

表2 两组患者肛门排气时间比较(n)

组别	例数	12~24 h	25~48 h	49~72 h	>72h
观察组	80	18(22.5)	40(50.0)	14(17.5)	8(10.0)
对照组	80	4(5.0)	18(22.5)	30(37.5)	28(35.0)

注:两组肛门排气时间比较, $\chi^2 = 8.63, P < 0.05$

3 讨论

3.1 恶心、呕吐、腹胀是使用PCA常见的并发症,妇科肿瘤手术的病人因受麻醉药和切口刺激,解剖关系改变,部分腹壁神经损伤,胃肠神经抑制,而出现以恶心、腹胀、腹痛、肛门无排气排便、厌食等为主要表现的胃肠功能抑制症状^[2]。一般情况下,肠蠕动于术后12~24 h开始恢复,通常术后48~72 h恢复正常肠蠕动,一经排气,腹胀即可缓解^[3]。但是如果肠蠕动恢复迟缓,肛门不能及时排气,便会给患者造成新的痛苦,甚者并发肠梗阻、粘连、下腔静脉回流障碍,严重影响患者术后的身体恢复。胃肠道提前畅通,患者可提前进食,保证了营养的供给及药物的吸收,减少输液次数和药物用量,使患者早日康复的同时节约护理资源。因此,对妇科肿瘤手术后应用自控镇痛泵患者如何促进肠蠕动恢复、预防腹胀、提早排气,减少恶心、呕吐症状是我们护理工作的重点。本组病例采利用中药小茴香的药理特性,在术后6 h后进行腹部热敷。

3.2 中医认为“脾胃为后天之本,气血生化之源”,胃肠以通为用,以降为顺。手术后腹胀是因为手术本身的创伤,多为元气大伤,气血双亏,致气不能推动肠蠕动所致^[4]。上腹的中脘穴(位于脐上4寸)为任脉之会,有和胃健脾,降逆利水的功用,热补中脘可以温中散寒,补益气血,扶正祛邪,刺激之可促进胃肠功能运动^[5]。神阙穴位于肚脐中央,为经络

三总枢,经气之汇海,冲、任、督三脉“同源而三歧”,皆交汇于脐,有温阳救逆,利水固脱的功用^[6]。中医理论认为:人体的功能调节中心在神阙,它具有“强壮固脱、回阳救逆、保健抗衰、补益元阳”的作用。

3.3 药熨属传统中医疗法之一,利用温热和药物作用,以达到行气活血、散寒止痛、祛瘀消肿之目的^[7]。小茴香性温,味辛,有祛寒止痛,理气和胃作用,能减少恶心、呕吐的发生,而小茴香又有芳香走窜功效,使血管扩张有利于渗透至肠腔,刺激肠壁引起收缩,促进肠蠕动恢复。小茴香热熨于上腹部穴位,既有药物的本身功效,又使药之气味透过皮肤、经络达到温经通络,行气活血的作用,能增加病人的舒适感。同时,药熨通过热的作用原理可刺激局部深部体表毛细血管微循环改善,从而加速肠蠕动利于早期排气,预防腹胀。该法用药取材方便,操作简单,病人无痛苦,乐于接受,能有效预防术后腹胀,增加病人舒适感,体现护理工作预防为主的人性化理念,值得推广应用。

参考文献

- 1 吴在德. 外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2000:151.
- 2 范里莉,王恒林,王卓强,等. 镇痛泵治疗患者术后疼痛的效果观察与护理[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(19):35-37.
- 3 李学增. 外科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,1987:82.
- 4 周珊,周志光,钟新才. 四磨汤对腹部手术后肠功能恢复的疗效观察[J]. 湖南中医杂志,2005,21(4):46.
- 5 杨甲三. 针灸腧穴学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1989:417.
- 6 赵秋月,徐利仙,曹芬利. 神阙穴大黄贴敷促进胆囊切除术后肠蠕动效果观察[J]. 护理康复杂志,2004,6(3):421.
- 7 革新. 中医护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:7.

