

能力。共情护理是护患沟通的一种精髓,它可以让医护人员通过倾听患者的诉说,确切了解患者的内心的思维及情感,并且通过自身的经验及知识,对患者的情感、人格及经历进行正确的分析,使患者感受到被关爱理解,从而获得情感上的满足^[12]。本研究中,观察组患者的关心与爱护评分、服务与技术评分、环境与指导评分及护理满意度总分评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者的 HAMD 减分与 SDS 减分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者的社会兴趣评分、社会能力评分、个人卫生情况评分及抑郁评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,对抑郁症患者实施共情护理,能够提高患者的临床满意度,缓解其抑郁情绪,并且可以改善其生活质量,值得临床大力推广应用。

参考文献

[1] 戴奕仙,王皎华,张梅. 抑郁症自杀未遂患者心理护理干预效果分析[J]. 中国公共卫生,2012,28(4):544-545.

[2] 向燕卿,张德源,彭文平,等. 心理干预在抑郁症患者康复护理中的应用效果[J]. 重庆医学,2013,42(31):3846-3847.

[3] 蔺桂瑞. 共情使用中的误区及共情能力的提高[J]. 中国心理卫生杂志,2010,24(6):409-410.

[4] 陈付英,刘志华,邱艳芬. 共情护理在肝移植受体患者中

的应用[J]. 护士进修杂志,2011,26(14):1319-1320.

[5] 段思羽,赵庆华. 中风后抑郁症的中医护理干预疗效探析[J]. 时珍国医国药,2012,23(7):1842-1843.

[6] 向燕卿,盛久灵,张德源. 延续性护理干预对抑郁症患者治疗依从性的影响[J]. 现代预防医学,2014,41(4):678-680.

[7] 高颖,陶筱琴. 团体心理治疗技术在抑郁症护理中的应用[J]. 江苏医药,2012,38(18):2226-2227.

[8] 廖震华,王文强,丁丽君,等. 社区重性抑郁障碍患者自杀相关特征及影响因素研究[J]. 中国全科医学,2014,17(20):2300-2305.

[9] 万向军,刘红艺,王立新,等. 脑卒中后抑郁症患者 102 例多元心理护理[J]. 中国老年学杂志,2011,31(10):1855-1857.

[10] 郑彩霞. 老年病诱发抑郁症患者的心理疏导与精神护理[J]. 广东医学,2013,34(17):2745-2747.

[11] 杨晓梅,唐金凤,葛晓红,等. 老年 COPD 合并抑郁症患者心理护理干预的研究[J]. 山东医药,2010,50(24):32.

[12] 罗维,瞿广素. 护理心理干预对慢性心力衰竭合并抑郁症患者心功能及生活质量的影响[J]. 第三军医大学学报,2012,34(18):1918-1919.

(收稿日期:2015-06-25 修回日期:2015-10-12)

• 临床探讨 •

保温干预对经腹全子宫切除术患者围术期相关指标的影响

韩宇洲,贺 敏,郜恋恋(中国石油天然气集团公司中心医院妇产科,河北廊坊 065000)

【摘要】 目的 探讨保温干预对经腹全子宫切除术患者围术期相关指标的影响。**方法** 选取 2013 年 5 月至 2014 年 12 月本院行经腹全子宫切除术的患者 348 例,随机分为常规护理组和保温干预组各 174 例,其中保温干预组在常规护理组的基础上采用综合保温干预。比较两组患者围术期相关临床观察指标、生命体征、寒战、术中低温及术后发热发生率的差异。**结果** 两组患者的麻醉时间、手术时间、术中输血量、术中冲洗量、尿量、苏醒时间及术后 24 h 引流量比较,差异均具有统计学意义($P<0.05$);常规护理组患者的收缩压、舒张压、体温及心率随着手术的进行波动明显,差异有统计学意义($P<0.05$),而保温干预组患者则保持相对稳定,差异无统计学意义($P>0.05$);保温干预组的寒战反应、术中低温及术后发热明显少于常规护理组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 保温干预能够有效降低经腹全子宫切除术患者围术期低温、寒战、术后发热发生率,有效稳定患者的生命体征,降低手术风险,促进手术伤口愈合。

【关键词】 保温干预; 经腹全子宫切除术; 围术期; 生命体征
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.05.034 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)05-0661-03

