

- [6] 杨凡,李德生. 术前呼吸功能锻炼对肺癌剖胸手术患者肺功能影响[J]. 中国实用医药,2011,6(31):131-132.
- [7] 郑素林,陈金萍. 呼吸功能锻炼对肺癌术后胸腔闭式引流管置管天数的影响[J]. 医药前沿,2013(2):176-177.
- [8] 吴莉莉,陈福春. 临床护理路径对肺癌术后患者护理效果的影响[J]. 中国基层医药,2011,18(11):1564-1565.
- [9] 赵艾君,郑贺根. 术前呼吸功能锻炼对中老年肺癌术后患者生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志,2013,33(21):5417-5418.
- [10] 靳海荣. 老年肺癌患者术后肺部并发症原因分析及围手术期的护理干预[J]. 实用临床医药杂志,2011,15(10):1-2,5.

收稿日期:2015-01-18 编辑:王国品

· 护 理 ·

术前适应性训练对手术患者负性情绪和术后疼痛感的影响

穆蕾

解放军总医院普通外科,北京 100853

摘要: 目的 探讨术前适应性训练在改善外科手术患者负性情绪及降低术后疼痛感中的作用。方法 将 2012 年 1 月至 2013 年 12 月 80 例择期手术患者随机分为观察组及对照组,各 40 例。对照组患者术前采用常规护理,观察组患者术前在常规护理基础上采用适应性训练。于干预前后采用焦虑自评表(SAS)、抑郁自评表(SDS)对患者负性情绪进行测评。分别于术后 1、12、24、48 h 采用视觉模拟评分表(VAS)对患者疼痛感进行测量。评价两组患者术后并发症发生率及满意率。结果 观察组患者干预后 SAS 评分、SDS 评分显著低于对照组(P 均 < 0.01),术后 1、12、24、48 h VAS 评分显著低于对照组(P 均 < 0.05);术后并发症发生率与对照组比较无统计学差异($P > 0.05$),但患者满意率明显高于对照组($P < 0.05$)。结论 对外科手术患者术前行适应性训练可有效改善患者负性情绪及术后疼痛感,促进患者康复。

关键词: 术前适应性训练; 负性情绪; 术后疼痛; 焦虑自评表; 抑郁自评表; 视觉模拟评分表

中图分类号: R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0675-03

外科手术作为创伤性治疗,患者术前易出现焦虑、抑郁、失眠、烦躁等心理应激性反应,并引起身体不适^[1]。术后疼痛是外科手术患者常见的临床症状,其可加重患者焦虑、恐惧心理,引起中枢神经兴奋,增加体内儿茶酚胺的分泌,导致痛阈下降,加剧疼痛感,影响患者康复^[2]。相关研究指出,术前对患者行适应性训练可提高患者对手术的认识,改善焦虑、抑郁情绪,减轻术后疼痛感^[3]。为此,我们对外科手术患者应用术前适应性训练,并观察其对患者负性情绪和术后疼痛感的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2013 年 12 月本院普外科收治的 80 例患者为研究对象,入组标准:(1)择期手术患者;(2)术前均无凝血功能障碍、精神障碍;(3)心、肝、肾等脏器功能正常;(4)术前血压控制在正常范围;(5)术前具备一定的生活自理能力;

(6)均签署知情同意书。其中男 48 例,女 32 例;年龄 18~82 岁,平均(58.32±4.12)岁。病因:外伤 26 例,甲状腺囊肿 24 例,腹股沟疝 12 例,乳腺囊肿 10 例,胆囊炎 8 例。根据随机数字表将患者分为观察组及对照组,各 40 例。两组患者术前焦虑自评表(SAS)及抑郁自评表(SDS)评分比较,差异无统计学意义(P 均 > 0.05),见表 1。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 术前行常规护理,对患者做好影像学、血常规、生化指标检查,做好术前准备及健康宣教。

1.2.2 观察组 术前由责任护士动作示范、口头讲解行适应性训练,具体内容如下。(1)心理护理:除了向患者讲述手术内容、目的及注意事项外,术前还可通过多媒体让患者生动直观地认识手术过程,消除患者焦虑、紧张的情绪,同时给予患者支持及鼓励,树立其治愈疾病的信心。(2)床上大小便训练:由于患者术后均需要绝对卧床休息,给排便带来不便,增加尿潴留发生风险。因此术前即 2 d 开始训练患者床上排便,并告知床上排便注意事项。(3)呼气-吸气

