

会阴烧伤随访者出院后社区护理

冯文琴(重庆市垫江县人民医院烧伤科 408300)

【关键词】 会阴烧伤; 社区护理; 诊断
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.15.090 **文献标志码:**B **文章编号:**1672-9455(2012)15-1967-02

会阴部烧伤因为病变部位特殊,经在院期间积极治疗与护理,愈合出院,患者仍然需要功能恢复、心理辅导等社区护理工作。本院自 2006 年开始对会阴烧伤患者提供出院后 1 年的社区护理服务,经后期随访达到满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院烧伤科自 2006 年 1 月至 2011 年 12 月收治会阴烧伤患者 85 例,其中男性 36 例,女性 49 例,年龄 18~60 岁。烧伤面积范围 1%~30%,浅Ⅱ°69 例,深Ⅱ°33 例。

1.2 护理干预

1.2.1 一般生活指导

1.2.1.1 生活环境评估和指导 认真观察与评估随访者生活环境。及时发现环境中安全隐患,预防随访者再次出现烧伤等意外伤害。生活卫生环境进行评估,协助随访者家庭营造温馨、舒适、通风良好、环境清洁的生活环境,利于患者疾病的恢复和家庭角色的重塑。

1.2.1.2 饮食指导 伤愈后在饮食上虽然没有特殊要求。但应指导患者多食营养健康利于皮肤成长的食物,包括维生素 C 含量丰富的柑橘、葡萄等食物;维生素 A 含量丰富的胡萝卜、猪肝等;胶原含量丰富的猪皮、猪蹄等,而少吃辛辣刺激食物。促进组织的修复,伤口的恢复。

1.2.1.3 大、小便指导 85 例患者中,仅有 16 例患者诉说出院后仍在大、小便时感觉不适。主要是伤口愈合后瘢痕的形成影响大、小便动作。经过心理辅导,止痛药膏的使用,16 例患者在半年后此不适都有所减轻和好转,随访至 1 年时,大、小便动作时的不适完全消除。

1.2.2 药物使用指导 85 例患者中,共有 32 例出院后仍使用止痛膏至疼痛不适完全消除。全部患者都使用抗瘢痕药物。指导和监督随访者正确使用药膏。会阴部位特殊,大部分患者倾向于自己使用药膏,因此授予患者正确的涂抹方法,并教会患者配合加压疗法,以促进瘢痕的减退、正常皮肤的生长。患者使用抗瘢痕药物一定时间后,及时检查评估伤口恢复情况。经护理指导与患者配合,大部分患者伤口完全恢复没留下明显影响功能的瘢痕。

1.2.3 心理指导

1.2.3.1 建立良好的护患关系 在护理过程中良好的护患关系,能让患者信任护理工作者,可增强患者的安全感,是护理取得成功的关键。会阴烧伤因为部位特殊,因此在护理过程中,护患良好关系的建立是整个护理程序中重要节点。充分应用心理护理技巧,耐心倾听与讲解,对患者热心体贴,理解同情患者,动作轻柔、言语亲切,获得患者的信任,增强患者康复的信心。

1.2.3.2 协助随访者心理康复 会阴部烧伤的患者,特别是女性有不同程度的思想顾虑,因为惧怕会阴烧伤瘢痕的形成影

响正常性生活,其劳动力的下降、经济负担等会使随访者产生烦躁、焦虑甚至抑郁的情绪。护理目标应以解除患者思想顾虑,树立战胜不适、正常面对生活的信心。鼓励随访者倾诉正面临或担心的生活情况压力。与随访者一起寻找正确有效的解决方法,及时发现患者可能出现的不良情绪,给以适当干预,防止不良心理状态的发展,纠正负面情绪的影响,让患者平稳渡过康复期,拥有健康乐观的心理。

1.2.3.3 提升随访者的心理健康度 给予心理支持,使其坚信治疗的科学性和可靠性,减轻患者因为过度担心伤口会影响功能而导致的焦虑等不良情绪。分散患者的注意力,防止患者由于过度注意伤口而导致心理不适感。鼓励随访者恢复伤前正常的生活与工作,并积极参加自己喜欢的娱乐活动,增加生活趣味,提升心理健康度。家庭成员指导,会阴烧伤患者恢复过程中,家庭成员的理解与配合非常重要。因此,对家庭成员的宣教与心理支持也是社区护理中重要的内容。对家庭成员进行会阴烧伤知识的宣讲,让家庭成员能积极主动地配合患者进行室内卫生的整理与维持,配合患者对伤口进行合适的处理,促进早日完全康复。通过耐心分析与说明,让家庭成员理解患者,减轻患者的家庭负担,保持愉快的心情。对于配偶,让其理解患者,用正确、耐心的态度与方式解决可能存在的性生活问题。

