

## 静脉无痛人流围麻醉手术期的护理

宁加娟 叶风青 黄中华

(广西壮族自治区人民医院麻醉科, 南宁市 530021)

人工流产手术时间短,是较易操作的门诊手术。传统的人工流产术是无麻醉或仅在宫颈口注入1%~2%利多卡因3~5 mL进行表面麻醉,后者只能稍微减轻患者在扩宫过程中的疼痛<sup>[1]</sup>。由于操作时对宫颈的牵拉、扩宫和负压吸引对宫壁的刺激,患者在术中和术后易出现心动过缓、血压下降、面色苍白、出冷汗、头昏、胸闷甚至发生昏厥和抽搐等人流综合征的症状<sup>[1]</sup>。无痛人流是指对孕10周以内的妊娠,用人工的方法在静脉麻醉下终止妊娠的手术。我院采用依托咪酯+芬太尼进行无痛人流手术,取得良好的效果。本文根据无痛人流的需要和依托咪酯的药理特点,制定并实施了针对无痛人流的方案和护理措施,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组82例,年龄18~42岁,平均年龄29岁;孕期在42~58 d,平均51 d;体重42~71 kg;其中初孕产妇43人,经产妇39人,均采用徐州恩华药业集团有限责任公司生产的依托咪酯脂肪乳注射液进行无痛人流。术前在门诊常规询问了解病史和药物过敏史,完成血常规、尿常规、白带常规、心电图、B超等必要的检查。

1.2 方法 患者入室后,面罩供氧,取截石位,冬天用加厚棉脚套保暖。常规监测 ECG、SpO<sub>2</sub>、血压、心率、呼吸,开放一条静脉通路,静脉滴注依托咪酯20 mg + 芬太尼0.1 mg 混合液5~10 mL,依托咪酯0.15~0.3 mg/kg,芬太尼0.01 mg/kg<sup>[2]</sup>,注药时间>10 s。待患者进入麻醉状态,睫毛反射消失,或眼球呈凝视状态后<sup>[2]</sup>,即可开始手术,麻醉药维持至术毕。待患者彻底清醒,休息30~40 min,无不良反应方可离院。

1.3 结果 通过详细的术前解释,明显减轻了患者的心理负担,所有患者均能主动配合手术,无人流综合征的发生。手术时间1~4 min,平均2.5 min。2例出现四肢肌颤,经减慢推药速度,待患者完全入睡后,肌颤基本消失,30~40 min后,即可步行离院。所有患者均能按时苏醒,反应良好。

### 2 护理

2.1 术前护理 ①心理护理:人流手术虽然是小手术,但患者均会产生紧张、恐惧、焦虑、悲观等应急反应,给她们身心带来很大的伤害。为了减轻患者的顾虑,提高安全性,术前耐心地做好解释工作,加强围术期的护理十分必要。我们主动热情地接待每一位患者,尊重对方,注重保护其隐私;及时疏通她们的心理障碍,耐心细致回答她们提出的问题,使其减少焦虑、恐惧、孤独、猜疑等心理;详细询问病史及施行必要的检查,严格掌握无痛人流术的禁忌证及适应证;向受术者解释依托咪酯的药理特性,并与之交流,令其精神放松,积极配合手术;使患者能在良好的心理状态下接受手术。②医患沟通:通过医患沟通达到相互知情、共识,履行签字手续。③胃肠道

准备:术前4~8 h必须常规禁食水,嘱受术者排空膀胱。④急救用品及用药的准备:备好吸引器、氧气装置、鼻导管、加压吸氧面罩、听诊器、多功能监护仪、人工呼吸机,检查机器性能,保持良好的工作备用状态。并备好常用的急救药品,如阿托品、麻黄素、纳络酮等。⑤询问过敏史和既往病史:使用依托咪酯前应详细询问手术者有无食物、药物过敏史,有无既往病史,如心脏病、肺部疾病等,对已知依托咪酯过敏者应禁用。对脂肪代谢紊乱者应改用其他药物,如氯胺酮1 mg/kg<sup>[3]</sup>。⑥生命体征观察:术前常规测体温、脉搏、呼吸、血压,如有发热、血压过高或过低、呼吸道感染等情况,应报告手术及麻醉医生考虑暂停手术或麻醉。⑦建立有效的静脉通道:我们通常选择前臂或肘静脉穿刺,并用生理盐水引路,确保针头在血管内,否则药物外渗对局部组织产生强烈的刺激,将导致局部疼痛及肿胀。而药物不能完全进入血管,会使血药浓度不能达到有效的水平。

