

护理杂志,2009,25(9):68.

[5] 林妙春,陈凤屏,吴永娟.温馨提示卡在病房中的应用效果分析[J].现代临床护理,2009,8(5):50.

[6] Stivala A,Hartley G. The effects of a pilates-based exercise rehabilitation program on functional outcome and fall risk reduction in an aging adult status-post traumatic hip fracture due to fall[J].J Geriatr Phys Ther,2014,12(7):124-135.

[7] 李云芳.骨科下肢静脉血栓形成的预防和护理[J].北方药学,2011,8(7):113-114.

[8] 李小红.影响骨科高危患者发生压疮的相关因素研究[J].临床和实验医学杂志,2011,10(2):103-104.

[9] 曹冬梅.老年人髌部骨折常见并发症的观察与护理干预[J].老年护理,2013,3(2):68.

[10] 司马静.69 例老年髌部骨折术后下肢深静脉血栓的预防及护理[J].全科护理,2011,9(12):1055-1056.

[11] 曹芳艳.老年髌部骨折围手术期的全方位护理[J].中国临床康复,2013,3(6):959.

[12] 林玲,杨柳枝,黎伟燕.舒适护理在老年髌部骨折手术患者的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(6):928-929.

[13] 王婉芳,王晓英.老年人髌部骨折术后并发症与护理[J].现代中西医结合杂志,2010,16(12):1702-1705.

[14] 吕探云,马敏之,曹育玲.髌部损伤合并肺栓塞[J].中华护理学杂志,2011,23(7):389.

[15] 王建英,林会芬,陈金平,等.精细化康复护理对髌部骨折患者预防并发症的效果[J].湖南中医药大学学报,2012,32(8):74-75.

(收稿日期:2014-01-22 修回日期:2014-04-13)

术前预见性护理对妇科手术患者的身心调节作用研究

金云峰(江苏省如皋市人民医院妇科 226500)

【摘要】 目的 探讨术前预见性护理对妇科肿瘤手术患者情绪状态及应激反应的影响。**方法** 将本院妇产科 2012 年 2 月至 2013 年 3 月收治的行手术治疗的肿瘤患者 120 例随机分为研究组和对照组,每组各 60 例。对照组术前遵医嘱开展各项常规护理;研究组在常规护理基础上调动患者及护士的主观能动性,开展术前预见性护理。**结果** 术后第 3 天,研究组焦虑自评量表与抑郁自评量表评分均低于对照组,术前 5 min 及切皮时收缩压、舒张压及心率均低于对照组,比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 术前预见性护理是一项优质化服务,能有效改善患者术前心理状况,并降低生理应激反应,值得推广应用。

【关键词】 妇科手术; 手术应激; 术前访视; 心理状况
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.18.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)18-2632-03

手术是一项有创性治疗,对初次行手术治疗的患者而言,术后康复效果及疼痛程度是其最为担心的问题,加之患者术前对自身病情的担忧情绪日益增加,导致极易出现神经-内分泌系统紊乱,导致交感神经张力增强,引发窦性心动过速和(或)血压骤升,进而减弱患者对手术的耐受力^[1-2]。患者异常心理状态所诱发的生理应激反应不仅影响医务人员术前准备工作的顺利开展,更易使患者因过度焦虑而降低其治疗依从性^[3]。由于女性心理敏感性比男性更高,因此在面对手术时,女性发生应激反应的可能性更高^[4]。近年来,随着生物-社会-心理医学模式的转变,患者心理健康状况已受到临床医务工作者的广泛重视^[5]。本研究以 120 例行妇科手术的肿瘤患者为研究对象,旨在探讨术前预见性护理对患者术前、术后心理状况和生命体征的影响。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 2 月至 2013 年 3 月本院妇产科收治的行手术治疗的妇科肿瘤患者 120 例,年龄 40~72 岁,平均(64.1±6.2)岁。所有入选患者经术前妇科常规影像学检查、实验室指标检查,联合术中组织病理学检查结果确诊为妇科肿瘤,均符合人民卫生出版社出版的《妇产科学(第 7 版)》中相关疾病的诊断标准。纳入标准:无心、肝、肾等重要脏器疾病;无听力障碍及言语沟通障碍;无手术禁忌证;肝、肾功能正常;了解本次研究内容并签署同意书。采用随机数字表法将 120 例患者分为研究组和对照组,每组各 60 例。对照组患者平均年龄(63.7±5.9)岁,包括子宫切除术 35 例,子宫肌瘤挖除术 25 例。研究组患者平均年龄(64.5±6.7)岁,包括子宫切除术 33

