组不作任何干预。

2　结果

实施组和对照组剖宫产率见表 1，可以看出实施组剖宫产率明显低于对照组。两组分娩方式经 χ^2 检验，有显著性差异 $P<0.05$，表明实施组的剖宫产率明显低于对照组。

表 1 两组产妇分娩方式比较

组别	例数	分娩方式					
		阴道分娩		剖宫产		产钳助产	
		n	%	n	%	n	%
对照组	223	123	55	77	34.5	23	10
实施组	168	113	67.2	37	22	18	10.7

3　讨论

3.1　孕妇普遍存在着严重的心理障碍，分娩对于女性来说是一种伴随不安的期待体验。尤期是我国初产妇较多，缺乏分娩知识，对自然分娩缺乏信心。对医护人员缺乏信任及陌生感导致产时对自然分娩的恐惧，焦虑。

3.2　社会上对分娩方式的误区，认为剖宫产是最安全的，剖宫产的婴儿较聪明。是导致孕妇主动要求剖宫产的因素。

3.3　实施产前教育后　(1)产前增加了对分娩知识的了解，认识到分娩是正常的生理过程，在正常情况下，一般都能顺利通过分娩关。并对剖宫产所存在的潜在危险因素有了一定的认识。(2)建立了医患之间的情感交流，缩短了医患之间的距离，通过对助产人员的了解，并满足产妇的选择需要，必要时给于适当的陪伴，使产妇在精神上得到极大的安慰、体力上得到支持，不会感到孤独无助，有一种安全和满足感，因而体力充沛，使产程进展顺利。(3)通过产前教育的产妇在分娩过程中心理状态相对稳定，情绪愉快，产妇的自信心和忍耐力增强，对疼痛的耐受性提高，因而就能很好地地利用宫缩间歇时间休息，减少体力消耗，从而产生有效宫缩，使产程进展顺利。本文资料显示对照组剖宫产率明显高于实施组，主要也是由于产妇的心理因素造成的，如不良的心理因素造成心理性难产，又如不良的心理因素状态促使产妇难以忍受分娩的痛苦，提出尽早结束分娩要求，人为干扰正常的分娩过程，导致产科干预性增多，剖宫产率上升。(4)加强助产士的工作责任心，由于产妇对助产人员有一定的要求，使得助产人员在工作上有一定的紧迫感，更加注意业务学习，工作上由被动变为主动，增强了责任心，因而提高了产科人员的技术水平和服务素质，最大限度地减少了医疗纠纷的发生。(5)扩大了护理范畴，满足了孕妇需求，降低了难产，剖宫产，取得了良好的社会效益同时也加快了住院的周转，由此提高了医院的经济效益。

参考文献

1 尹红霞，郑修霞．产科陪产需求调查分析．实用护理杂志，2001，5.(17)：56.

2 何明娇．陪伴分娩的临床观察与分析．实用护理杂志，2001，5(17)：24.

3 杨敏．产妇出院后对健康信息需求的调查分析．浙江临床护理，2001，8(4)：1.

榄香烯乳加高聚金葡素治疗恶性胸水疗效观察及护理

许凤仙

恶性胸腔积液是肿瘤患者进入晚期的特征之一，直接影响患者的生存期和生存质量。作者于 1998～2000 年采用 Arrow 导管置入胸腔作闭式引流并灌注、榄香烯乳、HAS 治疗恶性胸腔积液，创伤轻微，疗效较好，结合护理报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　本组 60 例，男 44 例，女 16 例。年龄 36～78 岁。其中肺癌 48 例，乳腺癌 9 例，食道癌术后胸膜转移 2 例，不明细胞类型 1 例。

1.2　方法　用 Seldinger 导管法，将 Arrow 导管置入胸腔，局部薄膜固定，外接负压吸引袋。持续缓慢引流，排尽胸水。先后注入 2% 利多卡因 10ML 及榄香烯乳 20～30ML，HAS 1500u，用肝素帽封闭导管。嘱患者定时变换体位，隔日后将胸液引流。治疗前后均 B 超测定胸水量，并观察血常规、肝肾功能和不良反应。

1.3　疗效评定　用 Millar 标准[1]：完全缓解(CR)：只需 1 次穿刺抽液并注药，胸水不再增加，症状缓解持续 4 周；部分缓解(PR)：经 2 次抽液并注药后控制胸水不再增长，症状缓解持续 4 周；无效(NR)：经 2 次抽液及注药，胸水仍不能控制，症状加重。

2　结果

本组 60 例，完全缓解 23 例、部分缓解 29 例、无效 8 例，总有效率 86.7%。副作用：发热 12 例，胸痛 36 例，胃肠道反应 18 例。大多能耐受，个别给予消炎镇痛药处理。未发现骨髓抑制和肝肾功能损害。

3　护理

3.1　心理护理　恶性胸水病人在精神和心理上的压力很大，常有焦虑不安等。要给病人说明有关治疗方案及局部化疗的一般知识，使其树立战胜疾病的信心。

3.2　局部护理　保持负压引流管通畅，引流时先将病人床头抬高 30～40 度，以利引流。引流速度不能过快，本组有 5 例病人因引流速度过快引起胸闷气促等不适，即予吸氧、暂停引流，待病人呼吸困难等症状缓解后，继续缓解引流，无其它异常情况。因此，引流时用调节形状控制，观察病人呼

