

(3):92-94.

[5] 王建伍. 醒脑静联合血必净治疗感染性休克临床疗效观察及作用机制分析[J]. 亚太传统医药, 2014, 10 (4):127-128.

[6] 吴新军, 何立东, 孙小勇. 感染性休克患者临床流行病学分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(6):1378-1380.

[7] 雷涌, 江利黎, 陈萍. ICU 感染性休克病死危险因素及相应的临床治疗措施分析[J]. 中国医学创新, 2013, 8(3): 41-43.

[8] 徐蕾, 周焕荣. 急诊重症肺炎并发感染性休克的临床分析及护理对策[J]. 检验医学与临床, 2014, 10(10): 1430-1431.

[9] 卢杰, 卢珍, 何颖. 等. 肺炎链球菌重组蛋白 ELISA 检测方法的研究进展[J]. 检验医学与临床, 2012, 8(23): 228-229.

[10] Sin JW, Tsu TY, Shun CC, et al. Pelvic primary pyomyositis complicated by septic pulmonary embolism and shock in a young adult[J]. J Med Sci, 2014, 4(2): 88-90.

(收稿日期: 2014-12-18 修回日期: 2015-02-12)

# 针对性护理干预对全麻腹腔胃肠道手术后肠功能恢复的研究

周道琴(重庆市九龙坡区第一人民医院胃肠胸外科 404000)

**【摘要】 目的** 探讨针对性护理干预对全麻腹腔胃肠道手术后肠功能恢复的影响。**方法** 2012 年 3 月至 2013 年 3 月该院接受全麻状态下腹腔胃肠道手术患者 110 例, 采用数字法随机分成观察组和对照组, 各 55 例。对照组予以常规临床护理措施, 观察组在此基础上实施针对性护理干预。比较 2 组患者手术后肠功能恢复情况、手术前后腹胀程度评分与睡眠评分、护理满意度。**结果** 观察组患者肠鸣音恢复时间、排气时间、首次排便时间以及住院时间均显著少于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组治疗后的腹胀程度评分与睡眠评分均显著低于治疗前以及对对照组治疗后, 差异均有统计学意义(均  $P<0.05$ )。观察组患者对护理工作的满意率显著高于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 全麻腹腔胃肠手术患者实施针对性护理干预, 对其术后肠功能的恢复具有临床意义。

**【关键词】** 针对性护理; 全麻; 腹腔胃肠道手术; 肠功能恢复; 影响分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.11.065 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)11-1645-03

全麻腹腔胃肠道进行临床手术的患者, 可能存在较为严重的并发症, 予以相应的护理措施显得尤为重要<sup>[1]</sup>。有研究报道, 常规用于临床围术期的护理内容虽具有一定效果, 但对于并发症的预防效果相对较差, 针对性护理干预则可较好地弥补<sup>[2]</sup>。现探讨针对性护理措施对于全麻腹腔胃肠道手术患者手术后的肠功能恢复情况, 报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2012 年 3 月至 2013 年 3 月该院接受全麻腹腔胃肠道手术患者 110 例, 男 67 例, 女 43 例。年龄 22~68 岁, 平均年龄(58.5±3.3)岁。其中胃大部切除术 53 例, 胃穿孔修补术 19 例, 肠粘连松解术 18 例, 肠切除术 20 例。采用数字法随机分成观察组和对照组, 各 55 例。观察组患者男 35 例, 女 20 例。年龄 22~65 岁, 平均年龄(57.4±2.9)岁。胃大部切除术 25 例, 胃穿孔修补术 9 例, 肠粘连松解术 10 例, 肠切除术 11 例。对照组患者男 32 例, 女 23 例。年龄 25~68 岁, 平均年龄(58.3±2.7)岁。胃大部切除术 28 例, 胃穿孔修补术 10 例, 肠粘连松解术 8 例, 肠切除术 9 例。2 组患者的性别、年龄、手术类型等一般资料比较, 差异无统计学意义(均  $P>0.05$ )。具有可比性。