训练:术前 1 d 让患者练习深呼吸及咳嗽,有助于维持患者血压稳定及术后插管护理。(4)肢体制动训练:对患者肢体制动进行训练以提高患者术后适应性。外科患者由于手术创伤均需要行肢体制动。患者制动或伸直时间 > 6 h 后可通过平移、左右轻微旋转、小腿自然放松、取健侧卧位或者自由屈伸等活动减轻身体不适,提高患者的舒适度。

1.3 评价指标 (1)负性情绪:于干预前后采用 SAS 及 SDS 对两组患者心理状况进行评价,SAS 及 SDS 评分均为 0~100 分,>50 分为阳性,分值越高,患者焦虑或抑郁情绪越显著^[4]。(2)疼痛:术后 1、12、24、48 h 采用视觉模拟评分表(VAS)对患者疼痛感进行测量,总分为 0~10 分,0 分为无痛,10 分为剧痛,分值越高患者疼痛感越强烈^[5]。(3)满意率:采用患者满意度评分表进行评价,总分为 100 分,>90 分为满意。

表 1 两组患者干预前后负性情绪比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	65.28 ± 5.82	49.63 ± 12.24 ^a	63.89 ± 4.29	39.84 ± 11.46 ^a
对照组	40	64.92 ± 4.98	55.42 ± 4.49 ^a	64.96 ± 5.22	52.39 ± 10.02 ^a
P 值		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.01$ 。

表 2 两组患者术后疼痛 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后 1 h	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h
观察组	40	5.23 ± 0.85	4.78 ± 1.02	4.62 ± 1.14	4.12 ± 1.25
对照组	40	7.98 ± 1.02	7.12 ± 1.15	6.58 ± 1.21	6.89 ± 1.36
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组患者术后并发症及满意率比较 例(%)

组别	例数	并发症				满意率
		术后感染	血肿	尿潴留	腰部不适	
观察组	40	1(2.50)	2(5.00)	1(2.50)	1(2.50)	36(90.00)
对照组	40	4(10.00)	6(15.00)	5(12.50)	5(12.50)	28(70.00)
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

大量研究表明,手术患者术前不良情绪影响手术治疗效果^[6]。叶小帆^[7]的调查发现,影响外科手术患者术前焦虑、抑郁的原因包括患者对手术缺乏了解;术后疼痛程度;患者对术后康复、并发症及手术成功率的担心;医护人员及家属的关心程度等。因此,针对引起患者不良情绪的相关原因对患者采取针对性的护理措施可有效改善患者焦虑、抑郁的情绪。

适应性训练包括心理干预、卧位训练、功能锻炼、排尿训练等。术前向患者讲解手术过程及术后注意事项,提高患者对手术的认知水平,使患者有预期心理准备,可有效缓解患者紧张情绪,使患者血压及心

1.4 统计学分析 采用 SPSS 17.0 软件进行统计分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用配对 t 检验和成组 t 检验;计数资料采用率表示,采用 χ^2 检验和校正 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后负性情绪比较 观察组患者干预后 SAS 评分、SDS 评分显著低于对照组干预后,差异均有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 1。

2.2 两组患者术后疼痛 VAS 评分比较 观察组患者术后 1、12、24、48 h VAS 评分明显低于对照组,差异均有统计学意义(P 均 < 0.05)。见表 2。

2.3 两组患者术后并发症及满意率比较 两组术后并发症发生率比较无统计学差异($P > 0.05$),观察组患者满意率高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

率维持在正常水平^[8]。术前行呼气-吸气训练能有效调节情绪,使患者血压及心率维持在平稳状态。本研究观察组患者干预后 SAS 评分、SDS 评分显著低于对照组干预后,结果与刘淑琴^[9]对冠状动脉手术患者应用术前适应性训练的结果一致,提示术前对患者行心理干预在改善患者焦虑、抑郁的情绪中的作用,有助于患者顺利完成手术。此外,术前心理干预可有效消除患者负性情绪,减轻患者术后疼痛感,本研究观察组患者术后 1、12、24、48 h VAS 评分显著低于对照组,结果与郭玉庆等^[10]报道一致。外科手术患者术后均需卧床休息,在床上完成排便,术前在床上对患者进行排尿练习可使患者术后能顺利排便,避免尿潴留的发生。患者术后数天需要绝对卧床休息,肢体长时间制动及压迫可导致术后出现腰背疼痛,术前对患者进行肢体制动训练可让其准确掌握活动方法,在术后能大胆、及时、熟练地变换体位,增加术后的舒适性。患者术后卧床制动或精神紧张可导致切口出血,从而导致局部血肿,术前肢体制动训练,适时改变体位可有效降低血肿发生率。观察组术后感染、血肿、尿潴留、腰部不适发生率较对照组有所降低,满意率明显高于对照组。

