

宫颈癌根治术后综合护理干预效果观察

王梦迪 李玲玲*

上海长征医院

【摘要】目的 探究宫颈癌根治术后加强综合护理干预的临床价值。**方法** 选取106例在2016年1月-2018年1月本院收治的宫颈癌患者,根据随机分组原则分为观察组(综合护理干预)和对照组(常规护理)各53人。统计分析两组患者并发症发生情况。**结果** 相比于对照组(16.98%),观察组并发症发生率(7.55%)较低($P<0.05$)。**结论** 宫颈癌根治术后加强综合护理干预,能够有效降低术后并发症发生率,临床价值显著。

【关键词】 宫颈癌;综合护理干预;临床价值

【中图分类号】 R473.73

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596(2019)01-122-02

宫颈癌这一恶性肿瘤在临床中十分常见,受各种不良因素的影响,导致该病的发生逐渐年轻化。阴道不规则出血是宫颈癌的主要临床表现,特别是绝经后或接触性出血,患者还伴有阴道排液、阴道分泌物异常等相关表现,晚期患者主要表现为下肢肿痛、肛门坠胀感、尿急及尿频等,对女性健康产生极大威胁^[1]。遂本文主要对宫颈癌根治术后加强综合护理干预的临床价值予以全面研究,详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取106例在2016年1月-2018年1月本院收治的宫颈癌患者,将其分为观察组(53例)和对照组(53例),其划分标准为:随机分组原则。观察组患者年龄区间范围为34到63岁,对照组患者年龄区间范围为32到76岁,(48.64 ± 2.07)岁和(54.33 ± 2.20)岁分别为观察组和对照组患者的平均年龄。在一般基线数据的比较中,影响组间比较的两组之间没有差异, $P>0.05$,并且可以实施比较统计。

1.2 护理方法

两组患者均进行宫颈癌根治术,术后给予对照组患者常规护理。给予观察组患者综合护理干预,主要方法如下文所述。

1.2.1 心理干预

因病情的特殊性,导致患者存在较大的心理压力,较易出现抑郁、焦虑、悲观等不良情绪。针对不同患者的不同心理状况,护理人员应当给予患者个性化的护理干预,对患者出现不良情绪的原因进行分析,促进患者不良情绪有效减轻,从而使患者生存质量不断提高。同时使患者保持乐观的心态,促进患者自信心有效增强,使其积极面对手术,从而有利于治疗效果显著提高。

1.2.2 生活护理

患者的病房应当相对独立,将病房内环境温度和湿度保持在合理范围内,定时开窗通风,对探视人员数量严格限制,避免患者出现烦躁情绪,从而导致患者休息不良。

1.2.3 术后并发症护理

尿路感染、尿潴留是宫颈癌根治术后的常见并发症,医护人员需要对手卫生制度和无菌操作严格执行,操作前先洗手,避免感染情况发生。将留置尿管的注意事项、时间及目的告诉患者,使患者紧张情绪消除。导尿管要做到妥善固定,使导尿管保持通畅,防止扭曲和受压,并对尿液的颜色、性质和量仔细记录。对患者外阴定时擦洗,使会阴部时刻保持清洁状态。多饮水,实现对膀胱的生理性冲洗,必要的情况下根据医嘱将导尿管定时开放,以对患者的膀胱功能进行有效训练。术后为预防深静脉血栓的发生,需要对患者进行健康教育,将下肢深静脉血栓的预防方法和重要性告知患者,观察患者下肢是否存在肿胀、疼痛情况,并注意观察患者是否出现肺栓塞症状,例如呼吸困难、咯血、胸闷及胸痛等,若有异常情况,必须进行紧急处理。

1.2.4 病情观察

术后对患者进行24小时生命体征和多参数监测,对患者的尿色、尿量及意识状态等进行严密观察,实施持续低流量吸氧,密切注意患者血氧饱和度,为避免伤口渗血,可以将沙袋放置于患者腹部,对其进行6小时加压处理。同时对引流液情况进行密切观察,术后24小时,如果患者引流量每小时超过100ml,应观察患者是否存在内出血情况,当发生内出血时,应当立即告知医生,给予患者妥善处理。

1.3 观察项目

比较两组患者并发症发生情况。

1.4 统计学分析

运用SPSS22.0统计学软件有效分析本次研究中涉及到的计数资料,运用“[n(%)”表示、“ χ^2 ”检验,结果存在明显差异时,用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

两组并发症比较:与对照组(16.98%)相比,观察组存在较低的并发症发生率(7.55%),($P<0.05$),存在一定的统计学意义,详情见表1。

表1:对比两组并发症发生率[n(%)]

组别	例数	残端出血	深静脉血栓	尿路感染	尿潴留	总发生率
观察组	53	1	1	2	0	7.55%(4/53)
对照组	53	3	2	1	3	16.98%(9/53)
χ^2						11.051
P						<0.05

