

量,应用效果显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 唐良春,李莲,金爱玲.哮喘家属健康教育及家庭护理干预对哮喘患者生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2011,30(5):713-716.

[2] 杨宜萍.护理干预对支气管哮喘患儿吸入糖皮质激素治疗依从性的影响[J].现代中西医结合杂志,2011,20(17):2180-2181.

[3] 罗庆荣.影响哮喘患儿激素吸入治疗依从性相关因素及干预对策[J].检验医学与临床,2013,10(12):1550-1552.

[4] 牟扬.氧气驱动雾化吸入治疗小儿喘憋性肺炎的临床观察与护理[J].中国伤残医学,2011,19(2):101-102.

[5] 黄峰林.全程护理干预应用于小儿哮喘雾化治疗中的效果观察[J].中国当代医药,2013,20(27):109-111.

[6] 陈丽.护理干预对哮喘患者用药依从性及生活质量影响

的临床研究[J].中国初级卫生保健,2011,25(5):108-109.

[7] 张凤伟,郭秋菊,陈小萌,等.氧气驱动雾化吸入辅助治疗小儿喘憋性肺炎的全程系统护理[J].中国实用护理杂志,2011,27(34):37-38.

[8] 吴玉方.雾化吸入治疗小儿哮喘的疗效观察与护理[J].吉林医学,2011,12(32):2468-2469.

[9] Watanabe H,Uruma T,Tsunoda T,et al. Bronchial asthma developing after 15 years of immunosuppressive treatment following renal transplantation [J]. Intern Med, 2012,51(21):57-60.

[10] Majeski E,Hoskins A,Dworski R,et al. Iloprost inhalation in mild asthma[J]. J Asthma,2012,49(9):961-965.

(收稿日期:2015-03-10 修回日期:2015-05-25)

• 临床探讨 •

舒适护理干预对腹腔镜子宫肌瘤切除术患者效果研究

韩晓霞,肖艳林(湖北省枣阳市第一人民医院手术室 441200)

【摘要】 目的 探讨舒适护理干预对腹腔镜子宫肌瘤切除术患者的护理效果。**方法** 选择该院 82 例腹腔镜子宫肌瘤切除术患者,采用随机数字表法分为观察组和对照组,各 41 例。对照组患者给予妇科腹腔镜子宫肌瘤切除术常规护理,观察组患者在对照组的基础上增加舒适护理干预。比较 2 组患者手术相关指标、视觉模拟疼痛评分(VAS)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、术后并发症。**结果** 观察组患者气管插管拔除时间、早期下床活动时间、平均住院时间均明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);VAS、HAMD、HAMA、并发症均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 舒适护理干预有助缓解疼痛程度及焦虑抑郁情绪,减少术后并发症,促进患者康复。

【关键词】 子宫肌瘤切除术; 腹腔镜; 舒适护理; 负性情绪
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.18.059 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)18-2779-03

子宫肌瘤多为良性肿瘤,是女性生殖系统常见病和多发病,手术是其主要治疗手段^[1]。随着微创技术的发展,采用腹腔镜手术治疗子宫肌瘤具有创伤小、不良反应轻、术后恢复快、患者住院时间短等优点,成为目前治疗子宫肿瘤的主要方式^[2]。舒适护理是一种高层次的护理模式,是通过护理干预使患者生理、心理、社会感均达到愉悦的程度,从而促进疾病的恢复^[3]。腹腔镜子宫肌瘤切除术围术期患者实施舒适护理,可提高手术治疗效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择该院 2012 年 6 月至 2013 年 11 月期间行腹腔镜子宫肌瘤切除术的 82 例患者。纳入标准:(1)子宫肌瘤确诊。(2)签署知情同意书。(3)肌瘤直径 2.5~10.0 cm,肌瘤数量低于 10 个。排除子宫恶性肿瘤、语言沟通障碍患者。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,各 41 例。观察组:年龄 28~60 岁(35.68±6.45 岁),体质量 45~70 kg(51.35±6.51 kg),瘤体直径 2~5 cm(3.82±0.52 cm);对照组:年龄 26~60 岁(35.14±5.72 岁),体质量 45~68 kg(50.58±6.48 kg),瘤体直径 2.5~5 cm(3.78±0.49 cm)。2 组患者的年龄、体质量等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者采用腹腔镜子宫肌瘤切除术常规护理。观察组患者在对照组的基础上实施舒适护理干预,具体措

