

表 2 两组动脉穿刺并发症比较(n)

组别	n	局部血肿	局部出血	上肢麻木	桡动脉闭塞	并发症总例数
试验组	43	4 ^a	5	2	1	12 ^a
对照组	43	13	8	6	4	32

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05。

2.4 两组穿刺时间及穿刺针使用数量比较 试验组穿刺成功时间为(326.46±104.38)s,对照组为(714.51±262.47)s,组间比较差异有统计学意义(*P* < 0.05);试验组穿刺成功使用穿刺针数量为(1.21±0.57)支,对照组为(2.84±1.49)支,组间比较差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

3 讨 论

3.1 严重脓毒血症感染性休克动脉置管监测的重要性 早期脓毒血症若不及时治疗,短时间可发展为重症脓毒血症和脓毒血症性休克,诱发多脏器功能衰竭,是目前 ICU 患者的主要死亡原因之一^[5],对临床医疗和护理是极大的挑战。上述特点要求护理人员早期、及时地发现血压变化,为患者的抢救提供准确、及时的临床指导。持续有创 ABP 监测不受人工加压、减压,袖带宽度及松紧度等外界因素的影响,准确直观,可及时提供瞬间的动脉血压变化并用于动脉血采集^[6]。因此,ABP 监测在该类患者中得到了广泛应用。

3.2 严重脓毒血症感染性休克患者桡动脉置管的不易性 桡动脉位置表浅,穿刺损伤小,床旁监测易于固定,故临床上 ABP 监测大多选择桡动脉穿刺置管建立通道。而严重脓毒血症感染性休克患者由于血容量相对不足,导致血管充盈度差,脉搏细弱、无力,甚至不能触及;同时去甲肾上腺素等血管活性药物的应用,导致血管收缩而致穿刺的难度加大。故作者一直在寻找一种提高感染性休克患者动脉置管成功率的方法。

3.3 提高桡动脉穿刺成功率并减少并发症的方法 在以往的临床工作中,常规穿刺置管方法穿刺成功率低,穿刺时间长,导管消耗多,造成医疗资源的浪费。对于桡动脉置管困难患者,目前临床应用较多的是本研究所采用的负压穿刺法与超声引导穿刺法。近年来,桡动脉负压穿刺在休克患者血流动力学监测方面的应用广泛。本研究结果显示,与常规桡动脉穿刺法相比,桡动脉负压穿刺提高了桡动脉穿刺的成功率,缩短了穿刺

时间,降低了并发症的发生率,故桡动脉负压穿刺法的临床应用为医患双方带来了福音。此外,相较于传统穿刺法和负压穿刺法,超声引导桡动脉穿刺法有以下优势:(1)便于及时地发现血管变异,以提高穿刺成功率并减少穿刺并发症^[7];(2)穿刺针在超声下同样可以显影,可以实现对穿刺针更直接的控制,尤其对于针尾见血而无法置管的患者,可以在超声下有针对性地调整穿刺针的深度和角度;(3)超声下有利于判断桡、尺动脉供血状况,结合 Allen's 试验,在穿刺前做有效的血流评估,减少并发症的发生。

综上所述,针对感染性休克患者采用负压穿刺置管法进行桡动脉穿刺,既提高了穿刺成功率、降低了穿刺损耗、缩短了置管时间,又降低了对患者的损伤,值得在临床推广应用。

参考文献

[1] 黄剑琴. 现代临床护理技术手册[M]. 北京:北京医科大学出版社,2000:56-57.
[2] 严晓娣,杨威,李永华,等. 三种不同桡动脉穿刺置管方法的成功率比较[J]. 临床军医杂志,2009,37(2):235-237.
[3] 韦柳青,覃纲,姜福富,等. 桡动脉负压穿刺法在休克患者中的应用[J]. 当代护士:学术版,2014,24(2):143-144.
[4] 马瑞华. 桡动脉穿刺采集血气标本方法的改进[J]. 全科护理,2010,8(8):2203-2204.
[5] Kumar A, Anel R, Bunnell E, et al. Pulmonary artery occlusion pressure and central venous pressure fail to predict ventricular filling volume, cardiac performance, or the response to volume infusion in normal subject[J]. Crit Care Med, 2004, 32(3):691-699.
[6] 余守章,岳云. 临床监测学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:29.
[7] Dehghani P, Mohammad A, Bajaj R, et al. Mechanism and predictors of failed transradial approach for percutaneous coronary interventions[J]. JACC Cardiovasc Interv, 2009, 2(11):1057-1064.

(收稿日期:2014-07-26 修回日期:2014-10-15)

肝胆外科患者围术期心理护理效果研究*

曾维清¹, 罗亚利^{2△}, 梁 红³(重庆市璧山区人民医院:1. 肝胆外科;2. 手术室;3. 消化内科 402760)

【摘要】 目的 探讨围术期心理护理对肝胆外科疾病的效果,总结心理护理经验。**方法** 选取 2012 年 1 月至 2013 年 6 月璧山区人民医院收治的择期肝胆手术患者 80 例,按入院顺序分为观察组和对照组;对照组患者给予常规护理,观察组患者在常规护理的基础上,全程给予心理护理;观察比较两组患者的手术效果、焦虑抑郁心理改善情况、对护理的满意度及预后情况。**结果** 与对照组相比,观察组患者手术和住院时间缩短、出血量减少、术后恢复进食更快,焦虑和抑郁心理明显改善,对护理的满意度更高,且随访未发现复发患者,组间比较差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。**结论** 心理护理能显著改善肝胆手术的疗效,提高患者的生活质量,值得临床推广。

【关键词】 肝胆手术; 围术期; 心理护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.050 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)05-0698-03

肝胆外科疾病常发病缓慢、病程长,病情复杂、严重且迁延不愈,患者年龄偏高,手术相关并发症的发生风险较高^[1]。因

* 基金项目:重庆市卫生局医学科研项目(2013-2-265)。
△ 通讯作者,E-mail:124540577@qq.com。

此,患者常出现消极情绪,心理负担较重。临床护理工作中,在做好基础护理工作的同时,排除患者的心理负担,提高患者的心理健康水平,使患者以积极的心态配合治疗,对增强手术效果,改善预后,减少并发症的发生具有重要作用^[2]。作者就肝胆外科患者围术期的心理特点及心理护理经验进行回顾性分析,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2013 年 6 月本院收治的择期肝胆手术患者 80 例,其中男 49 例,女 31 例;年龄 16~68 岁,平均(43.5±7.8)岁;小学文化 9 例,初中 42 例,高中及以上 29 例。所有患者均排除既往心理疾病或精神病史。按入院顺序将患者分为观察组和对照组,各 40 例。比较两组患者的性别构成、年龄及文化程度等一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法 对照组给予常规护理,主要包括与患者建立良好的护患关系,根据患者的实际情况和病情特点进行相关的健康教育,同时鼓励家属多给予家庭支持。观察组在常规护理的基础上,密切关注患者的心理状态,全程贯彻心理护理,及时排除患者的消极情绪。

1.3 观察指标 比较两组患者的手术情况,包括手术时间、术中出血量、恢复进食时间、住院时间;采用抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)评价并比较两组患者护理前后的负面情绪评分;调查两组患者对围术期护理的满意度,总满意度=(很满意例数+一般满意例数)/患者总例数×100%;随访调查两组患者预后情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理和统计学分析;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者手术一般情况比较 观察组患者的手术一般情况各指标均优于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者手术一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	恢复进食时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	40	197.5±38.8	229.4±75.3	62.7±23.2	7.9±4.5
对照组	40	244.3±47.9	341.8±84.7	104.1±22.9	15.6±5.8
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者护理前后 SDS 和 SAS 评分比较 护理前,两组患者的 SDS 和 SAS 评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。护理后,对照组患者的 SDS 和 SAS 评分较护理前无明显改变($P>0.05$),提示该组患者的焦虑和抑郁症状无明显改善;观察组患者的 SDS 和 SAS 评分较护理前均降低,且均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),提示该组患者的焦虑和抑郁症状明显改善。见表 2。

表 2 两组患者护理前后 SDS 和 SAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	SDS 评分		SAS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	44.58±4.16	17.29±3.57 ^{ab}	45.61±4.38	19.55±3.91 ^{ab}
对照组	40	44.51±4.22	43.71±4.16	45.69±4.27	45.82±4.30

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

2.3 两组患者对围术期护理的满意度比较 所有患者出院前均填写了有效的调查问卷,观察组患者的总满意率高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者对围术期护理满意度比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	很满意	一般满意	不满意	总满意率
观察组	40	37(92.5)	3(7.5)	0(0.0)	100(100.0)
对照组	40	31(77.5)	5(12.5)	4(10.0)	36(90.0)

2.4 两组患者预后随访情况比较 所有患者术后均获得随访,平均随访 18 个月;观察组未发现复发病例,对照组局部复发 3 例(7.5%),两组复发率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

