

范围内的肌肉舒缩活动及固定范围以外的关节伸屈活动。拆除石膏绷带后,用温水清洗患肢,鼓励患者逐步进行功能锻炼

3.5 骨折切开复位固定术后护理 (1)骨折切开复位固定术后,需严密观察患者的生命体征,注意观察手术切口有无渗血、患肢端血运、皮肤感觉、温度及足趾运动等情况,如发现异常应及时通知医生处理。(2)术后防治针道感染。针道感染是应用单侧多功能外固定器最常见的并发症,防治方法是:用0.5%碘伏消毒穿刺点周围,2次/d;保证周围皮肤清洁,保持床单被套清洁干燥;若发现穿刺点周围红、肿、痛、有分泌物等征象时,应控制活动,局部换药,清除分泌物,必要时可切开引流,合理使用抗生素^[4]。

3.6 疼痛护理 疼痛是骨伤科患者最常见的症状。伤肢骨折部位的疼痛多伴有肿胀,应给予抬高患肢,早期局部冷敷。48 h后给予活血化瘀中成药口服,如伤科接骨片、活血止痛胶囊等。给予微波治疗仪或中频脉冲治疗仪治疗,以促进局部血液循环,达到水肿吸收、疼痛缓解、伤口愈合等目的。术后当天晚上睡前1 h应用曲马多注射液肌肉注射,有条件者可选用自控镇痛泵(PCA)进行止痛。

3.7 功能锻炼 向患者说明早期功能锻炼的重要性和方法,使他们能主动配合进行。护士对每位患者均制定活动量指标,遵循由小到大、由轻到重、循

序渐进的原则,给予正确指导及督促;每次活动次数及时间以患者感觉能耐受为度,如内固定术后第3天可作膝关节的屈曲活动,外固定术后2周后可扶拐下床活动,患肢不负重。术后和石膏绷带固定期间,应鼓励患者进行固定范围内的肌肉舒缩活动及固定范围以外的关节伸屈活动,以预防肌萎缩、关节僵硬;拆除石膏绷带后,鼓励患者尽快恢复患肢各关节正常活动,但禁止做患肢旋转活动,因其影响骨折端的稳定而易导致骨不连接。在患者外固定术后2周或拆除石膏绷带后应用我们自制的踝关节损伤功能康复装置进行锻炼,可取得满意效果。

3.8 出院指导 出院时应该对患者及家属进行健康、护理等方面的宣教工作,为患者制订详细的康复锻炼计划,并以书面形式交给患者或家属,护理人员对患者的康复情况需随时进行随访。

参考文献

- 1 刘百伟,周临东.踝关节骨折治疗[J].中医正骨,2004,16(4):59-60.
- 2 陆宸照.踝关节损伤的诊断和治疗[M].上海:上海科学技术文献出版社,1998:108-109.
- 3 马志刚.112例踝关节骨折的治疗分析[J].实用医技杂志,2006,13(12):2104-2105.
- 4 姬爱卿.外固定支架治疗胫腓骨骨折45例临床护理观察[J].基层医学论坛,2009,13(18):514-515.

[收稿日期 2011-11-25][本文编辑 宋卓孙 吕文娟]

护理研讨

水合氯醛口服与保留灌肠对婴幼儿镇静效果的比较

黄健珍, 黎重清

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院小儿科

作者简介: 黄健珍(1979-),女,大学本科,医学学士,主管护师,研究方向:小儿科护理。E-mail:973577576@qq.com

[摘要] **目的** 探讨婴幼儿检查前应用两种水合氯醛镇静方法的效果以及影响镇静成功率的因素。**方法** 选取进行水合氯醛镇静的婴幼儿150例,分为口服组(75例)和灌肠组(75例)。**结果** 灌肠组用药后5~15 min起效40例,16~30 min起效25例,再次给药10例,无不良反应。口服组用药后5~15 min起效30例,16~30 min起效20例,再次给药25例,其中产生呕吐、呛咳等不良反应31例。**结论** 婴幼儿应用水合氯醛镇静治疗,灌肠法优于口服法,须注意灌肠方法的改进,以便更好达到镇静治疗的目的。

[关键词] 镇静; 水合氯醛; 婴幼儿

[中图分类号] R 473.72 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)06-0550-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.06.27

