

下淤血,作者使用了一种新型的治疗方式——多爱肤超薄敷料外敷。多爱肤超薄敷料是一种闭合性敷料,属水胶体敷料的一种。它的主要成分是亲水性水胶体-羧甲基纤维素钠颗粒,其内层由 177A 胶粘剂制成黏胶薄层,外层以聚氨酯层覆盖,为半透明性的薄膜结构。此结构允许氧气和水蒸气进行交换,但又对外界颗粒性异物如灰尘和细菌具有阻隔性。使用该敷料覆盖血管表面皮肤,利用相对密封与保湿原理形成湿性环境,且不易受外界变化过程的影响,为血管内膜的自我修复提供了良好、稳定的环境。此外该敷料能保持低氧张力,帮助毛细血管快速生成,改善局部组织的微循环,使组织接近正常生理状态^[8],促进瘀斑的吸收。在聚氨酯层外粘贴有一层硅释放纸基的设计,使其黏性大大提高,减少了更换频率。在骨科临床工作中,多爱肤超薄敷料不仅可以应用于皮下注射 LMWH 所致的皮下瘀斑,还可以应用于静脉炎,Ⅰ、Ⅱ度压疮,皮肤擦伤等方面。

本文结果显示,多爱肤超薄敷料治疗皮下注射 LMWH 所致的皮下瘀斑有效率为 96.36%,痊愈率为 38.14%,其治疗效果明显优于传统方法。尽管使用多爱肤超薄敷料在价格上高于传统冷热敷疗法,但效果显著、使用方便、易储存,可提高护理质量,减轻患者的痛苦,提高了患者的满意度,可在临床上推广应用。虽然使用多爱肤超薄敷料能有效治愈皮下瘀斑,但作为临床护士,每次皮下注射 LMWH 时均应详细询问、检查患者局部皮肤情况,合理选择注射部位,采取准确的注射方法,告知患者正确的按压方法,尽量避免、减少注射致皮下出血的发生并及时处理。经证实,LMWH 经腹壁皮肤垂直注射,并在注射结束后擦去针头药液轻压 1 min 是适合临床工作的最佳方法。此方法既能有效减少皮下瘀斑又简便易行^[9]。此外,做好交接班工作,敷料松脱应及时更换。如果因其他原因需掀开敷料,不可强行撕脱,避免损伤皮肤。可使用生理盐水浸湿后,再行拆除。

综上所述,对关节置换术后的患者进行常规皮下注射 LMWH 将不可避免导致皮下淤血,多爱肤超薄敷料无论是在治疗皮下淤血还是缓解疼痛方面都明显优于传统治疗皮下淤

• 临床护理 •

血的方法,因此在骨科临床护理工作中应广泛使用,以减轻患者的精神负担,提高术后护理质量。

参考文献:

[1] Yoshida K, Wada H, Hasegawa M, et al. Monitoring for anti-Xa activity for prophylactic administration of Fondaparinux in patients with artificial joint replacement [J]. *Int J Hematol*, 2011, 94(4): 355-360.
[2] Fukuda T, Kamisato C, Honda Y, et al. Impact of antithrombin deficiency on efficacy of edoxaban and antithrombin-dependent anticoagulants, fondaparinux, enoxaparin, and heparin [J]. *Thromb Res*, 2013, 131(6): 540-546.
[3] 陈兵, 刘先一, 蒋周胜, 等. 低分子肝素对髋、膝关节术后下肢深静脉血栓形成的预防作用[J]. *海南医学院学报*, 2010, 16(9): 1175-1177.
[4] 姜玲君. 注射低分子肝素致皮下出血的原因分析[J]. *医药论坛杂志*, 2004, 25(4): 32-33.
[5] 刘冰, 张俊红, 刘思彤, 等. 选择低分子肝素钠皮下注射部位减轻不良反应的循证护理[J]. *护理学报*, 2008, 15(1): 31-33.
[6] 殷学梅. 康惠尔透明贴治疗老年患者输液所致皮下淤斑的效果观察[J]. *护理学报*, 2008, 15(8): 70.
[7] 陈妃娟. 热敷在低分子肝素皮下注射减少局部皮下出血及疼痛反应中的应用[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2011, 32(23): 3898-3899.
[8] 刘建荣, 郭红霞, 张铭光, 等. 水胶体敷料预防大量输液所致静脉炎的效果研究[J]. *华西医学*, 2009, 24(6): 1569-1570.
[9] 姜国荣. 预防低分子肝素钙皮下注射发生瘀斑方法的探讨[J]. *中外医疗*, 2010, 29(23): 47-48.

