

验与临床,2010,21(3):36-38.

(17):1903-1904.

[10] 刘宇,周荣斌.胶体金免疫层析法检测心肌标志物在诊断
心肌梗死中的应用[J].中国全科医学杂志,2011,14

(收稿日期:2015-10-22 修回日期:2015-12-28)

• 临床探讨 •

术前等待期不同护理方案对住院泌尿外科患者负性情绪的影响

盛 艳,钱 玮(苏州大学附属第二医院泌尿外科,江苏苏州 215004)

【摘要】 目的 研究术前等待期不同护理方案对住院泌尿外科患者负性情绪的影响。**方法** 将 200 例泌尿外科患者随机分为 4 组,每组 50 例。A 组为静卧组,即术前等待期静卧于病床;B 组为音乐组,术前等待期给予音乐治疗;C 组为触摸组,即术前等待期给予触摸疗法;D 组为联合组,即术前等待期同时给予音乐和触摸治疗。每组干预持续 15~20 min。采用焦虑自评量表(SAS)和血压(收缩压)、心率情况评价各组患者术前等待期的负性情绪。**结果** B、C、D 组治疗后的 SAS 评分、血压(收缩压)、心率均低于治疗前水平,且差异均有统计学意义($P<0.05$),A 组 SAS 评分、血压(收缩压)、心率均较治疗前无明显改变。**结论** 静卧治疗对术前患者负性情绪无明显影响,音乐治疗和触摸治疗对术前患者负性情绪有改善作用,且联合治疗效果更好。

【关键词】 术前等待期; 触摸疗法; 音乐疗法; 负性情绪

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.08.032 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)08-1089-03

泌尿外科疾病是常见的疾病,尽管当前泌尿外科器械及手术都已比较成熟,得到广大医生和患者的认可^[1],但是,手术仍是一种应激源,仍会导致患者术前产生抑郁或焦虑等负面情绪^[2],如何通过术前等待期护理来缓解患者的负性情绪,是医护人员关注的重点问题。本研究着重讨论不同的术前干预方法对泌尿外科患者负性情绪的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 2014 年 10 月至 2014 年 12 月,本院收治了 200 例患有泌尿外科疾病的患者。随机将其分为 4 组:A 组为静卧组,50 例,年龄 55~71 岁,平均(63.51±8.64)岁;B 组为音乐组,50 例,年龄 58~72 岁,平均(64.51±9.31)岁;C 组为触摸组,50 例,年龄 54~73 岁,平均(63.17±10.41)岁;D 组为联合组,50 例,年龄 56~73 岁,平均(64.57±9.54)岁。4 组患者在年龄、文化程度等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。研究对象纳入标准:患者无明显循环、呼吸、消化、神经系统疾病;有一定的阅读理解能力;自愿参与本次研究^[3]。排除标准:依从性不好;缺乏阅读理解能力;不愿意配合参加本次研究的患者^[4]。

1.2 方法 术前等待期间,在手术室放置舒服的接轨床,床上铺置干净的床单、被子,以供患者暂时休息,缓解患者对手术和环境的惧怕感。另外配置急救车,中心负压、给氧装置,输液用具等一次性物品^[5]。音乐播放器。安排专职护士 2 名,必须具备心理护理方面的经验和资质,有爱心,具备一定的沟通能力和工作经验^[6]。各组患者按常规进入手术间并由专职护士接待,A 组患者静卧 15~20 min;B 组患者给予触摸疗法 15~20 min;C 组患者给予音乐疗法 15~20 min;D 组患者同时给予触摸和音乐疗法 15~20 min。之后各组患者休息 10 min 后接受焦虑自评量表(SAS)评估,并检测血压(收缩压)和心率。(1)触摸疗法^[7]:用双手指腹,以轻柔的手法,沿着肋间隙,从两侧季肋部按摩至腋前部,轻柔肩部和四肢。(2)音乐疗法^[8]:根据患者需求和爱好,选择一个音乐循环播放,依个人习惯将音量调至适当的大小。