万方数据

婴幼儿在进行某些项目(如核磁共振、脑电图等)检查时,往往需要进行检查前镇静催眠治疗。水合氯醛具有催眠作用强、吸收快、醒后无不适的特点,因此广泛应用于婴幼儿催眠^[1]。水合氯醛使用方法有鼻饲、口服、灌肠三种。下面就我院儿科门诊150例婴幼儿检查前应用两种不同水合氯醛镇静方法的效果进行比较,并对影响因素进行分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2011-03~2011-09需进行核磁共振、脑电图、心脏彩超等检查的患儿150例,检查前均由小儿科医生确定无水合氯醛镇静药使用禁忌证。其中男95例,女55例;1个月~3岁患儿100例,3~5岁患儿50例;均无腹泻及口腔等疾病。将150例患儿分成口服组(75例)和灌肠组(75例),两组患儿年龄、性别比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 10%水合氯醛溶液按照0.5~0.8 ml/kg体重计算,最大量不超过12 ml。(1)口服组:用一次性注射器抽取用生理盐水稀释1倍的10%水合氯醛溶液,从患儿嘴角将药液注入口内,注意尽量避免接触舌尖部,然后将患儿竖式抱起,轻拍背部诱其入睡,尽量防止药液溢出。(2)灌肠组:药液剂量计算方法同口服组,使用注射器取用生理盐水稀释1倍的10%水合氯醛溶液,然后在注射器内额外抽取2 ml空气,接上一次性吸痰管(7号,无侧孔,全长30 cm),前端涂上液体石蜡油,患儿采取左侧卧位,腰部放软枕抬高臀部 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$,双膝屈曲,将管道插入肛门,深度为5~15 cm,注射器孔头向下,缓慢将药液推入后,再将注射器内的空气一并注入,以冲净管道内的药液,以确保药量的准确。在推注药液的过程中,嘱家属同时捏住肛门两侧的臀部肌肉,持续10~15 min,以避免药液自行流出体外,轻拍患儿背部诱其入睡。

1.3 统计学方法 计数资料率的比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两种方法镇静起效时间比较 灌肠组起效时间明显快于口服组($P<0.05$)。见表1。

表1 两种方法起效时间比较[n(%),min]

组别	例数	起效时间		
		5~15	16~30	30以上
灌肠组	75	40(53.3)	25(33.3)	10(13.3)
口服组	75	30(40.0)	20(26.7)	25(33.3)

注:两组比较, $\chi^2=8.413,P=0.015$

万方数据

2.2 两种方法不良反应和再次给药情况比较 口服组不良反应主要表现为恶心呕吐和呛咳,其中恶心呕吐20例,呛咳11例,再次给药25例;而灌肠组无胃肠道不良反应,反射性排便22例,再次给药10例。见表2。

表2 两种方法不良反应和再次给药情况比较[n(%)]

组别	例数	恶心呕吐	呛咳	反射性排便	再次给药
灌肠组	75	0(0.0)	0(0.0)	22(29.3)	10(13.3)
口服组	75	20(26.7)	11(14.7)	0(0.0)	25(33.3)
χ^2	-	23.077	11.871	25.781	8.385
P	-	0.000	0.001	0.000	0.004

3 讨论

本组两种不同给药方法的效果表明,虽然灌肠组操作比口服组复杂,但灌肠组的镇静起效时间快于口服组,用药总剂量及不良反应发生率均少于口服组。临床上用于婴幼儿镇静的药物常用的有地西洋和水合氯醛两种^[2],由于地西洋属苯二氮卓类,有引起呼吸抑制的不良反应,特别是新生儿呼吸中枢发育不完善者,易引起呼吸暂停,故临床上新生儿应慎用^[3]。而水合氯醛是三氯乙醛的水合物,可口服或灌肠,其药理作用主要引起抑制脑干网状结构上行激动系统,引起近似生理睡眠的表现,半衰期短,排泄快,无蓄积性,停药后不反跳,故临床常选用作婴幼儿检查前镇静^[4]。水合氯醛由于味道苦涩而辛辣,口服时常会引起恶心呕吐等胃肠道反应,有导致窒息的危险。而灌肠不对味觉细胞造成刺激,不会引起恶心呕吐等反应,一次给药成功率高。另外,由于婴幼儿肠壁薄,通透性强,注入药液可迅速吸收入血,且药液不受胃酸影响,也不被肝脏破坏,能很快起作用。至于置管深度问题,我们的体会是置管深度在5~10 cm范围起效最快,出现排便及再次给药例数最少。灌肠液温度过高或过低都不利于药物吸收^[5]。温度过高易损伤婴幼儿稚嫩的肠黏膜,温度过低则可刺激肠蠕动加快,产生便意(用于高热降温者除外)。水合氯醛的适宜温度为 $37\sim 38^{\circ}\text{C}$,与肠腔温度比较接近,可减少药液对肠道的冷刺激,增加局部血液循环,有利于药液吸收。注意事项:(1)注意药液配制时间,保证在有效期内使用。(2)用等量生理盐水稀释药液,可减少对肠黏膜的刺激,防止出现血丝便。肛管用石蜡油润滑,插入动作要轻,注意无菌技术操作及患儿体位的摆置。灌肠前尽量排空大小便。(3)水合氯醛使用虽安全,但临床仍有出现呼吸暂停的报道,故使用后24 h内应加