子宫作为女性孕育胎儿的产所,在生活中具有特殊的生理意义和精神意义。随着子宫腺肌症、子宫肌瘤、子宫内膜癌等的发病率逐年上升,全子宫切除术已成一种重要的妇科治疗手段^[1]。其中,经腹全子宫切除术患者常因体液流失、术时长等综合因素影响,导致体温变化过快,进而影响患者的心脏功能、基础代谢等。体温作为人重要的生命体征,保证了机体各项生理功能的维持。低体温出现可以引起药物代谢缓慢、苏醒延迟、呼吸抑制,严重者甚至发生心功能异常。在手术过程中,50%~70%患者会出现低体温(腋温小于 36℃)的现象,对患者采取适当的保温措施对患者有很大影响^[2]。因此,本研究对 174 名经腹全子宫切除术患者进行综合保温干预,观察其对经

腹全子宫切除术患者围术期相关指标的影响,为临床预防低体温、稳定患者生命体征提供一定的理论依据,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月至 2014 年 12 月本院行经腹全子宫切除术的患者作为研究对象。入选标准:(1)具备行经腹全子宫切除术的手术指征,患者病种不限;(2)经医院伦理学委员会批准,患者知情同意,自愿接受综合保温干预。排除标准:(1)术前合并各种感染的患者;(2)患有高血压、糖尿病等基础疾病的患者;(3)合并有心血管、肝、肾和血液系统等严重原发性疾病的患者。共纳入 348 例行经腹全子宫切除术

的患者,按随机数字表法分为常规护理组和保温干预组各 174 例。其中常规护理组年龄 42~65 岁,平均(56.24±9.45)岁;最高学历:小学 48 例,初中 38 例,高中 52 例,大学及以上 36 例;手术病种:子宫肌瘤 98 例,子宫内膜癌 42 例,子宫腺肌症 34 例;术前收缩压(125±19) mm Hg,舒张压(84±12) mm Hg,体温(36.3±0.3)℃,心率(92±9.8)次/分。保温干预组年龄 40~64 岁,平均(55.24±9.25)岁;文化程度:小学 50 例,初中 42 例,高中 49 例,大学及以上 33 例;手术病种:子宫肌瘤 96 例,子宫内膜癌 45 例,子宫腺肌症 33 例;手术开始时收缩压(128±18) mm Hg,舒张压(86±14) mm Hg,体温(36.5±0.4)℃,心率(90±8.4)次/分。两组患者的年龄、最高学历、手术病种、术前收缩压、舒张压、体温及心率经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 产生低温的原因及查询求证 (1)术前保温条件欠佳,加之禁食禁饮,造成低体温;(2)全身麻醉可以在一定程度抑制体温调节中枢,机体应激让体内热量丢失严重,如果没有及时采取措施,会造成体温骤降。除此之外,肌松剂阻断骨骼肌寒战产热和机械通气,导致呼吸道散热约 10%,导致低温^[3];(3)术中室内低温环境、身体裸露、皮肤消毒、开放体腔、使用常温消毒液、冲洗液、常温血液等都会导致低温,研究显示输注 1 U 库存血或 1 000 mL 室温液体,可以导致患者体温平均下降 0.25℃^[4];(4)当机体感到寒冷时,会通过分解脂肪产生热能,导致耗氧量增加,产生更多的 CO₂,很快发生代谢性酸中毒,皮肤血管收缩能力下降,维持体温能力会更差。

1.2.2 护理干预 常规护理组给予一般的常规护理措施,保温干预组在此基础上采用综合保温干预。术前:患者待时空腹时间超过 10 h 者,遵医嘱给予 5%葡萄糖静脉输注,补充热量;患者进入手术室等候时,为其提供保温毯。术中:术间室温维持在 22~24℃,冲洗液、输注液体和血液均通过变温器加热,保证为 35~37℃;患者使用保温毯,肩部放置保暖垫,加盖棉被,直到手术结束。吸入麻醉和机控呼吸时,麻醉医师采用循环紧闭合^[5]。术后:回病房途中以及在病房时给予头部、身体棉被覆盖;交接班、翻身或进行其他暴露性操作时保证患者暴露部位尽可能最少;当患者允许喝水时一定要保证水温不能低于 40℃。

1.3 观察指标 分别记录两组患者围术期临床观察指标,如

麻醉时间、手术时间、术中输血量、术中冲洗量、尿量、苏醒时间、术后 24 h 引流量、两组患者不同时间段的生命体征(T、BP、R)变化及两组患者围术期寒战、术中低温、术后发热发生率。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件对数据进行处理及统计学分析,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

