

手术室舒适护理在经脐单孔腹腔镜胆囊切除术中的应用

郑 红, 徐玉霞(四川省成都市第二人民医院手术室 610000)

【摘要】 目的 总结和探讨经脐单孔腹腔镜胆囊切除术患者手术过程中舒适护理的措施。**方法** 对 14 例在本院入院接受经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的患者, 手术室护理人员采取针对性的舒适护理措施。**结果** 14 例手术均顺利完成, 患者能积极主动配合治疗, 心理和生理方面均有明显改善, 术后随访患者对手术满意度较高。**结论** 手术室护理人员对经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的患者术中采取针对性的舒适护理, 可帮助患者消除对新术式的恐惧和抵制心理, 提高患者心理、生理两个方面的舒适度, 有利于手术的顺利开展和患者的术后康复。

【关键词】 单孔腹腔镜; 舒适护理; 手术室护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 12. 061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1519-02

舒适护理强调护理人员通过对护理活动和舒适的研究, 使患者在生理、心理达到最愉快的状态, 或缩短、降低其不愉快的程度, 是一种整体的、个体化的、创造性的、有效的护理模式^[1-2], 其目的是使患者在生理、心理上达到最愉快的程度以便更好地配合治疗, 减少并发症, 促进早日康复^[3]。经脐单孔腹腔镜胆囊切除术是新开展的手术方法, 属于经自然腔道内镜手术(NOTES)范畴, 是将微创和美观有效结合的腹壁无痕手术^[4]。本院自 2009 年 11 月起已开展经脐单孔腹腔镜胆囊切除术多例, 手术室对其中 14 例采取了舒适护理, 效果理想, 现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

本院 2010 年 3~9 月实施经脐单孔腹腔镜胆囊切除术 14 例, 男 6 例, 女 8 例, 年龄 32~44 岁, 平均年龄 37.4 岁, 其中胆囊息肉 6 例, 胆囊结石 8 例。麻醉方法同常规腹腔镜胆囊切除术, 全部病例均痊愈出院, 住院时间 3~5 d, 平均住院时间 4 d, 无出血及胆漏等并发症发生。

1.2 护理方法

1.2.1 术前护理 (1)术前访视: 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术是一项新开展的手术方法, 为保证手术的预期效果, 缓解患者手术前的紧张焦虑心理, 手术室护理人员在术前 1 d 去病房访视, 用和蔼的微笑、亲切的语言详细了解患者基本情况, 配合医生及病房护理人员给予相关知识的全面介绍, 让患者了解手术过程、手术效果及术中可能出现的问题、不适和对策; 嘱咐患者术前禁食高胆固醇食物及产气食物, 术前常规 10~12 h 禁食, 4~6 h 禁水, 让患者用肥皂彻底清洗脐部后用碘伏消毒(尤其注意皱褶深处的清洁消毒); 指导患者术前进行体位训练; 耐心倾听患者主诉, 教患者使用深呼吸、咳嗽等情绪松弛法对抗术前焦虑, 针对个性问题实施相应的心理干预, 帮助患者解除思想负担, 树立信心, 建立良好的护患关系。(2)术前准备: 按医嘱做好各项术前辅助检查, 准备好腹腔镜所需器械, 备齐麻醉所需药品。

1.2.2 术中护理 (1)环境护理: 手术室室温控制在 22~25℃, 相对湿度为 50%~60%, 患者入手术室后护理人员热情、友善地把患者接到手术间, 以关切的话语询问患者术前休息情况, 耐心、诚心的介绍手术室布局和设备, 根据患者的意愿, 为其播放喜欢的音乐, 以打消患者对手术室的恐惧和神秘感, 给患者营造一个温馨舒适的环境。(2)体位护理: 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术对体位有较高要求, 采用截石位, 头侧抬高 20°~30°, 右倾 15°; 麻醉时, 帮助患者维持体位不动, 轻声平静

地同患者交谈, 告诉患者会有什么感觉, 麻醉结束后, 帮助患者摆好手术体位, 在符合手术体位的前提下, 尽量让患者感到舒适。(3)术中配合: 患者左上肢穿刺(上肢外展不超过 90°)建立静脉通路, 配合麻醉医师进行全麻插管; 器械护士准确、及时传递所需物品; 巡回护士清点用物, 确保患者手术安全; 术中严密观察和监测患者生命体征, 及时处理手术过程中发生的一切护理问题, 详细填写护理记录。