(收稿日期:2013-09-18 修回日期:2013-12-27)

58 例 HBV 携带产妇的产程观察及护理体会

刘兴琼¹, 游兴利^{2△}

(1. 重庆市中医院妇产科, 重庆 400022; 2. 重庆市第五人民医院妇产科, 重庆 400065)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.12.045 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2014)12-1528-03

乙型病毒性肝炎是威胁人类健康的重大疾病,中国乙型肝炎病毒(hepatitis B virus, HBV)感染者高达 1.2 亿,全球 HBV 携带者达 4 亿^[1]。母婴传播是重要的传播途径,通过宫内传播、围生期传播和日常生活接触传播。因此,研究降低 HBV 母婴垂直传播方法是十分必要的。本文通过对 58 例 HBV 携带孕妇的妊娠前和产前教育、产前注射乙型肝炎免疫球蛋白(hepatitis B immune globulin, HBIG)、阴道分娩时的护理体会以及产后母婴护理,并检测新生儿 1 年后乙型肝炎病毒表面抗原(hepatitis B surface antigen, HbsAg)和乙型肝炎病毒表面抗体(hepatitis B surface antibody, HbsAb)结果,为进一步改善母婴 HBV 垂直传播的阻断方式提供依据。

1 临床资料与 HBV 感染妊娠教育

1.1 一般资料 选择 2009~2011 年在重庆市中医院妇产科进行妊娠前指导、产前检查并确诊为 HBV 携带者的孕产妇 58

例,年龄 22~36 岁,平均(26.00±3.30)岁。妊娠周数 36~42 周,其中 36~38 周 9 例,>38~40 周 36 例,>40 周 13 例。其中初产妇 47 例,经产妇 11 例。HbsAg 单阳性 45 例(77.59%);HbsAg、乙型肝炎病毒 e 抗原(hepatitis B virus e antigen, HbeAg)双阳性 13 例(22.41%)。入院时肝功能检查均在正常范围内,无肝炎症状及体征。产妇无先兆流产或先兆早产,无妊娠高血压综合征。新生儿出生体质量 2.6~4.3 kg,全部采用人工喂养。待产过程中有胎心异常 14 例,羊水污染 8 例,产钳助产 4 例。经积极治疗和精心的护理,母婴均安全按期出院。

1.2 HBV 感染妊娠教育

1.2.1 妊娠前教育 本组孕妇均在重庆市中医院门诊接受妊娠前教育,严格按 HBV 携带者妊娠最佳条件即:肝功能正常,HBV-DNA 定量小于 1.0×10³ copy⁻¹,维持 6 个月且停药 6

个月以上执行^[2]。孕妇额外进行 HBV 知识、HBV 母婴传播途径以及孕妇营养指导教育。同时定期监测肝功能和 HBV-DNA 定量检测,如不符合上述标准应终止妊娠。

1.2.2 妊娠期 HBIG 的应用 本组孕妇均在孕 28 周起,每 4 周肌内注射 1 次 HBIG,共 4 次。HbsAg 单阳性者注射 200 IU,HbsAg 和 HbeAg 双阳性者注射 400 IU,第 4 次于产前 1 周内注射^[3-4]。

2 分娩护理措施

2.1 产程观察及护理 (1)一般护理:认真询问病史和查阅母婴保健记录,包括患者孕期胎儿活动、孕妇阴道流血流液和子宫收缩等情况。对孕妇进行心理疏导和解释分娩过程,告知产妇分娩方式对母婴的影响,缓解紧张情绪。孕妇安置单间病房,治疗执行一人一针一管制度,产妇用过的带血的医疗用品及生活用品应装入医疗黄袋处理。注意保护患者的隐私。(2)产程观察:第一产程过程中指导产妇放松技巧,补充营养、调整精神状态、保持体力等支持产程进展。用胎心监护仪监护,密切观察胎心变化。注意观察产程进展,严密观察宫缩和子宫口扩张情况,保持良好的宫缩,尽量缩短产程。检查前后按手术洗手标准洗手,戴好一次性衣袖及防护手套和护眼镜。污染物品按规定放入污物桶内。

2.2 分娩护理

2.2.1 分娩前准备 (1)安排孕妇在隔离产房;(2)物品准备包括,一次性无菌产包、抢救药品、吸痰器和气管插管等;(3)塑料桶 3 个(每个桶装 2 g/L 消毒液适量,分别用于产后阴道流液、手术器械、输液器和注射器消毒);(4)助产人员防护包括皮肤应无破损、穿一次性隔离衣、防水围裙、双层乳胶手套、防护眼镜、胶靴或一次性鞋套;(5)吸引器储液瓶内备好 2 g/L 的消毒液适量;(6)助产士接受过 HBV 相关培训,操作娴熟。

