



• 临床护理 •

外伤性脾破裂患者行脾切除术的围术期护理临床效果

余丹 罗莉 胡洁 (新津县人民医院外一科 四川成都 611430)

摘要:目的 对于外伤性脾破裂的患者进行脾切除术,然后给予患者围术期护理,分析护理后的临床效果。方法 将 72 例外伤性脾破裂的患者以抽签的方式随机分为两组实施不同的护理,分别给予常规护理(对照组)和脾切除术的围术期护理(护理组),分析护理后患者生活质量评分、并发症的发生率和 SAS、SDS 评分情况。结果 护理后,生活质量评分和 SAS、SDS 评分数据统计学对比存在显著差异 $P<0.05$;护理组患者并发症的发生率明显较对照组少,组间数据对比差异显著 $P<0.05$ 。结论 外伤性脾破裂会危及患者的生命,在实行手术治疗时给予围术期护理可以提高患者的临床效果,促进身体的康复,减少患者心理不良情绪的产生,效果明显,值得临床推广。

关键词: 外伤性脾破裂 脾切除术 围术期护理 临床效果

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 06-288-02

外伤性脾破裂是由于严重的外伤导致的患者脾破裂,而造成脾出血,若不能及时救助,则容易引起休克等严重的并发症,危及患者的生命^[1]。而外伤性脾破裂则需要进行紧急手术,给予患者围术期护理则可以提高患者的生活质量,改善患者的临床症状,减少患者心理不良反应的发生^[2]。本文选取 72 例外伤性脾破裂的患者作为研究对象,分组实施不同的护理,分析其临床效果,研究内容如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选取 72 例外伤性脾破裂的患者作为研究对象,本次研究对象的选取时间段为 2016 年 2 月-2017 年 2 月,将所有研究对象随机分为两组实施不同的护理,护理组患者 37 例,男女比例为 20:17,年龄 16-74 岁,平均年龄 (42.5 ± 2.5) 岁,其中车祸伤 19 例,坠落伤 11 例,砸伤 7 例,患者面色苍白,血压下降,有休克症状;对照组患者 35 例,男女比例为 18:17,年龄 20-69 岁,平均年龄 (42.5 ± 1.5) 岁,其中车祸伤 21 例,坠落伤 10 例,砸伤 4 例,患者面色苍白,有明显的腹腔捏疼痛,同时血压下降;分析其基础资料发现,资料数据集差异不明显 $P>0.05$ 。

1.2 护理方法

实施常规护理(对照组):迅速测量患者的血压,观察患者的瞳孔,同时立即建立静脉通道,给予患者代血浆静脉输注,同时输注生理盐水,积极预防患者休克,然后准备手术,术中严密监测患者的生命体征,并给予患者同血型血浆输入,术中修补破裂的脾脏。由于患者采取全麻手术,因此应帮助患者取平卧位并将头偏向一侧,防止呕吐物误吸窒息,在静脉常规输液的过程中加强巡视,保证输液的安全,根据患者的恢复情况指导患者饮食,给予患者流食,高营养、少渣,促进患者身体的康复。

实施围术期护理^[3-4](护理组):①术前护理:患者入院后首先迅速测量患者的血压,观察瞳孔的变化,同时迅速建立静脉通道遵医嘱给予患者代血浆和生理盐水静脉输注,积极预防休克的发生,同时立即进行交叉配血试验,给予患者平卧位防止血压降低,及早插尿管、胃管,保持管路通畅,准备紧急手术,寻找患者家属签订手术知情同意书,积极配合医护人员的工作,给予患者心理安慰和鼓励,减少患者的恐惧感。②术中护理:手术中严密观察患者呼吸、血压、脉搏等生命体征、末梢循环等,防止术中危险的发生,同时术中注意麻醉药物的追加剂量,减少临床症状的发生,术后检查器械后将患者安全送入病房。③术后护理:由于行脾切除手术患者为全麻,术后应帮助患者保持平卧位 6h 并将头偏向一侧,防止并发症的发生和呕吐物误吸导致患者窒息。当患者清醒后,生命体征逐渐平稳后采取半坐卧位。告知患者及家属术后的注意事项,嘱咐患者不可进行活动和下床,不可剧烈咳嗽,防止伤口裂开;对于引流管应注意观察引流管是否通畅,保持与无菌袋衔接良好,预防脱落和尿路感染的发生,并且记录好引流液的性质和量,当患者较为疼痛时,则遵医嘱给予患者止痛药物缓解疼痛。另外,患者在脾切除后要持续进行持续的胃肠减压直至恢复肠蠕动,有利于患者胃肠功能的恢复和减轻腹胀感。若带有引流管则告知