2.2 术中护理 ①体位准备:取去枕截石卧位,头偏向一侧且稍后仰,使气道伸直,以减少气道阻力。约束带固定双臂、双腿,若有轻微躁动,要扶好其肢体,避免影响操作及损伤发生。②提供人性化护理:热情接待,善于从不同的眼神中读懂患者的需求,将争取超越患者期望的理念融入护理工作中,注意减少患者的身体暴露,保护个人隐私,使其感到有安全感。③生命体征的监测:对患者进行常规 ECG、SpO<sub>2</sub>、血压、呼吸、心率监测,给氧,严密观察生命体征的变化,做好应急准备,如心率<56次/min时,遵医嘱给予阿托品0.5 mg缓慢静推。④保持呼吸道通畅:麻醉期间严密观察呼吸情况,如呼吸频率、节率和幅度,听呼吸声了解呼吸道情况,如有鼾声可能有呼吸道梗阻。呼吸道梗阻常见的原因是舌根后坠和咽喉部分泌物过多而黏稠,提拉下颌和吸除分泌物后即可缓解,严重舌根后坠者可放置鼻咽通气道。在麻醉恢复期,只有极少部分患者会出现恶心、呕吐,应将患者头偏向一侧,以保持呼吸道通畅,避免发生呕吐、误吸。

2.3 术后护理 停药后10 min内受术者仍处于睡眠状态,个别受术者会出现兴奋、躁动、乱语等,必须有专人守护,待受术者清醒后立即帮患者穿好衣裤以保暖,并告知手术结束及下一步事宜。应注意预防患者坠床及观察其术后恢复情况,若有异常,随时通知医生。同时要密切观察受术者的腹痛及阴道流血情况。部分患者因禁食时间较长而易引起血糖下降,术后可能出现头昏眩晕、乏力、四肢无力等症状,应嘱患者此时不宜急于起床,应卧床休息,及时输注适量葡萄糖液,待上述症状好转后,方可由家属护送回家,防止意外发生。

2.4 离院指导 嘱患者6 h以内有人陪护,避免从事高空作业或精细操作如开车等。注意休息,术后3 d内避免过多的室外活动,如有不适,随时到医院复诊,以免意外情况的发生。禁止性生活及盆浴1个月。保持外阴清洁、干燥,每日用温开水清洗外阴并勤换内裤。加强营养,增强机体抵抗力。对术

后带药的受术者需特别交待服药的方法及注意事项。做好计划生育的指导工作,根据受术者个人情况选择恰当的避孕方式。

#### 参 考 文 献

1 薛勤,何玉霞,吕作均.无痛人流围术期护理[J].中国医学理论

与实践,2002,7:906~907.

2 吕萍.静脉麻醉实施无痛人流术及护理[J].安徽预防医学杂志,2004,4(10):256~257.

3 王爱芳,罗银玲,赵勇东.异丙酚、氯胺酮用于无痛人流的临床观察及护理[J].宁夏医学杂志,2003,5(25):309~310.

(收稿日期:2007-06-02 修回日期:2007-07-25)

## 微型钛板结合微创技术治疗下颌骨骨折的护理

李爱凤 孙晋虎 莫苍鸣

(广西医科大学附属口腔医院,南宁市 530021)

下颌骨占据面下1/3、两侧面中1/3部分,体积大,位置最突出<sup>[1]</sup>。因其所处的位置及结构的特殊性,其损伤发生率占颌面损伤的70%,居首位。近年来我科采用微型钛板结合微创技术治疗下颌骨骨折32例,获得满意的疗效,现将护理体会总结如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组32例,男25例,女7例,年龄17~54岁(平均34.6岁),下颌骨骨折的原因为:交通事故21例,打击伤7例,摔跌伤4例;其中单侧下颌角区骨折5例,单侧颧孔区骨折8例,正中骨折6例,多发性骨折13例。

1.2 方法与结果 根据不同的骨折部位,选用不同长度和形状(直型、L型、Y型、T型)的微型纯钛板及钛钉,在局部麻醉或鼻腔插管全麻下行坚固内固定,下颌骨正中及颧孔区骨折采用相应部位前庭沟小切口,下颌骨角部骨折采用下颌磨牙和翼下颌皱襞外侧小切口。结果32例患者均一期愈合。

