

1.3 观察指标 采用生活质量调查问卷(QLQ-C30)在护理干预前后进行生活质量调查,包括功能量表与症状量表,分值为 0~100 分,功能量表分值越高,生活质量越好,症状量表分值越高,生活质量越差。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行数据分析;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;显著性检验水准为 $\alpha = 0.05, P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结 果

干预前患者功能与症状评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);护理干预后,干预组躯体功能、情感功能评分高于对照组,疲乏、瘢痕增生、疼痛、食欲缺乏、便秘、腹泻、健康状况评分低于对照组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 大面积烧伤患者护理干预后 QLQ-C30 评分比较($\bar{x} \pm s, n = 36$)

量表	项目	干预组	对照组
功能量表	躯体功能	68.92 ± 19.58*	53.21 ± 21.88
	角色功能	53.18 ± 11.28	53.21 ± 10.56
	情感功能	69.32 ± 19.21*	54.47 ± 16.82
	认知功能	71.41 ± 17.28	69.32 ± 17.14
症状量表	疲乏	30.29 ± 13.82*	45.73 ± 12.27
	瘢痕增生	11.74 ± 19.13*	21.23 ± 17.33
	疼痛	11.64 ± 14.29*	22.28 ± 16.13
	食欲缺乏	9.21 ± 10.18*	17.91 ± 16.35
	便秘	23.43 ± 11.29*	31.55 ± 12.14
	腹泻	29.33 ± 11.62*	36.58 ± 22.37
	经济困难	32.37 ± 19.22	30.11 ± 27.52
	健康状况	42.59 ± 23.62*	57.34 ± 22.49

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

大面积烧伤患者病情危重,治疗过程漫长且痛苦,治疗后

仍有可能形成大量的瘢痕^[4]。患者心理状态受到极大的不良影响。本研究针对患者恐惧、绝望的不良情绪进行心理干预,并同时为患者讲解烧伤美容相关知识,让患者在绝望中看到希望,从而增加患者对治疗的信心。干预组 36 例患者经有效心理干预后,情绪有了明显好转,为进一步治疗及功能锻炼奠定了良好的基础。通过心理、行为、饮食、康复等多方面的综合干预^[5-6],患者症状及功能得到了初步改善。干预后功能与症状评分比较显示,干预前患者功能与症状评分组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$);护理干预后,干预组躯体功能、情感功能评分明显高于对照组,疲乏、瘢痕增生、疼痛、食欲缺乏、便秘、腹泻、健康状况评分均低于对照组($P < 0.05$),说明综合护理干预可改善患者心理状态及不适症状,有助于使患者生活质量得到全面提高。

参考文献

[1] 纪雪亮,梁自乾,宗守凯,等.大面积烧伤患者合并糖尿病与并发应激性高血糖的诊治探讨[J].广西医科大学学报,2010,27(2):294-295.
 [2] 周云霞.临床护理路径在大面积烧伤患者中的临床应用分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2011,32(17):2772-2773.
 [3] 庞久玲,刘爱东,张静涛,等.心理护理干预对老年大面积烧伤患者领悟社会支持影响的临床研究[J].护士进修杂志,2011,26(12):1129-1131.
 [4] 程敏玲,沈春莲.无痛技术在大面积烧伤患者换药中的应用及护理[J].中国实用护理杂志,2011,27(13):43-44.
 [5] 陈彩花,张妮,郭丽萍,等.脉搏指示连续心排血量监测用于大面积烧伤休克期的护理[J].中国乡村医药,2010,17(5):74.
 [6] 梁桦,杨承祥,李恒,等.不同羟乙基淀粉急性高容量血液稀释对大面积烧伤患者围术期凝血功能的影响[J].中华麻醉学杂志,2009,29(4):314-317.