综上所述,对外科手术患者术前行适应性训练可

有效降低患者负性情绪及术后疼痛感,促进患者康复。

参考文献

- [1] 郑萍. 术前适应性训练对颈椎前路手术病人呼吸道并发症的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2011, 22(7): 871-872.
- [2] 赵永红. 外科择期手术患者心理状态调查及心理护理[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(12): 1504-1505.
- [3] 程乾顺. 外科手术患者围手术期管理探讨[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(8): 75-76.
- [4] 崔娜. 外科急腹症的术前护理[J]. 中国美容医学, 2011, 20(6): 231.
- [5] 王花云. 外科患者的护理干预方法及其护理疗效[J]. 中国实用

医药, 2011, 6(34): 196.

- [6] 纪之花. 心理干预用于外科手术患者术前护理效果观察[J]. 中国现代医药杂志, 2013, 15(2): 87-88.
- [7] 叶小帆. 泌尿外科术前护理风险管理对预防术后出血的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(18): 2197-2199.
- [8] 李影, 于井然. 中老年病人胸外科手术前护理的探讨[J]. 中国社区医师(医学专业), 2011, 13(27): 304.
- [9] 刘淑琴. 手术患者术前护理[J]. 中国实用医药, 2013, 8(18): 224-225.
- [10] 郭玉庆, 王晓燕, 娄佳. 护理路径在腹腔镜胃癌术前护理中应用[J]. 中国当代医药, 2011, 18(17): 154.

收稿日期: 2015-01-01 编辑: 王国品

· 护 理 ·

侧卧位、侧俯卧位护理干预在神经外科手术患者中的比较

刘凤, 白俊超, 刘琪

北京军区总医院附属八一脑科医院手术室, 北京 100700

摘要: **目的** 比较侧卧位、侧俯卧位护理干预在神经外科手术患者中的应用效果。**方法** 选择 2012 年 10 月至 2014 年 9 月收治的 92 例神经外科手术患者为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组(47 例)和对照组(45 例), 观察组给予侧俯卧位护理干预, 对照组给予侧卧位护理干预, 比较两组患者手术情况及并发症发生率。**结果** 两组患者在手术时间、麻醉时间及术中出血量方面比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。观察组手术体位摆放所需时间明显短于对照组[(12.15 ± 3.76) min vs (16.65 ± 3.97) min, $P < 0.01$]; 耳廓损伤、臂丛神经损伤及压疮发生率均明显低于对照组(4.26% vs 22.22%, $P < 0.01$; 2.13% vs 17.78%, $P < 0.05$; 4.26% vs 22.22%, $P < 0.01$)。**结论** 侧俯卧位护理干预可缩短体位摆放时间, 降低手术并发症, 提高手术治疗效果。

关键词: 侧卧位; 侧俯卧位; 神经外科手术; 并发症

中图分类号: R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0677-03

神经外科手术具有手术精细、操作复杂、手术耗时长的特点, 患者术中需要长时间固定体位, 局部组织长期受压, 加之麻醉、基础疾病及患者体重、年龄等因素的影响, 易导致患者皮肤压伤、神经系统及循环系统受损, 最常见的并发症包括压疮、臂丛神经损伤、耳廓压伤等, 影响患者术后顺利恢复^[1]。因而, 如何合理安置手术体位, 不仅是暴露手术视野及保证手术顺利进行的关键, 还是有效避免手术并发症的重要措施^[2]。近年来, 我院手术室结合实践经验及相关文献报道, 分别采取侧卧位、侧俯卧位护理干预对神经外科手术患者的手术体位进行比较研究, 旨在探讨一种合理有效且具有安全性的手术体位。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2012 年 10 月至 2014 年 9 月在本院手术室接受手术治疗的神经外科患者 92 例为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组(47 例)和对照组(45 例)。观察组: 男 28 例, 女 19 例; 年龄 21~65(39.62 ± 11.78) 岁; 体质量 51~90(67.96 ± 11.23) kg; 疾病类型: 椎管内肿瘤 11 例, 小脑半球肿瘤 10 例, 桥小脑角肿瘤 9 例, 顶枕部肿瘤 9 例, 颞枕部肿瘤 8 例。对照组: 男 27 例, 女 18 例; 年龄 23~67(40.25 ± 10.86) 岁; 体质量 49~89(67.32 ± 10.48) kg; 疾病类型: 小脑半球肿瘤 11 例, 椎管内肿瘤 10 例, 顶枕部肿瘤 9 例, 桥小脑角肿瘤 8 例, 颞枕部肿瘤 7 例。两组患者均由同一组资深手术医师及麻醉医