1.2.4 协助随访者角色的恢复 患者或多或少都有角色的转换,特别是会阴烧伤等特殊疾病,患者的角色转换较大且在疾病康复后仍然保持患者角色而无法转换为其发生疾病前的角色。帮助患者角色的恢复,使其能完全进入正常的生活与工作状态,也是护理工作重要的组成部分。因向随访者解释病情,告之烧伤恢复后不会对其生活与工作带来不方便,帮助患者解决在生活与工作中遇到的困难,让其角色转换为疾病前的状态,能更快、更好地适应工作与生活。

1.3 方法 经过 1 年护理干预后,采用纽芬兰纪念大学幸福感量表(MUN-SH)对随访者的主观幸福感进行评价^[1]。MUN-SH 正性因子代表正性情感和体验,负性因子代表负性情感和体验,总分等于正性因子分减去负性因子分,总分的范围为-24~24 分,正性因子和负性因子为 0~24 分。比较护理干预前后 MUN-SH 的差值,行统计学比较。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS12.0 软件进行 *t* 检验,以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

护理干预前后主观幸福感评分结果见表 1。

表 1 护理干预前后主观幸福感评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	总分	正性因子	负性因子
干预后	85	12.37±2.35*	18.33±1.67*	2.56±1.38*
干预前	85	9.53±2.46	12.21±2.32	4.76±1.62

注:与干预前比较,**P*<0.05。

3 讨 论

社区护理是在社区范围内开展以健康为中心向个人家庭及人群提供的集预防、保健、医疗康复、健康教育和计划生育技术指导为一体的系统化整体护理,是社区卫生服务的重要组成部分^[2]。随着社会的进步与发展,人们对生活质量要求提高等问题的出现,社区护理在护理领域具有越来越重要的地位。人口结构的变化、健康老龄化观念的提高、疾病谱的改变、慢性疾病的需要、家庭结构扩大化、医疗费用居高不下、看病难、住院难等客观现象的存在,都给社区护理带来了巨大的挑战^[3]。如何有效地利用有限的护理资源对出院后患者进行最好的社区护理,提高他们的生活幸福度,是社区护理应该重视与解决的课题。

会阴烧伤因部位特殊,患者存在害羞心理,因对功能恢复的重视,会引起患者的焦虑与抑郁。这些负面情绪都会影响到随访者出院后生活与工作质量,也会不同程度影响到患者伤口瘢痕的完全修复。对出院后患者采用适当的护理干预措施,缓解患者的不良情绪,提高生活、工作质量,促进伤口的进一步修复,是会阴烧伤整体护理的重要组成部分。

对随访者进行一般护理指导,纠正患者一些不良的生活习惯,利于随访者病情的康复及整体健康水平的提高。在此过程中,卫生和知识宣教非常重要,并伴随整个护理,其过程中^[4]。会阴烧伤护理,其心理护理非常重要,可以缓解患者焦虑等不良情绪,利于疾病的康复。在此过程中首先要建立良好的护患关系,护患双方为实现共同的目的而达到心理上的相容和满足,是开展好护理工作的必备条件^[5]。进行有效的沟通,让患者愿意对护理人员倾诉心理的困扰,取得患者的信任。要有同

情心,耐心、细致地为患者服务及解决患者的问题,通过各种努力为受访者提供良好的心理护理,让患者轻松地渡过疾病恢复期。会阴烧伤者的整体康复还需要社会的支持,特别是家庭成员的理解与帮助。因此,在护理过程中也应重视对家庭成员进行宣教等护理干预,让家庭成员尽最大的努力协助患者促使烧伤完全康复。

