趾、踝关节主动运动保持肌肉张力;避免在患肢静脉输液。c. 预防压疮:患者入院即给予气垫床;术后去枕平卧 6 h 后,协助患者每 2 小时 35°翻身 1 次;定时按摩骨突部位,加强皮肤护理。d. 预防泌尿系统感染:术后尿潴留可引起尿路感染^[3],应及时解除;留置导尿者,每天用聚维酮碘棉球消毒尿道口 2 次;鼓励患者多饮水;翻身时注意导尿管的位置不高于耻骨联合,防止尿液倒流逆行感染。③功能锻炼。麻醉清醒后,指导患者进行患肢趾关节主动屈伸运动及健肢的主动运动;指导家属从足跟开始做压力递减的患肢小腿肌肉挤压运动,每次 10~15 min,3 次/天;手术 6 h 后,每 2~4 小时翻身 1 次;术后引流管拔除后,指导患者开始行股四头肌等长收缩运动及踝关节屈伸锻炼,每次 5 min,开始 3 次/天,以后逐渐增加次数和延长运动时间;手术后第 3 天开始指导患者在床上逐渐进行膝、髋关节被动屈伸运动,每次 30 min,2 次/天。(3)第 3 阶段(术后 2~4 周)。在进行上述训练的同时逐渐扩大活动范围,由被动运动向主动运动过渡。术后第 2 周开始,给患者做 90°范围内的关节功能训练机训练,每次 30 min,1 次/天;第 3 周开始仰卧位直腿抬高运动,患肢抬高小于 30°,每次 5 min,3 次/天,逐渐增加次数和延长运动时间;第 4 周开始练习床边坐,将患者双足自然垂于床边,坐在床上主动屈、伸膝关节,并行患肢外展练习;在患者体力许可范围内参与进食、梳洗、穿衣、床上排便活动。(4)第 4 阶段(术后第 5~8 周)。进行站立、负重、行走训练,原则是早活动,迟负重。术后第 5 周开始,根据患者的年龄、身体状况、内固定情况,扶双拐、助步器或在双人搀扶下练习患肢不负重站立;第 6 周后 X 线片复查示骨痂形成,可允许患肢借双拐部分负重;术后第 8 周,根据 X 线片检查骨痂生长情况,增加双下肢交替负重的主动运动练习以及缓慢的原地踏步练习,以增加负重肌肌力,并做髋步肌肉的抗阻屈伸训练;X 线片示骨折端愈合后才能允许患肢完全负重,盲目地过早负重将延长功能恢复时间,并可能导致内固定的松动、断裂^[4]。(5)第 5 阶段(术后 2~3 个月)。为康复维持期,以患者伤前功能独立的程度为目标,在患者安全范围内进行训练,如穿脱衣裤、鞋袜,自行如厕,从事日常家务劳动,以逐步恢复到骨折以前的水平,并定期复查。

1.3 髋关节功能评定(Harris 评分) 参照参考文献[5]进行。

2 结 果

术后随访 8~24 个月,骨折均愈合,69 例术后 6~12 个月愈合,3 例术后 1.0~1.5 年愈合。髋关节功能评价:优 25 例,

良 40 例,中 6 例,差 1 例,优良率 90.3%。伤口感染 2 例,经换药后愈合,3 例轻度髓内翻,无内固定断裂、弯曲等并发症。

3 讨 论

3.1 动力髋螺钉治疗股骨粗隆间骨折的优势 动力髋螺钉系统结构上滑动螺钉和侧钢板将骨折远近端牢固固定,抗弯强度大,同时允许折端间嵌压,恢复内侧的内稳定性,并发症少,目前认为是治疗股骨粗隆间骨折的理想方法之一^[5]。本组病例结果优良率为 90.3%,更进一步肯定了动力髋螺钉治疗股骨粗隆间骨折的优势。

