

认为精神因素是该病发作和加重的重要诱因之一,为提高疗效,防止和减少复发,帮助患者提高心理健康水平和社会适应能力,在进行药物、物理治疗的同时应加强心理治疗。

参考文献

[1] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学出版社,2001: 759.

[2] 罗丽华,梁五爱,蓝群友,等. 对寻常型银屑病患者进行心理干预的效果观察[J]. 国际医药卫生导报,2008,14(7): 46-47.

[3] 增敏帆,刘藕根,姜美英,等. 辅助心理康复治疗银屑病及其对患者 SDS 和 SAS 水平的影响[J]. 实用临床医学, 2007,8(7):25-26.

[4] Marks R,Barton SP,Shuttleworth D,et al. Assessment of

disease progress inpsoriasis[J]. Arch Dermatol,1989,125 (2):235-240.

[5] 唐红珍,戴迭勤,陶林昌. 遥丸配合中医心理疗法干预银屑病的临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2006,8(6): 114-115.

[6] 李桂霞,路云环. 银屑病病人社会心理因素调查及心理干预[J]. 护理研究:中旬版,2006,20(10):2649-2651.

[7] 郝庆英,孔隽,胡淑云. 银屑病患者心理卫生状况与家庭功能的相关性研究[J]. 现代护理,2006,12(10):910-911.

[8] 陈国,赵春梅,赵云燕,等. 银屑病患者就医行为影响因素的调查分析[J]. 医学与社会,2006,19(2):45-46.

(收稿日期:2012-12-21 修回日期:2013-01-15)

腹腔镜阑尾切除术护理体会

张 芳(临洮县人民医院普外科,甘肃定西 730500)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜手术治疗急性阑尾炎术前术后护理方法。**方法** 对本院 58 例腹腔镜阑尾切除术(LA)患者护理过程进行总结分析。**结果** LA 术后患者恢复好,并发症少,患者满意度高,均痊愈出院。**结论** LA 在治疗阑尾炎方面具有优越性,通过良好的护理可预防并减少各种并发症的发生,促进患者尽快康复。

【关键词】 阑尾切除术; 腹腔镜; 护理

DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 12. 073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1605-02

腹腔镜手术具有出血少、痛苦小、恢复快、住院时间短等优点,是外科常用手术技术之一^[1]。本院自 2003 年开展腹腔镜胆囊切除术(LC),对除胆总管结石外的大部分胆道系统疾病均实施腹腔镜手术,并于 2012 年开始施行腹腔镜阑尾切除术(LA),临床疗效满意。现对 2012 年完成的 58 例 LA 患者护理要点总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年于本院普外科行 LA 患者 58 例,男 31 例、女 27 例,年龄 16~72 岁;急性单纯性阑尾炎 22 例、慢性阑尾炎急性发作 18 例、急性化脓性阑尾炎 8 例、急性穿孔性阑尾炎 7 例、急性坏疽性阑尾炎 3 例。

1.2 手术方法 均采用气管插管麻醉,建立人工气腹,以脐孔 10 mm 处为观察孔,麦氏点上外方 4 cm 处为操作孔,耻骨联合上方 5 cm 处为辅助操作孔。

1.3 护理方法

1.3.1 术前护理 (1)术前宣教:由于本地区多数患者对 LA 尚不了解,对治疗效果持怀疑态度,且 LA 较开放式手术费用相对高,部分患者不能承受。因此,及时做好解释工作,详细介绍 LA 适应证,手术、麻醉方式和优点,消除患者顾虑,增强其信心^[2];主动向患者讲解术中、术后注意事项,运用护患沟通技巧,了解患者需求和感受,取得患者理解和配合,消除患者紧张、恐惧心理;指导患者注意休息,避免受凉感冒。(2)完善术前检查:于术前完成各项常规检查,询问患者有无药物、食物过敏史,了解患者基本情况,如有无手术禁忌证等。(3)备皮:清洁手术区皮肤,剔除汗毛、阴毛,检查脐窝深浅及污垢积存情况,若脐窝深、污垢清除困难者,置入肥皂水或石蜡油棉球浸泡数分钟,待污垢软化后用棉签清除,再以碘伏棉签消毒。(4)胃肠道准备:告知患者术前禁摄食 8 h、禁饮水 4 h,以防因麻醉或手术过程中呕吐而致窒息或吸入性肺炎,同时保证腹腔镜手术

