

炎患者血清 CRP 及 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 肝胆胰外科杂志, 2013, 25(2): 116-118.

[13] Lipinski M, Rydzewski A, Rydzewska G. Early changes in serum creatinine level and estimated glomerular filtration rate predict pancreatic necrosis and mortality in acute pancreatitis: Creatinine and eGFR in acute pancreatitis[J]. Pancreatology, 2013, 13(3): 207-211.

[14] 包文中, 孟翔凌, 李良, 等. 胆囊结石合并急性胰腺炎患者早期腹腔镜胆囊切除术的临床疗效[J]. 中华肝胆外科杂志, 2014, 20(2): 89-91.

[15] 龙建武, 周筱筠, 孙兴国. 内镜在妊娠合并急性胆源性胰腺炎治疗中的临床应用[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(21): 3722-3724.

[16] 范远华, 朱华勇, 张威. 树脂灌流器与活性炭灌流器治疗高脂血症性胰腺炎的疗效比较[J]. 重庆医学, 2015, 44(35): 5017-5018.

• 临床探讨 •

(收稿日期: 2017-01-21 修回日期: 2017-03-01)

快速康复护理在腹腔镜下肾肿瘤切除术中的应用研究

史 黎¹, 王理瑛², 姜 丽^{2△}
(新疆医科大学第一附属医院: 1. 骨肿瘤外科; 2. 护理部, 乌鲁木齐 830011)

摘要:目的 探讨腹腔镜下肾肿瘤切除术患者应用外科快速康复护理的临床效果。方法 选取 2012 年 5 月至 2016 年 3 月该院行腹腔镜下肾肿瘤切除术的 57 例患者, 随机分为研究组($n=29$)和对照组($n=28$)。对照组采用临床常规护理干预方式治疗, 研究组使用外科快速康复护理干预治疗。比较 2 组患者术后康复指标、不良情绪变化情况、护理满意度及并发症发生率。结果 研究组护理干预后的肛门排气时间、首次活动时间较对照组更早($P<0.05$), 输液时间、住院时间短于对照组($P<0.05$), 且治疗总费用较对照组更低($P<0.05$); 研究组护理干预后的抑郁评分、焦虑评分均较对照组低($P<0.05$); 研究组护理总满意率(93.10%)高于对照组(67.85%)($P<0.05$), 且并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。结论 腹腔镜下肾肿瘤切除术患者实施外科快速康复护理干预治疗, 患者恢复快, 治疗时间短, 不良情绪明显改善, 护理总满意率高, 手术并发症少, 临床效果良好。

关键词: 肾肿瘤切除术, 腹腔镜; 快速康复; 护理效果

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.035 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)13-1933-03

肾肿瘤是泌尿外科较为常见的恶性疾病, 随微创技术不断进步, 腹腔镜下肾肿瘤切除术逐渐成为常规治疗方法。临床护理干预作为整个治疗的重要环节, 对预后有明显影响^[1]。外科快速康复是综合护理学、营养学等多学科的临床技术, 通过有效干预措施改善患者术后生理状态, 促进术后康复, 已在结肠癌、食管癌等手术中取得良好效果^[2]。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2012 年 5 月至 2016 年 3 月诊治的肾肿瘤患者 57 例, 均经临床诊断为良性肿瘤或局限性肾癌, 且行保留肾单位的腹腔镜下肾肿瘤切除术。将患者随机分为研究组(29 例)和对照组(28 例)。研究组患者男 17 例, 女 12 例, 年龄 39~69 岁, 平均年龄(51.3±3.8)岁; 侧别: 左侧 15 例, 右侧 14 例; 分类: 肾错构瘤 21 例, 肾癌 8 例; 肿瘤直径: 2.1~4.4 cm, 平均直径(3.13±0.26)cm。对照组患者男 14 例, 女 14 例; 年龄 38~67 岁, 平均年龄(52.1±4.3)岁; 侧别: 左侧 12 例, 右侧 16 例; 分类: 肾错构瘤 22 例, 肾癌 7 例; 肿瘤直径: 2.0~4.1 cm, 平均直径(3.31±0.18)cm。所有患者均无癌细胞淋巴转移或肾静脉癌栓、无严重心脑血管疾病、无抑郁症等精神疾病, 均知情同意且无退出。2 组患者的性别、年龄、肿瘤分类、侧别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 对照组患者采用临床常规外科护理干预治疗: 术前给予基础护理, 开展常规健康宣讲, 清洁灌肠、禁食 12 h、禁水 4 h 等; 术中常温输液; 术后密切监测患者生命体征, 常规镇痛、拔管, 患者依据个人意愿自行术后活动。