施如下:(1)术前舒适护理:①术前 1 d 巡回护士对每 1 例患者进行术前访视,给予积极的心理支持,为患者提供正能量。访视前认真查阅病历,充分评估患者病情及心理状况,制定个性化的心理指导方案。耐心解答患者提出的问题,增加患者对医护人员的信任感,从而保持良好的心境。②视患者的文化程度和接受能力,用尽可能通俗的语言介绍腹腔镜下子宫肌瘤手术的方法和优点,并介绍术中配合技巧和方法,提高患者手术配合度;指导患者提前进行床上体位和深呼吸训练等^[4]。(2)术中舒适护理:①巡回护士在上肢穿刺建立静脉通道,配合麻醉师全麻插管麻醉后,护理人员协助患者取仰卧位,在双侧膝关节下放置软体位垫,上肢外展不得大于 90°,术中保持 15~30°头低足高位,以符合手术体位的要求^[5]。②术中加强舒适护理,建立人工气腹时应低压、低流量缓慢注入,腹腔镜手术中的气腹压力一般不应超过 15 mm Hg,防止形成静脉血栓。术毕协助医师吸尽腹腔内液体,排出残余 CO₂ 气体,协助患者头改为平卧位,以减少术后肩痛的发生。(3)术后舒适护理:①麻醉复苏期轻刺激患者手背、耳垂等处,并间断呼喊患者姓名,观察患者各项生理反应指标,待患者肌力恢复后,协助麻醉医师拔出气管导管,护送患者返回病房,并就术中情况与病房护士进行交接。②病房护士继续实施术后舒适护理,评估患者疼痛程度,酌情实施止痛栓或杜冷丁等止痛药;术后鼓励患者早期下床活动,及时排空膀胱,减少术后尿潴留、泌尿系感染等潜在并

发病的发生。腹腔镜子宫肌瘤手术必须取头低位,患者术后常发生反射性肩部疼痛。术后 2 d 护理人员应指导患者活动上肢,并适当按摩患者肩部,每次 20 min,每天 2 次,达到使患者舒适的目的^[6]。

1.3 评价方法 (1)手术指标:观察 2 组患者手术时间、气管拔管时间、早期下床活动时间、平均住院时间。(2)疼痛程度、焦虑、抑郁情绪:采用视觉模拟疼痛评分(VAS)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD),评估 2 组患者术后 3 d 时疼痛程度、焦虑、抑郁情况。(3)并发症观察:观察 2 组患者术后尿潴留、泌尿系感染发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行分析,计量资料使用($\bar{x} \pm s$)表示,应用 t 检验。计数资料采用 $[n(\%)]$ 表示,使用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者手术及恢复情况结果比较 观察组患者手术时间、气管插管拔除时间、早期下床活动时间、平均住院时间均明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者手术及恢复情况结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	气管插管拔除 时间(min)	早期下床活动 时间(h)	平均住院 时间(d)
观察组	23.52±2.65	11.72±2.65	7.02±1.15
对照组	28.65±2.87	16.95±3.47	8.85±1.87
t	8.409	7.670	5.338
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2 组患者 VAS、HAMD、HAMA 评分结果比较 术后 3 d 时观察组患者 VAS、HAMD、HAMA 评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者术后 VAS、HAMD、HAMA 评分结果比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	VAS	HAMD	HAMA
观察组	1.97±0.51	14.25±2.12	15.76±2.03
对照组	2.68±0.68	23.53±2.84	25.68±2.91
t	5.348	6.995	7.0193
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 2 组患者术后并发症结果比较 观察组患者术后发生尿潴留 3 例,出现尿频、尿痛等泌尿系感染症状 1 例,对照组分别为 10 例和 4 例,均经对症治疗后好转。观察组术后并发症发生率明显低于对照组(9.76% vs 34.15%),差异有统计学意义($\chi^2 = 7.118, P < 0.05$)。