2.2.2 分娩护理与防护 宫口开全后做好接生准备,尽量避免人工破膜和会阴侧切。认真快速完成胎头娩出、断脐、胎盘娩出、会阴裂伤处缝合等操作。尽量缩短第二产程,检查或操作动作轻柔,少用助产器械。

2.2.3 人员防护 如果在操作过程中发生患者的血液或体液污染医护人员的皮肤黏膜或锐器刺破皮肤,立即进行近端挤出污染血液,用流动水冲洗污染部位,用 75%乙醇或 0.5%聚维酮碘消毒,同时注射 200 IU 的 HBIG。助产人员脱去防护物品,双手用快速手消毒液消毒后,用皂液清洗。本组病例中均无职业暴露。

2.2.4 器械、污物处理 医用器械放入双层医用垃圾袋,封好袋口,贴好标签(HBV 标示)送供应室处理。冲洗液、羊水、血液装入已备好的消毒液中,浸泡 2 h 后倒入污水池内。隔离产房的产床、辐射式抢救台、婴儿秤等物品和地面用 1 g/L 的含氯消毒液擦拭 2~3 遍。引流瓶用 1 g/L 含氯消毒液浸泡 2 h 后,清水冲洗备用。

2.2.5 胎儿护理 胎儿娩出后迅速清理呼吸道,选择适当吸痰管和负压,吸尽口腔液体,避免损伤新生儿皮肤或黏膜。立即用温水沐浴,洗尽羊水和母血,缩短和减少母血及分泌物与胎儿身体表面接触时间。

3 产后护理

3.1 新生儿主、被动联合免疫 本组新生儿均给予主、被动联合免疫,肌内注射 100 IU 的 HBIG,皮下注射乙型肝炎疫苗 10 μ g,2 周后再注射 100 IU 的 HBIG 1 次,1、6 个月龄分别接种乙型肝炎疫苗 10 μ g。

3.2 婴儿喂养指导 母乳喂养的好处目前已被绝大多数产妇及家属所接受,但 HBV 携带者能否母乳喂养尚无统一意见。因此,本组全部新生儿均采用人工喂养。

3.3 预防再感染 喂养婴儿的杯、勺和奶瓶应煮沸消毒,产妇

餐具单用,用后煮沸消毒。产妇不能与婴儿口对口亲嘴、喂食,母婴应分床睡觉。产妇或婴儿有皮肤破损时,应立即包扎处理。

3.4 出院指导与随访结果 出院时,护理人员应向产妇做包括饮食、活动、休息、用药等宣教工作,让产妇把焦虑转化成战胜疾病的信心^[5]。建立产妇临床资料,告知产妇联系电话,护理人员定时电话随访,按时进行预防接种,预防母婴密切接触传播。12 个月电话通知家长带患儿来院行乙型肝炎相关指标检测。本组 58 例入选 HBV 携带产妇仅有 3 例婴儿为 HbsAg 阳性,发生率为 5.17%。

4 护理体会

有研究显示,HbsAg 阳性孕妇所生婴儿中 40%~70%将成为 HbsAg 携带者,如果孕妇 HbsAg 阳性并伴有 HbeAg 阳性,母婴传播婴儿感染率可高达 90%^[6]。HBV 的传播途径包括母婴传播、日常生活接触和医源性传播。目前宫内 HBV 传播机制未完全阐明,尚无切实可靠预防方法,但切断其他传播途径意义重大。

本组病例均进行针对性强、目的明确的妊娠前教育,严格按照 HBV 携带者最佳妊娠条件进行,对不符合条件的孕妇或拟妊娠妇女说明其新生儿发生 HBV 感染的可能性,经抗病毒治疗后达妊娠条件后入选。对 HbsAg 单阳性、HbsAg 和 HbeAg 双阳性者分别注射 200、400 IU 的 HBIG,共 4 次。对妊娠早期孕妇如出现病毒负荷增加、肝功能异常者应终止妊娠。通过上述措施尽可能减少宫内感染可能性^[7]。

HBV 感染孕妇由于存在较严重心理障碍,担心 HBV 传染给胎儿及家人,多有焦虑、自卑、恐惧、抑郁等心理问题。因此,有必要加强对围生期孕妇进行心理疏导,让孕妇获得家人的理解、鼓励和支持,减轻心理压力。本文采用书面教育和面对面交流的方式进行,正确认识母婴传播,矫正不良习惯,减少 HBV 密切接触传播的可能,促进母婴健康^[5]。