**1.2 研究方法** 对照组予以常规临床护理措施, 包含症状监测、用药护理等内容。观察组在此基础上实施针对性护理干预。

**1.2.1 心理护理** 患者入院后 24 h 内实施心理疏导, 重点评估患者心理状况, 与其沟通并充分了解其需求及感受, 针对性地予以解释。详细介绍手术过程中的知识, 缓解心理压力, 促使患者保持一个良好的心理状态, 帮助其树立意志和信心。同

时明确告知手术的必要性及安全性, 讲解术后可能出现的胃肠道反应和功能恢复的过程, 从而调动患者的主观能动性, 提高治疗依从性。

**1.2.2 健康宣传教育** 为患者在手术前和手术后 24 h 重点宣教呼吸和有效的咳嗽咯痰等训练, 及术后护理基本知识。宣讲术后早期应进行的活动方式和重要性, 如可以增加肠蠕动, 促使肛门排气和排便提前, 降低肠粘连并发症。

**1.2.3 体位护理** 麻醉未清醒的患者, 应先去枕平卧, 使患者头偏向一侧, 避免呕吐而造成误吸。手术后 6 h 待患者清醒且生命体征稳定之后, 予以半坐卧位, 此举可使腹腔的渗出液进入盆腔, 局限感染部位, 避免感染往上蔓延而导致膈下脓肿。腹部手术之后要求患者保持半左卧位能够降低手术缝合切口的张力, 利于疼痛的缓解及切口愈合。

**1.2.4 饮食护理** 手术前依照患者的营养状况由护理人员指导进食一些高热量和高蛋白以及低脂饮食。避免食用辛辣和刺激性食物, 予以充足营养, 确保机体能够储备足够热量, 从而增加手术耐受能力。术后在患者胃肠功能得到恢复之后即可遵医嘱进食, 第 1 天可进约 50~80 mL 的流质饮食; 第 2 天 100~150 mL 的流质饮食, 第 3 天可进软食, 然后根据患者自身恢复情况逐渐调整饮食计划, 严禁食用牛奶、豆浆以及甜食和油腻性食物等。

**1.2.5 功能锻炼** 手术后 6~24 h 可进行床上运动, 护理人员需指导患者进行四肢的伸展运动和抬臀运动, 并协助患者在床上翻身。手术后 24~72 h 可下床活动, 护理人员应在床旁指导患者的首次下床活动, 并加以鼓励。手术后 72 h 应逐渐提高患者运动强度, 将患者可站立完成各类活动, 逐渐增加步

行速度及距离作为主要的目标。

1.3 观察指标 比较 2 组手术后肠功能恢复情况,手术前后的腹胀程度评分与睡眠评分,患者的护理满意度。

1.4 效果评价 (1)腹胀程度评分<sup>[3]</sup>:满分 5 分,无腹胀为 0 分,中度腹胀 3 分,重度腹胀 5 分。手术后 6 h 记录患者的腹胀程度,每 4 h 记录 1 次,待肛门排气后根据均值进行记录。(2)睡眠评分<sup>[4]</sup>:使用 SRSS 睡眠评分对患者的睡眠质量进行判定,5 分制表示,将总分定为 50 分,其中分值大于或等于 23 分是失眠,分值越高则睡眠质量也越差。(3)患者的护理满意度情况评分<sup>[5]</sup>:使用医院护理满意度量表进行测定,总分 100 分,分值大于或等于 80 分为满意,60~80 为一般,<60 为不满意。将满意和一般的比例作为满意率。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据分析,组间比较使用  $\chi^2$  检验,计量数据以  $(\bar{x} \pm s)$  表示,应用  $t$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