2.1 两组患者围术期临床观察指标比较分析 比较两组患者的麻醉时间、手术时间、术中输血量、术中冲洗量、尿量、苏醒时间及术后 24 h 引流量。其中保温干预组的麻醉时间、手术时间和苏醒时间明显少于常规护理组,且术中输血量、术中冲洗量、尿量及术后 24 h 引流量明显少于常规护理组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者围术期不同时间段生命体征比较分析 常规护理组和保温干预组患者的收缩压、舒张压、体温及心率在入室时的比较差异无统计学意义($P>0.05$)。随着手术的进行,常规护理组患者的收缩压、舒张压、体温及心率波动明显,差异有统计学意义($P<0.05$);而保温干预组患者的收缩压、舒张压、体温及心率保持相对稳定,差异无统计学意义($P>0.05$)。常规护理组和保温干预组患者的收缩压、舒张压、体温及心率在消毒时、术中 1 h 及术后 24 h 时,两组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者围术期临床观察指标比较($\bar{x}\pm s$)

项目	常规护理组 (<i>n</i> =174)	保温干预组 (<i>n</i> =174)	<i>t</i>	<i>P</i>
麻醉时间(min)	98.35±17.03	82.78±12.45	2.14	<0.05
手术时间(min)	98.04±16.45	81.52±12.32	2.18	<0.05
术中输血量(mL)	946.78±56.66	812.32±52.78	2.31	<0.05
术中冲洗量(mL)	452.33±36.23	401.23±22.23	2.35	<0.05
尿量(mL)	256.52±23.87	201.45±21.23	3.67	<0.05
苏醒时间(min)	15.67±4.12	8.35±2.12	4.53	<0.05
术后 24 h 引流量(mL)	332.65±25.89	252.34±16.78	3.48	<0.05

表 2 两组患者围术期不同时间段生命体征比较($\bar{x}\pm s$)

项目	组别	<i>n</i>	入室时	消毒时	术中 1 h	术后 24 h	<i>F</i>	<i>P</i>
收缩压(mm Hg)	常规护理组	174	125.0±19.0	147.0±26.0	141.0±22.0	136.0±19.0	5.42	0.00
	保温干预组	174	128.0±18.0	124.0±20.0 [#]	120.0±16.0 [#]	126.0±20.0 [#]	0.49	0.63
舒张压(mm Hg)	常规护理组	174	84.0±12.0	98.0±17.0	92.0±10.0	95.0±15.0	5.21	0.00
	保温干预组	174	86.0±14.0	92.0±16.0 [#]	89.0±13.0 [#]	86.0±12.0 [#]	0.77	0.58
体温(℃)	常规护理组	174	36.3±0.3	35.5±0.4	34.1±0.5	37.1±0.4	98.70	0.00
	保温干预组	174	36.5±0.4	36.4±0.3 [#]	36.2±0.5 [#]	36.3±0.3 [#]	0.94	0.42
心率(次/分)	常规护理组	174	92.0±9.8	108.0±10.2	99.0±10.7	98.0±9.6	11.16	0.00
	保温干预组	174	90.0±8.4	92.0±9.4 [#]	93.0±8.7 [#]	91.0±8.6 [#]	1.77	0.18

注:与常规护理组比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 两组患者围术期寒战、术中低温、术后发热发生率比较

保温干预组的寒战反应、术中低温及术后发热明显少于常规护

理组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者围术期寒战、术中低温、术后发热发生率比较[n(%)]

组别	n	寒战反应	低温低于 36 ℃	低温低于 35 ℃	外感发热反应
常规护理组	174	61(35.06)	70(40.23)	113(64.94)	127(72.99)
保温干预组	174	9(5.17)	12(6.90)	4(2.30)	32(18.39)
χ^2		6.63	5.73	28.84	5.23
P		0.00	0.00	0.00	0.00

3 讨 论

低温是围手术期一种继发的病理表现,据报道有 50%~80% 的成年患者可发生术后低体温^[6-7]。术中低体温使手术中机体代谢明显加速,患者机体能量消耗大幅增加,继而出现寒战、体温升高、心率加快等一系列失代偿表现,影响患者的手术质量及术后恢复^[8-9]。研究显示,对患者进行围手术期综合保温干预,能明显提高手术效率,增加手术成功率,缩短住院时间。本研究以全子宫切除术患者为例,术中保温干预措施的实施明显缩短了麻醉时间、手术时间,患者术中输血量、冲洗量、尿量及术后 24 h 引流量也均减少,且术中保温措施的实施使患者术后麻醉苏醒时间大大缩短。