3.2 早期康复功能锻炼有助于减轻患者疼痛、肿胀,预防各系统并发症 通过早期被动、主动肌肉收缩运动,促进肢体的血液、淋巴循环,利于淤血吸收,肌肉和骨骼的营养状况得以改善,从而减轻肿胀、疼痛,防止关节粘连及僵硬、肌肉萎缩、骨质疏松、下肢静脉血栓形成。术后患者早期坐起,有利于肺部痰液咳出,避免肺部感染;排尿相对顺畅,减少膀胱尿液滞留,避免泌尿系统感染;定期翻身,减轻同部位长期压迫,降低压疮发生。

3.3 分阶段按程序指导康复功能锻炼有利于髋关节功能康复 良好的康复治疗始于术前,完整的康复护理贯穿于整个治疗过程,包括良好的沟通、术前康复治疗指导、术后因人因病而异的康复方案。本组康复护理遵循程序与个体化结合的原则,针对股骨粗隆间骨折的特点及个体差异,制订不同阶段的康复护理方案。由于本组康复护理有程序、有目标,患者依从性好,髋关节功能恢复良好,判定结果优良率为 90.3%。

参考文献

- [1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].3版.北京:人民军医出版社,2005:708-719.
- [2] 满力,姜世昌.心理护理发展现状及展望[J].护理学杂志,2003,18(1):77-78.
- [3] 裘法祖.外科学[M].北京:人民卫生出版社,1996:139-146.
- [4] 张红山,黄亚生.动力髋螺钉治疗股骨粗隆下骨折[J].实用医技杂志,2010,17(3):256-257.
- [5] 刘志雄.骨科常用诊断分类方法和功能结果评定标准[M].北京:科学技术出版社,2005:268-270.

(收稿日期:2011-08-21)

心理护理在手术室的认识及应用

尹小玲(重庆市第三人民医院手术室 400014)

【摘要】 目的 将心理护理贯穿到手术室护理工作中的每一个环节,切实开展“以患者为中心”的全方位护理服务。**方法** 要求护士整体看待患者,既帮助患者解除躯体病痛,又注重患者的心理健康,重视心理、文化层次、社会因素在疾病中的作用。**结果** 为缩短疗程,获得真正意义的“健康”提供更加有力的保障,使其在精神上得到安慰和支持,解除其思想顾虑,从而达到促进手术的顺利完成。**结论** 现代护理模式要求实施“以患者为中心”的整体护理,手术室护理也应由单纯的手术期配合过渡到围术期的整体护理。

【关键词】 心理护理; 手术室; 现代护理模式

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3053-02

现代护理模式要求实施“以患者为中心”的整体护理,手术室护理也应由单纯的手术期配合过渡到围术期的整体护理^[1]。

要求护士整体看待患者,在护理全过程中实施心理护理,调动患者的良好情绪。

绝大多数患者进入手术室后容易产生恐惧、紧张、孤独、抑郁等不良心理状态,在这种状态下施行手术是非常不利的。有效的心理护理将会减轻甚至消除上述不利因素,保证手术顺利进行,促进患者康复^[2]。本文选择 2008 年 7 月至 2010 年 7 月在本院手术室择期手术的患者 168 例,手术种类包括子宫手术、甲状腺手术、腰间盘手术、乳腺手术等。通过对手术患者的心理护理,特总结认识如下。

1 术前护理

1.1 首先术前在全面评估患者的身心状况,根据结果制订计划,采取有效措施,使患者具备耐受手术的良好身心条件^[3]。

1.2 一个即将手术的患者,在术前这一短暂而特定的时期,需要家人的支持、医护人员的关心,故应该给患者多一点鼓励、体贴,对患者的一些反应应表示同情与理解。巡回护士在进行术前访视时,认真做好术前准备工作,手术室护士在接受手术患者时要了解患者的心理情况、手术指征,并通过对患者年龄、职业的了解和表情、行为、语言的观察分析,掌握患者的心理活动和程度。访视应举止大方、态度和蔼,首先要用亲切、平等的的话语进行自我介绍,告诉患者自己将参与手术,并且与患者共同度过手术的整个过程,将尽量满足或帮助患者解决一些问题。然后根据其对手术的了解程度简单介绍手术注意事项及与手术有关的一些问题。对于一些诊断不明,行探查手术或经济困难对是否手术犹豫不决的迟疑型患者,向其说明手术的重要性与必要性。有些惧怕手术的患者认为手术治疗危险、有痛苦,要向其说明手术有安全、有效的麻醉措施,只要选择得当,是可以没有疼痛感的,并告诉他为其手术的医生、护士、麻醉师技术都很熟练,对患者都很负责,加强其对医生、对手术的信心。要鼓励患者诉说,了解患者的内心感受,尽量缩短患者与手术护士及手术之间的距离。还可以询问患者的职业、家庭情况,以转移其注意力,消除患者的不安情绪。