2.1 2 组患者手术后肠功能恢复结果比较 观察组患者肠鸣

音恢复时间、排气时间、首次排便时间以及住院时间均显著少于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者手术后肠功能恢复结果比较  $(\bar{x} \pm s)$

| 组别       | <i>n</i> | 肠鸣音恢复<br>时间(h) | 排气时间<br>(h) | 首次排便<br>时间(h) | 住院时间<br>(d) |
|----------|----------|----------------|-------------|---------------|-------------|
| 观察组      | 55       | 20.48±4.82*    | 38.36±6.03* | 54.56±14.08*  | 6.38±3.21*  |
| 对照组      | 55       | 29.56±4.07     | 59.36±10.19 | 92.49±18.41   | 10.24±2.77  |
| <i>t</i> |          | 10.674         | 13.153      | 12.137        | 6.752       |
| <i>P</i> |          | 0.000          | 0.000       | 0.000         | 0.000       |

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

2.2 2 组患者手术前后腹胀程度与睡眠评分结果比较 观察组患者治疗后腹胀程度评分与睡眠评分均显著低于治疗前以及对照组治疗后评分,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者手术前后腹胀程度评分与睡眠评分结果比较  $(\bar{x} \pm s)$

| 组别       | <i>n</i> | 腹胀程度评分    |             | <i>t</i> | <i>P</i> | 睡眠评分       |              | <i>t</i> | <i>P</i> |
|----------|----------|-----------|-------------|----------|----------|------------|--------------|----------|----------|
|          |          | 治疗前       | 治疗后         |          |          | 治疗前        | 治疗后          |          |          |
| 观察组      | 55       | 3.68±1.21 | 1.14±0.98*△ | 12.098   | 0.000    | 25.68±5.49 | 23.22±4.33*△ | 2.609    | 0.010    |
| 对照组      | 55       | 3.57±1.33 | 2.56±1.23△  | 4.135    | 0.000    | 25.66±3.78 | 24.14±5.07△  | 1.783    | 0.078    |
| <i>t</i> |          | 0.454     | 6.696       |          |          | 0.022      | 1.023        |          |          |
| <i>P</i> |          | 0.651     | 0.000       |          |          | 0.982      | 0.308        |          |          |

注:与对照组治疗后比较,\* $P < 0.05$ ;与治疗前比较,△ $P < 0.05$ 。

2.3 2 组患者的护理满意度结果比较 观察组患者对护理工作的满意率显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组患者的护理满意度结果比较 [ $n(\%)$ ]

| 组别       | <i>n</i> | 满意         | 一般        | 不满意      | 满意率        |
|----------|----------|------------|-----------|----------|------------|
| 观察组      | 55       | 46(83.64)* | 8(14.55)  | 1(1.82)* | 54(98.18)* |
| 对照组      | 55       | 36(65.45)  | 10(18.18) | 9(16.36) | 46(83.64)  |
| <i>t</i> |          | 4.791      | 0.266     | 7.040    | 7.040      |
| <i>P</i> |          | 0.029      | 0.606     | 0.008    | 0.008      |

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

## 3 讨 论

临床上接受胃肠道手术的患者通常在术后易产生程度各异的并发症,如腹胀、腹痛以及肠麻痹等。此类并发症的产生在一定程度上影响患者生存质量以及生命健康,所以临床围术期过程中为患者提供相应的护理措施十分必要<sup>[6]</sup>。焦文芹等<sup>[7]</sup>报道显示,胃肠手术患者以往的护理措施虽然涵盖面相对较广,但实施的针对性欠佳,对并发症的护理效果方面仍有较大的提升空间。本组通过针对性护理措施应用于胃肠道手术患者的围术期,寻找对疗效更有帮助的新型护理措施。