例,子宫肌瘤挖除术 27 例。患者年龄及手术方案等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护理方法 对照组遵医嘱开展常规护理,内容涉及术前宣教、药物护理、备皮操作、生活护理、饮食护理等,护理全程中未充分发挥患者及护士的主观能动性。研究组在此基础上开展术前预见性护理。预见性护理内容包括以下方面。(1)个性化访谈:为了提高患者对手术流程的认知度,减少患者因不了解手术方案而引发的担忧情绪,护士应对患者进行实时、个性化的访谈,帮助患者了解手术相关知识。首先,护士需在初步了解患者背景资料及性格特点的基础上,选取最具针对性的宣教方案。对于文化层次相对较高、理解能力较佳的患者,护士可以采用口授的方式,向患者介绍手术流程、术中配合要点及术后注意事项,并鼓励在有疑惑时主动咨询,使其能够对手术有基本认知,从容面对手术。对于文化层次相对较低、理解能力较差的患者,护士可采用播放视频、动态图片,结合口述讲解的方法,深入浅出地向患者介绍相关内容,同时针对其无法理解的部分,采用现场演示的方法帮助患者更加形象生动地理解相关内容。(2)个性化心理干预:不良情绪极易导致生理指标的异常,进而诱发机体出现应激反应。因此,有效的心理干预极为重要。护士应评估患者术前的情绪状态,并初步判断其性格特征,便于不同心理干预方案的贯彻落实,提高干预效果。对于性格较为乐观的患者,护士可采用诱导式与直接式提问相结合的方式,深入患者内心,鼓励患者进行情感表述;在交流过程中,护士需运用安慰、鼓励、倾听等多重心理学技巧,帮助患

者走出心理低谷。对于性格较为内向的患者,护士可为患者提供一个较为隐蔽的私人空间,指导患者采用恰当的方式进行情感宣泄,并仔细分析导致患者产生负性情绪的事件,给予患者必要的精神支持和心理安慰,帮助患者排解情感困扰。(3)方式训练:护士可指导患者开展心理行为支持疗法,内容包括腹式呼吸及全身肌肉放松训练。腹式呼吸:指导患者取平卧位,左手放于腹部,右手放于胸部,用力吸气,待腹部上抬至顶点后,屏气 3 s,再缓慢呼气,至胸部上举至顶点后,屏气 2 s,期间呼吸频率以 3~5 次/分为宜,每次训练 10 min。全身肌肉放松训练:指导患者取平卧位,从面部肌肉开始,依次向颈部、胸部、腹部、背部、腰部、双上肢、臀部及双下肢肌肉逐一进行训练,先收缩再舒张,时间持续 10 min,早晚各 1 次。

1.2.2 观察指标 (1)采用 Zung 编制的焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS),于术前 1 d 和术后第 3 天对患者进行评分。SAS 评分标准:50~<60 分判为轻度焦虑,60~<70 分判为中度焦虑,≥70 分判为重度焦虑。SDS 评分标准:53~<63 分判为轻度焦虑,63~<72 分判为中度抑郁,≥72 分判为重度抑郁。(2)详细记录患者入院时、术前 5 min、切皮时、切皮 30 min 后、切皮 60 min 后、手术结束时的血压和心率水平。收缩压正常范围为 90~140 mm Hg,舒张压正常范围为 60~90 mm Hg,心率正常范围为 60~100 次/分。

表 2 两组患者不同时间点血压水平比较($\bar{x}\pm s$,mm Hg)

组别	<i>n</i>	血压	入院时	术前 5 min	切皮时	切皮 30 min	切皮 60 min	手术结束时
研究组	60	收缩压	118.14±9.06	116.06±10.40*	117.91±11.31*	120.11±10.35	119.69±11.48	120.89±11.35
		舒张压	76.35±7.86	74.83±6.87*	117.91±11.31*	120.11±10.35	119.69±11.48	120.89±11.35
对照组	60	收缩压	119.22±8.75	122.28±9.80	123.38±10.69	120.69±10.86	120.22±10.47	121.32±12.33
		舒张压	77.31±7.06	80.26±6.41	80.61±6.77	78.90±7.41	77.04±8.66	74.30±7.38

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表 3 两组患者不同时间点心率比较($\bar{x}\pm s$,次/分)

组别	<i>n</i>	入院时	术前 5 min	切皮时	切皮 30 min	切皮 60 min	手术结束时
研究组	60	75.12±5.24	77.03±5.38	78.21±5.20	75.42±5.24	75.42±5.24	75.37±3.38
对照组	60	75.46±5.08	84.39±4.97	87.12±5.00	76.15±4.83	76.03±4.91	74.49±4.65
<i>t</i>	—	1.376	2.371	3.379	1.087	1.276	1.877
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

注:—表示无数据。

3 讨 论

本研究结果显示,两组患者术前情绪评分差异无统计学意义($P>0.05$),且 SAS 和 SDS 评分均高于正常水平,表明两组患者术前均存在紧张和焦虑情绪。本研究中,术后第 3 天患者情绪状况评估结果显示,研究组患者 SAS 和 SDS 评分均低于对照组患者($P<0.05$),表明术前预见性护理在改善患者负性情绪方面成效显著。两组患者不同时间点生理状况指标比较结果显示,研究组患者术前 5 min 及切皮时的血压和心率均低于对照组($P<0.05$),表明术前预见性护理有利于维持患者心率及血压的稳定,能有效降低手术应激反应程度,使患者从容面对手术。

随着女性年龄的增长,肿瘤的发病率亦有所增加,而大多数患者对肿瘤均存有不同程度的恐惧心理,导致患者在住院前已存在一定程度的情绪波动^[6]。目前可用于妇科肿瘤的最有效治疗方法为手术治疗。然而,由于手术属于创伤性操作,存在引起术后疼痛的可能,且大部分患者为首次接受手术治疗,

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据处理和统计学分析。满足正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 *t* 检验。 $P<0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 心理状况比较 研究组与对照组患者术前 1 d SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),术后第 3 天 SAS、SDS 评分比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者心理状况比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	SAS 评分		SDS 评分	
		术前 1 d	术后第 3 天	术前 1 d	术后第 3 天
研究组	60	51.71±8.20	42.60±7.21	55.26±5.53	49.88±5.48
对照组	60	51.08±8.19	48.33±7.14	55.02±5.01	53.35±5.22
<i>t</i>	—	1.297	4.975	1.599	3.002
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:—表示无数据。

2.2 不同时间段血压水平比较 研究组患者术前 5 min 及切皮时收缩压与舒张压明显低于对照组患者($P<0.05$),见表 2。

2.3 不同时间段心率比较 研究组患者术前 5 min 及切皮时心率明显低于对照组($P<0.05$),见表 3。

对手术流程存有陌生感,因此容易产生明显的精神应激及生理应激反应^[7]。患者若在术前无法获得较为满意的心理舒适度,不良的情绪体验将会使其长久以来蓄积的压力在短时间内爆发,在客观生理指标方面表现为心率和血压明显波动,对于存在心脑血管疾病史的患者而言,更会增加潜在风险事件的发生风险,导致择期手术被迫中止^[8]。所以,如何有效管理患者术前情绪及保证生理状态的稳定性,已受到医务工作者的广泛重视。

术前预见性护理能稳定患者的血压及心理状况,可有效改善机体应激状态,使患者以较佳的生理、心理状态应对手术。由于妇科肿瘤患者对手术流程存有一定程度的陌生感且缺乏相关的疾病知识,容易出现恐慌、焦虑情绪,因此术前个性化访谈十分重要^[9]。通过全面评估患者的理解能力,并开展针对性的宣教,能有的放矢地提高患者对疾病和手术相关知识的内化感知力度,进而避免因认知偏差而出现的无谓的恐惧扩大效应^[10]。由于患者术前情绪影响着手术的开展及切口愈合程

度,因此做好患者的情绪个性化管理是预见性护理的重要组成部分。对于不同性格的患者,给予针对性的面对面沟通或隐性沟通,有助于使患者获得被尊重感,也能最大限度地取得患者的配合,帮助护士及时了解其情绪状态^[11]。通过沟通的有效化及分类化,能帮助患者进行情感宣泄,进而消除其抑郁、焦虑情绪,使其各项生命体征指标趋于稳定。为了进一步缓解负性情感,护士可指导患者开展腹式呼吸训练及全身肌肉放松训练,从而有效降低患者的交感神经张力,改善呼吸节律,转移患者对手术事件的专注度,进而达到放松身心的目的,有利于提高其身心舒适感^[12]。

综上所述,术前预见性护理应用于手术治疗的妇科肿瘤患者,能有效稳定患者各项生理指标的稳定性,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 李健. 术前访视中心理干预对老年择期手术患者焦虑、抑郁影响的临床观察[J]. 四川医学, 2010, 31(5): 617-618.
- [2] 张颖, 周立. 手术室护士实施术前访视内容标准的研究[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(4): 361-363.
- [3] 翟颖超, 张莹, 董淑华, 等. 对手术室护士术前访视认知情况的调查[J]. 护理管理杂志, 2010, 10(2): 93-94.

- [4] 郑苏红. 术前访视对行乳腺切除手术患者心理状态的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(32): 22-23.
- [5] 吴英. 术前访视存在问题的原因分析与对策[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(5): 116-118.
- [6] 商莉莉, 陆箴琦. 术前访视存在的问题及护理管理研究现状[J]. 护理学杂志, 2010, 25(18): 94-96.
- [7] 王巧萍, 孙丽, 董瑞. 术前访视表的改进与应用[J]. 中国美容医学, 2012, 21(12): 420-421.
- [8] 陈海帆, 陈怀, 陈晓君, 等. 术前访视对择期手术病人焦虑程度的影响[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(3): 408-409.
- [9] 郭莉芳. 术前访视应用于手术室护理的影响效果分析[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(2): 14-15.
- [10] 张颖, 李玉翠, 周立. 上海市手术室护士实施术前访视现状调查[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(11): 1091-1094.
- [11] 陈美玲, 程月娥. 术前访视规范化对访视效果影响的研究[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(6): 495-497.
- [12] 吴碧昭. 术前访视对基层医院择期手术患者焦虑水平的影响[J]. 中国护理管理, 2010, 10(1): 50-51.

(收稿日期: 2014-02-13 修回日期: 2014-04-26)

先天性尿道下裂患儿术后疼痛原因分析及护理措施研究

秦 丽, 徐 静(陕西省咸阳市中心医院外科 712000)

【摘要】 目的 分析导致先天性尿道下裂患儿术后疼痛的原因,并探讨相应的护理措施。**方法** 选择 2009 年 1 月至 2013 年 12 月本院收治的先天性尿道下裂患儿 120 例,分析导致术后疼痛的原因以及不同护理措施的实施效果。**结果** 120 例患儿住院 90.00%(108/120)达到治愈标准。并发症发生率为 25.83%(31/120),其中 10.00%(12/120)为切口感染,8.33%(10/120)为尿瘘,7.50%(9/120)为尿道狭窄。导致患儿术后疼痛的主要原因包括伤口疼痛、换药、机械摩擦、留置引流管、不正确体位、阴茎勃起和感染或并发症,分别占 77.78%(280/360)、43.61%(157/360)、43.06%(155/360)、23.33%(84/360)、15.28%(55/360)、13.89%(50/360)和 8.33%(30/360)。术后第 6 天因伤口疼痛、机械摩擦、感染或并发症引起的疼痛发生率分别为 46.67%(56/120)、29.17%(35/120)和 17.50%(21/120),与术后第 1、3 天比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。术后第 3、6 天因不正确体位、机械摩擦、换药和留置引流管引起的疼痛发生率,与术后第 1 天比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 先天性尿道下裂患儿术后疼痛与伤口疼痛、换药、机械摩擦、留置引流管、不正确体位、阴茎勃起和感染或并发症有关,采取积极的心理护理干预,并针对导致疼痛的不同因素实施合理护理,可降低患儿的疼痛感,促进患儿的康复。

【关键词】 先天性尿道下裂; 疼痛; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.18.063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)18-2634-03

先天性尿道下裂是指因先天性尿道发育不健全,导致尿道开口达不到正常位置,尿道口异位于阴茎腹侧、阴囊或会阴部等正常尿道口近端至会阴部之间,多合并阴茎下弯,是小儿泌尿系统较为常见的畸形之一。先天性尿道下裂可导致患儿阴茎短小、排尿异常,严重时可导致成年后性功能障碍。手术是目前治疗先天性尿道下裂惟一有效的方法。然而,由于受到患儿年龄小、阴茎皮肤细嫩,且手术过程复杂等因素的影响,患儿均有不同程度术后疼痛,也可出现伤口出血、尿管脱落等并发症,甚至导致尿漏。积极的术后护理不仅可以减轻患儿疼痛,还可以减少各种并发症的发生^[1-3]。为进一步加强患儿术后护理,本研究对导致先天性尿道下裂患儿术后疼痛原因及相应的护理措施进行了分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 1 月至 2013 年 12 月本院收治的先天性尿道下裂男性患儿 120 例,年龄 2~10 岁,平均年龄(8.23±

1.56)岁;其中阴茎型 45 例,会阴型 31 例,冠状沟型 26 例,阴茎囊型及其他 18 例;合并单侧隐睾 18 例,合并双侧隐睾 14 例;尿道缺损范围 4.5~8.0 cm,平均(6.05±0.24)cm。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 所有患儿均在全身麻醉条件下行尿道成形术或尿道成形术联合膀胱造瘘术。Ⅰ期尿道成形术(包括阴茎下屈矫正术)67 例;手术方法为:阴茎伸直,采用阴囊隔或膀胱黏膜成形尿道。Ⅱ期尿道成形术 53 例;手术方法为:采用膀胱黏膜成形尿道,膀胱黏膜管经隧道至龟头前端。

1.2.2 护理方法 (1)术前护理评估和心理护理:对患儿进行术前护理评估,询问患儿及家属疾病史,了解患儿病情,以及患儿及家属对疾病的了解程度、对治疗费用的承受能力等。对患儿和家属进行心理护理。在护理过程中,充分尊重患者,主动与患儿及家属进行沟通,建立良好的护患关系,了解是否存在因需接受手术治疗而导致的焦虑或恐惧心理,是否对手术疗