(收稿日期:2012-12-26 修回日期:2013-02-13)

经尿道前列腺电切术中护理探讨

王 玲¹,黄 敏²,刘明秀¹(1.璧山县人民医院,重庆 402760;2.重钢总医院,重庆 400080)

【摘要】 目的 探讨经尿道前列腺电切术(TURP)规范化的术中护理措施,保障手术护理安全。**方法** 回顾性分析 260 例施行 TURP 患者的临床资料,根据术中并发症和护理配合,分析术中护理的安全隐患。**结果** 260 例行 TURP 患者,1 例发生 TURP 综合征、5 例发生寒战,2 例出现体位性低血压、6 例存在手术体位安置缺陷、12 例存在保暖措施缺陷、3 例存在电刀使用缺陷、5 例因术前准备不充分或术中配合缺乏条理性而延迟手术。**结论** TURP 术中护理危险因素较多,有可能危及患者手术安全。实施规范化的术中护理措施可有效提升手术室护理质量,对确保患者术中护理安全具有重要意义。

【关键词】 经尿道前列腺切除; 术中护理; 护理安全

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1607-03

经尿道前列腺电切术(TURP)是良性前列腺增生(BPH)的首选手术治疗方法,具有痛苦小、恢复快、并发症少、住院时间短等优点^[1]。因 BPH 患者多为老年人,常合并内科疾病,且腰麻、硬膜外联合阻滞麻醉与术中大量灌洗液对患者内环境影响加大,可能危及患者生命安全,因此,切实的术中护理配合尤

为重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 9 月至 2011 年 8 月于璧山县人民医院施行 TURP 的患者 260 例,年龄 55~88 岁,平均 71.3 岁,体质量 52~76 kg,前列腺质量 20~100 g,其中合并内科疾病者

138例。

1.2 方法 于蛛网膜下腔麻醉或持续硬膜外麻醉下实施手术,取高架截石位体位,4例患者术中行膀胱穿刺造瘘低压灌注,手术时间39~90 min,冲洗灌洗液6 000~15 000 mL。非糖尿病患者灌洗液采用5%葡萄糖溶液,糖尿病患者灌洗液采用5%甘露醇溶液(250 mL 20%甘露醇溶液溶于750 mL灭菌注射用水)。

2 结 果

260例施行TURP的患者,1例发生TURP综合征,1例出现肺水肿、左心衰,5例发生寒战;4例手术结束时变换体位出现体位性低血压;6例存在手术体位安置缺陷,12例存在保暖措施缺陷,4例存在电刀使用缺陷(2例手部接触到金属床沿,2例未正确使用负极板);5例因术前准备不充分、术中配合缺乏条理而延迟手术结束。术中护理高危因素主要涉及手术体位、保暖、静脉补液、高浓度电解质用药、电刀使用、术中并发症。

3 讨 论

3.1 并发症和护理缺陷原因分析

3.1.1 TURP综合征 发生率约为2%,好发于手术时间超过1 h的患者,是由于大量冲洗液经静脉吸收进入循环系统,导致稀释性低钠血症而引起的一系列症状,包括神志异常、高血压、恶心、呕吐、心动过缓,严重者可出现肺水肿、脑水肿症状^[1]。TURP综合征与麻醉对患者血压的影响有关。手术开始前患者常静脉输入大剂量液体,随着术中冲洗液吸收入循环系统,若手术时间较长而未控制液体输入量时,可能导致肺水肿的发生。

3.1.2 寒战 寒战的发生与多种因素有关,例如老年人代谢率较低;麻醉时盆腔和下肢血管扩张导致机体散热增加,抑制体温调节作用;手术区域消毒时,裸露皮肤面积较大,消毒液挥发导致散热增加;大量低温冲洗液进入体内吸收机体热量;冲洗液因浸湿布单接触患者皮肤而带走热量;静脉输入大量与手术间等温的液体;手术间温度过低;冬天下肢未使用棉腿套保暖等。据报道,约有1/3~1/2的手术患者中心体温低于36℃,特别是老年患者^[2]。