本研究结果表明,观察组患者肠鸣音恢复时间、排气时间、首次排便时间以及住院时间均显著少于对照组,且观察组治疗后的腹胀程度评分与睡眠评分均显著低于治疗前以及对照组

治疗后的水平,与 Jones 等<sup>[8]</sup>的报道结果相似,提示实施针对性护理干预措施对全麻腹腔内胃肠道手术患者在手术后的肠功能恢复更佳,能够较好地缓解患者临床症状,并使其获得更好的睡眠质量。原因为:(1)由于针对性护理措施首先通过健康宣传教育和心理干预使患者对自身病情做到深入了解,同时缓解其不良负性情绪,帮助患者积极树立健康治疗心态<sup>[9]</sup>。(2)通过疼痛护理和体位护理,以及饮食护理和功能锻炼等措施,对患者术后肠道功能的恢复具有直接的影响作用。其不仅可以有效地促进接受腹部手术的患者更加迅速地恢复自身胃肠功能,加速排气,同时还可缓解腹胀和便秘等相关不良反应。(3)实施针对性护理干预,重点针对的是患者的肠道功能改善而采取的相应护理措施,因此,其并非单独存在的护理方案,而是基于常规护理,并进一步加以改善的护理内容。Kong 等<sup>[10]</sup>研究报道,针对性护理干预措施可将患者的并发症发生率减少约 10%~15%,与本组研究结论相符。本研究结果表明,观察组患者对护理工作的满意率显著高于对照组,提示实施针对性护理能够较好地提高患者的积极护理体验。与鞠贞会等<sup>[11]</sup>和 Valkhoff 等<sup>[12]</sup>的报道基本一致。本组认为这可能和针对性护理中的心理护理等措施拉近了护理人员与患者间的距离,同时使患者家属更加积极地参与到护理过程中有关。

综上所述,为全麻腹腔胃肠手术患者实施针对性的护理干预,对其术后肠功能的恢复具有十分积极的作用,具有临床意义。

参考文献

[1] 吴海英,全日红,蔡亚娜,等. 手术室护理干预对预防胃肠道手术切口感染效果观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2013,23(3):563-564.

[2] Schmidt C,Keahler F,Krflplin T,et al. Does the hospital cost of care differ for inflammatory bowel disease patients with or without gastrointestinal infections? a case control study[J]. J Gastroenterol,2014,52(7):643-648.

[3] 金咏梅,刘忆菁,胡祎,等. 护理干预对老年胃肠道手术患者治疗依从性和术后胃肠道功能恢复的影响[J]. 中华现代护理杂志,2011,17(34):4143-4145.

[4] Habek JC. Treatment of gastrointestinal illness in palliative care[J]. Acta Med Croatica,2013,67(3):241-249.

[5] 樊国军,袁美娟,袁文琴,等. 腹部手术患者术后维生素 B1 缺乏早期的观察与护理[J]. 中华危重症医学杂志:电子版,2014,7(2):142-143.

[6] Gutiérrez-Gutiérrez GK, Villasis-Keever MA, González-Ortiz B,et al. Risk for the development of upper gastrointestinal bleeding in children in an intensive care unit [J]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc,2014,52(2):82-89.

[7] 焦文芹,霍蕊,王姗,等. 行气通便贴促进腹部手术后胃肠功能恢复疗效观察[J]. 中华全科医学,2014,12(3):479-480.

[8] Jones MP, Walker MM, Ford AC, et al. The overlap of atopy and functional gastrointestinal disorders among 23 471 patients in primary care[J]. Aliment Pharmacol Ther,2014,40(4):382-391.

[9] 许静. 舒适护理在留置胃管患者中的应用[J]. 中华损伤与修复杂志:电子版,2013,8(5):538-539.

[10] Kong J, Wu SD, Su Y, et al. Single incision versus conventional laparoscopic resection in gastrointestinal stromal tumors: a retrospective cohort analysis at a single tertiary care center[J]. Onco Targets Ther,2014,12(7):995-999.

[11] 鞠贞会,李军鹏,梁君,等. 更换胃管时胃液滴入咽喉致胃食管反流病的护理干预[J]. 中华护理杂志,2013,48(9):3-4.