3 讨 论

子宫肌瘤多见于育龄期女性,30~48 岁之间发病率最高^[7]。子宫肌瘤包括浆膜下肌瘤、肌壁间肌瘤及黏膜下肌瘤等,传统治疗子宫肌瘤以开腹手术为主,随着腹腔镜技术的迅猛发展,经脐腹腔镜下子宫肌瘤切除术是目前治疗子宫肌瘤的主要手术方法,具有创伤小、手术时间短、术后恢复快等特点,可有效降低并发症,缩短住院时间,既达到治疗的目的,又满足患者对器官完整性的需要,因而得到临床妇科医师和患者的广泛选择^[8]。

舒适护理干预是根据循证医学的相关理论设计,在基于舒适护理干预策略下为腹腔镜子宫肌瘤手术患者制定术前、术中、术后一体化舒适护理方案,整个护理干预过程中贯穿基础护理和人文关怀理念^[9]。Li 等^[10]报道指出,将舒适护理干预实施在围术期全过程,使患者得到全方位的舒适和放松,从而促进腹腔镜子宫肌瘤切除术的顺利进行和术后良好恢复。本

研究使用舒适护理干预后,观察组患者气管插管拔除时间、早期下床活动时间、平均住院时间均明显低于对照组,提示舒适护理有助于促进患者术后康复。

舒适护理的核心内涵是强调人性化,患者不仅得到护士的专业知识护理,还得到全身心的舒适,以最佳的状态度过治疗全阶段。孙秀军等^[11]研究表明,不良心理可导致诸多生理、心理反应,引起血压、心率波动,不利于手术开展。因此,本组在麻醉前,巡回护士通过访视给予患者正性语言支持,传递正能量,使患者建立自信心。术中体位护理配合是提高经脐腹腔镜下子宫肌瘤切除术成功的关键,手术过程中需要头低位,以保证手术视野显露直观,但该体位可反射性引起患者肩部疼痛;术中建立 CO₂ 人工气腹时如果压力过大,肌瘤摘除过程中牵拉可刺激膈神经,引起术后应激反应。因此,术中护理人员严密监测气腹压力,术后积极协助医师排尽残余的 CO₂ 气体,及时止痛、辅以手法按摩减轻患者疼痛不适。本研究结果显示,观察组患者术后 3 d 时疼痛程度、焦虑、抑郁情绪均明显低于对照组,提示舒适护理干预可让患者在术后得到最大程度的舒适感。

任何一个手术都存在风险,腹腔镜子宫肌瘤术后常发生尿潴留、泌尿系感染等并发症^[12]。本组基于舒适护理干预策略下对腹腔镜子宫肌瘤切除术患者实施干预,鼓励患者早期下床活动,及时排空膀胱,最大限度地降低了泌尿系感染的发生率,从而缩短住院时间,提高腹腔镜子宫肌瘤切除术的治疗效果。

本研究表明,基于舒适护理干预策略下的腹腔镜子宫肌瘤切除术患者护理效果显著,值得在护理工作中应用推广。本组的局限性是样本选择数量较少,探讨舒适护理深度不够,缺乏对患者负性情绪的评估,有待于今后扩大样本展开研究。

参考文献

[1] 江源,韩克,周怀君,等.腹腔镜阻断子宫动脉后行肌瘤挖除术的临床分析[J]. 检验医学与临床,2013,10(21): 2839-2840.

[2] 李孟慧,冷金花,史精华,等.腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术后肌瘤残留、复发及妊娠结局的比较[J]. 中华妇产科杂志,2011,46(9):669-673.