会阴烧伤除了在医院进行积极的治疗与护理外,通过家庭社区护理能更好地促进患者康复,在整体护理程序中具有非常重要的作用。

通过生活指导、药物治疗、心理安抚、家庭成员配合指导、角色转换促进等综合社区护理措施可提升会阴烧伤患者的院后工作与生活幸福度,促进患者早日康复。

参考文献

[1] Peterson SJ, Bredow TS. Middle range theories[M]. New York: Lippincott Williams and Wilkins, 2004: 178-179.
[2] 李明子. 社区护理学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 8.
[3] 李春玉, 全胜姬. 国内外社区护理现状及发展方向[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(6): 475-477.
[4] 魏秀华, 宋长富, 邵克伟. 烧伤患者的社区护理与指导[J]. 实用医疗杂志, 2004, 12(11): 2596-2597.
[5] 冯彦云. 护患沟通技巧及方法在社区护理中的应用[J]. 吉林医学, 2010, 32(31): 5837.

(收稿日期: 2012-02-18)

(上接第 1916 页)

术,后囊膜破裂是最常见的并发症之一^[1]。由于这种并发症的发生,常常使手术后大泡性角膜病变,黄斑囊样水肿和视网膜脱离的发生率增高,因此,必须积极预防和妥善处理。后囊膜破裂处理及对策:以往在无前段玻璃体切割器时处理后囊膜破裂溢出的玻璃体,常用玻璃体剪除^[2],破裂口处注入粘弹剂压回玻璃体,但效果常不理想。因后囊膜破裂后晶状体皮质和玻璃体混在一起,单纯灌吸法无法吸出残余晶体皮质,更谈不上人工晶体植入。若手术中发现前房突然加深清亮,说明后囊膜已经破裂,立即停止灌注,观察破裂口的大小和位置,以及晶体核、皮质和玻璃体 3 者关系。脱出玻璃体处理:圈出晶体核后,部分关闭扩大的隧道切口,前房玻璃体切割术中必须低灌注压下进行,以免灌注压大,灌注液进入玻璃体腔加大后囊膜裂孔,增加玻璃体溢出^[3],必要时采用无灌注下玻璃体“干切”技术。适当增加玻璃体切割头负压吸引有利于玻璃体和残留晶体皮质一起切割干净。

由于种种原因,眼内缺乏足够的晶体囊膜支撑,普通后房型人工晶体无法正常固定于眼内。虽然可以使用悬吊式人工晶体,但其价格昂贵,难以满足临时应急的需要,而不植入人工晶体将对患者视力造成很大影响。白内障手术中,若后囊膜破裂小于 1/4,发现及时,玻璃体前界膜尚完整,玻璃体未疝出,则人工晶体仍可按原定计划植入;倘若后囊膜破裂较大,囊袋脱位较明显者,则只能将人工晶体植入睫状沟内,甚至考虑用缝线将其固定。后房型 PMMA 人工晶体的双袢均为改良 C

形袢,以人工晶体双袢与光学部的两处切点连线,此连线的中垂线分别与人工晶体双袢相交于两点,以此两点作为悬吊线的系结位置。以此方法悬吊后,人工晶体重心平稳,位置居中,不扭转,不倾斜。人工晶体植入后,常规用缩瞳剂缩瞳,使瞳孔缩小并恢复圆形。若仍有瞳孔变形,说明仍有玻璃体或条带牵拉,可再行人工晶体表面瞳孔变形处玻璃体切割,直至瞳孔恢复圆形居中为止。作者认为,主要使用前段玻璃体切割术,能在形成前房的前提下彻底清除残余晶状体皮质以及前房玻璃体,并在术中尽量保留残余的晶状体前、后囊膜,可为 I 期植入后房型人工晶体提供条件,而且防止了术后因玻璃体条索黏附于手术切口和(或)前房玻璃体存留引起的一系列术后远、近期并发症。

参考文献

[1] 李建军, 赵瑞博, 林红, 等. 白内障后囊破裂人工晶状体睫状沟固与植入前房疗效比较[J]. 国际眼科, 2010, 10(3): 535-537.
[2] 胡博杰, 李崧荣. 白内障手术晶状体后囊破裂临床分析[J]. 中国实用眼科杂志, 2009, 27(11): 1307.
[3] 洪荣照, 吴护平. 超声乳化白内障手术中后囊膜破裂的 I 期后房型人工晶体植入术[J]. 中华眼科杂志, 1998, 34(2): 93-95.

(收稿日期: 2012-02-28)