

全程系统化护理干预对膀胱全切原位回肠代膀胱术患者的效果观察

徐龙 喻月娥

中南大学湘雅三医院泌尿外科 湖南长沙 410000

[摘要]目的 分析探讨全程系统化护理干预对膀胱全切原位回肠代膀胱术患者的效果。**方法** 选取我院2014年3月至2016年2月收治的80例膀胱全切原位回肠代膀胱术患者作为研究对象,随机抽取红篮球分成实验组和对照组,每组各40例,实施常规护理的为对照组,实施全程系统化护理的为实验组,于护理结束后,比较两组的并发症发生率、睡眠质量评分、焦虑评分。**结果** 实验组的并发症发生率(3.33%)明显低于对照组(33.33%),差异具有统计学意义($P < 0.05$),具有统计学意义;实验组的睡眠质量评分和焦虑评分分别为(10.234.41)分和(30.0510.32)分,均优于对照组($P < 0.05$),差异具有统计学意义。**结论** 给予膀胱全切原位回肠代膀胱术患者全程系统化护理干预具有积极意义,可改善患者的睡眠质量,缓解患者的焦虑情绪,值得应用推广。

[关键词] 护理;膀胱全切;原位回肠代膀胱术

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2017)01-339-02

膀胱癌是泌尿系统常见的恶性肿瘤,对于深度浸润、局部切除术后肿瘤多次复发、膀胱三角区及颈部广基底肿瘤的膀胱癌患者,膀胱全切回肠代膀胱术是根治性膀胱切除尿路改道常用的手术方式,该术式创伤较大,并发症较多,而围手术期护理是术后快速康复的重要内容,直接影响患者术后生活质量^[1-2]。本院于2014年3月至2016年2月对80例膀胱癌患者行膀胱全切原位回肠代膀胱术,同时配合围术期全程系统化护理,取得了良好的治疗效果。现将手术配合及护理体会总结如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

通过红篮球抽取的方式将我院于2014年3月至2016年2月期间收治的80例膀胱癌患者分成实验组和对照组,每组均有患者40例。实验组30例患者的平均年龄为(65.09±10.21)岁(最大年龄为81岁,最小年龄为40岁),男性患者共18例,女性患者共12例,包括5例浸润性膀胱癌患者、15例多发性膀胱肿瘤患者及10例复发性膀胱肿瘤患者。对照组30例患者的平均年龄为(66.17±10.12)岁(最大年龄为80岁,最小年龄为43岁),男性患者共19例,女性患者共11例,包括6例浸润性膀胱癌患者、14例多发性膀胱肿瘤患者及10例复发性膀胱肿瘤患者。实验组和对照组患者的基线资料(年龄、性别)具有较好的均衡性($P > 0.05$),可用于研究对比中。

1.2 方法

对照组实施常规护理,包括健康宣教、饮食护理、引流管理、切口护理。

实验组实施全程系统化护理,包括认知干预、心理干预和行为干预,具体措施如下:(1)认知干预:观察组护士为患者建立个人档案,根据患者及其家属的文化程度和理解能力,制订个性化的系统性健康教育内容,包括膀胱癌基础知识、尿路改道相关知识、各种管道护理知识、肠道准备的意义、饮食原则、腹壁造瘘口自我护理等^[3]。责任护士每天进行健康教育2次,每次20min-30min,并随时解答患者及家属提出的问题。(2)心理干预:膀胱癌患者行膀胱全切、回肠膀胱术后引起的外观改变,会对患者造成严重的心理创伤^[4]。首先,护士通过和患者沟通,掌握其性格特征、文化程度、生活现状、家庭状况及宗教信仰等,了解患者不同时期的心理状态,根据患者的具体情况,制订相应的护理计划并逐步实施。让患者明白治疗的关键是具有战胜疾病的信心和良好的心态,要保持积极乐观的心态,坚持治疗疾病的信心。针对心理负担重的患者,可以辅以音乐等护理方法。此外,护士要争取家属的支持,在情感和生活上给予患者更多的关心和照顾^[5]。并且护士也要将自我护理技巧教给家属,帮助患者克服因小便改道而引起的生活不便。同时,还组织了同种疾病患者联谊活动,提供患者之间的平等交流,以增强战胜疾病的信心。(3)行为干预:①康复训练包括腹式呼吸训练、腹部按摩、体位护理和肢体功能锻炼。腹式呼吸训练:每小时进行深而大的腹式呼吸2-4次。腹部按摩:患者取半卧位,操作者双手并拢,以脐为中心,顺时针按摩,由轻而重,并避开切口,同时密切观察患者表情,如出现痛苦等表情时应立即暂