患者要保持引流通畅,不可将引流管提起高于伤口的位置,对患者的四肢进行按摩,防止压疮的发生。同时在用药的过程中对患者进行指导,选择合适的血管进行静脉穿刺,输液中加强巡视,积极预防输液不良反应的发生,口服药则告知患者用药的方法和剂量以及时间,督促患者按时服药,促进患者身体的康复。④康复护理:患者术后不能进行活动,应教会患者家属按摩,对患者四肢进行有效的按摩,同时多擦拭患者身体,保持皮肤干净,帮助患者四肢进行简单的活动,防止静脉炎、血栓和压疮的发生,待患者可以进行起坐活动时告知患者积极自我进行锻炼,促进患者的康复。⑤饮食护理:患者术后需要进行长期的胃肠减压,待患者恢复胃肠排气时则可以拔出胃管,首先给予少量温开水服用,若患者无任何不适症状和不良反应后则可以进食清淡流质食物,后期根据患者的恢复情况给予高营养、易消化、少渣饮食,给予患者身体足够的营养支持。⑥心理护理:大多数患者对自己所遭遇的意外没有任何的心理准备,难以接受这种打击,且由于病情较为严重,患者会出现恐惧、焦虑等心理,同时情绪波动也较大,此时护理人员应积极主动的给予患者安慰和鼓励,以温和的态度对待患者,使得患者能够感受到被重视的感觉,减轻心理焦虑感和恐惧感,提高其心理承受能力,使患者保持良好的心理状态及精神状态,积极配合治疗和护理。

1.3 观察指标

分析护理后患者生活质量评分、并发症的发生率和 SAS、SDS 评分情况。生活质量评分选择国际认可的测评生活质量的 SF-36 量表,生理功能(PF)、躯体疼痛(BP)、总体健康(GH)、社会功能(SF)进行评分,评分越高,表示生活质量越好。

1.4 统计学方法

文中数据结果采用统计学软件 SPSS19.0 版本计算,正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 值检验,正态分布的计数资料以“%”百分比表示,用 χ^2 值检验,计算后若观察数据存在较为明显的差异,则采用 $P<0.05$ 表示,具有统计学意义。

2 结果

2.1 分析护理后患者的生活质量评分

对护理后的生活质量评分进行分析,结果护理组患者生活质量评分数据统计学比较明显高于对照组,数据对比存在显著差异 $P<0.05$,如表 1。

表 1: 分析护理后的生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	PF	BP	GH	SF
护理组	59.68 $\pm$ 9.42	54.36 $\pm$ 9.43	38.97 $\pm$ 7.25	56.26 $\pm$ 9.43
对照组	43.35 $\pm$ 8.22	48.26 $\pm$ 9.02	30.62 $\pm$ 6.74	49.73 $\pm$ 9.69
t	7.818	2.801	5.053	2.897
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:组间数据对比差异显著 $P<0.05$ 。

2.2 分析护理后患者并发症的发生情况

对护理后患者并发症的发生情况进行分析,结果护理组患者并发症的发生率明显低于对照组,组间数据统计学对比存在明显差异



$P < 0.05$, 如表 2。

表 2: 分析术后并发症的发生情况 (n/%)