1.2.2 研究组 研究组患者使用临床常规护理和快速康复护理干预治疗。护理干预: (1)术前: ①心理护理: 入院后医务人员积极主动与患者沟通、交流, 使其感受到关心, 帮助患者适应医院环境, 依据对疾病的掌握情况有针对性地开展健康教育, 使患者了解腹腔镜手术应用现状、手术操作流程、预后等相关知识, 增加对疾病的认知度, 缓解术前心理负担, 并与患者家属沟通, 争取家属配合, 告知家人关心的重要性, 鼓励家属主动关心患者, 增加配合度。②饮食指导: 取消常规机械灌肠。10%葡萄糖液术前 20:00 服用 800 mL, 术前 2 h 服用 400 mL, 术前禁食禁水分别改为 6、2 h。(2)术中: 护理人员与患者简单交流, 积极安抚患者, 根据患者个人情况, 控制室温 20~25℃, 以舒适为宜, 必要时加热输注液及冲洗液, 并采用床垫保暖。(3)术后: ①心理护理: 患者清醒后加强与其沟通, 告知患者目前手术效果, 缓解心理压力, 增强信心。②镇痛指导: 告知患者自控镇痛泵使用方法, 患者依据个人情况自控镇痛, 并辅以音乐放松治疗等放松疗法。③饮食指导: 患者清醒后 6 h 可少量多次饮用适量温开水, 术后 1 d 可食少量流食, 然后改为半流食、正常饮食。嘱患者多食蔬菜水果, 以易消化、高热量、高维生素、低脂食物为主, 注重少食多餐。④康复锻炼: 嘱家属在患者返回病房后即活动其四肢。医护人员在患者清醒后 6 h 指导四肢活动, 深呼吸等床上锻炼, 次日依据患者情况开始下地活动, 逐渐增大运动量。⑤管道护理: 密切观察并记录患者尿液、引流液的物理性状; 加固导尿管、肾周引流管, 避免引流管受压、扭曲, 保持其通畅, 并注意每天更换尿袋; 护理人员多与医师交流, 尽早拔除引流管。⑥出院前指导: 嘱患者及其家属注意饮食原则, 严禁剧烈运动, 并指导其用药原则, 出现问题, 及时入

△ 通信作者, E-mail: 956138431@qq.com.

院就诊;坚持随访,持续关注患者康复状况。

1.3 观察指标 记录患者各项指标:(1)术后康复指标:肛门排气时间、首次活动时间、输液时间、住院时间、总费用。(2)不良情绪:以抑郁自评量表(SDS)评价,抑郁大于或等于 50 分;焦虑情况采用焦虑自评量表(SAS)评价,焦虑大于或等于 50 分;分值越低,情绪越好。(3)护理满意度:采用该院自拟满意度测评表,85~100 分为满意,60~70 分为较满意,低于 60 分为不满意,非常满意率+满意率=总满意率。(4)并发症:术后出现出血、腹胀、呕吐、尿路感染等情况。

表 1 2 组患者术后康复指标结果(̄x±s)

组别	例数(n)	肛门排气时间(h)	首次活动时间(h)	输液时间(d)	住院时间(d)	总费用(万元)
研究组	29	32.64±7.25	39.15±9.27	2.62±0.73	8.29±2.04	2.85±0.47
对照组	28	41.81±8.36	59.28±14.73	3.14±0.81	10.62±2.41	3.72±0.61
t		4.429	6.150	2.548	3.098	6.114
P		0.000	0.000	0.007	0.003	0.000

2.2 2 组患者不良情绪变化结果比较 干预治疗前,2 组患者的 SDS、SAS 评分比较,差异均无统计学意义(P>0.05);与干预治疗前比较,2 组患者干预治疗后的 SDS、SAS 评分均显著降低(P<0.05),且研究组各项指标改善比对照组更明显(P<0.05)。见表 2。

表 2 2 组患者不良情绪变化结果比较(̄x±s,分)

组别	例数(n)	SDS 评分		SAS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	29	58.37±5.36	42.21±4.62	54.38±4.94	40.36±4.13
对照组	28	57.94±5.62	51.03±4.75	54.74±4.56	49.25±4.42
t		0.275	7.107	0.286	7.849
P		0.785	0.000	0.776	0.000

2.3 2 组患者护理满意度结果比较 研究组患者护理干预治疗后的总满意率高达 93.10%,对照组仅为 67.85%,研究组高于对照组,差异有统计学意义(χ²=5.832,P<0.05)。见表 3。

表 3 2 组患者护理满意度结果比较[n(%)]

组别	例数(n)	满意	较满意	不满意	总满意率
研究组	29	14(48.27)	13(44.83)	2(6.90)	27(93.10)
对照组	28	7(25.00)	12(42.86)	9(32.14)	19(67.85)

