

• 骨伤护理 •

自控镇痛用于骨科手术的护理

Patient controlled analgesia in nursing of orthopaedic operation

田金玲 王红丽 常庚申

TIAN Jinling, WANG Hongli, CHANG Gengshen

【关键词】 镇痛,病人控制; 护理 【Key words】 Analgesia, patient controlled; Nursing care

我院从 1999 年底—2001 年底应用手术后病人自控镇痛 (Patient controlled analgesia, PCA)^[1] 460 例,从根本上解决了手术后病人的疼痛和因疼痛而引起的一些并发症,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 460 例中男 336 例,女 124 例,年龄 11~78 岁;60 岁以上 108 例,平均 52 岁。主要应用光达电子泵(光达国际集团有限公司)和怡新镇痛泵(上海怡新医疗设备有限责任公司)。460 例中合并高血压、冠心病 80 例,广泛心肌缺血 50 例。用于硬膜外(PCEA)镇痛 395 例,以布比卡因和芬太尼为主;静脉镇痛(PCIA) 65 例,以吗啡为主;用量视病人情况及创伤程度而定。镇痛时间为 41~72 h。采用视觉模拟评分法(VAS)^[2]对镇痛效果进行评定,0 分为无痛,5 分为剧痛;评分小于 3 分者 392 例,镇痛优良率 85%。并发腹胀 28 例,呕吐 9 例,尿潴留 9 例。

2 手术护理

2.1 术前护理 本组主要用于腰椎及四肢骨科病人,术前向患者介绍 PCA 的优点及使用方法,征得病人同意,说明用镇痛泵不会影响骨折及伤口愈合,以减轻病人的心理压力和对疼痛的恐惧,以最佳的心理状态接受手术。在做好病人思想工作的同时做好 PCA 的物品准备。

2.2 术中护理 准备使用 PCEA 的病人,要牢固固定硬外导管;用 PCIA 的病人,选择远离关节的静脉,用 18 号或 20 号静脉套管留置针与输液三通相连接固定牢靠。手术结束前,结合病人和手术情况,按硬膜外或静脉用药配伍,与麻醉师共同配制 PCA 药物。先注入基础量,然后将镇痛泵与硬外导管或输液三通衔接,确定镇痛泵正常运行后方可送回病房,与值

班护士交接,并向家属讲清 PCA 泵的使用、操作及注意事项。

2.3 术后护理 ①体位护理:病人回病房后,搬动病人时应注意保护导管及留置针,妥善固定镇痛泵。按手术要求垫好肢体。下肢手术应用 PCA 后,应注意预防骨突处压伤及腓总神经受压,随时观察肢体末梢循环及伤口渗血情况;膝关节或肘关节松解手术后,应注意肢体活动的角度及频率。用 PCIA 者,当天液体输完后及时调节三通,观察 PCA 输注情况,保持穿刺部位清洁干燥。②病情观察:使用 PCA 的病人,要严密观察生命体征和伤口渗血、末梢循环及肢体活动情况,如有恶心呕吐、皮肤瘙痒等情况,及时向值班医师汇报。用 PCEA 的病人应观察有无尿潴留,术前留置尿管的病人尽可能保留尿管,并保持会阴部清洁干燥,定期消毒,预防尿路感染。若为显微外科手术,应及时观察皮瓣颜色、肢体温度及末梢循环情况。PCIA 的病人应及时观察呼吸变化,必要时吸氧,随时调整 PCA 时速用量。医护人员要多与病人交谈,消除患者的顾虑,使其保持良好的心理状态,积极配合治疗,使 PCA 收到更加满意的效果。

3 并发症的预防及护理

3.1 呼吸抑制 静脉 PCA 病人体质较差或对药物敏感时,会出现轻微呼吸抑制现象。一旦发生呼吸抑制可及时调整药量,面罩或鼻导管吸氧。严密观察血氧饱和度变化及病人的呼吸情况,并及时通知值班医师。高龄或体质差的病人,药量应减少或降低浓度、减慢时速。

3.2 皮肤瘙痒 若患者出现皮肤瘙痒,可使用抗过敏药物,如地塞米松,盐酸异丙嗪等。及时更换内衣,并做好患者皮肤的清洁卫生。

3.3 恶心呕吐 出现恶心呕吐,首先与酸中毒鉴别,可使用氟哌啶、胃复安、枢复宁等药物。及时清

除呕吐物,保持病人呼吸道通畅。减慢 PCA 给药速度和减少用量,配方中常规加入氟哌啶(2~ 3 mg)或地塞米松(5~ 10 mg),可预防皮肤瘙痒和恶心呕吐。

3.4 尿潴留 术前保留导尿的病人,术后尽量保留尿管;无保留导尿者,可按摩排尿或用热敷,降低 PCA 给药浓度。

4 讨论

4.1 疼痛对机体的影响 术后疼痛机体释放内源性物质作用于心肌和血管平滑肌^[3],使心肌耗氧量增加,外周阻力增大,导致血压升高,心动过速。本组高龄病例多合并有高血压、心脏病,但由于术后伤口不痛,血压平稳,心律正常,恢复良好。肘关节、膝关节松解手术后关节需要早期活动,恢复关节功能。因伤口疼痛而使关节活动受限直接影响手术疗效。用 PCA 镇痛的病人,术后伤口不痛,可随时活动关节,防止粘连,收到很好的疗效,特别是用 CPM 机(膝关节持续被动活动机)的病人更显示了 PCA 的优越。