组别	n	出血	血栓	感染	总发生率
护理组	37	2 (5.41)	1 (2.70)	3 (8.10)	6 (16.22)
对照组	35	8 (22.86)	5 (14.29)	9 (24.71)	22 (62.86)
χ^2	-	-	-	-	8.048
P	-	-	-	-	<0.05

注: 组间数据对比存在显著差异 $P < 0.05$ 。

2.3 分析护理后患者 SAS、SDS 评分情况

护理后, 护理组患者 SAS 评分为 (33.26±5.82)、SDS 评分为 (31.34±4.73), 对照组患者上述评分指标分别为 (39.68±6.24)、(39.79±5.84) 组间数据对比差异显著 $P < 0.05$ 。

3 结论

脾破裂是一种比较严重的伤害, 当患者发生脾破裂时会出现持续性的出血, 造成患者血压降低, 患者容易发生休克, 引起更多的并发症, 加速患者的死亡。导致脾破裂的原因有很多, 如车祸、刀刺伤、坠落伤、砸伤等等, 因此在生活中应做好预防。而当患者发生脾破裂时应立即进行抢救, 迅速补液和输血, 积极抗休克治疗, 同时手术实施脾破裂修补术, 给予患者有效的围术期护理, 减少患者不良情绪的产生, 提高患者的治疗效果, 帮助患者减少临床症状的发生, 减少并发症的发生^[5-6]。

本文研究中给予患者围术期护理, 在术前迅速给予患者急救, 提高患者的抢救成功率, 减少并发症的发生, 同时指导患者放松心情, 消除患者的恐惧感和紧张感, 积极配合治疗。术中随时检测患者的生命体征, 帮助医生进行手术, 促进手术的顺利进行, 提高患者的救治效果, 同时注意患者麻醉药物的追加剂量, 防止发生麻醉事故。术后告知患者注意事项, 教会家属给患者按摩, 同时保持患者皮肤干净, 预防静脉炎、压疮等并发症的发生, 给予患者康复指导, 使得患者尽早进行康复训练, 促进患者的恢复, 给予饮食指导则使得患者身体有

足够的营养支持。通过本文的研究发现, 给予围术期护理的护理效果明显好于实施常规护理的效果, 对患者实施围术期护理, 给予患者心理指导后, 患者心理焦虑和抑郁评分明显低于实施常规护理的患者, 说明围术期护理后能够有效降低患者的不良情绪的产生; 并且实施围术期护理后患者的生活质量评分明显高于实施常规护理的生活质量评分, 表明围术期护理实施后可以有效提高患者的生活质量, 效果明显。

综上所述, 外伤性脾破裂是较为严重的一种情况, 患者容易发生休克, 危及患者的生命, 因此应积极进行抢救, 在手术治疗的过程中给予患者有效的护理则可以提高患者的治疗效果, 减少心理不良反应的发生^[7-8]。本文实施围术期护理后, 文中数据显示围术期护理后患者的各种评分均好于实施常规护理后的数据, 说明围术期护理后能够显著降低患者的心理不良情绪的产生, 提高生活质量。