### 2 护 理

2.1 术前护理 ①病情观察:严密观察病人意识、瞳孔、面色及口唇颜色、体温、脉搏、呼吸和血压的变化,并作动态分析,判断病情的发展趋势,及时采取相应的护理措施;②保持呼吸道通畅:及时清除口鼻分泌物及血凝块,保持口腔清洁;下颌骨骨折的病人会引起舌后坠,为了防止阻塞呼吸道,应将舌体牵出<sup>[2]</sup>,必要时做好气管插管或气管切开准备,防止窒息发生;③心理指导:本组病例大部分为突发事故引起颌面部受伤,严重影响了患者外形及言语、咬合、咀嚼等功能,患者担心手术后伤口疼痛、手术失败、手术后外形欠佳和功能恢复不良等,针对病人这些心理问题,我们详细介绍手术方案,让病人了解其特点和治愈效果,以消除患者紧张、恐惧和焦虑等不良心理反应,增强患者接受手术的信心与决心;④完善各项检查:术前行实验室检查、影像学检查(包括曲面断层片、下颌骨正侧位片及CT三维重建片),以了解病人全身情况及骨折的部位和移位情况。

2.2 术后护理 ①体位护理:全麻清醒后取半卧位,以利于伤口渗血物的引流,促进血液循环,减轻头面部肿胀;②气道护理:口腔颌面部血管丰富,出血多,容易形成血肿、组织肿胀,阻塞呼吸道造成窒息,术后应注意观察病人口底粘膜肿

胀、口内术创渗血情况;术后用绷带轻加压固定下颌3~5d,防止组织肿胀;观察呼吸的频率、节律和深浅度;全麻术后病人,进行心电监护,给予氧气吸入2 l/min,保持血氧饱和度在正常水平;注意及时清除口腔内分泌物,保持呼吸道通畅;③抗感染护理:对于口内进路者,口腔内属有菌环境,故口腔清洁对促进创口正常愈合起着重要的作用,每天应用朵贝氏液进行口腔加压冲洗2~3次,每餐后用朵贝氏液含漱,以达到抑制口腔细菌生长的目的,冲洗时动作要轻柔、准确,并注意观察伤口情况,口外切口者要保持创口干燥,及时换药,用75%酒精和0.5%碘伏交替涂擦伤口,每日2次。术后常规应用抗生素3~5d;④饮食护理:颌骨骨折固定后有不同程度张口受限及咀嚼障碍,而病人胃肠功能正常,食欲及消化功能良好,为保证病人得到身体所需的热量及骨折愈合所需营养,应鼓励病人进食高热量、高蛋白、高维生素易消化的流食,1周后改为半流质,半流食1周后改为软食1个月;⑤早期功能锻炼:小型钛板因有良好的固定稳定性,能使骨折断端按解剖结构或功能状态对合复位,因此术后咬骀关系即可确定,使早期张口训练成为可能<sup>[3]</sup>。患者术后72h肿胀消退即应行张口训练。训练方法:在用力张口的同时,右手拇指向上推上中切牙,食指向下推下中切牙,同时撑开上下颌做开闭运动,缓慢、反复做10~20次,3次/d。

### 3 小 结

下颌骨骨折的治疗,以往多采用单颌结扎及颌间结扎固定,不锈钢丝内固定或不锈钢板内固定等治疗方法,虽然都能恢复咬合关系,达到一定的复位效果,但手术创伤大,持续时间长;颌间结扎时间常需4~6周,易导致饮食不足、口腔卫生不良,影响患者生活质量。

随着坚强内固定理论技术的发展,应用微型、小型钛板及重建接骨板坚强内固定治疗下颌骨骨折在临床上的应用越来越广泛。坚固内固定用于下颌骨骨折的治疗具有很多优点:如可允许病人早期进行下颌运动,较少影响患者的饮食及营养的摄入,并且钛有良好的生物相容关系,无明显的毒副反应,可长期在体内存留<sup>[4]</sup>。但微型钛板价格较高,术前应告知患者和家属,待其同意后方可手术。

应用微创技术切口小,可以有效地减小创伤和遗留皮肤疤痕。对于多发性下颌骨或升支骨折,除口内切口外,在面部较隐蔽位置作小的附加切口,这些切口与皮纹方向一致且位