

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。

1.3 观察指标 采用生活质量调查问卷(QLQ-C30)在护理干预前后进行生活质量调查,包括功能量表与症状量表,分值为 0~100 分,功能量表分值越高,生活质量越好,症状量表分值越高,生活质量越差。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行数据分析;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;显著性检验水准为 $\alpha = 0.05, P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结 果

干预前患者功能与症状评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);护理干预后,干预组躯体功能、情感功能评分高于对照组,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($P < 0.05$),见表 1。

表 1 大面积烧伤患者护理干预后 QLQ-C30 评分比较($\bar{x} \pm s, n = 36$)

量表	项目	干预组	对照组
功能量表	躯体功能	68.92 ± 19.58*	53.21 ± 21.88
	角色功能	53.18 ± 11.28	53.21 ± 10.56
	情感功能	69.32 ± 19.21*	54.47 ± 16.82
	认知功能	71.41 ± 17.28	69.32 ± 17.14
症状量表	疲乏	30.29 ± 13.82*	45.73 ± 12.27
	瘢痕增生	11.74 ± 19.13*	21.23 ± 17.33
	疼痛	11.64 ± 14.29*	22.28 ± 16.13
	食欲缺乏	9.21 ± 10.18*	17.91 ± 16.35
	便秘	23.43 ± 11.29*	31.55 ± 12.14
	腹泻	29.33 ± 11.62*	36.58 ± 22.37
	经济困难	32.37 ± 19.22	30.11 ± 27.52
	健康状况	42.59 ± 23.62*	57.34 ± 22.49

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

大面积烧伤患者病情危重,治疗过程漫长且痛苦,治疗后

仍有可能形成大量的瘢痕^[4]。患者心理状态受到极大的不良影响。本研究针对患者恐惧、绝望的不良情绪进行心理干预,并同时为患者讲解烧伤美容相关知识,让患者在绝望中看到希望,从而增加患者对治疗的信心。干预组 36 例患者经有效心理干预后,情绪有了明显好转,为进一步治疗及功能锻炼奠定了良好的基础。通过心理、行为、饮食、康复等多方面的综合干预^[5-6],患者症状及功能得到了初步改善。干预后功能与症状评分比较显示,干预前患者功能与症状评分组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$);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、健康状况评分均低于对照组($P < 0.05$),说明综合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。

参考文献

[1] 纪雪亮,梁自乾,宗守凯,等.大面积烧伤患者合并糖尿病与并发应激性高血糖的诊治探讨[J].广西医科大学学报,2010,27(2):294-295.
 [2] 周云霞.临床护理路径在大面积烧伤患者中的临床应用分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2011,32(17):2772-2773.
 [3] 庞久玲,刘爱东,张静涛,等.心理护理干预对老年大面积烧伤患者领悟社会支持影响的临床研究[J].护士进修杂志,2011,26(12):1129-1131.
 [4] 程敏玲,沈春莲.无痛技术在大面积烧伤患者换药中的应用及护理[J].中国实用护理杂志,2011,27(13):43-44.
 [5] 陈彩花,张妮,郭丽萍,等.脉搏指示连续心排血量监测用于大面积烧伤休克期的护理[J].中国乡村医药,2010,17(5):74.
 [6] 梁桦,杨承祥,李恒,等.不同羟乙基淀粉急性高容量血液稀释对大面积烧伤患者围术期凝血功能的影响[J].中华麻醉学杂志,2009,29(4):314-317.

(收稿日期:2012-12-26 修回日期:2013-02-13)

经尿道前列腺电切术中护理探讨

王 玲¹,黄 敏²,刘明秀¹(1.璧山县人民医院,重庆 402760;2.重钢总医院,重庆 400080)

【摘要】 目的 探讨经尿道前列腺电切术(TURP)规范化的术中护理措施,保障手术护理安全。**方法** 回顾性分析 260 例施行 TURP 患者的临床资料,根据术中并发症和护理配合,分析术中护理的安全隐患。**结果** 260 例行 TURP 患者,1 例发生 TURP 综合征、5 例发生寒战,2 例出现体位性低血压、6 例存在手术体位安置缺陷、12 例存在保暖措施缺陷、3 例存在电刀使用缺陷、5 例因术前准备不充分或术中配合缺乏条理性而延迟手术。**结论** TURP 术中护理危险因素较多,有可能危及患者手术安全。实施规范化的术中护理措施可有效提升手术室护理质量,对确保患者术中护理安全具有重要意义。

【关键词】 经尿道前列腺切除; 术中护理; 护理安全

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.075 文章标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1607-03

经尿道前列腺电切术(TURP)是良性前列腺增生(BPH)的首选手术治疗方法,具有痛苦小、恢复快、并发症少、住院时间短等优点^[1]。因 BPH 患者多为老年人,常合并内科疾病,且腰麻、硬膜外联合阻滞麻醉与术中大量灌洗液对患者内环境影响加大,可能危及患者生命安全,因此,切实的术中护理配合尤

为重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 9 月至 2011 年 8 月于璧山县人民医院施行 TURP 的患者 260 例,年龄 55~88 岁,平均 71.3 岁,体质量 52~76 kg,前列腺质量 20~100 g,其中合并内科疾病者