1.3 评价指标 (1)将 SAS 调查问卷积分乘以 1.25,得出各

问卷总积分,积分越高,焦虑程度越重。(2)心率、血压(收缩压)检测:让患者取平卧位,采用心电监护仪在干预前后分别测量 1 次。

1.4 统计学处理 对所有数据采用 SPSS13.0 进行分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间均数比较采用 t 检验,两组以上均数比较采用方差分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同术前干预方法对患者 SAS 评分的影响 各组患者在治疗前的 SAS 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。A 组患者治疗前和治疗后 SAS 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。B、C、D 组患者分别治疗前和治疗后 SAS 评分差异有统计学意义($P<0.05$)。通过方差分析,得出 B、C、D 组患者 SAS 评分低于 A 组患者,D 组患者 SAS 评分低于 B、C 组患者,B、C 组患者 SAS 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 各组患者在治疗前后 SAS 评分的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
A 组	50	50.64±6.74	49.87±7.31	0.548	0.585
B 组	50	51.79±6.26	45.74±6.51	3.392	0.000
C 组	50	49.84±5.97	44.97±7.14	3.447	0.000
D 组	50	51.95±6.81	40.69±5.98	6.841	0.000

2.2 不同术前干预方法对患者血压(收缩压)的影响 各组患者在治疗前的血压(收缩压)差异无统计学意义($P>0.05$)。A 组患者治疗前和治疗后血压(收缩压)差异无统计学意义($P>0.05$)。B、C、D 组患者分别在治疗前和治疗后血压(收缩压)差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 4 组患者血压(收缩压)至少有 1 组不同,差异有统计学意义($P<0.05$)。通过方差分析,得出 B、C、D 组患者血压(收缩压)小于 A 组患者,B、C、D 组患者血压(收缩压)差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

2.3 同术前干预方法对患者心率的影响 各组患者在治疗前的心率差异无统计学意义($P>0.05$)。A 组患者治疗前和治疗后心率差异无统计学意义($P>0.05$)。B、C、D 组患者分别在治疗前和治疗后心率差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗

后 4 组患者心率至少有 1 组不同,差异有统计学意义($P<0.05$)。通过方差分析,得出 B、C、D 组患者心率小于 A 组患者,B、C、D 组患者心率差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 2 各组患者在治疗前后血压(收缩压)的比较(mm Hg, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
A 组	50	120.74±8.74	119.87±9.11	0.536	0.575
B 组	50	121.41±7.41	107.14±8.87	2.662	0.000
C 组	50	121.16±8.41	106.43±9.41	2.754	0.000
D 组	50	120.36±9.14	104.25±8.54	4.854	0.000

表 3 各组患者在治疗前后心率的比较(次/分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
A 组	50	95.32±12.74	95.29±13.54	0.514	0.596
B 组	50	94.21±11.82	82.13±11.54	2.257	0.000
C 组	50	95.81±13.63	81.62±12.11	2.542	0.000
D 组	50	96.21±12.89	80.93±11.51	2.674	0.000

3 讨 论

泌尿外科疾病非常常见,手术技术也比较成熟,并且泌尿系统手术有创伤小、出血较少、术后并发症少且恢复比较快等优点,因此被广大医护人员和患者所接受^[9-11]。但是患者对任何手术多少有一些恐惧心理,从而产生术前负性情绪和循环系统变化,甚至影响手术的顺利进行^[12-14]。

本研究通过 SAS 来反映患者术前的焦虑情况,并通过测量患者的收缩压和心率来反映循环系统的功能状态。从表 1 可以看出,各组患者在接受治疗前 SAS 评分差异无统计学意义($P>0.05$),从表 2~3 可见,各组患者在接受治疗前收缩压和心率差异也无统计学意义($P>0.05$),说明各组患者具有可比性,且患者在术前有一定的负性情绪,并且血压和心率有一定升高。