肝胆外科疾病常并发多种脏器损伤,发生手术相关并发症的风险较高。因此,患者心理负担较重,常出现消极情绪,容易产生抑郁、焦虑及恐惧等心理^[1]。在临床护理工作中,做好基础护理工作的同时,排除患者的心理负担,提高患者的心理健康水平,使患者以积极的心态配合治疗,对增强手术效果、改善预后及减少并发症的发生具有重要作用^[2-3]。

本研究中,观察组 40 例患者在整个围术期全程给予心理护理,结果显示:与常规护理方案相比,心理护理能显著改善患者的手术配合情况,使手术和住院时间缩短、出血量减少、术后恢复更快;并且能显著改善患者的焦虑和抑郁心理;提高患者对护理的满意度;提高疗效,降低随访过程中疾病的复发率。在给予心理护理的过程中,主要的经验体会如下:(1)良好的护患关系是提高护理效果的基础。患者入院后,护理人员应主动帮助患者熟悉医院环境,并根据患者的具体病情、性格特点、文化背景及生活习惯等,给予针对性的心理护理和心理支持,让患者熟悉自身病情和治疗方案,做到心中有数,从而缓解对疾病或手术的恐惧,以积极、乐观的心态接受治疗和护理^[4]。鼓励患者与其他病友及医生、护士多沟通,相互鼓励,建立良好的护患关系,消除患者的疑虑,使患者能够信任医护人员,以利于更好地配合后续的治疗^[5]。(2)健康教育与心理护理相结合效果相得益彰。由于受到疾病的困扰,患者通常容易产生消极情绪,也容易出现焦虑、恐惧心理^[6]。作为医护人员,应密切注意观察患者的心理变化,准确把握患者的心理状况和特点,耐心地做好针对性的心理疏导工作;向患者详细讲解病情和疾病相关的知识,解释治疗的方案 and 该治疗方案的目的、意义、必要性及可能取得的治疗效果;同时也要向患者及其家属解释手术治疗的风险、可能的并发症及手术前后相关的注意事项,让患者做到心中有数,充分了解疾病康复的知识,增强心理承受能力,消除内心的焦虑、恐惧心理^[7]。同时,向患者介绍为其执行手术的小组成员及他们丰富的临床经验和成功经历,鼓励患者有任何疑虑可与医生进行沟通交流,增强患者对医生的信任感,使其以更乐观的心态配合手术治疗,树立对抗疾病的信心^[8]。(3)启发家庭的支持作用意义重大。家庭的支持不仅可以帮助患者照顾其生活起居,还能给予患者精神支持,使患者感受到家庭的温暖,减轻心理负担,起到事半功倍的效果^[9-10]。因此,医护人员应主动与患者家属进行沟通,同时积极地对家属进行心理护理干预。在给患者进行健康教育和护理的同时,尽量要求家属陪同学习,并且启发家属认识到家庭支持对患者病情康复的重要作用,增强家属对疾病的了解,提高其配合护理的能力,最终让家属能够积极主动地鼓励患者、帮助患者,共同提高治疗效果^[11-12]。

综上所述,心理护理能明显提高肝胆手术的疗效,改善患者的生活质量,应在临床护理中引起重视。

参考文献

[1] 牛桂红. 肝胆外科患者围手术期的心理护理体会[J]. 中国伤残医学, 2013, 21(2): 146-147.

[2] 吴建中, 张爱萍, 李静. 全程个体化心理干预对脾切除术患者围术期焦虑抑郁影响的研究[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(2): 92-94.

[3] 何红. 肝胆外科患者围手术期的心理护理干预[J]. 北方药学, 2013, 10(8): 156-157.

[4] 覃国程. 人性化护理在普外科中的应用[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(20): 26-27.

[5] 王霞. 老年肝胆疾病手术患者术前心理护理方法探讨[J]. 健康大视野, 2013, 21(2): 258.

[6] 周秀英, 罗玉芬. 心理护理对胆囊微创手术患者的影响[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(16): 4270-4271.

[7] 李晓聪, 林芝, 余微萍. 心理干预对腹腔镜胆囊切除术老年患者围术期血流动力学和焦虑的影响[J]. 肝胆胰外科杂志, 2012, 24(2): 156-158.

[8] 李琳, 侯小娟, 张林颖, 等. 个体化心理干预对肝移植患者围术期心理状态的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(8): 900-902.

[9] 曾莉. 心理干预对肝胆管结石手术患者的影响[J]. 医药前沿, 2012, 2(18): 93-94.

[10] 余立群. 心理护理对普外科手术前焦虑患者的护理效果分析[J]. 临床医学工程, 2013, 20(2): 247-248.