[收稿日期 2011-11-18][本文编辑 吕文娟 蓝斯琪]

护理研讨

需要层次理论在脑梗死患者护理中的实践体会

陆琼兰

作者单位: 535000 广西,钦州市第二人民医院神经内科

作者简介: 陆琼兰(1979-),女,大学专科,主管护师,研究方向:脑血管疾病护理。E-mail:luqionglan@126.com

[摘要] **目的** 探讨马斯洛的需要层次理论在脑梗死护理中的应用效果。**方法** 选2008-01~2011-01收住的100例脑梗死患者为实验组,根据疾病急、危重的特点以及患者在病情发展的各个阶段中不同的生理需求,应用马斯洛的需要层次理论为指导进行预见性护理;对照组为同期未应用马斯洛的需要层次论进行护

理的 100 例急性脑梗死病患者,对两组的护理效果进行比较分析。结果 实验组在住院日、基础护理质量、健康教育效果评价、患者意识和肢体功能恢复方面均优于对照组 ($P < 0.01$)。结论 通过运用马斯洛需要层次理论进行护理,提高了整体护理质量,丰富了整体护理内涵,效果良好。

[关键词] 脑梗死; 需要层次理论

[中图分类号] R 473.54 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2012)05-0463-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.05.28

脑梗死(cerebral infarction, CI)是缺血性卒中的总称,包括脑血栓形成、腔隙性脑梗死和脑栓塞等,约占全部脑卒中的 70%^[1]。近年来随生活水平提高和生活方式改变,该病发病率呈逐年上升且发病年龄提前,致残率、复发率和病死率较高。针对此病多发、急、危重及高致残的特点,我们应用马斯洛的需要层次理论,指导临床护理实践,收到了较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选 2008-01 ~ 2011-01 我科收住的脑梗死患者 100 例为实验组,其中男 67 例,女 33 例,年龄 42 ~ 88(57.3 ± 7.8)岁,其中脑血栓形成 58 例,脑栓塞 11 例,腔隙性脑梗死 31 例,所有患者经头颅 CT 或 MRI 证实。对照组为同期收治的经头颅 CT 或 MRI 证实的 100 例脑梗死患者,其中男 58 例,女 42 例,年龄为 43 ~ 84(55.2 ± 6.4)岁。两组患者性别、年龄等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组入住神经内科后按照一般常规护理,实验组入住后根据马斯洛的需要层次理论对患者按模式进行分层护理(见图 1)。

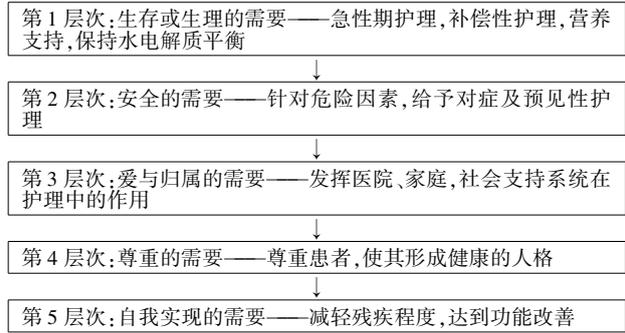


图 1 实验组分层护理

1.3 观察指标 观察比较两组患者的平均住院天数、基础护理质量评分、患者意识恢复时间、肢体功能恢复时间以及患者对健康教育相关知识的情况掌握。

1.4 统计学方法 应用 SPSS12.0 统计学软件进行统计学处理,计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,两组间比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察结果表明,实验组在平均住院日、基础护理质量评分、患者意识和肢体功能恢复时间、健康教育效果评价等方面均优于对照组 ($P < 0.01$)。见表 1,2。

表 1 两组四项观察指标的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院日(d)	基础护理质量评分(分)	患者意识恢复时间(d)	肢体功能恢复时间(d)
实验组	100	14.4 ± 3.4	94.6 ± 5.8	5.8 ± 2.5	13.8 ± 5.2
对照组	100	22.6 ± 6.2	82.5 ± 4.6	10.4 ± 5.3	8.4 ± 6.3
t	-	11.5966	16.3454	7.8498	6.6105
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

表 2 两组健康教育效果(患者对脑梗死相关知识掌握情况)比较 [$n(\%)$]

组别	例数	脑梗死知识		相关疾病对脑梗死影响		不良生活习惯对脑梗死影响		早期功能训练对脑梗死影响		用药知识对脑梗死预后影响	
		掌握	不掌握	掌握	不掌握	掌握	不掌握	掌握	不掌握	掌握	不掌握
实验组	100	91(91.0)	9(9.0)	84(84.0)	16(16.0)	93(93.0)	7(7.0)	92(92.0)	8(8.0)	88(88.0)	12(12.0)
对照组	100	70(70.0)	30(30.0)	72(72.0)	28(28.0)	81(81.0)	19(19.0)	78(78.0)	22(22.0)	73(73.0)	27(27.0)
χ^2	-	14.0468		4.1958		6.3660		7.6863		7.1667	
P	-	0.0002		0.0405		0.0116		0.0056		0.0074	