3.1.3 低血压 截石位对循环系统影响较大,特别是对心功能不全的患者。下肢抬高使回心血量增加及体位回位时回心血量减少导致血压下降和心率增快,均可导致心脏负荷增加。手术室护士缺乏循环系统知识,在手术结束后搬动患者前未单腿回位,导致患者出现心慌、恶心等回心血量不足的症状。

3.1.4 体位安置 在体位安置中,如护理不当有可能出现小腿悬空导致缺乏有效的支撑,腿托上没有软垫保护,腘窝受压,两腿外展过大,膝关节屈曲过小等。

3.1.5 电刀使用 患者手部接触金属床沿形成低电阻通路,导致旁路灼伤,负极板粘贴处皮屑、毛发过多,导致导电不良,增加发生灼伤的风险;揭除负极板速度过快或用力过大,导致表皮与真皮分离或表皮剥脱等机械性损伤,尤其是老年消瘦患者。

3.1.6 手术延迟 护士经验不足,对手术及用物准备不熟悉,造成器械准备缺项,或不熟悉手术医生的习惯,设备放置不合理,导致手术开始时间延时5~15 min。由于术中配合缺乏条理性,安全核查、设备调试、灌注冲洗液、安置体位、书写记录单、观察病情等工作在手术过程中顾此失彼,导致手术结束延迟。

3.2 术中护理措施

3.2.1 心理护理 手术作为负性生活事件,会给患者心理造成不良的刺激反应,产生焦虑、恐惧情绪^[3]。有学者认为年龄是影响手术患者心理反应的重要因素之一,老年患者更易出现不良心理反应^[4]。前列腺手术多为老年患者,对手术缺乏了解,进入手术室后又感觉孤立无助。因此,手术护士应热情、主动地迎接患者,通过积极的沟通充分赢得患者的信任,从而在一定程度上增加患者的手术舒适感^[5];及时回答患者提出的各种问题,采用通俗易懂的语言与患者沟通;在手术间严禁谈论与手术无关的话题,时时关注患者的需求,充分尊重患者,同时注意保护患者隐私,维护患者尊严。

3.2.2 静脉补液 腰麻、硬膜外联合阻滞麻醉对患者的循环系统影响较大,麻醉前最好静脉补充500~1 000 mL液体,避免患者血压波动过大。对老年、心肺功能不全患者,静脉输液速度过快或输液过多可导致肺循环压力增高而出现急性肺水肿。因此,术中应控制输液速度及输液量,在计算输液量时应考虑膀胱灌注渗入血管的液体量^[6]。

3.2.3 手术体位 手术体位安置及术中体位管理是术中护理的重要内容,手术体位安置不当可导致呼吸系统、循环系统异常及神经系统损伤^[7]。TURP需采用高架截石位,体位安置时支腿架、床沿高度与患者大腿长度相吻合,腿托安置于小腿处,与小腿平行贴合,腿托上放置薄软垫,膝关节弯曲约90°,以预防腓总神经受压和拉伤;防止腓骨头与腿托密贴;用约束带将腿和腿架固定在一起,以免小腿滑出腿架,造成意外伤害。为避免循环系统并发症,术后不可快速平放双下肢,应先缓慢放一侧,测血压无明显异常,3 min后再放另一侧。

3.2.4 保温 TURP易导致患者在术中体温降低。低体温给患者造成的危害十分严重,如增加伤口感染率、影响凝血功能、诱发心血管并发症等。因此,有效预防术中低体温是手术室护理的又一重要内容。手术间温度通常控制在22~24℃;术前1 h用温箱对静脉输注的液体和灌注液加温至36~37℃,静脉输液时使用输液恒温器;采用加盖棉被、穿厚棉腿套、手术床旁置取暖器等措施对患者保温。