已有研究表明,HBV 携带母亲的血液、羊水、阴道分泌物及初乳中 HBV-DNA 检出率较高,新生儿胃内容物阳性检测率为 95%、乳汁为 75%、脐血为 50%、羊水为 33%^[8]。HBV 携带者所娩婴儿经过 HBIG 和乙型肝炎疫苗联合免疫可有效阻断产时 HBV 感染,剖宫产并不能降低 HBV 感染率,与阴道分娩相比有增加母婴并发症的危险性^[9-10]。因此,减少顺产时 HBV 感染的可能性成为减少 HBV 母婴传播的主要措施。应从以下几个方面着手解决:(1)助产士在接生时尽量避免粗暴动作,动作轻柔;(2)清理呼吸道选择的导管大小、软硬适度,负压适当,以免损伤新生儿皮肤或黏膜;(3)新生儿出生后即温水沐浴,洗去身上的羊水和母血,同时清理鼻腔、耳孔,缩短和减少母血及分泌物与胎儿身体表面接触时间,以减少母亲分泌物或血中的 HBV 感染新生儿;(4)新生儿主、被动联合免疫方法;(5)婴儿喂养指导^[11];(6)预防再感染及交叉感染;(7)预防母婴密切接触传播,必要时进行母婴健康检查及做有关乙型病毒性肝炎的血液学检查。本组病例均按上述要求做好每一个环节,使 HBV 携带者所产婴儿 1 年后的 HbsAg 阳性发生率仅为 5.17%,低于王宝恩等^[12]报道的 10%。因此,在妊娠前、产前、产时以及产后的全过程做好 HBV 携带孕妇的健康教育和产时护理干预,对阻断 HBV 母婴传播有积极作用。

参考文献:

- [1] Malik AH, Lee WM. Hepatitis B therapy: the plot thickens[J]. Hepatology, 1999, 30(2): 579-581.
- [2] 罗建新. 乙肝病毒母婴传播阻断技术的临床护理研究[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(10): 777-778.
- [3] 王元, 何成章, 黄文琴, 等. 联合免疫后乙肝病毒母婴传播

相关因素的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(13): 1655-1657.

[4] 邱伟,莫奕彩,黄艳. 阻断乙型肝炎病毒母婴传播的临床研究[J]. 河北医药, 2009, 31(13): 1598-1599.

[5] 沙莉,夏春香. 慢性 HBV 感染产妇产后抑郁症发生率调查与原因分析[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(33): 5201-5203.

[6] 刘玉玲,耿正惠. 妊娠合并病毒性肝炎的处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2004, 20(2): 80-81.

[7] 张新宁,武俊,高珊. 乙肝病毒垂直传播及免疫预防现状[J]. 中华围产医学杂志, 2002, 5(5): 231-232.

[8] 吴淑兰,吴艳玲,孙宝佳,等. 乙型肝炎病毒宫内感染的概率及感染因素的调查研究[J]. 河北医科大学学报, 1999, 20(4): 223-225.

• 临床护理 •

[9] 王慧华,王正平. 联合免疫婴儿的娩出方式对乙型肝炎病毒母婴传播影响的 Meta 分析[J]. 中华预防医学杂志, 2010, 44(3): 221-223.

[10] Read JS, Cannon MJ, Staonberry LR, et al. Prevention of mother-to-child transmission of viral infections[J]. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2008, 38(6): 274-297.

[11] 许细叶,陈红,刘海意. 乙型肝炎产妇产乳汁乙肝标志物检测与哺乳指导[J]. 护理学杂志, 2002, 17(5): 336-337.

[12] 王宝恩,张定凤. 现代肝脏病学[M]. 北京: 科学出版社, 2003: 391.

(收稿日期: 2013-09-17 修回日期: 2013-12-20)

心脏介入术后并发迷走神经反射的循证分析及护理探讨

曾军梅

(海南省农垦总医院介入诊疗科, 海南海口 570311)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2014. 12. 046 文献标识码: C 文章编号: 1671-8348(2014)12-1530-02

