血管病患者长期高血压、肾动脉硬化,肾脏已有不同程度的缺血,肾功能处于一种无症状的代偿期,此时是肾功能受损的病理基础,甘露醇可使肾小管上皮细胞肿胀,空泡变性,肾小管闭塞,也可以使入球小动脉强烈收缩,引起肾缺血,肾小球滤过率降低,导致急性肾衰。护理措施:注意尿量的观察。尿量是反应肾脏血流灌注的重要指标,也是体克时最为敏感的监测指标。必要时做好详细准确的记录,特别注意单位时间的尿量变化,定时测定尿比重,监测血生化,注意肌酐、尿素氮、血浆渗透压与血钠的变化。如连续6h尿量小于20ml/h,且出现明显肌酐升高时,有肾衰的可能,及时采取纠正措施,停用甘露醇改用其它利尿药,少尿期严格控制补液量及蛋白质摄入,及时处理高血钾及氮质血症,减少使用对肾脏损害的药物。如血压下降,用升压药维持血压,以保护肾功能。

(收稿日期:2002-03-18)

无痛分娩的临床应用

王 琼* 梁蜀敏* 张宝宁*

无痛分娩是指用现代医学方法,使产妇在分娩过程中,保证母婴的身心健康,减轻或消除疼痛,顺利自然完成分娩的全过程。作者在临床实践中不断地探讨有关无痛分娩的有效方法。现报道如下。

无痛分娩常用方法有精神性、药物性、区域阻滞镇痛、麻醉镇痛。虽然方法很多,但各有利弊,实际运用中要根据产妇和胎儿的具体情况选择。

一、精神性无痛分娩:在分娩过程中,用非药物治疗方式消除产妇的焦虑和恐惧情绪。因此,孕妇定时做产前检查,接受孕妇基本生理变化的相关教育,了解腹中胎儿生长发育情况,正确认识正常分娩的生理过程,纠正"分娩必痛"的错误观念和恐惧心理,力求在分娩全过程中精神愉快,情绪稳定,保证母子身心健康。临产前产科工作者要教会产妇正确使用产力,如腹式呼吸,腹壁按摩,压迫与屏气等。目的在于控制子宫的刺激,包括腹式呼吸,每次宫缩出现时,进行一次腹式呼吸,也就是宫缩开始时深吸气,慢慢呼气,直到宫缩消失,才完全呼出,

* 作者单位:635000 四川省达州市中心医院住院部妇产科