强观察和护理,必要时进行心电监护;取侧卧位,以防呕吐及窒息;对药效消失后反应仍明显低下者,及时报告医生处理。

参考文献

1 王燕青,吴晓,谢静娜.不同浓度水合氯醛保留灌肠用于婴幼儿镇静的效果观察[J].护理与康复,2011,10(7):608-609.

2 刘爱英,马木兰,范斌.水合氯醛与安定用于学龄前儿童CT检查时制动效果观察[J].中华护理杂志,1997,32(7):378-379.
 3 江明性.药理学[M].北京:人民卫生出版社,1993:107.
 4 徐叔云.中华临床药理学[M].北京:人民卫生出版社,2003:579.
 5 黄秋葵,韦柳春,李美芳.小儿保留灌肠应用进展[J].现代中西医结合杂志,2006,15(16):2294-2295.

[收稿日期 2011-11-15][本文编辑 杨光 and 韦颖]

护理研讨

影响动脉穿刺置管成功率的相关因素分析

覃花桃

作者单位:533000 广西,右江民族医学院附属医院 ICU

作者简介:覃花桃(1970-),女,大学专科,主管护师,研究方向:ICU 专科护理。E-mail:649859094@qq.com

[摘要] **目的** 探讨影响动脉穿刺置管成功率的相关因素。**方法** 选择 100 例有临床指征需行有创动脉压监测需建立动脉通路而置管的 ICU 危重症患者,比较患者年龄、性别、肥胖、心衰及护理人员操作技术对穿刺成功率影响的差异。**结果** 男性、中青年、非肥胖、非心衰及工作时间 ≥ 5 a 护士穿刺成功率分别高于女性、老年、肥胖、心衰和工作时间 < 5 a 护士 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。**结论** 患者年龄、性别、肥胖、心衰及操作人员技术水平等是影响动脉穿刺置管成功率的主要因素。

[关键词] 动脉穿刺; 有创动脉压监测; 影响因素; 置管

[中图分类号] R 322.1+21 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)06-0552-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.06.28

有创动脉压监测在 ICU 应用比较普遍,而建立动脉通路是有创动脉压监测的前提,最常用的穿刺部位有桡动脉、足背动脉和肱动脉^[1],穿刺成功与否受多种因素的影响。笔者对 2008-08~2010-03 行有创动脉压监测的 100 例 ICU 危重症患者动脉穿刺置管情况进行统计,并分析影响穿刺成功率的相关因素,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008-08~2010-03 需行有创动脉压监测的 100 例 ICU 危重症患者,男 55 例,女 45 例,年龄 18~82 岁;肺心病 36 例,重型颅脑损伤 25 例,严重多发创伤 22 例,多器官功能障碍综合征(MODS)10 例,其他 7 例。

1.2 因素分组 按影响因素分为患者自身因素和护士因素。自身因素:青中年(18~59 岁)及老年(≥ 60 岁)者;男、女性者;肥胖(包括水肿患者)及非肥胖者^[2];心衰(心功能 II~IV 级)及非心衰(心

功能 \leq I 级)者^[3]。护士因素:根据护士工作时间的长短将其分为 < 5 a 者和 ≥ 5 a 者。

1.3 操作方法 动脉采用 20 G 动脉留置针,护士根据自己的临床经验,决定选择动脉穿刺部位,如果出现第 1 次穿刺失败,则换另一名护士(多为 ≥ 5 a 者)穿刺。每次操作均记录患者基本资料、置管部位、方法、失败情况、执行者等。

1.4 操作步骤 患者取仰卧位,护士选择穿刺部位并常规消毒,消毒范围 > 6 cm,戴上无菌手套,在动脉搏动明显处用手指定位,将穿刺针头与皮肤呈 $20^\circ \sim 30^\circ$,针头朝近心方向斜面向下穿刺,见有鲜红色回血后压低穿刺针尾部,按住针芯,推外套管至所需深度,拔出针芯,用透气的 3M 敷贴固定穿刺针位置,通过延长管连接换能器并与监护仪相连,通过监护仪显示观察正常动脉压力波形及血压数据。监测过程顺利,说明穿刺成功。

1.5 统计学方法 应用 SPSS11.5 统计软件进行数