的操作空间,避免手术损伤以及术后腹胀。(5)完善术前准备:指导患者术前更衣、修剪指甲、取下假牙及饰品,戴腕带,排空膀胱。(6)术前用药:遵医嘱执行术前用药,建立静脉通道,术前 30 min 应用抗菌药物,肌肉注射阿托品 0. 5 mg、苯巴比妥(鲁米那)0. 1 g。(7)床单位准备:患者进手术室后,更换床单,准备麻醉床,床旁备氧气、吸痰器、急救药品、气管切开包、心电监护仪等。

1.3.2 术后护理 (1)一般护理:认真做好患者术毕回病房的交接工作,通过与麻醉师交班,了解术中情况,检查各管道是否通畅,检查患者皮肤完整性,按全麻术后常规护理,去枕平卧,头偏向一侧,防止呕吐物误吸,保持呼吸道通畅;常规心电监测,观察及记录患者意识、体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度;严密观察病情变化,若患者出现术后出血、腹痛、腹胀、腹膜刺激征等异常情况,及时报告医生处理,积极预防并发症的发生。患者麻醉清醒后,尽早协助其排尿。若患者出现皮下气肿、肩部酸痛,告知患者无需特殊处理,1 周后可自愈。(2)术后体位:术后去枕平卧 6 h,待麻醉完全清醒、生命体征平稳后改为半卧位,以减轻腹壁张力及切口疼痛感,有利于呼吸和腹腔引流。(3)吸氧:遵医嘱吸氧,氧流量一般为 3 L/min,持续 8 h,促进二氧化碳排出及纠正二氧化碳气腹所引起的高碳酸血症和呼吸性酸中毒,保持血气平衡^[3]。(3)切口护理:一般使用创可贴敷贴切口,除引流管伤口外,其他切口不用换药,密切观察切口是否有渗血及渗液情况,如有渗血、渗液及时报告医生进行处理。(5)引流管护理:妥善固定引流管,防止扭曲、受压及脱出,保持通畅,经常从近端至远端挤压引流管,防止因血块或脓液堵塞;观察并记录引流液的量、颜色和性质^[4]。(6)术后活动:鼓励患者早期下床活动,术后 6 h 在床上适当翻身、伸腿,术后 10 h 生命体征平稳后可下床活动,以促进肠蠕动的恢复,防止肠粘连,减少肺部感染、尿潴留等情况的发生。(7)饮食指

导:肠蠕动恢复、肛门排气后先饮少量温开水,若无异常,术后第 1 天给予流质或半流质饮食,而后可进食高热量、高蛋白、易消化饮食。注意少食多餐,避免食用易产气的食物。如患者有恶心、呕吐等,应适当延长进食时间。在饮食恢复正常前,通过静脉输液补充每日生理需要量,纠正电解质紊乱及酸碱平衡。(8)心理护理:术后疼痛等不适有可能导致患者产生焦虑情绪,应多与患者交流,解决生活所需,让患者保持心情愉悦,指导患者分散注意力,通过降低交感神经兴奋性而减轻患者疼痛感^[5]。(9)并发症处理:若出现术后并发症,及早报告医生处理。

1.3.3 出院指导 术后 3~5 d,若无并发症,即可出院。指导患者出院后注意个人卫生,保持术孔清洁,暂时不要洗澡;1 个月内避免从事重体力劳动或过量活动;进食易消化无刺激性食物,少食多餐;保持心情舒畅及充足睡眠,劳逸结合;若出现腹部剧痛、腹胀、发热等,随时复诊。

2 结 果

58 例手术,手术时间 55~90 min,平均 65 min,患者住院 3~5 d,平均 4 d,未出现切口感染、腹腔脓肿等并发症,均痊愈出院。

3 讨 论

LA 以创伤小、恢复快、并发症少和平均住院时间短等优点,已广泛应用于临床。患者术后可早期活动,肠功能恢复快,有效避免了肺部感染、粘连性肠梗阻、肠间脓肿等并发症的发

生^[6]。通过总结 58 例 LA 患者护理经验,笔者认为只要充分做好术前准备,严格掌握手术禁忌证,针对腹腔镜手术的特点,了解清楚 LA 并发症,认真做好术前宣教及心理护理,术后严密观察病情和给予精心护理,可以减少并发症的发生,使患者尽快康复。