作者单位：322109 浙江省东阳市肿瘤医院

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

吸等病情变化，注意引流液颜色和性质，记录引流量。另有 4 例病人引流不畅；原因：①引流管脱出或漏气；②引流管堵塞。引流完毕，用肝素帽将引流管封闭，防止污染。注意尽量排尽胸水。注药后嘱病人各方向变换体位，以利药物与胸膜腔充分接触。

3.3 并发症护理 部分病人可出现发热、胸痛及恶性呃逆等。发热多在 38～38.5℃，可持续 3～5d；胸痛一般为隐痛，少数较明显，予对症处理后即能缓解。其中 3 例病人出现较剧烈胸痛，2 例恶性呃逆。护理时向病人解释原因，多予以安慰鼓励，解除其恐惧焦虑情绪；恶性呃逆病人常配合针灸治疗，1 例缓解，1 例反复发作。指导发热病人多饮水，及时更换汗湿衣服，保持皮肤清洁与完整。加强病人饮食调护，多进食高蛋白、高维生素、易消化食物，创造良好进餐环境。

4 讨论

榄香烯乳[2]是从中药莪术中提取的抗癌药物，是治疗恶性胸腔积液最有效的药物之一，高聚金葡素(HAS)是一种新型生物反应调节剂[3]，能显著地增强机体免疫功能，直接抑制肿瘤细胞生长，修复损害组织和细胞。根据临床护理观察作者认为，应用 Arrow 导管置入胸腔内灌注榄香烯乳 HAS 治疗恶性胸水有以下优点：①置细导管引流可迅速解除对肺组织及心血管的压迫，灌注方便，且创伤轻微，病人乐于接受。同时避免了反复穿刺易感染之弊。②榄香烯乳、HAS 没有化疗药物常见的不良反应，无骨髓抑制、肝肾损害及免疫抑制作用，仅有发热、胸痛等不良反应，对症治疗后均可缓解。因此，临床上治疗恶性胸水，应用 Arrow 导管置入胸腔内灌注榄香烯乳、HAS，予以积极心理护理及局部观察护理，可获得较好疗效，且创伤轻微，可提高晚期肿瘤病人的生存时间及质量。

参考文献

1 Millar JW, Humfuer AM, Home NW. Intralpleural immun otherapy with CP in recurrent Malignant pleural effusions. Thorax, 1980, 35: 856.
2 王金万，张和平，孙燕．榄香烯乳治疗恶性胸膜积液的Ⅲ期临床观察．中华肿瘤杂志，1999, 6：465.
3 张金兰，孙素华，陈俊荣．高聚金葡素并用化疗治疗中晚期恶性肿瘤的临床效果．肿瘤防治研究，1996, 23(2)：118.

上接第 955 页 止后 2～3d，逐渐减量后停药，以防停药后再出血。

3.2 观察用药后副反应 床边持续心电监护并详细记录。7 例病人使用垂体后叶素除轻度血压增高及心悸外未见其他症状。1 例出现胸闷、心悸、头痛，应用消心痛片及硝酸甘油针后症状缓解。临床排除心血管疾病。

3.3 持续应用垂体后叶素超过 4d，宜适当限水补钠，并检查电解质，防止稀释性低钠。有 1 例病人术后出现稀释性低钠。医嘱予 3%Nacl 静脉缓慢滴注，血钠恢复正常。

3.4 血色素下降至 ＜100g/ L 可输鲜血使血色素提高至 100g/L 以上，以利于垂体后叶素有效的发挥止血效应。

3.5 避免使用 6—氨基乙酸、凝血酶等抗纤凝类止血药。防止小血栓形成，梗阻尿路。

3.6 嘱患者绝对卧床休息，做好基础护理工作，嘱病人床上行大小便，注意观察尿液的色、质、量，留取每次尿液一杯进行对比。8 例病人经过垂体后叶素治疗 2～7d 肉眼血尿消失，尿色转清，肾包膜下血肿得以控制，逐渐停用垂体后叶素。肾穿刺术成功的关键是良好的术前指导，严密的术后观察及精心护理。

参考文献

1 胡丽珍．861 例肾脏活杆术并发症的观察和护理．浙江临床医学，2000, 2(5)：354.

会 讯

《浙江临床医学》第三届编辑委员会会议在临海召开

《浙江临床医学》第三届编辑委员会于 2003 年 9 月 26～28 日在台州市台州医院(临海)召开。

会议听取杂志社昌金铭社长“严把编审关，为不断提高论文质量而努力”及编辑委员会主编彭淑牖教授所作的“医学论文质量价值决定着本刊的生存和发展”的报告；本刊主办单位之一的浙江中医学院院长副社长肖鲁伟教授在会上作了“如何进一步提高本刊质量而不断努力”的报告。本刊编委、省卫生厅医政处处长马伟杭主任医师和本刊副主编、浙江省医学会秘书长周郁鹤主任医师亦在大会发言，肯定本刊创刊 5 年来所取得的成绩。

参加本次会议的还有编辑委员会的顾问、编委，他们是浙江大学医学院各附属医院、温州医学院各附属医院、杭州市和我省主要地市医院的知名教授、主任医师近百人。

本次会议由台州医院具体承办，到会领导和编委对本次会议的顺利召开表示衷心的感谢。

(本刊通讯员)

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net