

参考文献:

- [1] 蔡永海, 卢长寿. Gelatamp 胶质银止血明胶海绵预防拔牙后并发病的临床研究[J]. 华西口腔医学杂志, 2008, 26(5): 519—521.
- [2] 徐慧宽, 张新华, 刘清. 氨甲环酸用于出血性疾病患者拔牙术后止血的临床观察[J]. 血栓与止血学, 2008, 14(5): 231—232.
- [3] 蒋正国, 蒋乾聪. 血余炭在拔牙创面快速止血及预防干槽症中的效果观察[J]. 宁夏医科大学学报, 2011, 33(8): 796—797.
- [4] 王兴. 牙体牙槽外科[M]//邱蔚六. 口腔颌面外科学. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 68—89.
- [5] 边世平. 茶叶的化学成分及其保健作用[J]. 青海大学学报(自然科学版), 2004, 22(4): 64—65.
- [6] 黄诗言, 程远, 赵蕾. 茶黄素防治口腔疾病研究进展[J]. 中国实用口腔杂志, 2013, 6(10): 624—628.
- [7] Mishra PJ, Ragunath C, Ramasubbu N. The mechanism of salivary amylase hydrolysis: role of residues at subsite S2' [J]. Biochem Biophys Res Commun. 2002, 292(2): 468—473.
- [8] Kandra L, Gyémánt G, Zajác A, et al. Inhibitory effects of tannin on human salivary alpha — amylase [J]. Biochem Biophys Res Commun, 2004, 319(4): 1265—1271.

痔科术后晕厥原因分析及护理干预

张向荣, 潘胜华, 高雅萍

(浙江省上虞中医医院, 浙江上虞 312300)

摘要:了解痔科术后晕厥的原因, 探讨相关护理对策。回顾分析 27 例痔科术后晕厥的病例资料, 主要原因是疼痛、排尿性晕厥、血管迷走性晕厥、体位性低血压、低血糖等。护理干预措施是积极采取止痛措施、指导正确排尿、重视心理疏导, 做好安全指导, 加强全面评估, 可预防和减少晕厥的发生。

关键词:痔科术后; 晕厥; 原因; 干预 doi:10. 3969/j. issn. 1671—9875. 2015. 03. 021

中图分类号:R473. 6

文献标识码:B

文章编号:1671—9875(2015)03—0256—02

晕厥为短暂的、自限性的意识丧失, 意识完全丧失的时间一般不超过 20 s^[1], 常常导致晕倒。因晕厥而引起跌倒是护理意外中较为常见的一种, 虽发生率不高, 但严重者可引起摔伤、骨折等并发症。因此, 减少或避免此类意外的发生是护理的一项重要任务, 也是体现护理质量的重要指标。笔者对 2011 年 7 月至 2012 年 12 月本院肛肠外科 27 例痔科术后晕厥情况进行回顾性分析, 旨在探讨患者发生晕厥的原因, 为有针对性的采取改进措施提供依据, 现报告如下。

1 临床资料

本组 27 例, 男 3 例, 女 24 例, 年龄 18~39 岁, 既往体健, 否认心、脑、神经系统病史; 晕厥发生在术后 6~72 h, 其中排尿排便时 13 例, 排尿排便后 10 例, 换药时 4 例; 晕厥持续时间为 3~10 min; 2 例伴有轻微抽搐, 7 例诉头晕, 伴有面色苍白, 出冷汗, 经吸氧、休息后好转, 其余未作特殊处理, 测

量血压、检查神经系统未发现异常; 23 例无任何损伤, 1 例下颌裂伤予以缝合 3 针, 1 例前额 2 cm 小血肿, 2 例前臂软组织挫伤。

2 原因分析

2.1 疼痛 术后疼痛是机体对疾病本身和手术创伤所致的一种复杂的生理反应。痔科术后因排便、换药刺激局部创口使肛管内末梢神经受到刺激, 引起肛内撕裂痛及烧灼痛; 或因内括约肌痉挛致剧烈疼痛^[2], 引起患者高度紧张, 过度换气, 二氧化碳排出增多, 血中二氧化碳含量降低引起脑血管收缩, 使循环血量减少, 脑细胞低氧而晕厥。本组 4 例换药时晕厥, 4 例在首次排便时晕厥, 2 例在第 2 次排便时晕厥, 3 例在排便后 3~8 min 晕厥, 疼痛 NRS 评分^[2]6~10 分。

2.2 排尿性晕厥 痔科术后因肛管内纱布填塞压迫尿道或刺激使尿道及膀胱颈括约肌痉挛、骶麻影响等, 不能及时排尿, 膀胱贮尿可达 450 ml, 膀胱内压随尿液胀满逐渐升高, 此时排尿, 过度膨胀的膀胱急速排空后腹压骤降, 回心血量急骤减少, 并通过迷走神经反射引起心动过缓, 致脑供血