[3] 胡雁.循证护理应用中常见问题及误区分析[J]. 中华护理杂志,2010,45(8):740-742.

[4] 刘萍,黄敏贞,辜雄军.手术室医护人员使用正性语言的效果研究[J]. 中华护理杂志,2011,46(5):482-484.

[5] 方梓羽,曾定元.妇科腹腔镜手术并发症及相关因素分析[J]. 实用妇产科杂志,2013,29(4):290-293.

[6] 蔺继霞. Orem 自理理论联合心理干预对子宫肌瘤切除术患者免疫功能的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2014,20(18): 26-28.

[7] Torbe A, Mikolajek-Bedner W, Kaluzynski W, et al. Uterine rupture in the second trimester of pregnancy as an iatrogenic complication of laparoscopic myomectomy [J]. Medicine (Kaunas), 2012, 48(4): 182-185.

[8] Ragab A, Khairy M, Badawy A. The use of single versus double dose of intra-vaginal prostaglandin E2 "misoprostol" prior to abdominal myomectomy: a randomized controlled clinical trial [J]. J Reprod Infertil, 2014, 15(3): 152-156.

[9] 杜秀华,赵逢玲,庄如娟,等.术前访视应用循证护理对腹

- 部手术患者全身麻醉后恢复的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(13): 1508-1511.
- [10] Li D, Xu X, Qian R, et al. Effect of lichong decoction on expression of Bcl-2 and Bcl-2-associated X protein mRNA in hystero myoma model rat[J]. J Tradit Chin Med, 2013, 33(2): 238-242.
- [11] 孙秀军, 张梅, 李政玲, 等. 团队合作舒适护理干预对腹腔镜镜下子宫肌瘤切除术患者预后的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 16(8): 916-919.
- [12] 刘晓娜, 郝艳. 自我效能感对子宫肌瘤患者术前焦虑及手术配合的影响[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(5): 978-979.
- (收稿日期: 2015-03-25 修回日期: 2015-05-15)

• 临床探讨 •

负压吸引联合钬激光在微创经皮肾穿刺取石术中的应用

张 进, 钟文娟[△], 刘启祥, 张立冬(重庆市开县人民医院 405400)

【摘要】 目的 探讨负压吸引联合钬激光在微创经皮肾穿刺取石术(MPCNL)中的应用。**方法** 选取 2012 年 5 月至 2014 年 5 月于该院行 MPCNL 的患者 158 例, 按照手术方式的不同分为试验组 85 例与对照组 73 例。试验组术中采用负压吸引吸出结石, 对照组采用取石钳水压冲洗下取石。**结果** 试验组 85 例共进行 90 例次单侧手术, 手术时间 50~150 min, 平均手术时间(76±17)min, 术后并发症 5 例, 并发术中、术后出血 3 例, 术后感染 2 例; 对照组 73 例共进行 79 例次单侧手术, 平均手术时间 65~180 min, 平均手术时间(89±19)min, 术后并发症 5 例, 并发术中、术后出血 2 例, 术后感染 3 例。2 组患者手术时间比较差异有统计学意义($P<0.05$); 并发症发生率分别为 5.88%、6.84%, 差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 负压吸引联合钬激光在 MPCNL 中能明显缩短取石时间, 且对并发症的发生率无影响, 值得临床推广。

【关键词】 负压吸引; 钬激光; 微创经皮肾穿刺取石术
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.18.060 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)18-2781-02