1.2.3 术后护理 手术结束后, 患者处于全麻恢复期, 意识丧失, 护理人员须守护在患者身边, 防止发生意外, 同时轻握患者的手, 适时呼喊患者名字, 帮助患者尽快麻醉苏醒, 待其神志清醒、肌张力恢复后, 协助麻醉医生拔除喉罩或气管导管, 用温盐水拭去患者皮肤残留的消毒液和血迹, 帮助患者穿好衣裤, 盖好被单, 面带微笑主动、认真地告诉患者手术已经顺利完成, 使其放心。如无特殊情况, 安全护送患者返回病房, 与病房护士作好床旁交班工作, 并告知家属手术顺利结果及术后注意事项, 鼓励患者配合护士战胜术后疼痛, 早日康复。次日主动回访, 去病房观察患者精神及身体恢复情况, 给予一定的术后卫生指导, 鼓励和引导患者进行早期活动和功能锻炼, 并听取患者对手术室工作满意度反馈情况。

2 结 果

本组所有手术患者均顺利完成手术, 术后均恢复顺利, 无出血, 胆漏, 感染等并发症出现, 腹壁无明显可见手术瘢痕, 手术过程中运用舒适护理, 患者能积极主动配合治疗, 心理和生理方面均有明显改善。术后随访患者手术满意度, 均为满意。

3 讨 论

经脐单孔腹腔镜胆囊切除术是新开展的手术方法, 属于经自然腔道内镜手术范畴, 与传统腹腔镜技术相比, 除腹部无可见瘢痕外, 还有术后疼痛轻, 恢复快住院时间短, 住院费用低等优势^[5], 同时大大降低了与切口相关并发症的发生, 是将微创和美观有效结合的腹壁无痕手术。但其同样也是一种创伤性手术, 是一种严重的医源性应激原, 可使患者产生焦虑、恐惧、抑郁、消极等种种不良反应, 严重影响手术效果及术后康复, 手术过程中护理的重点就是采取干预措施, 帮助患者消除对新术式的恐惧和抵制心理, 提高患者心理、生理 2 个方面的舒适度, 使患者能积极主动地参与医疗护理活动, 本文在手术过程中采取了舒适护理, 效果理想。

舒适护理是一种整体的、个性化的、创造性的、有效的护理模式, 强调护理人员通过对护理活动和舒适的研究, 使患者在生理、心理达到最愉快的状态, 或缩短、降低其不愉快的程度,

舒适护理使基础护理与护理研究更注重患者的舒适感受和满意度^[6]。本文将舒适护理运用于经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的手术室护理工作中,通过良好的沟通技巧,娴熟的操作技术,给患者提供优质的温馨服务,从生理、心理等方面为患者着想,充分满足患者的身心需求,使手术患者感到了人文关怀,在手术过程中充满信心,获得满足感和安全感,为顺利进行手术创造了良好的条件。

参考文献

[1] 洪淋. 舒适护理运用于手术室护理的探讨[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(8): 583-584.
[2] 萧丰富. 萧氏舒适护理模式[M]. 6 版. 台北: 华杏出版股

份公司, 1998: 7.
[3] 法天鐸. 舒适护理临床实践现状及展望[J]. 天津护理, 2008, 16(5): 303.
[4] 张忠涛. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术[J]. 腹腔镜外科杂志, 2009, 14(1): 10-11.
[5] 张忠涛. 经自然孔道内镜外科技术发展现状与展望[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(1): 35-37.
[6] 谢玉兰. 舒适护理在化疗病房的实施体会[J]. 中国全科医学, 2005, 8(20): 1721.

(收稿日期: 2010-12-29)

颈椎病前路手术围手术期的护理干预

邹莉丹¹, 唐永利^{2△} (1. 重庆市垫江县人民医院骨科 408300; 2. 重庆医科大学附属第一医院骨科 400016)

【摘要】 目的 探讨颈椎前路手术围手术期的护理对策和护理模式, 提供患者满意的服务。**方法** 对 42 例颈椎病前路手术患者实施术前、术后责任制整体护理, 如心理干预、呼吸道管理、伤口及引流管护理、健康教育、康复训练等。**结果** 本组无一例护理并发症发生, 均顺利康复出院。**结论** 对患者实施系统化整体的术前及术后护理是有效预防护理并发症的重要手段, 是患者围手术期手术成功的重要保证。

【关键词】 颈椎病; 围手术期; 护理干预
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 12. 062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1520-03