3 护理体会

3.1 急性期护理 (1)密切观察病情变化:监测脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔及肢体活动等变化,2~4 h观察并记录1次,如有异常及时纠正,注意观察病情有无进一步加重。(2)保持呼吸道通畅:持续吸氧,及时吸出呼吸道分泌物及呕吐物,保证有效的通气。(3)控制脑水肿:快速输注20%甘露醇及速尿等药物。(4)对高热患者予物理降温,头部置冰帽、冰枕,降低脑组织的代谢率及耗氧量,从而减轻脑水肿。(5)休息:脑血管病急性期时应绝对卧床休息,保持病室内整洁卫生、安静舒适、减少刺激,以利于健康恢复。

3.2 补偿性护理 患者生命体征平稳后,针对其不同程度的意识障碍和自理缺陷采取全补偿性或清醒患者提供部分补偿性护理,如保持病人床铺整洁干燥,每隔2h翻身、拍背1次,并让患者采取舒适的卧位,同时做好口腔护理、皮肤护理、大小便护理等,做到护理时间科学安排,保证病人得到充分的休息。

3.3 营养支持护理 病人入院后根据病情需要及早下胃管,鼻饲高蛋白、高维生素易消化的流食,4~6次/d,200 ml/次;温开水3~4次;每日静脉输血量控制在1 500~2 000 ml内,以免引起颅内压增高。清醒无吞咽障碍者给予清淡、富含纤维素低脂饮食。进食时应细嚼慢咽,每餐不宜过饱,注意蛋白质及营养物质的合理搭配。

3.4 安全护理 昏迷及神志不清的病人注意加用

床档,对躁动不安及谵妄者要用约束带,对合并有癫痫者应由专人护理,应用冰块物理降温者防止冻伤,神志清醒患者活动时防止摔伤及跌倒意外事件发生。

3.5 情感护理 人具有生物属性和社会属性,既是一个有生命的生物有机体,又是一个从属于社会的个体^[2],家庭是社会的细胞,疾病患者心情往往处于焦虑、孤独、急躁、绝望、悲观状态,需要周围的人用情感来呵护,对患者心理护理应采取针对性、个性化的方式进行,充分发挥家庭、社会支持系统的作用,使患者得到情感的满足。

3.6 康复期护理 随着病情稳定和好转,患者的愿望和人格需求亦会发生变化^[3],此时应根据患者不同的社会及家庭背景、性格、职业,指导做好心理健康教育,鼓励患者树立信心和提高心理承受能力^[4],积极开展功能训练,培养良好心理状态,从而早日重返工作岗位。

参考文献

- 1 王维治. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:134-135.
- 2 马玉华,李焱,宋云平,等. 军队医院老年脑血管病患者围出院期的护理干预[J]. 华北国防医药,2006,18(4):296-297.
- 3 郑少颜. 需要层次论在脑出血术后偏瘫患者康复中的临床应用[J]. 中国实用神经疾病杂志,2009,12(18):87-88.
- 4 李燕玲,邱贵凤,阮南楠,等. 住院脑卒中患者社会支持状况的调查分析[J]. 护理学杂志,2006,21(1):34-35.

[收稿日期 2011-09-19][本文编辑 吕文娟 韦颖]

护理研讨

术前特别心理干预对全麻患者麻醉效果的影响观察

廖丽宁

作者单位:531400 广西,平果县人民医院手术室

作者简介:廖丽宁(1973-),女,大学专科,主管护师,研究方向:手术室护理。E-mail:lyc5088@126.com

[摘要] **目的** 观察术前特别心理护理对全麻患者麻醉效果的影响。**方法** 将232例全麻手术患者分为心理干预组和对照组,对照组只给予常规心理护理,干预组在麻醉前除采取常规心理护理外,还进行特别心理干预。**结果** 特别心理干预后,干预组在发生担心麻醉、手术效果等方面焦虑情绪的发生率显著低于对照组($P < 0.01$)。麻醉手术时的血压、心率异常率较干预前显著降低($P < 0.01$)。**结论** 全麻患者术前应用特别