[11] 钟敏. 心理护理在普外科择期手术患者中应用的效果观察[J]. 中外医学研究, 2013, 11(12): 90-91.

[12] 邵静艳. 肝胆外科手术病人的心理护理[J]. 心理医生: 下半月版, 2012, 7(10): 251-252.

(收稿日期: 2014-08-11 修回日期: 2014-10-12)

骨科康复护理技术在髋关节置换术后的临床应用效果*

赵春梅¹, 张吉先^{2△} (重庆市綦江区人民医院: 1. 骨科; 2. 质量与安全管理办公室 401420)

【摘要】 目的 分析髋关节置换术后康复护理技术的临床效果。**方法** 选取 2013 年 3 月至 2014 年 3 月在綦江区人民医院骨科住院治疗并行髋关节置换手术的 98 例患者为观察组, 另选 2013 年 3 月以前住院治疗并行髋关节置换手术的 98 例患者为对照组; 对照组给予一般护理和髋关节置换术常规护理, 观察组在对照组基础上给予术前康复教育及术后康复护理; 比较两组患者的临床效果及临床满意度。**结果** 观察组患者术后关节功能良好, 无严重并发症发生; 与对照组比较, 观察组患者术后进食时间、术后下床时间及出院时间均明显缩短, Harris 髋关节评分明显升高, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者临床满意度评分明显高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 骨科康复护理技术的正确应用是保证髋关节置换术后髋关节功能恢复的重要保证。

【关键词】 骨科康复护理; 髋关节置换术; 临床研究
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 05. 051 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)05-0700-03

随着人口老龄化进程的加速, 高龄髋部骨折的发生率呈逐年上升的趋势。骨折后病程长, 卧床的并发症多。据有关文献报道, 高龄髋部骨折行保守治疗, 1 年内病死率达 50% 以上^[1]。人工髋关节置换术是目前髋部疾病和骨折的最佳治疗手段, 它能有效解除关节疼痛, 恢复关节功能, 促进患者早期下床活动, 最大限度地提高患者的生活质量^[2]。而术后康复护理, 可以减少患者的痛苦, 预防术后并发症, 防止肌肉萎缩, 减少关节僵硬, 能帮助患者尽早地恢复肢体功能, 从而达到术后早期下床的目的。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 3 月至 2014 年 3 月在骨科住院治疗并行髋关节置换手术的 98 例患者作为观察组, 其中男 45 例, 女 53 例, 平均年龄 (64. 77 ± 12. 58) 岁, 左侧髋关节置换 60 例、右侧 38 例, 合并高血压 42 例、糖尿病 11 例, 平均住院时间 (9. 76 ± 6. 86) d。另选取 2013 年 3 月以前在骨科住院治疗并行髋关节置换手术的 98 例患者作为对照组, 其中男 45 例, 女 53 例, 平均年龄 (71. 53 ± 7. 82) 岁, 左侧髋关节置换 45 例、右侧 53 例, 合并高血压 39 例、糖尿病 4 例, 平均住院时间

(15. 30 ± 5. 76) d。两组在性别、年龄、住院时间和病情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 对照组给予外科一般护理和髋关节置换术常规护理, 包括术前各项常规检查, 术后一般常规护理。观察组在对照组的基础上给予术前康复教育及术后康复护理。首先, 由护理人员于术前向患者展开康复教育。在实施术前康复教育的过程中, 护理人员首先向患者解释手术情况, 介绍术后康复方案。并且教会患者进行深呼吸, 有效咳嗽, 踝泵运动, 股四头肌、腘绳肌、臀肌等长收缩动作及强化肌力训练等。其次, 嘱咐患者术后 3 个月内应避免的动作及体位。术后患肢髋关节内收易使人工关节脱位, 因此嘱咐患者避免内收, 术后患肢应保持外展位, 早期应在两腿之间放一枕头, 防止髋关节外旋。并且嘱咐患者避免两腿交叉、盘腿, 跷二郎腿, 下蹲穿鞋及类似动作, 避免曲髋大于 90°。同时向患者讲述术后镇痛的方法和重要性, 解除或减轻患者由于知识的缺乏而产生的对止痛剂的使用和手术疼痛的误解^[3]。并依据超前镇痛和多模式镇痛的原则, 即在疼痛发生之前开始用药, 并多种镇痛方式联合应用以

* 基金项目: 重庆市綦江区科学技术委员会科研项目 (2013-216)。
△ 通讯作者, E-mail: 495270541@qq. com。