参考文献

- [1] 谭家驹,孙增勤,甄作均,等. 微创外科手术与麻醉[M]. 北京:科学技术文献出版社,2003:91.
- [2] 吕新生. 腹腔镜手术并发症的预防与处理[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2002:41.
- [3] 郭桂芳,姚兰. 外科护理学[M]. 北京:北京医科大学出版社,2000:235.
- [4] 曹伟新,孙田杰. 外科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:258.
- [5] 刘琪. 循证护理的研究与发展[J]. 继续医学教育,2008,17(4):55-56.
- [6] 吴振宇,徐德银,王海静,等. 老年人腹腔镜胆囊切除术 496 例围手术期处理[J]. 中国误诊学杂志,2004,4(11):1828-1829.

(收稿日期:2012-12-21 修回日期:2013-02-12)

护理干预对大面积烧伤患者生活质量的影响研究

魏彩兰(南宁市第九人民医院,广西南宁 530409)

【摘要】 目的 研究护理干预对大面积烧伤患者生活质量的影响。**方法** 将 72 例大面积烧伤患者随机均分为对照组和干预组,对照组采用常规护理,干预组在常规护理基础上进行心理、行为、饮食、康复等综合护理干预,采用生活质量调查问卷(QLQ-C30)评价患者生活质量。**结果** 护理干预后,干预组躯体功能、情感功能评分明显高于对照组,疲乏、瘢痕增生、疼痛、食欲缺乏、便秘、腹泻、健康状况评分低于对照组($P<0.05$)。**结论** 针对大面积烧伤患者进行个性化、全方位的护理干预可改善患者心理状态及不适症状,有助于使患者生活质量得到全面提高。

【关键词】 护理干预; 大面积烧伤患者; 生活质量; 影响

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1606-02

烧伤面积超过 50%或烧伤面积超过 20%、烧伤程度达Ⅲ度的烧伤称为大面积烧伤^[1]。大面积烧伤患者的治疗包括积极采取有效措施,控制病情,挽救生命,及时封闭创面,以及通过多方面干预,减少并发症及瘢痕挛缩^[2-3]。笔者对大面积烧伤患者从心理、行为等全方位进行护理干预,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2009 年 10 月至 2012 年 10 月收治的 72 例大面积烧伤患者,包括火焰烧伤 24 例、化学烧伤 5 例、烫热液烧伤 34 例、其他烧伤 9 例,烧伤面积 30%~70%;随机分为对照组 36 例,男 16 例、女 20 例,年龄 1~77 岁,平均 39.5 岁;干预组 36 例,男 15 例、女 21 例,年龄 1.5~74 岁,平均 37.5 岁。年龄、性别、烧伤深度、烧伤面积、烧伤原因及受教育程度等组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 对照组采用传统常规方法护理,保持病室内空气清新,做好基础护理,帮助患者定时翻身,做好健康皮肤护理,床铺保持干燥整洁,防止发生褥疮,进行常规康复功能锻炼

及健康教育等。

1.2.2 干预组 干预组在对照组常规护理基础上进行心理、行为、饮食、康复等全方位护理干预。自患者入院起由责任护士对其进行全程责任护理。对患者综合情况进行评估,制定个性化护理干预计划,由责任护士负责实施,护理干预结束后,对干预效果进行评价。(1)心理干预。针对烧伤患者存在的心理阴影及对伤后形象担心的恐惧心理,进行心理疏导,给予心理关怀,向患者介绍烧伤整形美容相关知识等,增加其治疗信心,减少心理应激。(2)日常行为干预与康复干预。为预防肢体烧伤患者患肢水肿,适当将患肢抬高。21 例采用暴露疗法,在创面愈合时患者可能搔抓患处,为避免对将要愈合的创面造成损害,阻止患者搔抓患处。为降低畸形挛缩发生率,早期指导患者进行功能锻炼,将患肢置于功能位,督促患者每天进行肢体活动,尤其加大受限关节的活动度。(3)饮食干预。大面积烧伤患者体能消耗大,科学的饮食干预可保证机体需要,为创面痊愈提供充足的营养支持。本组患者饮食原则为先流后干、少食多餐。根据患者喜好制定个性化的饮食指导,确保蛋白质、糖、钙及维生素的摄入量。