



• 临床护理 •

大隐静脉曲张围手术期的整体护理体会

周月红, 何霞, 戴静, 黄红梅^{通讯作者} (泰兴市第三人民医院, 225400)

摘要: **目的** 观察大隐静脉曲张围手术期的整体护理效果, 探讨其可行性。**方法** 选择泰兴市第三人民医院外科自 2013 年 2 月至 2015 年 12 月收治的 54 例大隐静脉曲张围手术期患者作为研究对象, 根据护理方法不同分为观察组和对照组, 每组 27 例。对照组进行围手术期护理和常规手术护理, 观察组在对照组的基础上进行整体护理。观察和比较两组患者术后康复情况、心理应激水平差异情况。**结果** 护理干预前, 两组患者 SDS 和 SAS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 干预后, 观察组 SDS 评分和 SAS 评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 术后观察组患者首次排气时间、术后静脉输液时间和进食时间均较对照组短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 大隐静脉曲张围手术期的整体护理干预可有效降低患者焦虑及抑郁水平, 提高患者术后康复能力, 其可行性值得临床推广。

关键词: 整体护理 大隐静脉曲张 围手术期

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 11-210-02

大隐静脉曲张是常见的下肢静脉曲张, 手术治疗是比较彻底的治疗方法之一, 常用高位结扎和下肢静脉曲张剥脱术的手术方式, 虽然手术方式成熟, 但是不同的护理干预措施常会引起不同的康复效果。为了探讨整体护理在大隐静脉曲张围手术期的可行性, 泰兴市第三人民医院选择 54 例大隐静脉曲张围手术期患者作为研究对象, 观察整体护理措施应用于大隐静脉曲张患者围手术期的应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择泰兴市第三人民医院外科自 2013 年 2 月至 2015 年 12 月收治的 54 例大隐静脉曲张围手术期患者作为研究对象, 其中男 38 例, 女 16 例; 年龄 36 ~ 75 岁, 平均 (53.5 ± 5.5) 岁; 病程 6 ~ 12 年, 平均 (8.5 ± 3.5) 年。患者均有肢体沉重乏力, 久站症状加重的情况, 抬高肢体或平卧时症状减轻, 查体可见大隐静脉迂曲扩张并超声定位。排除多器官功能障碍疾病患者、精神疾病患者、术前 1 年内有手术史者。根据护理干预方式不同, 将患者分为观察组和对照组, 每组 27 例。两组患者在性别、年龄、病程等一般资料方面相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 护理方法

2.1 对照组患者护理方法

行常规术前准备和围手术期护理干预, 包括: 检测生命体征; 护理人员及时通知主管医生, 向患者发放大隐静脉曲张健康教育手册, 记录详细的术前知识宣教, 协助患者完成各项辅助检查; 术前禁止饮食饮水, 按外科一般常规护理对患者进行干预, 术前一天晚上清淡饮食, 晚 12 点禁食、凌晨 4 点禁止饮水, 协助患者清洗患肢皮肤, 对手术肢体进行备皮预防术后伤口感染; 心理护理方面, 护理人员努力与患者建立良好的护患关系, 及时对患者存在的不良心理进行干预, 用热情、和蔼、耐心的态度回答患者及家属的提问, 消除患者及家属的顾虑, 积极配合治疗。

2.2 观察组患者护理方法

在此基础上进行整体护理干预, 具体包括:

2.2.1 优化麻醉方式 因为麻醉并不仅仅是为了镇痛, 还会对患者应激水平和术后康复产生影响, 常用的麻醉方式包括硬膜外麻醉、腰硬联合麻醉、腰麻, 术后去枕平卧 6 h, 监测患者生命体征, 并加强巡视, 着重观察患者肢端感觉、疼痛、肢体肿胀、温度和颜色等情况, 发现异常及时报告医师处理。

2.2.2 术后鼓励患者功能锻炼, 及时了解患者的思想情况。鼓励患者早期活动患肢, 与患者建立良好的护患关系, 对早期功能锻炼的目的、方法、重要性及注意事项进行详细

的说明, 让患者主动、积极的进行运动, 早期进行肢体活动有利于促进血液循环, 确保手术完善, 防止深静脉血栓的形成, 有利于患者康复。

2.2.3 加强营养和心理护理。均衡营养补给, 合理膳食, 多食新鲜蔬菜水果, 和高蛋白、高维生素的食物, 提高机体抵抗力, 禁食辛辣刺激食物, 注意摄取多种维生素和微量元素, 保持充分的水分摄入和大小便畅通, 不断提高机体免疫力, 促进伤口愈合^[1]。