微创经皮肾穿刺取石术(MPCNL)目前已经成为治疗泌尿系统结石的一种常规术式, 在很多基层医院也有广泛应用。大通道碎石通常可能伴有出血、肾脏裂伤等并发症, 为了减少并发症的发生率, 临床工作中多采用 MPCNL, 但微创通道可能存在碎石速度慢、手术时间长、结石排不干净等问题, 所以, 微创通道经常采用水压冲洗加取石钳夹出结石的办法取出结石。为了提高碎石效率, 缩短手术时间, 本院将负压吸引用于 MPCNL 手术中, 现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 5 月至 2014 年 5 月本院行 MPCNL 的患者 158 例, 按照手术方式的不同分为 2 组, 试验组 85 例, 对照组 73 例。所有病例均完善泌尿系统 B 超、静脉尿路造影(IVU)或泌尿系统平扫增强+三维重建(CTU)检查以确定结石位置、大小及积水等情况, 术前完善心电图、胸片、肝肾功能、血常规、凝血功能、尿常规、尿培养等检查, 明确有手术适应证, 无明显手术禁忌证。试验组年龄 19~75 岁, 平均(47±10)岁; 左侧 43 例, 右侧 37 例, 双侧 5 例; 结石大小约 1.2~4.3 cm, 平均(2.7±1.1)cm。肾结石 70 例, 输尿管上段结石 15 例。对照组年龄 20~78 岁, 平均(49±9)岁; 左侧 36 例, 右侧 31 例, 双侧 6 例; 结石大小约 1.0~4.1 cm, 平均(2.5±0.9)cm。肾结石 65 例, 输尿管上段结石 8 例。

1.2 方法 患者在腰硬联合麻醉或全身麻醉下行 MPCNL。患者取截石位, 输尿管镜下手术侧逆行插入 5 F 输尿管导至肾盂或者输尿管结石处, 再改俯卧位。2 组均在超声定位下穿刺目标肾盏, 见穿刺针有尿液后, 经穿刺针置入 0.032 英寸斑马导丝, 用小尖刀沿针鞘切开皮肤和筋膜, 退出针鞘。沿着导丝置入筋膜扩张器, 逐步扩张至 16~18 F, 留置 16 F 的 Peel-away 鞘, 建立经皮肾通道, 8/9.8 F 输尿管镜直视下采用钬激光碎石。试验组在碎石过程中采用负压吸引在 Peel-away 鞘口

吸引, 或用吸引器在 Peel-away 鞘通道中将结石吸出。对照组采用取石钳及水压冲洗下取石。2 组方法手术均顺利, 术毕放置 5 F 双 J 管, 术毕留置 16 F 肾造瘘管。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据处理及统计学分析, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料采用百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

共行 169 例次取石术, 试验组 85 例共进行 90 例次单侧手术, 手术时间 50~150 min, 平均手术时间(76±17)min, 术后发生并发症 5 例, 并发术中、术后出血 3 例, 术后感染 2 例; 对照组 73 例共进行 79 例次单侧手术, 平均手术时间 65~180 min, 平均手术时间(89±19)min, 术后并发症 5 例, 并发术中、术后出血 2 例, 术后感染 3 例。无气胸及肠管损伤。2 组患者出现并发症经保守治疗后均痊愈出院。经统计学分析, 2 组手术时间比较, 差异有统计学意义($t=4.675, P<0.05$); 2 组患者并发症发生率分别为 5.88%、6.84%, 差异无统计学意义($\chi^2=0.062, P>0.05$)。

3 讨论

MPCNL 治疗肾结石及输尿管上段结石方面具有创伤小、恢复快等优点, 是目前治疗肾结石的主要方法。传统的标准通道经皮肾镜取石术易导致出血及肾脏撕裂伤, 而 MPCNL 因通道小, 术中、术后出血等并发症较低, 但是由于通道较小, 排石慢而受到一定限制, 通常采用的方法是将结石击碎后, 利用灌注泵的高压脉冲水流将结石从 Peel-away 鞘中冲洗出来, 较大结石通过异物钳取出^[1-3]。该方法取石较单纯异物钳取石效果有所提高, 但是比负压吸引取石效率低。本研究主要通过比较 2 组患者的手术时间及并发症, 探讨负压吸引联合钬激光在 MPCNL 中的应用。钬激光的优势在于能将结石粉末化击碎,

[△] 通讯作者, E-mail: 530393353@qq.com.