参考文献

- [1] 王刚, 马海霞. 外伤性脾破裂的诊断和治疗 [J]. 吉林医学, 2013, 34(35):7422-7423.
- [2] 庞京文. 外伤性脾破裂临床治疗体会 [J]. 中国农村卫生, 2015(2):11-12.
- [3] 冯金连. 外伤性脾破裂病人围术期的护理 [J]. 全科护理, 2011, 09(5):413-414.
- [4] 梁青芝. 外伤性脾破裂术前术后护理体会 [J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(6):177-177.
- [5] 蒋春香. 为行脾切除术的外伤性脾破裂患者施行护理干预的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2014(8):80-81.
- [6] 田小红, 何娟, 罗凤琼. 外伤性脾破裂行脾切除术后的临床护理与并发症预防 [J]. 医药前沿, 2012, 02(15):52-53.
- [7] 官凤云. 外伤性脾破裂行脾切除术的疗效观察与护理 [J]. 中国医药指南, 2013(5):304-305.
- [8] 张兰林, 韦丽萍. 心理干预对外伤性脾破裂术后患者康复的影响 [J]. 吉林医学, 2011, 32(10):2006-2008.
- [3] 张悦, 夏玲, 姜云. 外科手术中低体温的护理干预研究进展 [J]. 护士进修杂志, 2012, 27(17):1556.
- [3] 刘文能, 杨瑞贞, 孙菲, 等. 三级医院循证护理实施现状及影响因素分析 [J]. 护理研究, 2014, 28(3):1047-1049.
- [4] 王艳. 循证临床护理实践指南的获得与应用 [J]. 护理研究, 2013, 27(8C):2563-2564.
- [5] 林勇, 孟令瑞. 加温输液在临床麻醉中的应用 [J]. 中国实用医药, 2011, 6(9):214-215.
- [6] 胡雁. 循证护理实践: 护理学科发展的必然趋势 [J]. 中国护理管理, 2013, 13(1):3-5.
- [7] 胡春燕. 预防围手术期低体温的护理进展 [J]. 全科护理, 2013, 11(1):79-81.
- [8] 彭翠娥, 王卫红, 湛永毅. 建立老年乳腺癌病人延续护理的循证实践 [J]. 护理研究, 2014, 28(2):201-203.

(上接第 286 页)

在 T1、T2、T3、T4 及 T5 时间点, 两组患者的血乳酸及血糖指数均无明显差异, 在 T6 和 T7, 对照组患者的血乳酸及血糖指数均明显高于观察组。由此可见, 对术中手术患者采取循证护理干预可以使其体温降低幅度得到有效的控制, 而且还可以使其血乳酸及血糖的升高幅度得到有效的控制, 同时还可以使患者的术中生理功能及预后得到显著的改善。

综上所述, 对术中手术患者采取循证护理干预, 可以取得较好的临床护理效果, 提高患者的手术预后, 减少患者术后体温过低的情况, 值得在临床中推广应用。

参考文献

- [1] 邝绮华, 张璋. 循证护理在防治留置 PICC 常见皮肤问题中的应用 [J]. 当代护士, 2013(12):124-126.
- [2] 胡秀霞. 循证护理干预在消化道大出血病人中的应用及效果 [J]. 国际护理学杂志, 2014.33(1):95-97.

(上接第 287 页)

研究结果显示, 对照组患者治疗前 SAS 和 SDS 评分显著低于治疗后 SAS 和 SDS 评分 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者 SAS 和 SDS 评分无显著性差异 ($P > 0.05$), 护理后, 实验组患者在第一次化疗后 SAS 和 SDS 评分分别为: (49.12±2.31) 分和 (52.78±2.43) 分, 明显低于对照组 ($P < 0.05$); 第二次和第三次化疗后实验组患者 SAS 和 SDS 评分低于对照组的程度更加明显 ($P > 0.05$)。研究结果表明, 随着患者化疗次数的增加, 患者 SAS 和 SDS 评分均呈现增加趋势, 但是实验组患者在有效的心理护理下, SAS 和 SDS 评分显著低于对照组, 患者对自身病情有清醒的认识, 患者认识到良好的心理状态对病情转归的重要性, 在护理人员的辅助下, 让自己保持一个良好的心理状态, 积极参与与医生的化疗过程。

综上所述, 心理护理对癌症化疗患者心理状态有积极的影响, 能

有效降低患者 SAS 和 SDS 评分, 缓解患者焦虑抑郁症状, 提高化疗效果, 值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 张小云. 癌症术后化疗患者的心理护理 [J]. 河南外科学杂志, 2010, 16(3):140-141.
- [2] 穆延俊. 癌症患者化疗时心理障碍的排除及治疗护理体会 [J]. 中外医疗, 2011, 30(12):162-162.
- [3] 唐春风, 景风梅. 癌症患者的心理护理体会 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 09(2):150-151.
- [4] 李小琴. 心理护理对癌症化疗患者心理状态的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(36):44-45.
- [5] 何兴. 心理护理干预对癌症化疗患者生活质量的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(11):112-113.