2.3 观察指标

观察和比较两组患者术后康复情况、心理应激水平差异情况。患者心理应激指标包括抑郁和焦虑两部分, 分别采用焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 对患者的心理状况进行评价, 并采用术后首次排气时间、进食时间、静脉输液时间等进行比较。

2.4 统计学分析

采用 SPSS21.0 软件对数据资料进行分析, 计量资料采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 进行表示, $P < 0.05$ 时, 差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者干预前后 SDS 和 SAS 评分情况

护理干预前, 两组患者 SDS 和 SAS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 干预后, 观察组 SDS 评分和 SAS 评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组患者干预前后 SDS 和 SAS 评分情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前 SDS	干预前 SAS	干预后 SDS	干预后 SAS
观察组	27	22.6 ± 6.1*	28.1 ± 3.8*	67.2 ± 5.8 [△]	62.5 ± 5.1 [△]
对照组	27	23.4 ± 6.3	27.9 ± 5.2	31.5 ± 8.2	32.1 ± 4.3

注: 与对照组相比, * $P > 0.05$, [△] $P < 0.05$

3.2 两组患者术后康复水平情况

术后观察组患者首次排气时间、术后静脉输液时间和进食时间均较对照组短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2: 两组患者术后康复水平情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次排气时间 (h)	静脉输液时间 (h)	首次进食时间 (h)
观察组	27	3.14 ± 0.51*	4.61 ± 0.41*	4.52 ± 0.68*
对照组	27	4.48 ± 0.63	6.03 ± 0.57	6.61 ± 0.62

注: 与对照组相比, * $P < 0.05$

4 讨论

整体护理是一种护理行为的指导思想或称护理观念, 是以人为中心, 以现代护理观为指导, 以护理程序为基础框 (下转第 212 页)



妥善管理各种留置管道,并对其他可能感染的部位做好预防及控制,减少多重耐药菌感染情况。

3.3 加强教育培训

综合ICU应定期组织多重耐药菌相关培训,宣传多重耐药菌感染的相关危险因素、防控措施等,科室内部医护人员全部参与到培训当中,提高其对多重耐药菌的认识,并树立预防及控制意识,同时,培训中还应注意护理人员护理技能水平的提升,切实的做好防控工作^[3]。

3.4 严格执行无菌操作

诊治、护理患者过程中,应严格遵守无菌操作规范,避免操作过程中导致患者发生医院感染。诊治及护理时需要使用医疗用品时,尽量采用一次性的,如无一次性物品,可设置专用物品,如均无法满足,每次使用完成后应严格的按照消毒制度进行消毒^[4]。

3.5 加强患者耐药性监测

患者进入综合ICU病房中治疗后,部分患者需要长期的使用抗生素,而抗生素使用时间过长时,患者以发生耐药性,并形成新的多重耐药菌,护理人员应对患者的耐药性密切监测,在患者治疗期间,定期收集患者的痰液、血液等标本,进行病原学检查,了解病原菌情况,一旦发现多重耐药菌感染后,立即采取相应的措施予以处理,比如消毒、隔离患者等,避免感染扩散,保证其他患者安全^[5]。

3.6 做好环境卫生管理

ICU病房内收治的患者病种多种,病情复杂,病室内的环境较易受到污染,护理人员应每天做好消毒工作,勤通风换气,保证环境、空气清洁。定期换洗床单、被罩等,保证干燥、清洁。物品受到污染后,应在专门的位置进行处理。

综上所述,综合ICU病房中患者多重耐药菌感染发生率较高,不利于患者的治疗及恢复,且易发生多重耐药菌感染扩散,影响其他患者的住院安全,护理人员在给予患者护理过程中,应准确掌握引发多重耐药菌感染的相关危险因素,积极的预防,从自身、环境、患者等多个方面做好防控工作,减少多重耐药菌感染情况,促使患者尽早转出综合ICU病房,并早日康复,提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] 朱小美,唐艳琴.护理干预对预防多重耐药菌感染的效果分析[J].包头医学院学报,2015,13(12):77-78.
- [2] 徐权,陈宗宁,陈桂林等.重症监护病房多重耐药菌感染临床分析及护理干预[J].全科护理,2016,27(13):1369-1371.
- [3] 李琳,吴晓琴,徐莉.综合ICU多重耐药菌感染因素分析及防控策略[J].黑龙江医药,2014,24(05):1195-1197.
- [4] 张淑敏,朱熠,庄建文等.实施干预对综合ICU多重耐药菌医院感染及成本效益影响分析[J].兵团医学,2014,22(04):45-47.
- [5] 游明春,潘海芳,胡艳红.集束干预策略在预防ICU多重耐药菌感染中的应用分析[J].当代医学,2015,15(30):96-97.