4.2 护理体会 使用 PCIA 的病人,减少了护理人员的工作量。输液时,可将液体直接与 PCIA 的三通连接,既减少了护理人员的操作程序,又使病人免受静脉穿刺的痛苦。临床观察,PCA 用吗啡的病人恶心呕吐发生率较高,但镇痛效果确切,只要根据病人年龄、控制药量、使用最低有效浓度或配方内加入适量氟哌啶,即可减少恶心呕吐发生;使用 PCEA 的病人常规保留导尿,经临床观察,布比卡因浓度适当降低,或用低浓度罗哌卡因,在镇痛完善的情况下,可自行排尿,不必常规保留导尿,从而减少了护理工作量,也避免了泌尿系感染。

参考文献

- 1 罗爱伦. 病人自控镇痛. 北京:北京医科大学-中国协和医科大学联合出版社, 1999. 91.
- 2 严相默. 临床疼痛学. 吉林:延边人民出版社, 1998. 57.
- 3 李仲廉. 临床疼痛治疗学. 天津:天津科学技术出版社, 1999. 235-236.

(收稿:2002-07-05 编辑:荆鲁)

• 病例报告 •

肺癌异位激素分泌致胸椎病理性骨折 7 例报告

The pathologic fracture of thoracic vertebral caused by ectopic hormone secretion in lung cancer: A report of 7 cases

张卫 翟建国 周硕霞 张恩忠

ZHANG Wei, ZHAI Jianguo, ZHOU Shuoxia, ZHANG Enzhong

【关键词】 癌; 胸椎; 骨折 【Key words】 Carcinoma; Thoracic vertebral; Fractures

肺癌异位激素分泌致胸椎病理性骨折临床少见,我院自 1997 年以来共收治 7 例,疗效明显,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 7 例,男 5 例,女 2 例;年龄 35~ 61 岁,平均 42 岁;患者均因轻微外伤后胸背部疼痛,活动受限来诊,其中 2 例尚伴有多尿、烦渴、心律失常以及重症肌无力等其他副癌综合征,7 例患者均无明显呼吸系统症状。

X 线片检查见多个胸椎体压缩骨折,整个脊柱诸椎体骨质疏松明显,肋骨、肋骨、颅骨、肩胛骨可见多个类圆形低密度影,骨皮质变薄,骨质疏松;胸部平片可见肺门处类圆形阴影;CT 检查示椎体骨质疏松,胸椎体压缩骨折,未见坏死骨组织;肺门处可见不规则实性占位。

实验室检查:小便常规示尿色浑浊,可见磷酸盐结晶;血钙 > 14 mg%,血磷 > 2 mg%,血清碱性磷酸酶(AKP)增高,甲状旁腺素(PTH) > 350 pg/ml;B 超检查未见甲状旁腺增大;术后病理检查示支气管未分化小细胞癌。

治疗方法和结果:本组 7 例患者均行肺部肿瘤切除术,其

中 4 例行肺叶切除,3 例行一侧全肺切除术。并予钙立得等补钙剂治疗,术后卧床 6 周,并行脊柱功能锻炼。随访 1 年,骨质疏松明显改善,脊柱功能恢复良好。

2 讨论

肺癌异位激素分泌致胸椎病理性骨折临床少见,主要见于小细胞未分化癌,癌肿分泌过量甲状旁腺素(PTH),直接作用于肾和骨,间接作用于肠,PTH 直接抑制成骨细胞的活性,间接刺激破骨细胞的活性,动员骨中钙、磷释放入血,导致骨骼脱钙,病变的骨骼(股骨、胫骨、盆骨、脊柱等)有疼痛,呈结节状增厚,凹凸不平、弯曲,并可发生病理性骨折,X 线片可见骨质稀疏变薄、变形,骨内有多个透明囊状影。本病若早期发现、早期行癌肿切除术,同时补充钙质,效果良好。本病临床上少见,早期肺部症状往往不明显,易误诊为单纯骨质疏松症,延误治疗。本病尚需与原发甲状旁腺功能亢进所引起的脊柱病理性骨折以及肺癌脊柱转移相鉴别,前者可通过 B 超及放射性核素以确定甲状旁腺有无肿大、功能亢进来鉴别,后者可通过脊柱 CT 检查相鉴别。

(收稿:2002-07-10 编辑:李为农)