3.2.5 电刀使用 电刀使用中应注意妥善固定肢体,避免患者肢体直接与金属接触,患者与金属床之间至少保持厚度4 cm的绝缘层,使用手托板将患者双手用布包好,于功能位妥善固定保护,避免因手解除支腿架的金属杆而导致的电灼伤。尽量使用一次性双回路负极板,粘附部位选择接近手术切口部位(但不小于15 cm)肌肉血管丰富、清洁干燥的皮肤,减小电流环路,距心电监护仪电极15 cm以上,电极板长边与高频电流来向垂直(与肌肉长轴垂直),避免电流环路通过金属移植体和心脏起搏器、人工电子耳蜗、金属植入物等,术后以正确的方式揭除负极板。施行TURP的患者,负极板不宜粘贴于臀部,避免冲洗液浸湿负极板,可贴于大腿中段。

3.2.6 并发症护理 (1)猝死:猝死是TURP最严重的并发症,发生率约为1.5%,与开放性前列腺切除手术无差异,常见死因为心血管及肺部并发症,如心肌梗死、肺栓塞等,与伴发疾病、术者熟练程度、腺体大小及手术时间等有关^[1]。巡回护士需在术前了解患者既往检查情况、病史及心肺功能,避免相关的刺激因素,注意体位造成的诱发因素。(2)TURP综合征与高浓度电解质用药:为预防TURP综合征,凡手术时间超过1 h者,应预防性静脉注射呋塞米20 mg、静脉滴注1.5%氯化钠200 mL;当出现TURP综合征时,应静脉注射呋塞米40 mg、静脉滴注3%~5%氯化钠250~500 mL,根据患者血钠浓度决定是否继续补充氯化钠;如必需使用10%高渗氯化钠,应

准确计算稀释液量(不可忽略生理盐水的含钠量),并遵医嘱控制滴速^[6]。当患者出现肺水肿症状时,及时调整体位至坐位,双腿下垂,减少静脉回流,高流量氧气(6~8 L/min)经 50%乙醇湿化后吸入,严重时遵医嘱按危重患者抢救制度及时、合理用药。

参考文献

- [1] 那彦群. 泌尿外科内腔镜诊治图谱[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2001:175-194.
- [2] 曹群. 前列腺等离子电切术中低体温的护理现状[C]. 北京:中华护理学会第 16 届全国手术室护理学术交流会,2012:41-44.

- [3] 吴美清,祝晓燕. 术前护理干预等外科手术患者焦虑心理的影响[J]. 中国实用护理杂志,2011,27(1):17-18.
- [4] 刘晓虹. 护理心理学[M]. 2 版. 上海:上海科学技术出版社,2010:204-209.
- [5] 王凤珠. 舒适护理在手术室整体护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2011,27(1):30-31.
- [6] 韩振藩,李冰清. 泌尿外科手术并发症[M]. 北京:人民卫生出版社,1992:413-431.
- [7] 刘俊杰,赵俊. 现代麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社,1987:393-405.

(收稿日期:2012-12-21 修回日期:2013-02-20)

老年住院患者睡眠障碍相关因素分析及护理干预对策

马春苏(广西民族医院呼吸内科,广西南宁 530001)

【摘要】目的 调查影响老年住院患者睡眠障碍的因素,探讨改善老年住院患者睡眠质量的护理对策。**方法** 将呼吸内科 120 例老年患者随机均分为干预组和对照组,对照组采取常规护理措施,干预组在常规护理基础上实施加强心理护理、睡眠健康教育、创造良好睡眠环境等干预措施,通过匹兹堡睡眠质量指数表(PSQI)评分比较患者睡眠质量。**结果** 疾病、心理、社会、环境及不良生活习惯等是导致老年住院患者睡眠障碍的主要原因,经有效护理干预,干预组 PSQI 评分较对照组明显下降($P < 0.05$)。**结论** 创造舒适的睡眠环境、加强心理护理、改善患者不良生活习惯、加强睡眠教育和社会支持等措施有助于提高老年住院患者睡眠质量。