2 术中护理

2.1 手术室是一个与外界隔离的环境,绝大多数患者未曾进入手术室,由于手术室内各种设施布局与病房不同,穿戴与病房有差别,使患者感到手术室是一个既神秘又可怕的地方而产生紧张心理。因此,接患者时护士应热情、友善地接待患者,以取得患者及其家属的理解和信赖。护士推着或扶着患者进入手术室时,可以边走边向其简单介绍手术室的布局、设备,以消除其对手术室的恐惧及神秘感。患者对手术环境和气氛极为敏感,印象又很深。所以,手术室一定要整齐、清洁,床单无血迹、手术器械要掩蔽。患者也十分重视手术室医生和护士的举止言谈,在手术进行中,医生和护士应用心工作,不闲谈,不淡

与手术无关之事,主动与患者交谈,消除陌生感。

2.2 手术中医生和护士都应注意意识清楚患者的情绪变化,关心患者需求,让患者感到舒适,帮助患者缓解疼痛。在进行每一项操作前应告诉患者,患者有疑问时要耐心解释,以得到患者的理解和配合,如给患者输液、行麻醉穿刺、摆体位、上缚束带等都应向患者解释,以免操作的突然刺激加重患者的恐惧。

2.3 手术中对清醒患者的心理护理。手术过程中,应尽量减少、减轻手术器械的碰击声,避免给患者的一切不良刺激。硬膜外麻醉、臂丛麻醉、局部麻醉等患者在手术全过程中神志清醒,护士应根据不同手术向患者讲明可能体会到的各种感觉,如听到一些器械碰击声时不必紧张。护士在清点器械及操作时,动作要轻,严禁随意谈论与手术无关的话题。

3 术后随访

术后不定时随访,向患者和家属进行术后指导,查看患者有无手术并发症等。多数患者因术后不能耐受伤口疼痛而产生情绪波动,术后随访有助于护士评估手术中的护理效果,这时应鼓励患者树立信心、战胜疼痛。同时宣传手术后并发症的预防等知识,当患者知道手术护士仍然关心其术后恢复时会很愉快,这种愉快的情绪能使其早日康复。通过术后访视,在与患者交谈中了解手术过程中的护理质量及满意程度,听取患者的意见,在反馈信息中进一步提高本科室的工作质量。2004 年以来本科重视手术患者的心理护理,处处为患者着想,待患者如亲人,得到广大患者的好评。

总之,做好患者手术过程中的心理护理十分重要。随着医学模式的转变与发展,护理不再是简单的机械式操作,而需要根据患者的不同时期选择最恰当的心理护理,使患者每个阶段均能以最佳的心理状态接受治疗,配合治疗。为缩短疗程,获得真正意义的“健康”提供更加有力的保障,使患者在精神上得到安慰和支持,解除其思想顾虑,从而促进手术的顺利完成,有利于恢复术后正常的心理和生理功能,还有利于建立相互依赖、合作的护患关系^[3]。

参考文献

- [1] 郑秀清. 心理护理在手术室中的应用[J]. 中国现代药物应用, 2009, 1(3): 181-182.
- [2] 郭蕾. 手术期患者的心理护理[J]. 中华临床医学研究杂志, 2008, 14(9): 1298-1299.
- [3] 俞金明, 许海荣. 手术室护士对手术患者的心理护理[J]. 中外医学研究, 2009, 7(6): 74.

(收稿日期: 2011-10-25)

“有奖征文”信息

2012 年全国产前和新生儿遗传代谢病筛查技术研讨会暨“丰华杯”优秀论文奖评选活动征文即将开始, 请关注本刊网站(www.labmc.con.cn)上的信息。