从表 1~3 看出,A 组患者接受静卧疗法后,SAS 评分、血压、心率较治疗前均无显著差异($P>0.05$),说明静卧疗法对患者的负性情绪无明显改善作用。B 组患者接受触摸疗法后,SAS 评分、血压、心率与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),说明触摸疗法对患者负性情绪有改善作用。有文献报道^[15-16],触摸疗法可以降低肿瘤化疗患者的焦虑程度,与本文结果一致。触摸疗法采用中西医结合的理论,是治疗者和患者进行能量交换的补充替代疗法,属于非侵入性护理干预,它通过按压穴位、按摩等手法,使患者得到治疗^[17]。在泌尿外科手术作为应激源情况下,治疗者通过触摸传递有序能量给接受者,并创造积极的氛围,提高患者的舒适度,激发患者的自治潜能。触摸疗法通过机械刺激,患者由皮肤感受器将刺激传至大脑皮层,之后被下丘脑整合,从而调节情绪变化,减少患者术前的负性情绪。C 组患者接受音乐疗法后,SAS 评分、血压、心率均较治疗前差异有统计学意义($P<0.05$),说明音乐疗法对患者负性情绪的有改善作用,与文献^[18]结论一致。音乐疗法是心理学和音乐美学为一体的学科,不仅可以培养个人修养,也可以调节身心状态、减轻压力、调节情绪、稳定生命体征等。音乐疗法的作用原理,有很多学说,其中共振学说、大脑边缘学说和脑干网状结构学说得到多数学者的认可^[19-20]。音乐产生的不同声波,传入耳蜗,进而产生动作电位,以神经冲动形式传至脑干网状结构,经过丘脑进而至大脑皮层,从而产生愉悦的情绪,得到不同的体验。另外,音乐可以转移患者的注意

力,从而减少其对手术的恐惧。D 组患者接受联合疗法后,SAS 评分、血压、心率较治疗前差异也有统计学意义($P<0.05$),说明联合疗法对患者负性情绪也有改善作用。联合疗法综合了触摸疗法和音乐疗法的作用机制,从而产生很好的缓解负性情绪的作用,从表 2~3 看出,联合疗法对血压和心率的影响,与单独使用触摸或音乐疗法的影响差异不明显。

综上所述,术前给予一定的干预措施,能减少患者的负性情绪,并且不同干预措施有不同的疗效,为以后术前患者情绪的控制提供有效方法。

参考文献

[1] Zhou KN,Li XM,Yan H,et al. Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy [J]. Chin Med J, 2011,124(15):2321-2327.

[2] Bechtold ML,Perez RA,Puli SR,et al. Effect of music on patients undergoing outpatient colonoscopy [J]. World J Gastroenterol,2006,12(45):7309-7312.

[3] Tam WW,Wong EL,Twinn SF. Effect of music on procedure time and sedation during colonoscopy;a meta-analysis[J]. World J Gastroenterol,2008,14(34):5336-5343.

[4] Rudin D. Frequently overlooked and rarely listened to; music therapy in gastrointestinal endoscopic procedures [J]. World J Gastroenterol,2007,13(33):4533.

[5] FitzHenry F,Wells N,Slater V,et al. A randomized placebo-controlled pilot study of the impact of healing touch on fatigue in breast cancer patients undergoing radiation therapy[J]. Integr Cancer Ther,2013,13(2):105-113.

[6] Wong J,Ghiasuddin A,Kimata C,et al. The impact of healing touch on pediatric oncology patients [J]. Integr Cancer Ther,2013,12(1):25-30.

[7] 应力英. 香薰疗法和治疗性触摸对妇产科患者术前焦虑的影响[D]. 杭州:浙江大学,2007.