【关键词】 老年住院患者; 睡眠障碍; 相关因素; 护理对策

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1609-02

睡眠是机体正常生理需求,睡眠不足可导致机体免疫力下降,诱发各种疾病,加速机体老化,多种因素可造成睡眠障碍,包括疾病、环境、心理、社会及不良生活习惯等^[1]。老年住院患者睡眠障碍已越来越普遍,80%以上的老年患者由于基础疾病自身的症状和体征而出现睡眠障碍^[2]。笔者对呼吸内科 120 例老年患者进行了调查,针对其睡眠障碍因素进行有效的护理措施,取得显著疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选择 2011 年于本科室住院的老年患者 120 例,原发病包括内分泌系统疾病、呼吸系统疾病等,男 70 例、女 50 例,年龄 54~82 岁,平均 67.5 岁,匹兹堡睡眠质量指数表(PSQI)评分均超过 7 分^[3]。将 120 例患者随机均分为干预组和对照组,年龄、性别、病情、文化程度等组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 患者入院时仔细询问患者病史,了解患者病情,对患者睡眠障碍的原因进行分析;对照组患者采取常规护理及相关健康教育;干预组患者在对照组基础上实施改变不良生活习惯、加强心理护理、睡眠知识宣教等干预措施,包括(1)减轻疾病不适:采取一切有效的护理措施,有针对性地减轻疾病给患者带来的不适与痛苦,改善患者睡眠质量^[4]。遵医嘱用药,密切疗效及不良反应。如患者的确需要辅助用药以改善睡眠,遵医嘱应用镇静剂和安眠药,保证患者充足的睡眠。(2)保证环境舒适:保证病房安静,适当通风,调整合适的温度、湿度及病房光线亮度。为患者提供个人隐私空间,夜间关闭大灯,尽量使用地灯,不使用的仪器尽量关闭。为患者选择有弹性、舒适、适合身体曲度的床垫及软硬适中的枕头,保持床单位平整、整洁和干燥,及时为患者更换潮湿、污染的衣物和床单。护士尽量做到“四轻”:操作轻、说话轻、走路轻、关门轻。合理安排护

理治疗时间,避免夜间操作。(3)加强心理护理:多与患者进行有效沟通,认真聆听患者的主诉,分析患者睡眠障碍的原因,根据患者病情、嗜好、有无打鼾、文化程度等情况为患者安排病室,增进患者之间的交流,避免矛盾和冲突;从精神上安慰和支持患者,向患者介绍同类疾病已经治疗成功的病例,增加患者战胜疾病的信心,从而积极配合治疗;向患者家属讲解家庭支持的重要性,鼓励家属勤探视和陪伴患者,增加患者归属感。(4)改善不良生活习惯:帮助患者养成良好的生活及睡眠习惯。护士与患者共同制订作息时间表,监督和督促患者遵守作息时间表。叮嘱患者睡前不宜饮食过饱,忌饮咖啡、浓茶等兴奋性饮品,睡前不宜看惊悚类电视或小说,不宜讨论可引起神经兴奋的话题。每天午休时间不宜太长,一般不超过半个小时。睡前用热水泡脚 20 min 左右,听安静的音乐。白天进行适当的活动,劳逸结合,如打拳、散步等。(5)合理用药:长期应用安眠药可产生药物依赖性,导致停药反跳性失眠、蓄积性中毒,对中枢神经系统有直接抑制作用,影响记忆力和反应能力。因此,护士应耐心向患者讲解药物的作用、最佳服药时间、服药方法及常见不良反应,叮嘱患者严格遵医嘱用药,避免私自改变药量或停药,提高药物治疗的安全性、有效性及依从性^[5]。

1.3 疗效诊断指标 采用 PSQI 评分系统对评估患者睡眠质量,PSQI ≥ 7 表示睡眠不良,PSQI < 7 表示睡眠良好。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行分析;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;显著性检验水准为 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

经有效护理干预,干预组患者入院时及入院 1、3 周时 PSIQ 评分逐渐降低,且干预组入院 1、3 周 PSIQ 评分均低于对照组($P < 0.05$),见表 1。