颈椎病是指因颈椎退行性变引起颈椎管或椎间孔变形、狭窄, 刺激、压迫颈部脊髓、神经根、交感神经造成其结构或功能性损害所引起的临床表现, 是中老年人常见的一种疾病。根据受压组织不同分为神经根型、脊髓型、交感神经型、椎动脉型及混合型颈椎病^[1]。颈椎间盘摘除或椎体次全切除合并椎间盘摘除及植骨内固定术是目前治疗颈椎病可靠而有效的方之一, 本科 2005 年 1 月至 2010 年 12 月施行该项手术治疗该类疾病 42 例, 均取得良好效果, 现将护理体会总结如下。

1 临床资料

本组 42 例中, 男 29 例, 女 13 例, 年龄 37~68 岁, 平均年龄 52 岁; 神经根型 16 例, 脊髓型 11 例, 交感神经型 5 例, 椎动脉型 10 例, 42 例均取自身髂骨植入融合。术后无 1 例发生手术并发症和护理并发症。

2 护理要点

2.1 术前护理

2.1.1 责任组长、责任护士与主管医师组成医疗护理团队 共同查房患者, 了解相关基本资料、病情, 确定诊断、手术方案、药物治疗计划、护理计划。医护达成共识, 增加患者的信任度和满意度。

2.1.2 心理干预 颈椎前路手术因手术部位的特殊, 患者害怕手术会影响说话、进食, 又因颈椎手术复杂、难度大、风险高, 患者往往有较重的心理负担, 担心有生命危险、术后效果不满意及疼痛等, 容易产生恐惧、焦虑、悲观等应激心理反应, 故要针对患者出现不同的心理反应进行个性化的护理如下: (1) 实施人文护理, 与患者进行个性化的交流与沟通, 建立良好的护患关系, 取得患者的信任。选择合适的时机介绍手术的目的、方法、手术的成熟性、安全性及手术的成功病例, 消除患者的紧张心理, 增强战胜疾病的信心。(2) 请类似疾病治愈的患者现

身说法, 介绍手术期间无痛, 术后疼痛持续时间及止痛方法, 从而解除患者的顾虑, 增强患者自信心和安全感, 保持良好的精神状态, 积极配合治疗, 以保证手术顺利实施。(3) 说明情绪与疾病关系, 良好的心理状态会促进机体康复, 否则相反。并配合中医情志疗法, 根据中医“思胜恐”的理论, 以情胜情, 使患者始终保持愉快稳定的情绪勇敢接受手术治疗^[2]。

2.1.3 气管食管推移训练 颈椎前路术中要求患者仰卧, 颈部处于略过伸位, 同时为了暴露椎体, 需较长时间将气管拉向切口对侧, 术后 3 d 又要求患者去枕平卧。因此, 为适应术中及术后的变化, 一般要求患者术前 3~5 d 常规进行气管推移训练, 体胖颈短者应适当延长时间, 这种推移训练可提高患者在术中牵拉的耐受性, 为手术提供良好的视野^[3]。训练方法: 用右手拇指和左手的食指、中指及环指将气管自右向左推或拉(因该手术切口一般均采用颈前右侧入路), 使气管、食管超过正中线, 牵拉的时间 5~10 分/次, 逐渐增加至 30~40 分/次, 3~4 次/天, 若患者发生呛咳应立即停止操作。

2.1.4 呼吸道准备 颈椎前路手术易刺激和损伤咽喉部黏膜至水肿和炎症的出现, 因此, 术前、术中和术后保持呼吸道通畅是确保手术成功的关键。

2.1.4.1 早期治疗 呼吸道急、慢性炎症^[4], 控制咳嗽、咳痰症状。

2.1.4.2 吸烟者戒烟 因吸烟易刺激呼吸道分泌痰液, 痰量增加, 排痰困难容易导致术中及术后窒息的危险性。

2.1.4.3 教会患者在特殊体位下(去枕平卧、颈部沙袋制动)进行呼吸功能训练: (1) 深呼吸练习: 吸气时双肩放松, 气体由鼻吸入, 然后屏住 2 s 左右, 呼气时用口慢慢呼出; (2) 有效咳嗽、咳痰练习: 先深吸气, 在呼气末 2/3 连续小声咳嗽, 然后用尽力将痰液自深部咳出。(3) 吹气球练习: 鼓励患者一次性将气

△ 通讯作者, 电话: 13500376673。