[12] Valkhoff VE, Coloma PM, Masclee GM, et al. Validation study in four health-care databases: upper gastrointestinal bleeding misclassification affects precision but not magnitude of drug-related upper gastrointestinal bleeding risk [J]. J Clin Epidemiol,2014,67(8):921-931.

(收稿日期:2014-12-25 修回日期:2015-02-15)

# 三点支撑抬臀挺腰法预防骨科牵引患者压疮的临床探讨

王艳平, 胖艳敏, 于海凤(河北省唐山市玉田县医院骨一科 064100)

**【摘要】 目的** 探讨三点支撑抬臀挺腰法预防骨科牵引患者压疮的临床效果。**方法** 该院 2012 年 3 月至 2014 年 3 月 84 例一侧下肢骨折牵引患者,随机分为对照组和观察组,各 42 例。对照组患者在常规护理的基础上给予翻身、叩背及四肢功能锻炼等;观察组患者在对照组的基础上,由责任护士负责给予三点支撑抬臀挺腰法指导患者进行功能锻炼。比较 2 组患者护理后焦虑、患肢疼痛、发生压疮、腹胀、肺部感染等并发症情况及首次排便时间和住院时间。**结果** 观察组患者焦虑 30.95%,患肢疼痛 38.09%,压疮 1 例,腹胀 4 例,肺部感染 2 例,总发生率 16.67%,平均首次排便时间(37.36±10.54)h,住院时间(36.21±3.32)d。对照组患者焦虑 59.52%,患肢疼痛 66.67%,压疮 4 例,腹胀 6 例,肺部感染 5 例,深静脉血栓形成 2 例,总发生率 40.48%,平均首次排便时间(72.43±11.79)h,住院时间(43.73±4.12)d,2 组比较差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 三点支撑抬臀挺腰法功能锻炼,能减轻疼痛、促进胃肠功能恢复、减少并发症发生率,缩短住院时间。

**【关键词】** 骨科牵引; 三点支撑抬臀法; 压疮  
**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.11.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)11-1647-03**

下肢骨折是外科常见骨折类型,骨折后患者需要长期卧床休息,肢体活动受到一定限制,患者会出现不同程度的焦虑、恐惧、疼痛等反应,而且长时间卧床不及时进行功能锻炼会导致压疮、患侧肢体疼痛加重、腹胀、便秘等并发症发生<sup>[1-3]</sup>。因此,在进行细致周全的常规护理基础上,给予患者合理、有效的功能锻炼,能减少并发症发生率,促进患者早日康复。现探讨在常规护理的基础上给予三点支撑抬臀挺腰法进行功能锻炼的临床效果,报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 该院 2012 年 3 月至 2014 年 3 月收治的 84 例一侧下肢骨折牵引患者,随机分为对照组和观察组,各 42 例,对照组男 19 例,女 23 例;年龄 51~67 岁,平均年龄(60.5±3.6)岁;股骨颈骨折 7 例,股骨粗隆间骨折 6 例,股骨

干骨折 19 例,胫腓骨骨折 10 例;行下肢皮牵引 13 例(其中皮牵引术后改为骨牵引术 8 例);骨牵引术 29 例(其中股骨髁上牵引 18 例,胫骨结节牵引 8 例,跟骨牵引 3 例)。观察组男 20 例,女 22 例;年龄 34~72 岁,平均年龄(61.5±4.2)岁;股骨颈骨折 8 例,股骨粗隆间骨折 4 例,股骨干骨折 21 例,胫腓骨骨折 9 例;行下肢皮牵引 11 例(其中皮牵引术后改为骨牵引术 5 例);骨牵引术 31 例(其中股骨髁上牵引 16 例,胫骨结节牵引 10 例,跟骨牵引 5 例)。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。患者均为首次骨折,入院前未接受其他治疗,且均无其他器质性病变。患者均签署知情同意书,了解实验内容,本实验经过医院医学伦理委员会批准。

**1.2 护理方法** 对照组患者在常规护理(包括安全指导、健康