停,待症状缓解后再执行,每天2-3min。体位护理:协助患者1-2h更换卧位1次。肢体功能活动:双上肢上抬、外展,每次10遍,2-3次/d,双下肢伸直,将下肢抬起,大腿尽量朝向腹部屈,小腿尽量向大腿后屈,复位,每次10遍,2-3次/d^[6]。②饮食护理:肛门排气、胃管拔除后观察无腹胀、腹痛1d,进流质饮食,少量多餐,流质饮食5d后进软食,逐渐过渡到普食,并告知患者禁食豆制品和奶类食物,以防胃肠道胀气。进食期间观察呕吐、腹胀及排便情况。③造瘘口护理:长期佩戴腰侧尿袋,造瘘口周围皮肤、黏膜易充血、水肿、破溃甚至坏死,因此造口周围皮肤可涂氧化锌软膏加以保护,每次便后及更换尿袋时用温开水清洗、拭干,切忌使用各种消毒液以防刺激造瘘口皮肤引起干燥、皲裂^[7]。

1.3 观察指标

于护理结束后,对实验组和对照组患者的并发症发生率、睡眠质量评分、焦虑评分进行观察,并发症发生率、睡眠质量评分、焦虑评分均与护理效果呈反比关系。

睡眠质量评分使用PSQI量表^[8]进行评价,共19个自评题目,5个他评题目,总分在0-21分之间,得分越高,表示患者的睡眠质量越差。

焦虑评分使用焦虑自评量表^[9]进行评定,总分在0-100分之间,以50分作为判断患者是否存在焦虑情绪的临界值,无焦虑情绪说明得分在50分以下,有焦虑情绪说明得分在50分以上,得分越高,说明患者的焦虑情绪越严重。

并发症情况包括感染、出血、压疮等。

1.4 数据处理

并发症发生率、睡眠质量评分、焦虑评分使用SPSS19.0软件进行统计学处理和数据分析,以95%作为可信区间,焦虑评分和睡眠质量评分采用计量资料表示,使用t检验,并发症发生率使用计数资料表示,采用卡方检验,当两组患者的 $P < 0.05$ 时,代表两组患者经不同护理后的差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 并发症发生率

本研究结果表明,实验组的并发症发生率3.33%(2例感染)和对照组的并发症发生率33.33%(4例感染、3例出血、2例压疮)差异明显($P < 0.05$),具有统计学意义。

2.2 睡眠质量评分、焦虑评分

本研究结果表明,实验组的睡眠质量评分和焦虑评分分别为(10.23±4.41)分和(30.05±10.32)分,均优于对照组($P < 0.05$),差异具有统计学意义,具体详情如表1所示。

表1 实验组和对照组的睡眠质量评分和焦虑评分比较表(分)

组别	睡眠质量评分	焦虑评分
实验组(n=30)	10.23±4.41*	30.05±10.32*
对照组(n=30)	17.43±4.09	62.54±10.33

注:与对照组相较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

膀胱癌是临床较为常见的泌尿系统肿瘤,根治性膀胱全切原位回

肠代膀胱术是治疗膀胱癌的常见术式,但是该手术方法的创伤性较大,并发症较多,故在围手术期需要给予患者全程系统化护理干预^[10]。

全程系统化护理较好的符合了新时期的护理要求,该护理模式针对患者的疾病特点给予患者全面、系统的临床护理,主要目的在于改善患者的临床症状,进一步优化患者的生活质量,缓解患者的负性情绪。通过认知干预、心理干预和行为干预等一系列围手术期护理可进一步减少患者的并发症情况,改善患者的焦虑情绪和睡眠质量。

本研究结果表明,实验组的并发症发生率 3.33% 和对照组的并发症发生率 33.33% 差异明显,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);实验组的睡眠质量评分和焦虑评分分别为 (10.23±4.41) 分和 (30.05±10.32) 分,均优于对照组 ($P < 0.05$),差异具有统计学意义,进一步说明了全程系统化护理的有效性。

综上所述,给予膀胱全切原位回肠代膀胱术患者全程系统化护理干预具有积极意义,可改善患者的睡眠质量,缓解患者的焦虑情绪,值得应用推广。

[参考文献]

- [1] 朱月婷.膀胱全切原位回肠代膀胱术后各种导管的护理[J].国际护理学杂志,2013,32(5):971-972.
- [2] 董玉花,郝玲玲.循证护理对膀胱全切原位回肠代膀胱术患者尿瘘防治及生活质量的影响[J].中西医结合护理(中英文),2015,

1(4):77-80.