[8] 鲁妍. 音乐香薰疗法和触摸疗法相结合对假体隆乳术患者围手术期应激反应的影响[J]. 中国美容医学,2011,20(4):549-552.

[9] 满力,高明全. 音乐疗法在护理工作中应用的现状[J]. 中华护理杂志,2003,38(3):205-206.

[10] 李咏,陆虹,郑修霞,等. 音乐疗法缓解剖宫产病人手术前焦虑的效果分析[J]. 现代护理,2005,11(1):8-9.

[11] 王玉英. 音乐疗法对缓解肺癌患者术前焦虑及应激状态作用的研究[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(8):14-15.

[12] Gleeson M,Higgins A. Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions [J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2009, 16(4): 382-389.

[13] Sullivan JL. Hand therapy:the healing touch with a touch of humor[J]. J Hand Ther,2001,14(1):3-9.

[14] Demirbag BC,Erci B. The effects of sleep and touch therapy on symptoms of fibromyalgia and depression[J]. Iran J Public Health,2012,41(11):44-53.

[15] Kutner JS,Smith MC,Corbin L,et al. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer:a randomized trial[J]. Ann Intern

- Med, 2008, 149(6): 369-379.
- [16] Antal M, László J. Exposure to inhomogeneous static magnetic field ceases mechanical allodynia in neuropathic pain in mice[J]. Bioelectromagnetics, 2009, 30(6): 438-445.
- [17] Jolivald CG, Mizisin LM, Nelson A, et al. B vitamins alleviate indices of neuropathic pain in diabetic rats[J]. Euro J Pharmacol, 2009, 612(1): 41-47.
- [18] Morioka S, Hiyamizu M, Fukumoto T, et al. Effects of plantar hardness discrimination training on standing postural balance in the elderly: a randomized controlled trial[J]. Clin Rehabil, 2009, 23(6): 483-491.
- [19] Morley JE. Managing persons with dementia in the nursing home: High touch trumps high tech[J]. J Am Med Dir Assoc, 2008, 9(3): 139-146.
- [20] Kanekar N, Lee YJ, Aruin AS. Effect of light finger touch in balance control of individuals with multiple sclerosis[J]. Gait Posture, 2013, 38(4): 643-647.
- (收稿日期: 2015-11-11 修回日期: 2016-01-28)

• 临床探讨 •

不同剂量盐酸丙帕他莫用于神经外科术后镇痛的临床观察

许培阳, 吴志云, 贾广锐(中国人民解放军第一八〇医院麻醉科, 福建泉州 362000)

【摘要】 目的 观察不同剂量盐酸丙帕他莫用于神经外科术后镇痛的效果。**方法** 择期神经外科手术患者 60 例, 随机均分为 3 组, 每组各 20 例: 盐酸丙帕他莫 2 g 组(A 组)、盐酸丙帕他莫 1 g 组(B 组)和对照组(C 组)。手术结束前 30 min, A、B 组分别单次静脉注射 2、1 g 盐酸丙帕他莫, C 组静脉注射生理盐水 5 mL。观察以下各时间点 3 组患者的血流动力学: 拔管前(T_1)、拔管时(T_2)、拔管后 5 min(T_3)和拔管后 10 min(T_4); 观察呼吸恢复时间、呼之睁眼时间、拔管时间和躁动情况; 并记录术后 2、6、12 h 视觉模拟疼痛(VAS)评分和不良反应。**结果** 组内比较: 与 T_1 比较, C 组患者在 T_2 、 T_3 、 T_4 各时间点平均动脉压中心静脉压(MAP)明显升高, 心率(HR)明显增快, 差异有统计学意义($P < 0.05$); A、B 组患者在 T_2 、 T_3 、 T_4 各时间点 MAP、HR 变化不明显, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。组间比较: 在 T_2 、 T_3 、 T_4 各时间点, 与 A、B 组比较, C 组患者 MAP、HR 明显升高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。3 组患者呼吸恢复时间、呼之睁眼时间、拔管时间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。与 C 组比较, A、B 组术后躁动发生率降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 与 B 组比较, A 组术后躁动发生率进一步降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。与 A、B 组比较, C 组患者术后 2、6、12 h 疼痛 VAS 评分明显升高, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 与 A 组比较, B 组患者术后 2、6、12 h 疼痛 VAS 评分也相对升高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。3 组患者术后不良反应比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 静脉注射 2 g 盐酸丙帕他莫可有效用于神经外科术后镇痛, 并可有效预防术后躁动, 促进患者术后恢复。