(上接第209页)

以情志调护,能够促进患者的康复^[4]。在本组研究中,观察组患者在中医护理干预后,各项遵医行为评分都显著高于对照组,血糖控制的FPG、2hPG、HbA1c指标也明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明中医护理干预能够提高老年糖尿病患者遵医行为和血糖控制水平。

综上所述,老年糖尿病患者通过中医护理干预后,其遵医行为得到显著改善,血糖控制效果理想,患者生活质量大幅度提升,应当加强中医护理干预的推广运用。

参考文献

- [1] 王馨.中医护理干预对老年糖尿病患者遵医行为和血糖控制的影响[J].糖尿病新世界,2016,19(1):181-183.
- [2] 梁美明.中医护理干预对老年糖尿病患者遵医行为和血糖控制的影响[J].中医临床研究,2016,8(13):139-140.
- [3] 黄素君.中医护理干预对老年2型糖尿病患者血糖控制效果的影响[J].中华现代护理杂志,2014,20(9):1070-1072.
- [4] 刘红瑞,高芬,程荣等.护理干预对老年2型糖尿病患者血糖的影响[J].黑龙江中医药,2013,42(6):59-60.

(上接第210页)

架,并且把护理程序系统化地运用到临床护理和护理管理中去的指导思想,其目标是根据人的生理、心理、社会、文化、精神等多方面的需要,提供适合人的最佳护理。

本研究整体护理干预是根据术前、术中和术后的各阶段广泛运用经实践证明的方法,以减少患者应激反应和并发症的方法,可促进患者改善预后,提高康复能力。其研究结果显示:大隐静脉曲张围手术期的整体护理干预可缓解患者不良心理情绪,促进患者术后康复,尤其是对大隐静脉曲张围手术期患者的康复具有显著促进作用。

我们对两种不同的护理干预进行了回顾性分析,并通过与传统的围手术期护理干预对比,可以看出整体护理干预措施具有以下优势:(1)完备的健康教育。强调充分履行告知义务和健康宣教责任,告知患者术后各环节的注意事项,大量的临床试验证明,心理因素是患者康复的独立影响因素,直接影响患者的康复^[2]。(2)麻醉过程中尽可能减少阿片类镇痛药物,通过减少手术中呼吸机的使用以达到减少应激的目的,如进行全麻,可使用起效快、时间短的麻醉剂,以确保患者尽快苏醒,开展早期康复锻炼^[3]。(3)充分的心理护

理和疼痛处理。患者由于初次面临陌生的医院环境或手术后内心很脆弱,需要家属及医护人员的安慰,通过语言和行为的唤醒、告知和安抚可以让患者安心养病,减少不良应激,疼痛是最直接的、不能忍受的应激反应,会导致患者的心率失常、心跳加速和呕吐恶心等反应,减慢蛋白质合成代谢速度,影响手术刀口的愈合和患者的康复,有效止痛可降低患者外科术后各种并发症的发生率^[4]。

综上所述,大隐静脉曲张围手术期的整体护理干预可有效降低患者焦虑及抑郁水平,提高患者术后康复能力,其可行性值得临床推广。

参考文献

- [1] 沈海因.临床路径在大隐静脉曲张高位结扎加点式抽剥术应用中的护理体会[J].浙江创伤外科,2014,19(6):1057-1058.
- [2] 郭军.临床护理路径在下肢大隐静脉曲张患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2013,19(18):85-86.
- [3] 尹桂萍.大隐静脉曲张临床路径管理中的诊治护理体会[J].黑龙江医药,2013,(4):690-691.
- [4] 蔡红莲.中西医结合治疗大隐静脉曲张合并溃疡患者的围手术期护理[J].中国实用护理杂志:下旬版,2012,28(12):39-40.