- [3] 钱玮.68例膀胱全切回肠原位新膀胱术围手术期护理[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志,2013,5(3):169-170.
- [4] 张爱华.膀胱全切原位回肠代膀胱术患者心理状况分析及护理干预[J].齐鲁护理杂志,2012(2012年02):14-15.
- [5] 陈香玉,邓贡香.腹腔镜下膀胱全切原位回肠代膀胱术患者健康教育需求调查分析与护理干预措施[J].临床心身疾病杂志,2015,21(22):168-169.
- [6] 田霞.膀胱全切回肠原位膀胱术 16 例的围手术期护理体会[J].中国医学创新,2012,9(18):61-62.
- [7] 苏志红.48例膀胱全切原位回肠代膀胱术的围手术期护理[J].中外医学研究,2011,9(24):86-87.
- [8] 冯月华,刘静,赵桂荣.膀胱全切回肠代膀胱术病人的围手术期护理[J].全科护理,2010,8(3):798-799.
- [9] 陈丽君,杨明.腹腔镜下膀胱全切原位回肠新膀胱术围手术期护理[J].现代实用医学,2014,26(5):637-638.
- [9] 史君,杨变樵.老年膀胱癌患者行膀胱全切原位回肠新膀胱术的围手术期护理[J].现代实用医学,2016,28(1):123-124.
- [10] 蓝有焕.膀胱全切回肠代膀胱术的围手术期护理[J].中国临床研究,2013(2013年10):1123-1124.

(上接第 336 页)

疼痛缓解所用时间均更短;观察组与对照组相比术后并发症的发生率更低,两组对比存在显著差异, $P < 0.05$ 。表明股骨远端骨折病人实施预见性护理程序可促进护理质量显著提升,提高治疗安全性与恢复效率,值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 熊喜双.预见性护理联合自我护理在胫骨平台骨折术后康复的

效果评价[J].中国实用护理杂志,2014,30(1):45-48.

- [2] 刘洋,刘秀秀.预见性护理模式在临床护理实践中运用的现状[J].全科护理,2015,13(19):1815-1817.
- [3] 牟秀华.预见性护理程序在骨科创伤患者护理中的应用[J].中国实用护理杂志,2012,28(14):16-18.
- [4] 蔡志辉.预见性护理在骨科护理中的应用[J].中国卫生产业,2013,3(4):54-55.

(上接第 337 页)

的健康教育,使得患者掌握疾病相关知识,了解到手术的过程和疾病的转归,真正做到了心中有数,从而降低患者紧张、焦虑、抑郁等负性情绪,提高患者对医护人员的满意度,和谐医患关系。通过研究表 1 结果显示,干预前,两组患者焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分比较无明显差异,经过干预后,实验组患者 SAS、SDS 明显低于对照组,数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$),而满意度明显高于对照组患者,数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4 结论

由此可见,健康教育临床路径对门诊手术患者中运用,可明显改善患者焦虑、抑郁状态,提高患者对护理的满意度,和谐医患关系,还能在患者出院后提供更多医疗支持,帮助患者其早日回归社会,值得推广运用。

[参考文献]

- [1] 肖瑞楣.健康教育在减轻门诊手术患者术前焦虑中的应用[J].齐鲁护理,2012,14(18):120-122.
- [2] 张爱群,应雅琴,朱小舟.护理干预对门诊手术患者焦虑情绪与疼痛的影响[J].中国实用护理杂志,2010,26(2):1.
- [3] 焦杨,蓝长安,胡华.甲状腺功能异常对患者焦虑、抑郁情绪的影响[J].重庆医科大学学报,2008,33(4):453-456.
- [4] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,2003:35-39.
- [5] 王小梅,刘刚,张素贞.门诊手术患者术前焦虑的护理干预效果分析[J].西部医学,2014,7(26):935-936.
- [6] 汪卫君.门诊病人开展健康教育的形式和方法[J].中华中西医杂志,2007,8(8):32.
- [7] 欧阳美平,桂筱玲,官林英.临床护理路径在 2 型糖尿病健康教育中的应用[J].护理实践与研究,2012,9(5):133-135.

(上接第 338 页)

在治疗过程中依从性较低,导致其治疗效果受到严重影响^[4]。因此,在对宫颈炎患者进行治疗的过程中必须要根据患者的实际情况采取合理的护理措施。

人性化护理是临床上常用的护理方式,其主要是根据患者的实际情况,充分考虑患者的感受,在患者治疗过程中为其提供全面的护理,在保证患者治疗效果的同时,让患者的自尊换个隐私得到较好的保护,从而提升患者的治疗依从性,让患者能够尽快恢复健康^[5]。

本研究对宫颈炎护理中人性化护理的应用效果进行分析,其中试验组患者的治疗效果明显高于对照组,两组数据相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。并且试验组患者的护理满意度明显高于对照组,两组数据相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明宫颈炎护理中人性

化护理的应用效果显著,值得在临床上推广使用。

[参考文献]

- [1] 葛菲.人性化护理在宫颈炎患者中的应用价值[J].中国药物经济学,2016,(10):151-153.
- [2] 蔡新郁.人性化护理在宫颈炎护理中的应用[J].河南医学研究,2016,(08):1526-1527.
- [3] 李英春.人性化护理在宫颈炎护理中的应用[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2016,(01):123-124.
- [4] 庞志华.人性化护理在宫颈炎护理中的应用效果观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2015,(10):172+174.
- [5] 崔久琴.人性化护理在宫颈炎护理中的应用[J].中国继续医学教育,2015,(15):255-256.