

2 次胸腔灌注有效 4 例, 1 例患者灌注 3 次有效。3 例乳糜胸患者 A 群链球菌胸腔灌注治疗无效, 行膈上低位胸导管结扎术, 有效率达 80%。A 群链球菌胸腔灌注后患者均出现不同程度的发热, 体温 38.5~39℃, 予消炎痛栓塞肛降温, 体温恢复正常。12 例患者出现不同程度胸痛, 其中 6 例按医嘱予强痛定肌肉注射、3 例口服泰勒宁止痛, 3 例予特耐静推止痛, 能有效缓解疼痛; 1 例患者出现胸膜反应, 经对症处理, 症状缓解; 15 例患者均治愈出院。

3 讨 论

乳糜胸是食管癌术后严重的并发症之一, 如不及时处理, 可能危及生命, 应做好护理观察, 特别是引流量的观察, 及时有效地选择合理的治疗方法, 做好相关护理。而胸腔引流量的多少, 直接影响着治疗方法, 但如何确定治疗方法仍没有统一标准, 文献[3-6]报道, 胸腔引流量大于 500 mL/d, 持续 3~5 d, 引流量未见减少, 乳糜试验阳性, 则诊断成立, 需尽早实施手术行胸导管结扎。陈国安等^[7]认为, 胸管引流量在 800 mL/d 以下, 经禁食、肠外营养、生长抑素应用、充分胸腔引流, 或者胸腔内注射药物促使胸腔粘连, 导致局部粘连可封闭受损的胸导管。胸管引流量平均在 1000 mL/d 以上者, 保守治疗通常难以使受损的胸导管愈合, 应及时手术探查。但往往临床上患者及家属难以接受 2 次手术, 易引发医疗纠纷。对年龄大、心肺功能差的患者, 2 次手术耐受差, 手术风险大, 故乳糜胸保守治疗显得尤为重要。

A 群链球菌作为粘连剂行胸腔灌注, 使其覆盖于胸膜, 产生无菌性、化学性胸膜炎, 使脏、壁层胸膜间产生粘连, 封闭胸膜腔, 促进胸导管及其分支破口愈合, 从而达到治疗的目的^[8]。笔者为保持胸腔引流管通畅, 密切观察引流液量及性状, 鼓励患者有效咳嗽, 促进肺复张, 消除胸膜腔间隙; 静脉补充营养, 维持水电解质平衡, 补充营养所需, 补充血浆、蛋白质。醋酸奥曲肽皮下注射, 通过抑制各种胃肠道和内分泌激素的释放, 抑制胃排空、胆囊收缩和小肠节段性运动, 减少肝脏和内脏血流, 从而在淋巴和乳糜液各环节抑制其产生, 减少外渗, 促进破口愈合^[9]。15 例患者行 A 群链球菌胸腔灌注, 有效率 80%, 一般灌注后, 引流液 2~3 d 后明显减少, 胸腔引流液的颜色由黄色浑浊乳糜样液转为淡黄色澄清液, 引流量小于 200 mL/d, 进食或肠内营养, 引流量无明显增加。

A 群链球菌是 β-溶血性链球菌 A 群经培养增殖及青霉素处理后的冻干制品, 具有致药物热的特点^[10]。A 群链球菌胸

腔内注射最常见的不良反应是发热, 体温升高的原因可能为 A 群链球菌引起的非特异性炎症反应^[11]。故此项操作后应密切做好护理观察, 及时处理不良反应。本组患者均出现不同程度的发热, 大部分患者出现胸痛, 1 例患者出现胸膜反应, 经对症处理, 症状缓解, 15 例患者均治愈出院。

综上所述, A 群链球菌胸腔灌注治疗乳糜胸具有创伤小、疗效确切, 能有效降低再次手术的概率。

参考文献

- [1] 牛海良, 牛颂歌, 江聪明, 等. 食管癌术后乳糜胸的引流量与治疗方法的选择[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(5): 53-54.
- [2] 江秀琴, 章建霞, 钱素芳, 等. 胸部手术后乳糜胸的观察和护理[J]. 护理与康复, 2008, 7(7): 498-499.
- [3] 贺玲成. 癌症患者的疼痛护理[J]. 哈尔滨医药, 2009, 18(7): 96.
- [4] Nair SK, Petko M, Hayward MP. Aetiology and management of chylothorax in adults [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2007, 32(2): 362-369.
- [5] Hayden JD, Sue-Ling HM, Sarella AI, et al. Minimally invasive management of chylous fistula after esophagectomy [J]. Dis Esophagus, 2007, 20(3): 251-255.
- [6] Cerfolio RJ. Chylothorax after esophagectomy [J]. Thorac Surg Clin, 2006, 16(1): 49-52.
- [7] 陈安国, 于在诚, 刘晓, 等. 食管癌术后并发乳糜胸的诊断和治疗[J]. 安徽医药, 2012, 16(2): 198-199.
- [8] 骆国妹, 黄金穗, 俞月芳, 等. 顽固性气胸患者行胸膜粘连疗法的观察与护理[J]. 护理与康复, 2011, 2(10): 129-130.
- [9] 王鹏飞, 张宝勋, 赵俊德. 奥曲肽治疗乳糜胸[J]. 华西医学, 2010, 25(6): 1032.
- [10] 隋丽红, 邢玉梅, 乔艳平. 沙培林治疗癌性胸水致药物热分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14(2): 221.
- [11] 黄秀琴, 林海. 胸腔闭式引流联合注射沙培林治疗恶性胸腔积液的护理[J]. 护理与康复, 2008, 7(4): 266-267.

(收稿日期: 2013-05-24 修回日期: 2013-07-29)

循证护理对妇科腹腔镜患者心理和非切口疼痛的影响

蔺大明, 郭青, 凌英姿, 许凌云, 王丹凤(江苏省江阴市人民医院妇科 214400)

【摘要】 目的 探讨循证护理对妇科腹腔镜患者心理和非切口疼痛的影响。方法 选择 2012 年 1 月至 2013 年 1 月 130 例妇科腹腔镜手术患者, 随机分为观察组和对照组, 对照组采用常规护理, 观察组给予循证护理。观察两组护理前后焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)变化, 记录两组非切口疼痛发生率和术后 12、24、48 h 疼痛的视觉模拟评分(VAS)。结果 护理前, 两组 SAS、SDS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 护理后两组 SAS、SDS 评分明显降低, 但观察组降低比对照组明显($P < 0.05$)。观察组非切口疼痛发生率为 32.31%, 明显低于对照组的 63.08% ($P < 0.05$), 观察组术后 12、24、48 h VAS 评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 循证护理明显改善妇科腹腔镜患者的心理健康, 减少非切口疼痛发生率, 减轻非切口疼痛强度。

【关键词】 循证护理; 腹腔镜; 心理; 非切口疼痛

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)22-3058-03

随着微创医学发展, 腹腔镜手术已成为妇科手术的常规手术方式, 因其具有微创、美观、康复快等优点深受患者喜爱。患

者担心子宫、卵巢、输卵管等部位手术影响女性性特征和忧虑腹腔镜手术中转开腹、术后康复等,易滋生焦虑、恐惧、抑郁等不良情绪^[1]。研究表明,腹腔镜术后患者可出现肩背部、肋间、膈下腹腔等疼痛,发生率高达 69%,影响术后身心健康^[2]。循证护理是指护理人员依据最佳研究成果,结合自身护理技能和经验,充分考虑患者意愿和价值,制订个性化的最佳护理方案。国内外资料表明,循证护理能明显改善围术期患者的心理健康,提高护理质量^[3-5]。作者通过将循证护理应用于妇科腹腔镜手术患者,取得了满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2013 年 1 月 130 例妇科腹腔镜手术患者,均在静脉全身麻醉下进行,手术时间 36~73 min,平均(49.55±14.26)min,年龄 22~60 岁,平均(38.67±15.43)岁,随机分为观察组和对照组各 65 例。疾病类型:子宫肌瘤 71 例,异位妊娠 29 例,卵巢囊肿 30 例;文化程度:小学 17 例,中学 43 例,高中 38 例,中专及以上 32 例。患者既往无高血压病、糖尿病、精神病、冠心病等病史,两组患者的手术时间、年龄、疾病类型、文化程度和既往史等比较差异无统计学意义($P>0.05$),资料具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准,并与患者签署知情同意书。

1.2 方法 对照组采用妇科腹腔镜围术期常规护理,观察组应用循证护理,具体护理方法如下。

1.2.1 循证问题 经研究人员讨论,确定“妇科”“腹腔镜”“焦虑”“抑郁”“非切口疼痛”作为本研究的循证护理问题。

1.2.2 循证支持 在万方数据资源、维普中文科技期刊全文数据库、中国知网全文数据库等输入上述循证问题,查阅近 3 年内国内研究的文献资料,并在 PubMed、HighWire Press 搜索外文资料,寻找文献支持。

1.2.3 循证评价 研究人员仔细研读文献资料,外文资料请硕士研究生、博士研究生帮助审阅,协助研究人员掌握国外研究实证,结合科室护理实践经验,客观评价实证的可靠性、真实性、科学性,筛选出最佳护理实证。

1.2.4 循证应用 根据最佳实证,结合护理经验和患者具体病情,制订个性化的护理方案。(1)心理护理:真诚、微笑、热情接待入科患者,减轻患者对陌生环境的紧张、焦虑、恐惧等。根据患者的年龄、文化程度、病情等进行个性化的心理疏导,重点解释腹腔镜手术的特点、手术过程、麻醉方式、术后康复等情况,消除患者对手术的顾虑和担心。术后关心患者心理变化,针对性予以安抚、解释,安排康复患者到床边谈心,增强治疗的信心,指导家属给予情感支持等。(2)非切口疼痛护理为①吸氧:术后 6~12 h 鼻导管吸氧,3 L/min;②体位护理:术后平卧 4~6 h,后取臀高头低位(下肢和臀部抬高 20°~30°)30 min 左右,每天 2~3 次,或者取膝胸卧位 20 min 左右,每天 2 次;③按摩:毛巾热敷肩背部、季肋部和腹部各 5 min,后行各部位按摩 10 min,每天 2~3 次;④早期康复护理:术后 2 h 开始,指导家属按摩四肢,嘱咐患者主动进行关节、肌肉的活动,4~6 h 可在床上屈曲、翻身、抬腿等活动,早期下床活动,起初家属协助,锻炼两次后自主下床站立、走动;⑤饮食指导:术后禁食鸡蛋、牛奶、甜品等,避免腹胀增加疼痛,多食高蛋白、高纤维素和富含维生素的食物。

1.3 观察指标 观察两组护理前后焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)变化,记录两组非切口疼痛发生率和术后 12、24、48 h 非切口疼痛的视觉模拟评分(VAS)。SAS、SDS 评分越高,表明焦虑、抑郁程度越严重。VAS 评分为 0~10 分,0

分无痛,10 分最痛。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用方差分析,计数资料采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 SAS、SDS 评分变化 护理前,两组 SAS、SDS 评分差异无统计学意义($P>0.05$),护理后两组 SAS、SDS 评分显著降低,但观察组降低比对照组差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者护理前后 SAS、SDS 评分变化($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	65	52.36±6.57	43.47±6.53 ^{ab}	53.45±5.86	42.64±5.69 ^{ab}
对照组	65	53.08±6.73	48.43±6.38 ^a	53.78±6.16	47.92±5.87 ^a

注:与护理前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

2.2 两组非切口疼痛比较 观察组非切口疼痛发生 21 例,发生率为 32.31%,对照组非切口疼痛发生 41 例,发生率为 63.08%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组术后 12、24、48 h 非切口疼痛 VAS 评分显著低于对照组($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者术后各时间点非切口疼痛 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	12 h	24 h	48 h
观察组	21	2.32±0.45 ^a	2.89±0.84 ^a	1.76±0.32 ^a
对照组	41	3.19±1.38	3.74±1.62	2.53±0.81

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3 讨论

非切口疼痛是指腹腔镜手术后出现切口以外的其他部位的疼痛,最常见部位是肩部、膈下、肋间等,表现为肩部酸痛和膈下、腹部、肋间的胀痛,其不适程度常超过切口疼痛,增加患者心理负担,影响术后康复^[6]。

非切口疼痛发生的机制主要是腹腔残留 CO₂ 刺激膈神经,产生肩部反射性疼痛^[7]。同时,残留 CO₂ 削弱腹腔的负压状态,导致肝脏轻微下坠,牵拉膈肌纤维和三角韧带引起疼痛。另外,腹腔吸收大量 CO₂,患者易出现高碳酸血症,刺激腹膜产生非切口疼痛。循证护理是以患者为中心的整体护理理念的延伸,通过批判性思维探寻最佳护理方案,为患者提供优质护理服务^[8]。它以目前最佳的科研成果为依据,结合护理人员的护理实践经验和患者的需求等,制订最佳护理方案^[9];核心理念是遵循科学原则和参考实证为临床护理工作提供高效服务,是一种开放、发展的护理方法^[10]。针对“妇科”“腹腔镜”“焦虑”“抑郁”“非切口疼痛”循证问题查阅文献资料,讨论、总结最佳护理实证,结合科室护理实践经验,并充分考虑患者的心理、精神、社会、病情等综合需求,采取个性化的心理干预措施,明显改善了患者的焦虑、抑郁状态,表现为观察组 SAS、SDS 评分明显低于对照组,与文献^[11]报道一致。研究显示,术后 6~12 h 吸氧 3 L/min 可提高动脉血氧分压,促进 CO₂ 排除,减轻高碳酸血症对腹膜和膈神经刺激^[12]。体位护理可使 CO₂ 积蓄于盆腔,减轻 CO₂ 对膈肌和膈神经的刺激,采取局部热敷、按摩亦能促血液循环,加速 CO₂ 排出。早期康复锻炼促进胃肠功能恢复,合理调整饮食结构,减少肠胀气发生,有利于降低非

切口疼痛的发生。本研究观察组非切口疼痛发生率明显低于对照组,而且术后各时间点 VAS 评分明显低于对照组,说明循证护理有效降低非切口疼痛发生率,减轻非切口疼痛的强度。实践中发现,研究人员的科研能力和外语水平不高,限制了循证护理的実施和效果,需要进一步提高护理人员的综合素质,才能为患者提供更优质、高效的服务。

综上所述,循证护理可明显改善妇科腹腔镜手术患者的焦虑、抑郁状态,促进心理健康,降低术后非切口疼痛的发生率,减轻非切口疼痛的强度,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 谭晓艳,许超,刘晓虹,等. 个体化舒适护理在妇科腹腔镜手术患者中的应用[J]. 现代临床护理, 2011, 10(5): 44-46.
- [2] 谭国珠,李铮,林团体,等. 体位干预对妇科患者腹腔镜术后发生非切口疼痛的影响[J]. 现代临床护理, 2010, 9(4): 14-15.
- [3] 仇成华,林娟,蔡艳平. 循证护理在乳腺癌手术患者心理护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(17): 106-107.
- [4] Aakhus E, Flottorp SA, Oxman AD. Implementing evidence-based guidelines for managing depression in elderly patients: a Norwegian perspective[J]. Epidemiol Psychiatr Sci, 2012, 21(3): 237-240.
- [5] Lawton R, McEachan RR, Giles SJ, et al. Development of an evidence-based framework of factors contributing to

patient safety incidents in hospital settings: a systematic review[J]. BMJ Qual Saf, 2012, 21(5): 369-380.

- [6] 陆金美,赵文芳,徐守琴. 妇科腹腔镜术后非切口疼痛护理措施的改进[J]. 护理学杂志, 2012, 27(14): 38-39.
- [7] 丁荣英,姜慧萍,陆美英. 早期下床活动和膝胸卧位对宫外孕腹腔镜术后非切口疼痛的影响[J]. 护理与康复, 2012, 11(5): 458-459.
- [8] Berger B, Gerlach A, Groth S, et al. Competence training in evidence-based medicine for patients, patient counselors, consumer representatives and health care professionals in Austria: a feasibility study[J]. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes, 2013, 107(1): 44-52.
- [9] Agbenorku P, Fugar S, Akpaloo J, et al. Management of severe burn injuries with topical heparin: the first evidence-based study in Ghana. Int J Burns Trauma, 2013, 3(1): 30-36.
- [10] Ramsdale E, Dale W. Evidence-based guidelines and quality measures in the care of older adults[J]. Virtual Mentor, 2013, 15(1): 51-55.
- [11] 陆梅,袁美华. 循证护理对急诊留观患者心理的影响[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(15): 134-135.
- [12] 黄苒. 循证护理在妇科腹腔镜手术后非切口疼痛护理中的应用[J]. 河南外科学杂志, 2010, 16(3): 16-17.

(收稿日期: 2013-02-25 修回日期: 2013-05-13)

延续性护理干预对出院糖尿病患者口服降糖药的影响

丁玉艳(江苏省射阳县人民医院十六病区 224300)

【摘要】目的 探讨延续性护理干预对出院糖尿病患者口服降糖药物的影响。**方法** 选择 2011 年 10 月至 2012 年 10 月 80 例实施延续性护理干预的出院糖尿病患者作为观察组,选择 2010 年 6 月至 2011 年 5 月 80 例常规护理的出院糖尿病患者作为对照组,对照组进行常规出院指导;观察组建立糖尿病患者健康档案,给予电话随访,进行健康讲座。**结果** 两组糖尿病患者出院时血糖相关参数、依从性比较差异无统计学差异($P>0.05$);两组随访(8.23±2.11)个月;观察组空腹血糖(6.79±1.20)mmol/L、餐后血糖(8.85±1.74)mmol/L、糖化血红蛋白(7.11±1.06)% 低于对照组的(7.58±1.31)mmol/L、(9.98±1.91) mmol/L、(8.25±1.21)% ($P<0.05$);治疗依从性好占 83.75%、护理满意占 97.50%、糖尿病知识掌握占 92.65% 高于对照组的 72.50%、87.50%、66.25% ($P<0.05$)。**结论** 为出院糖尿病患者提供延续性护理干预指导,能够提高患者用药依从性及降糖药物疗效。

【关键词】 糖尿病; 降糖药物; 依从性; 延续性

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.064 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)22-3060-03

糖尿病患者由于治疗时间长、用药时间复杂、自我形象紊乱,导致许多患者不能坚持长期用药,病情反复^[1]。本科护理人员于 2011 年开始对出院糖尿病患者开展电话随访及健康讲座,使医院护理延续到家庭护理中,并取得良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 10 月至 2012 年 10 月 80 例实施延续性护理干预的出院糖尿病患者 80 例作为观察组,男 46 例,女 34 例;年龄 45~79 岁,平均(62.24±12.06)岁;病程 2~27 年,平均(10.42±5.43)年,应用降糖药 1~4 种,平均(1.70±0.26)种;2010 年 6 月~2011 年 5 月 80 例常规护理的出院糖尿病患者作为对照组,男 45 例,女 35 例;年龄 39~80 岁,平均(63.12±12.23)岁;病程 2~29 年,平均(11.01±

5.55)年,降糖药 1~4 种,平均(1.68±0.24)种,两组患者年龄、性别、糖尿病病程、降糖药种类、出院时血糖参数、依从性等比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 (1)对照组进行常规出院指导;(2)观察组建立糖尿病患者健康档案,登记患者一般资料、并发症、出院降糖药物、随访结果等,发放电话联系卡,随时解答患者咨询的糖尿病相关问题;根据糖尿病特点及综合患者的需要确立随访的时间、方法和内容,由病区的责任护士或经验丰富的高年资护士专人随访,每周给予 2~3 次电话随访;每月举行 1~2 次健康讲座;对于有特殊情况的糖尿病患者,则由随访护士根据实际情况增加随访次数并适当调整、增加相关随访内容。

1.2.1 糖尿病知识教育 向患者宣传糖尿病、降糖药物知识,使患者了解糖尿病的发生、发展过程,介绍糖尿病的治疗原则