2.4 2 组患者并发症发生率结果比较 研究组患者术后出现 1 例出血、1 例腹胀、1 例尿路感染,并发症发生率为 13.80%。对照组出现 4 例出血、2 例尿路感染、2 例腹胀、1 例呕吐,发生率为 32.14%。2 组并发症比较,研究组低于对照组,差异有统计学意义(χ²=4.073,P<0.05)。

3 讨 论

肾肿瘤是吸烟、肥胖等多种因素综合作用引发的疾病,以 40 岁以上的中老年人群为多发[3]。腹腔镜下肾肿瘤切除术以其出血少、疼痛轻、康复快等疗效优势获得医务人员及患者肯定,但随着生活质量改善,多数患者对临床疗效提出更高需求。护理模式的转变成为目前临床研究的重点内容[4]。有研究指出,切实有效的护理措施可减少腹腔镜下肾肿瘤切除术并发症,对改善其预后积极作用[5]。

有关调查研究指出,我国多数居民医疗知识较为匮乏,对

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 ̄x±s 表示,组间比较使用 t 检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较应用 χ² 检验,P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者术后康复指标结果比较 护理干预治疗后,研究组患者肛门排气时间、首次活动时间较对照组更早(P<0.05),输液时间、住院时间短于对照组(P<0.05),且治疗费用较对照组更低(P<0.05)。见表 1。

于手术普遍存在恐惧心理,术前焦虑、紧张等情绪普遍存在[6]。Wang 等[7] 研究报道,焦虑、抑郁等不良情绪会导致患者出现血压升高、呼吸紊乱等症状,严重者甚至影响机体免疫功能,致使适应性下降,影响治疗效果。本研究使用快速康复护理是以患者为中心的干预治疗方式,术前通过日常性交流沟通,健康教育、家庭支持等多种方式帮助患者了解自身症状,降低心理负担,缓解焦虑、抑郁情绪,增加配合度;术后通过告知目前手术效果增大患者治疗信心,进一步改善患者心理状况。本研究结果显示,研究组患者护理干预后 SDS、SAS 评分较对照组改善更明显(P<0.05),提示快速康复护理可确切改善腹腔镜下肾肿瘤切除术患者的不良情绪,对其产生积极影响,减轻心理负担,转被动治疗为主动治疗。

本研究术前积极改善情绪同时辅以服用葡萄糖可降低术后恶心呕吐及低血糖的发生率,取消机械灌肠可避免术前脱水,降低对术后肠道功能恢复影响,且有助于患者处于最佳生理状态[8]。术中依据患者情况调节室温,辅以床垫、加热液体等方式,降低对机体刺激,减少术中出血,有助于控制手术风险[9]。术后积极开展饮食指导可刺激患者胃肠蠕动,改善胃肠功能,保护肠黏膜屏障,降低肠源性感染;自控镇痛则可降低因疼痛引起的生理改变,有助于患者快速康复;早期康复锻炼则可改善机体血液循环;细致的管道护理则有助于预防泌尿路感染,降低创口出血概率[10-11]。本研究结果表明,2 组患者的肛门排气时间、首次活动时间、输液时间、住院时间、总费用比较,研究组均优于对照组(P<0.05),且不良反应低于对照组(P<0.05),与唱荣艳等[12] 研究结果一致。说明快速康复护理模式通过心理、生理等多方面护理,可有效改善患者身心状态,促进术后恢复,降低医疗费用,优化医疗资源。此外,为进一步研究护理效果优劣,对患者满意度测评发现,研究组患者护理总满意率较对照组明显提高(P<0.05),提示医护人员自患者入院即展开交流沟通,帮助适应医院环境,开展健康教育等一系列措施增加了医患感情,医护人员的积极性更高,有助于降低医患纠纷的发生。

综上所述,外科快速康复护理可改善腹腔镜下肾肿瘤切除术患者不良情绪,促进患者术后康复进展,患者术后并发症少,治疗费用低,满意度高,是一种优质的护理方法,值得进一步在临床工作中推广使用。

参考文献

[1] 王娜娜,薛佳,曹正圆,等.快速康复外科理念在后腹腔镜肾肿瘤切除术围手术期护理[J].护士进修杂志,2015,30(6):518-520.

[2] 魏秀文,邱群英,黎笑媚,等.快速康复外科护理在结直肠癌患者围术期中的应用[J].齐鲁护理杂志,2015,21(12):11-12.

[3] 赵振威,李延江.肾细胞癌流行病学研究进展[J].山东医药,2013,53(7):95-97.

[4] 彭翠娥,湛永毅,王卫红,等.身心全人护理模式在肿瘤患者护理中的应用现状[J].中国护理管理,2014,16(7):778-780.

[5] 周鹏,许敏,张晶,等.腹腔镜下肾肿瘤切除术 50 例围术期护理[J].齐鲁护理杂志,2011,17(9):28-29.