作者简介:张向荣(1974—), 女, 本科, 主管护师, 护士长。

收稿日期:2014—10—14

不足而发生晕厥^[3]。本组 2 例在首次排尿时发生晕厥,4 例发生在排尿后 2~5 min。

2.3 血管迷走性晕厥 是指脑血流低灌注导致一过性意识丧失和维持姿势肌紧张丧失,以心动过缓和周围血管舒张为特征。其发生是在体位性血管张力或循环血量改变时,首先交感神经活性异常增高,心室过度收缩,然后又引起压力感受器和心室机械感受器异常兴奋,随后出现外周去交感作用和迷走神经活性增强,而血容量、胰岛素敏感性、某些神经体液因子等通过影响自主神经系统活性而参与血管迷走性晕厥^[4]。本组 2 例患者因害怕排便时疼痛、出血等,过度紧张,迷走神经反射性引起短暂的周围血管扩张,导致广泛暂时性脑血流减少而引起晕厥。

2.4 体位性低血压 术后由于麻醉影响,或因尿潴留反复排尿,从平卧位骤然改变成站立位,使腹部以下容量血管蓄血增多,回心血量锐减,造成脑部供血量减少而发生晕厥^[5]。本组 3 例患者因急于排尿发生晕厥。

2.5 低血糖性晕厥 禁食时间长(术前禁食 8~15 h,平均 12.7 h,术后 6 h 内禁食),部分患者害怕排便疼痛只进食少量流质或半流质,使肝糖的含量降低,血糖指标过低时未能尽早给予补充所致。本组 3 例患者排便后晕厥时血糖水平低于 2.9 mmol/L,考虑为血糖过低引起。

3 护理干预

3.1 针对晕厥原因进行预见性护理

3.1.1 积极采取止痛措施 术后 2~4 h 予双耳穴埋豆以减轻疼痛,取穴肛门、神门、交感、直肠,留豆 3~5 d,每天按摩 4~5 次,每次 1~2 min;疼痛 NRS 评分>4 分加用复方延胡索予长强、双侧承扶穴贴敷,24 h 更换 1 次,共 3~5 d;排便或换药前足部肛门反射区按摩 1~2 min 以预防或减轻疼痛;对前述止痛措施无效、疼痛 NRS 评分>6 分者给予药物止痛,防止由于疼痛引起的晕厥。

3.1.2 指导正确排尿 术前指导患者进行卧位排尿练习,术后 6 h 内每 1~2 h 评估患者膀胱充盈情况;术后 4 h 尚未排尿者予艾箱灸中极、关元、气海、阴交穴 20 min,以通淋利尿;指导患者不要憋尿,排尿宜缓慢,排尿时做深呼吸动作,防止过度屏气(过度屏气会导致迷走神经兴奋);对膀胱

过度充盈者予留置导尿,间断放尿,防止膀胱急速排空引起排尿性晕厥。

3.1.3 重视心理疏导提高耐痛阈 耐痛阈是与心理因素高度相关的指标^[6]。术前讲解术后可能出现的情况,术后经常与患者交谈,转移注意力,缓解患者的紧张情绪,使患者心理放松,提高耐痛阈。

3.1.4 安全指导 告知患者体位改变动作宜缓慢,下床前先坐稳,在无头晕感时方可走动,并需有人在旁陪护;术后当天勿过早下床活动,防止因体位改变过速引起晕厥。

3.1.5 全面评估 术前全面评估患者,详细询问患者是否有糖尿病病史及用药情况;评估患者禁食时间,对术前禁食超过 8 h 者征求医生意见是否予以输液;术后评估患者饮食情况,鼓励患者正常饮食,多饮水,进食蔬菜水果,保证有足够的能量摄入;密切观察评估患者,若出现面色苍白、恶心、呕吐、心率加快、出冷汗、四肢冰凉等症状,立即平卧,口服糖水,必要时静脉滴注葡萄糖注射液,防止因低血糖引起的晕厥。

3.2 晕厥时的护理 立即安置患者平卧,双下肢稍抬高,解开衣领,头偏向一侧,注意保暖,及时报告医生;针刺或指掐人中、合谷、十宣等穴位,以促其苏醒;密切观察病情,测量脉搏、血压,观察意识、呼吸及晕厥持续时间,有无四肢抽搐、口吐涎沫、二便失禁情况等,配合医生进行急救。

4 小 结

疼痛、排尿性晕厥、血管迷走性晕厥、体位性低血压、低血糖等原因可引起痔科术后患者发生晕厥。全面评估患者,术后合理使用止痛方法,指导患者正确排尿,重视患者心理疏导,加强安全防范,减少晕厥的发生。

参考文献:

- [1] 王吉耀. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:251-252.
- [2] 李树人,杭燕南. 疼痛治疗手册[M]. 上海:上海科学技术出版社,2007:382,18.
- [3] 刘根红,徐凌燕,施婷华,等. 产后晕厥 61 例的原因分析及护理对策[J]. 护理与康复,2011,10(3):237-238.
- [4] 薛小红,王成,谢振武. 血管迷走性晕厥的发病机制[J]. 国际心血管病杂志,2007,34(3):199-201.
- [5] 章玉兰,潘春燕. 急诊留观患者发生晕厥 52 例的原因分析及护理对策[J]. 护理与康复,2011,10(4):319-320.
- [6] 胡佩减. 医学心理学[M]. 北京:北京大学出版社,2000:27.