本研究对经腹全子宫切除术患者围术期不同时间段的生命体征进行比较,较常规护理组,保温干预组患者的收缩压、舒张压、体温及心率更为稳定,进入手术室直至术后 24 h,生命体征测量起伏不明显,组内差异无统计学意义($P>0.05$)。其原因可能为:术中保温能缓解因麻醉药品造成的体温调节中枢受抑制的情况;避免因低温引起的交感神经兴奋,进而使去甲肾上腺素水平增加而引起心血管疾病相关症状的发生;解决因术中血制品、液体温度低于体温而造成的体温下降、环境温度过低等因素引发的机体热平衡打破现象。

综合保温措施能降低术中低体温的发生率、寒战发生率及发热的发生率,减少术后感染等多种并发症的发生^[10]。通过术前手术室温度的调节(22~24 ℃),预加温术中所需血制品、液体,术中加盖棉被,放置肩部保暖垫,使用变温毯,输入预加

温后的液体等措施,能有效防止术中低体温的发生。本研究综合应用各项保温措施,集观察、监测、调节于一体,动态稳定经腹全子宫切除术患者体温。

综上所述,保温干预能有效稳定经腹全子宫切除术患者围术期的生命体征,降低术中低体温、寒战及术后发热的发生率,进而提高手术效率,促进患者康复。

参考文献

[1] 谢开梅. 不同方式的子宫切除术对子宫肌瘤患者生理心理影响的研究[J]. 中华现代妇产科学杂志, 2009, 6(1): 7-10.

[2] 张秀平, 任杰平. 手术中期患者低体温原因分析与护理研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2008, 14(16): 1833-1835.

[3] 王世泉, 王世端. 麻醉意外[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 180-206.

[4] 陈鹏. 术中保温对手术患者的影响[J]. 中国保健营养, 2014, 25(7): 4664-4665.

[5] 徐启明, 李文硕. 临床麻醉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 169.

[6] 敖兵, 何晓珍, 关惠军. 保温干预对老年腹部手术患者生命体征的影响[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(10): 781-783.

[7] 唐珊珊, 刘彦玲, 马卫青. 两种不同温度灌注液在经皮肾脏手术中的应用效果分析[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(13): 1196-1197.

[8] 汪苗琴. 剖宫产术中保温对前置胎盘患者出血的影响[J]. 中国妇幼保健, 2008, 23(7): 914-915.

[9] 黄丽, 何小云, 黄慧瑜, 等. 综合保温措施在 PACU 全麻术后预防寒战的效果分析[J]. 中国医学创新, 2014, 11(13): 122-124.

[10] 许力, 赵晶, 黄宇光, 等. 术中保温对患者核心体温的影响[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(16): 53-56.

(收稿日期: 2015-07-18 修回日期: 2015-09-28)

• 临床探讨 •

心理干预在造血干细胞移植中的应用

李玲琍, 陈美佳, 张 敏(四川大学华西医院血液科, 成都 610041)

【摘要】 目的 探讨心理干预在造血干细胞移植中的应用。方法 将 70 例造血干细胞移植患者按随机数字法分为对照组和研究组各 35 例。对照组按照移植传统常规护理, 研究组在常规护理基础上进行心理干预。根据两组造血干细胞移植患者遵医行为、疾病认知、服药依从性、饮食情况及患者满意度进行分析比较。结果 经过心理干预后, 研究组患者从遵医行为、疾病认知、服药依从性、预防感染、饮食情况、满意度方面明显好于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 心理干预能改善患者情绪, 保持乐观积极的态度主动配合医疗护理, 提高患者的依从性, 预防或减少并发症的发生, 提高移植成功率, 提高患者的生活质量。

【关键词】 心理干预; 造血干细胞移植; 应用
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 05. 035 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)05-0663-03

心理干预是指在心理学理论指导下有计划、有步骤地对特定对象的心理活动、行为问题或者个性特征施加影响, 使之发生朝预期目标变化的过程, 它包括心理治疗、心理咨询、心理康复、心理危机干预^[1]。造血干细胞移植通过大剂量放化疗或者

其他免疫抑制预处理, 清除受者体内肿瘤细胞及异常克隆细胞, 阻断发病机制, 然后把自体或异体造血干细胞移植给受者, 使受者重新建立正常的造血和免疫功能, 从而达到治疗目的。由于在移植过程中存在各种影响治疗效果的负面因素, 比如: