

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,严重时可能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

效、安全性持怀疑态度。通过向患儿及家属展示已治愈患儿的资料,讲解手术的特点、经过及安全性,尽可能缓解患儿及家属的不良情绪,增强治愈疾病的信心,使其以良好的心态积极配合手术^[4]。(2)术后护理:术后为患儿营造舒适、安静的环境,保持病房整洁、干净。对患儿进行常规术后护理。患儿术后清醒前,采用去枕平卧位,头偏向一侧,预防呕吐造成的误吸,以保持呼吸道通畅,需要时可给予吸氧。密切观察患儿面色、呼吸、心率及血压等生命体征。观察引流管道是否固定稳妥及通畅,观察引流液颜色、量。观察患儿阴茎头是否出现水肿、发紫等。尽可能地稳定患儿情绪,防止因哭闹或躁动使其腹部压力增加,导致尿液由新尿道流出而致使手术失败。完成各项护理操作时,动作应轻柔,最大限度地降低对患儿造成的疼痛刺激^[5]。(3)疼痛护理:①通过使用药物(如止痛剂、镇静剂),以及加强心理支持的方式减轻患儿疼痛感。对于患儿家属,应进行心理疏导,告知疼痛是术后的正常反应,患儿过于紧张或躁动可加重疼痛;让患儿家属了解非药物方法减轻术后疼痛的重要性和必要性。对于年龄较小的患儿,可以分散其注意力,例如给予玩具、安抚、讲故事等,使患儿保持情绪稳定。对于年龄较大的患儿,可加强心理疏导,通过给予鼓励、听音乐等方式分散其注意力,减轻疼痛。②防止因阴茎勃起而加重疼痛。必要时给予己烯雌酚口服,避免阴茎勃起。③通过保持患儿半卧位以减轻伤口张力,缓解疼痛。④注意伤口局部的观察与护理。例如,保持切口敷料的清洁、干燥,松紧适宜;避免伤口局部皮肤肿胀、发绀或组织坏死,防止局部血液循环不良;每日清洗、消毒尿道口;密切注意术后水肿的发生,及时判断伤口缝线的张力是否过大,若张力过大,可在阴茎背侧行一减张切口,并用甘油纱布覆盖;预防伤口感染,按医嘱应用抗菌药物。⑤加强引流导管的护理。妥善固定引流管,并保持引流通畅。⑥在严格无菌条件下,每日采用少量冲洗液、低压冲洗的方式,冲洗尿管及膀胱造瘘管,操作动作宜轻柔,以避免引起患儿的不适或损伤新尿道。⑦预防并发症的发生。尿瘘、尿道狭窄是常见的术后并发症。加强膀胱造瘘管的护理,确保其固定、通畅,防止牵拉、扭曲、脱落、受压。⑧尿道支架管和排尿护理。术后应注意观察和保护支架管,防止支架管脱出、移位。嘱咐患儿不要憋尿。排尿前用 150 mL 0.2% 呋喃西林、排尿后用 200 mL 生理盐水冲洗膀胱造瘘管,并鼓励患儿尝试站立排尿^[6-8]。(4)饮食和出院指导:术后患儿应食用清淡、流质饮食,胃肠功能恢复后可食用高蛋白、高维生素等营养价值较高的食物,并嘱咐患儿多食蔬菜、水果,以促进伤口愈合。出院时指导患儿多喝水,保持大便通畅,避免因用力排便使尿液从支架管或膀胱造瘘口处溢出或导致伤口出血。嘱咐家属在术后 1~2 个月内限制患儿剧烈活动,保持大便通畅,防止腹部压力增高造成的尿瘘。密切观察患儿排尿情况,如有异常时,应及时复查,以避免造成尿道狭窄^[9]。

1.2.3 疗效评价标准 符合下列条件时,判为治愈:阴茎外观接近正常,尿道口位于阴茎头正位,阴茎下曲完全矫正,能站立排尿。在术后第 1、3、6 天观察患儿是否出现并发症,计算并发症发生率,分析导致患儿出现疼痛的原因。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行数据处理和统计学分析。计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 患儿基本情况 120 例患儿住院天数为 10~19 d,平均(14.05±1.26)d。90.00%(108/120)的患儿达到尿道下裂治愈标准。25.83%(31/120)的患儿出现并发症,其中 10.00%

(12/120)为切口感染,8.33%(10/120)为尿瘘(经尿瘘修补术后痊愈),7.50%(9/120)为尿道狭窄(经尿道扩张后痊愈)。

2.2 患儿不同时间主要疼痛原因 导致患儿出现疼痛的主要原因为伤口疼痛、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。其中,第 6 天由于伤口疼痛、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),与第 1、3 天比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);第 3、6 天由于不正确体位、机械摩擦、换药和留置引流管引起的疼痛发生率,与第 1 天比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 患儿不同时间主要疼痛原因分析 [$n = 120, n(\%)$]

原因	第 1 天	第 3 天	第 6 天	合计
伤口疼痛	120(100.00)*	104(86.67)*	56(46.67)	280(77.78)
不正确体位	36(30.00)	11(9.17)#	8(6.67)#	55(15.28)
机械摩擦	33(27.50)*	87(72.50)*#	35(29.17)#	155(43.06)
阴茎勃起	21(17.50)	22(18.33)	7(5.83)	50(13.89)
换药	0(0.00)	86(71.67)#	71(59.17)#	157(43.61)
留置引流管	14(11.67)	38(31.67)#	32(26.67)#	84(23.33)
感染或并发症	0(0.00)*	9(7.50)*	21(17.50)	30(8.33)

注:与第 6 天比较,* $P < 0.05$;与第 1 天比较,# $P < 0.05$ 。

3 讨 论

3.1 发病机制及手术治疗主要目的 尿道下裂是男性小儿常见的先天性尿道畸形之一,主要病理解剖特点为阴茎短小、向腹侧弯曲,包皮系带缺如,尿道外口异位,常合并单睾丸、隐睾、睾丸发育不良等其他畸形。先天性尿道下裂发病机制主要为在胚胎发育过程中,因雄激素缺乏,尿生殖沟两侧皱褶的融合发生障碍,导致尿道腹侧壁缺损,使尿道开口于正常尿道口的后方,形成尿道下裂。患儿常表现为无法站立排尿,不仅影响其心理发育,在成年后对其性功能及生育能力也有一定的影响。目前,手术是治疗先天性尿道下裂惟一有效的方法。手术治疗的主要目的是使阴茎外形和包皮接近正常,无下弯,矫正阴茎下曲畸形,使尿道开口位于或接近阴茎头顶部,在使患儿站立排尿通畅的同时,也有助于患儿成年后具有正常的性功能及生育能力^[10]。

3.2 手术基本情况及术后并发症 本研究中,90.00%的患儿可达到尿道下裂治愈标准。尿瘘与尿道狭窄则是尿道成形术最常见的并发症,主要与新尿道供血不足、排尿不通畅、术后感染及支架管远端梗阻相关。感染是造成尿道狭窄或闭锁的主要原因,而术后导管的护理是避免感染的关键之一。护理过程中应避免导管发生扭曲、挤压、脱落,并保持引流通畅^[11]。

3.3 引起术后疼痛的主要原因 术后疼痛是先天性尿道下裂术后的常见问题,尤其是小儿因自制力和耐受力较差,对手术创伤、尿道置管的疼痛反应较大。良好的镇痛护理不仅有利于提高手术的成功率,更可明显促进术后恢复,降低因疼痛引起的并发症发生率和住院时间。因此,护理人员应针对引起疼痛的不同原因,多角度、全方位地对患儿进行护理。本研究结果显示,引起患儿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、阴茎勃起和感染等。因患儿年龄较小,自制力和耐受力相对较差,且阴茎皮肤较嫩,加之渗液导致敷料与伤口粘连,极易导致疼痛。麻醉药失效后出现的伤口疼痛在术后第 1 天最明显,随着时间的延长,伤口疼痛逐渐减少。术后第 1 天,患儿以固定体位为主,若体位不正确,极易引起疼痛。因此,应通过及时调整患儿体位,避免疼痛的发生。

随着患儿术后活动强度的增加,机械摩擦引起的疼痛逐渐增加,在术后第 3 天尤为明显。术后通常对伤口采用立体包扎,且因尿道支架管的放置,使伤口极易因外力刺激而产生不适和疼痛感。可将引流管在患儿大腿内侧用胶布固定,同时在被褥下方设置支撑,使其悬空,从而尽量避免因外力摩擦所导致的疼痛。如果敷料与伤口发生粘连,易导致换药时发生出血或导致新的损伤,加重患儿的疼痛感。因此,换药时的操作宜轻柔,尤其应注意伤口和敷料是否粘连,密切观察阴茎头部血液循环情况,有无出血、色暗等表现,并严格保持无菌操作。对于年龄较大的患儿而言,阴茎勃起也是引起术后疼痛的原因之一,严重时可能导致伤口开裂和出血,且夜间勃起更为明显。因此,可在患儿睡前适度给予己烯雌酚,避免因夜间阴茎勃起而导致疼痛。感染和并发症也可引起疼痛,且在术后第 6 天最为明显。

此外,由于患儿对术后疼痛与膀胱痉挛的耐受力差,易因过度活动而造成引流管脱落、移位,从而导致引流不畅。引流管脱落是引起尿瘘的主要原因。因此,应加强引流管的护理,避免引流管外退和刺激膀胱颈部,同时应采取减少尿道分泌物、降低尿道内压。在冲洗引流管时,动作应轻柔,防止因用力过度或摆动阴茎而导致疼痛。多数先天性尿道下裂患儿为学龄前儿童,非常容易对医院、医务人员及手术治疗产生恐惧、担心、焦虑等心理,对治疗的拒绝、排斥态度明显。心理干预有利于提高患儿对手术治疗的接受和配合程度。因此,应针对患儿的实际情况,积极采用各种方法建立良好的护患关系,消除患儿的不良心理,取得患儿配合,避免导致疼痛的因素,从而有利于降低患儿的疼痛感^[12-15]。综上所述,先天性尿道下裂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等有关,通过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,降低患儿的疼痛感,可促进患儿的康复。

参考文献

- [1] 卢小莲,杨玲. 预防留置尿管所致尿路感染的新技术[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(9): 864-865.
- [2] 雷素琴,张平. 对住院小儿心理需要的评估与护理[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(15): 1634-1635.

- [3] Fedder J, Loft A, Parner ET, et al. Neonatal outcome and congenital malformations in children born after ICSI with testicular or epididymal sperm; a controlled national cohort study[J]. Hum Reprod, 2013, 28(1): 230-240.
- [4] 杨萍. 护理干预在小儿尿道下裂围手术期中应用[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(12): 73-75.
- [5] 许淑君. 先天性尿道下裂患儿围手术期的护理体会[J]. 护理实践与研究, 2010(2): 70-71.
- [6] 刘军,王立杰,张娜. 先天性尿道下裂 46 例术后疼痛的护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(27): 3473-3474.
- [7] Ekmark AN, Svensson H, Arnbjornsson E, et al. Postpubertal examination after hypospadias repair is necessary to evaluate the success of the primary reconstruction[J]. Eur J Pediatr Surg, 2013, 23(4): 304-311.
- [8] 王金平,罗晓星,王滨有. 尿道下裂危险因素病例对照研究[J]. 中华流行病学杂志, 2012, 25(3): 261-263.
- [9] 张玉枝. 小儿尿道下裂 32 例的术后护理[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(5): 1252-1253.
- [10] 吴建华. 两种手术方式治疗小儿尿道下裂的效果比较[J]. 中国现代医药杂志, 2011, 13(10): 78-79.
- [11] 张旦红,周云,严向明,等. 康复新液在尿道下裂术后伤口护理的效果分析[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(17): 1565-1566.
- [12] 李红芹,孙玲,翟秀宇,等. 集束干预策略对预防小儿尿道下裂术后尿道狭窄的效果分析[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(26): 4419-4420.
- [13] 吴小君,何华英,木海鸥. 尿道下裂带后尿道狭窄的原因分析及护理对策[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(1): 37-38.
- [14] 潘怀清. 舒适护理在减少尿道下裂术后并发症中的应用[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(4): 375-376.
- [15] 吴萍凤,陈小莲,刘晓姝,等. 综合护理干预对尿道下裂术后患儿尿瘘发生的影响[J]. 护理学报, 2011, 18(9): 34-36.

(收稿日期:2014-01-22 修回日期:2014-04-18)

健康教育路径在精神分裂症住院患者中的应用研究

童小均(重庆市九龙坡区精神卫生中心 400052)

【摘要】 目的 探讨健康教育路径在精神分裂症住院患者中的应用方案及效果。**方法** 对 525 例于 2005 年 1 月 1 日至 2008 年 1 月 1 日在本院精神科住院治疗的精神分裂症患者进行健康教育路径护理所有患者住院期间均接受以下健康教育指导:入院时的教育指导为语言教育;住院期间的教育指导包括文字教育、服药的指导、工娱治疗指导、饮食的指导、自杀意念及行为的指导、伤人毁物的指导、对有出走及出走意图的指导、恢复期的指导;出院时的教育指导包括药物用法的指导、病情观察的指导、心理疏导等。观察患者住院期间并发症的发生情况,采用自行设计的问卷调查患者及家属对护理工作的满意度。**结果** 92.38% 的患者对护理工作表示满意,未出现任何并发症的患者占 73.33%。**结论** 将健康教育应用于精神分裂症住院患者的护理工作中,能提高患者及家属对护理工作的满意度,且能降低患者住院期间的并发症发生率。

【关键词】 临床路径; 精神分裂症; 健康教育

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.18.064 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)18-2636-03

随着医学模式由传统的生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变^[1],传统的护理模式也已逐渐转变为以患者为中心的护理模式,其中健康教育在整体护理过程中具有举

足轻重的作用^[2-3]。本院精神科于 2005 年开始,通过健康教育路径对精神分裂症住院患者开展标准健康教育,获得了较好的效果。现对 525 例 2005 年 1 月 1 日至 2008 年 1 月 1 日收治的