心脏介入诊疗具有创伤小、手术成功率高、安全、患者易于接受等特点,是临床诊断、治疗心律失常、心绞痛、心肌梗死、先天性心脏病的常用方法。虽然介入治疗损伤较小,但在围术期仍存在一些并发症,以迷走神经反射较为严重,临床表现主要为头晕、出冷汗、面色苍白、胸闷、四肢厥冷,以及血压下降、脉搏变缓,还可出现窦性停搏、房室传导阻滞、交界性逸搏甚至意识丧失等^[1],严重影响了患者的术后恢复过程。循证护理(evidence-based nursing, EBN)源于循证医学^[2],是指慎重、准确的运用目前最佳研究数据,根据个人经验和临床技能,分析可能引起疾病的原因和机制,制订完整、科学、合理的护理方案^[3-4]。本科在心脏介入围术期护理积累了一定的经验,现通过循证分析心脏介入围术期并发迷走神经反射的可能机制及发生特点,为心脏介入围术期的护理提供一定的参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2013 年 1 月本科心脏介入治疗的患者 442 例,其中男 213 例,女 229 例;年龄 5~72 岁, <12 岁 37 例, 12~18 岁 16 例, >18~60 岁 192 例, >60 岁 197 例。行经皮穿刺腔内冠状动脉成形术(PTCA)247 例;射频消融术 143 例,先天性心脏病介入治疗 52 例,包括室、房间隔缺损封堵 36 例以及动脉导管未闭封堵术 16 例。

1.2 方法 循证分析包括以下几个步骤^[5]: (1)提出问题,本文主要分析介入手术围术期患者发生迷走神经反射的原因,利用评判思维发现需解决的问题,并制订合理的护理方法予以预防。(2)通过检索护理方面的相关文献,收集临床研究证据。(3)检索中国期刊全文数据库(CNKI)、中国生物医学文献数据库(CBM)、中文科技期刊数据库(VIP)、PubMed、Cochrane 图书馆、MEDLINE、SCI 数据库,搜索迷走神经反射影响因素、特点、手术种类的影响等。(4)依据循证医学评价搜索文献的可靠性、真实性,分析本研究对象发生迷走神经反射的可能原因,并结合临床专业知识,将之应用于临床护理决策,制订合理的预防、护理方法。(5)评价护理实践的效果,通过循证实践总结经验,提高临床护理水平和质量。

2 结果

442 例患者在围术期共发生迷走神经反射 34 例,发生率为 7.69%。临床表现以面色苍白、血压下降、心率减慢、头晕心悸、视物模糊等为主,2 例患者出现了意识模糊,心脏停搏,经积极抢救后 0.50~1.00 h 患者心率、血压逐渐恢复,上述临床症状改善、消失,无抢救、复苏失败死亡病例。34 例迷走神经反射患者在介入术中出现 11 例(2.49%),在拔鞘管时出现 12 例(2.71%),在病房静息状态下出现 11 例(2.49%)。在 143 例射频手术中出现 13 例(9.09%),在 52 例先天性心脏病介入治疗中出现 2 例(3.85%),在 247 例 PTCA 中出现 19 例(7.69%)。34 例患者中拔管综合征发生率最高,为 35.29%(12/34),其他依次为:焦虑 26.47%(9/34),12 h 以上未进食 20.59%(7/34),体位不当压迫鞘管 11.76%(4/34),术后饮食不当及单次放尿量过大导致迷走神经反射发生率最低,均为 2.94%(1/34)。

3 讨论

3.1 心理护理及饮食指导 (1)采用健康教育、心理护理等措施降低焦虑、抑郁等负性情绪。介入手术治疗患者多有较长病史,病情反复发作,部分患者术前并未掌握、理解疾病的相关知识,对介入治疗也缺乏了解,容易紧张、焦虑、恐惧,导致胆碱能神经张力增高,引起全身小动脉扩张,血压、心率降低,诱发迷走反射^[6]。另外,也有学者认为紧张、焦虑可影响睡眠,引起前列腺素、缓激肽等释放,刺激心肺感受器,心率上升,加重心肌缺血、缺氧状态,引起迷走反射^[7]。术前向患者讲述手术目的、优点、经过及成功病例,使患者了解手术的意义、安全性及相关注意事项。本文 9 例患者出现焦虑、抑郁等负性心理,经心理调适,指导患者看电视、听音乐等方式调节情绪,必要时遵医嘱给予地西洋镇静,未再出现相关症状。(2)调节饮水、饮食。术前禁食、禁饮时间不宜过长,特别是接台手术,超过 12 h 禁食、禁饮,容易引起术中低血糖,或因血容量相对降低,下丘脑视上核、室旁核血管加压素水平升高,导致血管平滑肌收缩,发生迷走反射^[8]。因此,术前给予适量含糖高的流质或半流质饮食,特别是接台手术,若从手术前一日晚开始禁食,则禁食时间过