[6] 赵素敏.综合护理干预对改善普外科患者情绪状态及生活质量效果评价[J].护士进修杂志,2013,28(3):233-235.

[7] Wang TC,Chuang LH. Psychological and physiological fatigue variation and fatigue factors in aircraft line maintenance crews[J]. Int J Industr Ergonom, 2014, 44(1): 107-113.

[8] 王洁.快速康复外科护理对腹腔镜胆囊切除术病人术前焦虑与术后康复的影响[J].全科护理,2014,20(16):1472-1473.

[9] 潘晓虹.快速康复外科理念在胃肠外科腔镜手术患者围术期护理中的应用[J].国际护理学杂志,2016,35(10):1364-1365.

[10] 汪青蓉,温桂芬.个性化护理在经腹膜后腹腔镜下肾癌根治术中的应用[J].中华现代护理杂志,2015,33(22):2670-2671.

[11] Han JW,Choi H,Jeon YH,et al. The effects of forest therapy on coping with chronic widespread pain:physiological and psychological differences between participants in a forest therapy program and a control group[J]. Int J Environment Res Pub Health,2016,13(3):255.

[12] 唱荣艳,陈芦斌,周花.腹腔镜下肾肿瘤切除术围手术期的快速康复护理[J].中国微创外科杂志,2016,16(1):38-41.

(收稿日期:2017-01-23 修回日期:2017-03-03)

• 临床探讨 •

产前阶段性心理辅导课程及围产期个体化护理干预对孕产妇的影响

李 岚,陈小荷,练洁佳

(广东省深圳市人民医院产科 518000)

摘 要:目的 探讨产前阶段性心理辅导课程及围产期个体化护理干预对孕产妇的影响。方法 选择该院 2014 年 4 月至 2016 年 2 月收治的 124 例孕产妇,均于该院妇产科接受产检及生产,采取随机数字表法分为研究组(62 例)和参照组(62 例)。参照组孕产妇采用常规产前检查及围产期护理,研究组在参照组的基础上使用产前阶段性心理辅导课程及围产期个体化护理干预。比较 2 组孕产妇生产方式、产程时间、产后 2 h 产妇产血量、新生儿 Apgar 评分、产妇并发症、新生儿并发症、护理干预满意度等,并应用汉密尔顿焦虑(HAMA)及抑郁(HAMD)量表评估护理干预前及产后产妇心理状态。结果 研究组孕产妇自然分娩率为 79.03%,护理干预满意率为 98.39%,均分别高于参照组(67.35%、87.10%);研究组并发症率为 0.00%,新生儿并发症率为 0.00%,均分别低于参照组(6.45%、1.61%)($P<0.05$);研究组产程时间短于对照组,产后 2 h 出血量少于对照组,新生儿 Apgar 评分优于参照组($P<0.05$);2 组干预前 HAMA、HAMD 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),干预后研究组评分优于参照组($P<0.05$)。结论 产前阶段性心理辅导课程及围产期个体化护理干预可改善孕产妇心理状态,提高自然分娩率及护理满意率,帮助孕产妇顺利生产,保证母子安全,具有较高的临床价值。

关键词:孕产妇; 产前阶段性心理辅导课程; 围产期; 个体化护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.036 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)13-1935-03

孕产妇在怀孕期间身体、心理状况较正常时候变化较大,由于家庭、工作、社会等因素影响,孕产妇在怀孕期间心理波动较多,存在一定的焦虑、抑郁等负面心态,因此产前心理干预十分必要^[1-5]。而围产期面临分娩及新生儿降生等,孕产妇心理、生理变化更大,该阶段的护理更应精细,需对孕产妇进行正确的引导干预,确保母婴健康^[6-9]。现探讨产前阶段性心理辅导课程及围产期个体化护理干预影响研究,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2014 年 4 月至 2016 年 2 月收治的 124 例孕产妇,均为确诊怀孕并在该院进行产检及生产,将其采取随机数字表法分为研究组与参照组,每组 62 例^[10]。参照组:年龄 22~31 岁,平均年龄(25.47±2.35)岁;文化程度:大学及以上 10 例,高中 24 例,初中 20 例,初中及以下 8 例。研究组:年龄 23~32 岁,平均年龄(25.43±2.38)岁;文化程度:大学及以上 11 例,高中 23 例,初中 19 例,初中及以下 9 例。2 组孕产妇的年龄、文化程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:所有孕产妇均知情并签署协议书自愿参与实验研究;本研究经该院伦理委员会批准;所有孕产妇孕周期均为 1 个月以上,于该院确定妊娠,接受安胎调养及产检、生产;所有孕产妇均为单胎妊娠。(2)排除标准:非自愿参与研究者;初次检查妊娠 6 个月以上者;精神障碍无法配合干预及研究者。

1.3 护理干预方法 (1)参照组采用产前定期产检,按照医嘱