【关键词】 盐酸丙帕他莫; 神经外科; 术后镇痛

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 08. 033 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)08-1091-03

神经外科术后镇痛常常被很多医生忽视, 因为怕影响到患者术后神经功能的测定, 其实神经外科术后疼痛比预期的要严重^[1]。神经外科术后疼痛可引起机体交感神经活性增加引起一系列应激反应, 使患者出现术后躁动, 血压升高, 可增加颅内压、脑出血的危险^[2-3]。盐酸丙帕他莫是非甾体类镇痛药, 经静脉进入人体后, 水解成对乙酰氨基酚而发挥作用。本研究采用不同剂量盐酸丙帕他莫用于神经外科术后镇痛, 观察其镇痛效果, 安全性及可行性, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2012 年 6 月至 2014 年 6 月择期神经外科开颅手术患者 60 例为研究对象, 年龄 22~62 岁, 体质量 48~72 kg, 美国麻醉医师协会(ASA)分级 I 级或 II 级, 无失明、失语和理解障碍, 无盐酸丙帕他莫使用禁忌证。排除术中出血过多影响血流动力学; 术后出现失语、意识障碍者; 严重心肺疾病; 严重肝、肾、血液系统疾病者。按数字表法随机分为 3 组: 盐酸丙帕他莫 2 g 组(A 组, $n=20$)、盐酸丙帕他莫 1 g 组(B 组, $n=20$)和对照组(C 组, $n=20$)。本研究方案获得本院伦理委员会批准, 患者均签署知情同意书。

1.2 麻醉方法 所有患者术前常规禁食禁饮, 术前 30 min 肌肉注射阿托品 0.5 mg。入室后建立静脉通路, 生命体征监测,

静脉注射咪唑安定 2 mg、异丙酚 1.5~2.0 mg/kg、舒芬太尼 0.3 μ g/kg、罗库溴铵 0.6 mg/kg 麻醉诱导后行气管内插管。接麻醉机行机械通气, 潮气量 8~10 mL/kg, 呼吸频率 12 次/分, 维持呼末二氧化碳分压(PETCO₂) 35~45 mm Hg。行桡动脉、股静脉穿刺置管监测有创动脉血压及中心静脉压(CVP)。术中麻醉维持: 静脉异丙酚 5~6 mg/(kg·h)、瑞芬太尼 0.2 μ g/(kg·min), 并按需追加骨骼肌松弛药。手术结束前 30 min, A、B 组分别单次静脉注射 2、1 g 盐酸丙帕他莫(均溶解成 5 mL), C 组静脉注射生理盐水 5 mL。术毕达到拔管指标后拔除气管导管, 送回病房。

1.3 观察项目 (1) 观察以下各时间点 3 组患者的血流动力学[平均动脉压中心静脉压(MAP)、心率(HR)]: 拔管前(T_1)、拔管时(T_2)、拔管后 5 min(T_3)和拔管后 10 min(T_4)。(2) 观察患者呼吸恢复时间、呼之睁眼时间、拔管时间和躁动情况。(3) 记录术后 2、6、12 h 视觉模拟疼痛(VAS)评分和不良反应。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计学软件进行统计分析, 正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组内比较采用重复测量数据的方差分析, 组间比较采用成组 t 检验; 非正态分布的计量资料组间比较采用秩和检验。计数资料比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。