3 讨论

临床研究显示,导致宫颈癌发生的主要致病因素包括:病毒感染、多孕多产、初产年龄小、初次性生活小于16岁、多个性伴侣、生物学因素及行为因素等,宫颈癌的病理类型主要包括腺鳞癌、腺癌及鳞癌三种,该病的转移途径主要为淋巴转移和直接蔓延,血行转移的情况较少。目前,宫颈癌的主要治疗手段为宫颈癌根治术,早期运用宫颈癌根治术联合广泛淋巴结清扫治疗能够促进宫颈癌治愈率有效提高,并且可以使患者性生活能力得到最大程度保留^[2]。但宫颈癌术后较易改变患者的社会生活和个人生活状况,严重伤害患者身心健康,导致患者出现各种不良情绪,降低患者治疗依从性,因此必须对患者进行有效的护理干预。

宫颈癌根治术后对患者实施综合护理干预,主要从心理护理、并发症护理、病情观察及生活护理等方面入手,给予患者针对性的护理干预,使患者保持积极乐观的态度,增强自信心,积极配合各项治疗和护理工作,有利于改善患者生存质量,促进治疗效果显著提高^[3]。

本文通过探究宫颈癌根治术后加强综合护理干预的临床价值,相关数据显示,观察组并发症发生率(7.55%)明显低于对照组(16.98%),($P<0.05$)。综上所述,宫颈癌根治术后加强综合护理干预后,能够促进术后并发症发生率有效降低,可见其具有十分显著的临床价值。

* 通讯作者:李玲玲

疼痛控制护理在 40 例创伤性骨折患者术后康复的效果

沈 雪

射洪县中医院 四川遂宁 629200

【摘要】目的 探寻创伤性骨折患者术后康复的有效方法,以疼痛控制为例。**方法** 从 2017 年我院病历库中随机抽取 80 例创伤性骨折患者,采取双盲筛选法将其均分为对照组与观察组,对照组接受常规护理,观察组在这一基础上配以疼痛控制护理干预。**结果** 观察组术后 1d、2d 的 VAS 疼痛评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 为了加快创伤性骨折患者术后康复,应实施疼痛控制护理干预方法。

【关键词】 创伤性骨折;疼痛控制护理;术后康复**【中图分类号】** R473.6**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1005-4596 (2019) 01-123-01

创伤性骨折是骨科常见疾病之一。目前,现代交通工具和机械设备的日益普及,使得创伤性骨折换病例日益增加。创伤性骨折患者肢体功能丧失,影响其身心健康,生活质量每况愈下。相关研究^[1]指出,在创伤性患者治疗期间配以疼痛控制护理干预,能够强化临床治疗效果。如何寻找合适的疼痛护理对策成为医学界研究的重点。基于此,本研究选取特定对象,主张采用疼痛控制护理干预措施,并同常规护理进行分组对比,现报道如下:

1 资料与方法**1.1 一般资料**

本研究资料来自于我院 2017 年期间治疗的创伤性骨折患者 80 例病历,经临床检查确诊为创伤性骨折患者,且自愿参与本次研究。同时,排除心脏、肝功能、肾脏严重疾病者与精神障碍者。研究对象中男女比例分别为 32:48,平均年龄为 (44.11 ± 1.48) 岁。采取双盲筛选法将其均分为对照组与观察组,据统计,组间相关资料差异不明显,不会影响研究统计结果 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

以常规围手术期临床护理方法对两组患者实施护理,观察组再加以疼痛控制护理,具体包括:首先,组建护理小组,小组成员必须是拥有丰富临床经验和较强业务能力的护理人员,借助语言评估法全面评估患者的疼痛诱发原因与疼痛程度,主要内容包括五部分,如疼痛严重程度、诱发原因、既往手术史、疾病严重程度与合并症状等,从而把针对性的疼痛控制护理方案制定出来,并予以实施。其次,根据患者不同的疼痛诱发原因,由护理小组成员将全面的疼痛控制护理提供给患者。若疼痛是由于切口创面或神经血管损伤所致,可对其进行物理控制疼痛护理,用对切口部位进行冰敷,并配合按摩,以让局部血液循环加快;如果疼痛是因为石膏固定松紧度或是外固定架安置所引发,则由主治医师对石膏或固定架进行重新设置,以将患者的舒适度提高;而针对因体位不当而造成的压迫性疼痛,护理人员可帮助患者对体位进行调整,并对相应的制动措施予以采用。值得注意的是,应向患者详细解释术后疼痛的原因和危害,并指导其掌握各种有效的非药物镇痛的方法来缓解疼痛,以减少镇痛药物的使用,例如可采用聊天、听音乐、看电视等方法来转移对疼痛的注意力,或采取放松运动、腹部呼吸等来缓解疼痛。最后,每半月评估一次患者的疼痛程度,按照其病情对临床护理方案做出调整,让患者享受到舒适的医疗护理环境,对探视时间严加控制,病房内不得大声喧哗,以使患者的睡眠质量得到保证。与此同时,患者饮食主要为清淡,容易消化的事物,辛辣刺激的食物严禁食用,并辅

应的心理护理,应主动同患者沟通交流,详细讲解创伤性骨折疼痛相关知识,使患者充分了解自身病情,详细解释手术的成功率,以及术后加强康复训练对肢体功能恢复的作用,以帮助患者增强战胜疾病的信心,从而减轻焦虑和抑郁等不良情绪。

1.3 观察指标

采用视觉模拟评分法 (VAS)^[2] 对两组患者术后 1d、2d 的疼痛程度进行评价,评价标准范围为 0—10 分,要求患者急于自身疼痛程度进行评分,0 分表示无痛感;10 表示十分疼痛,则分值越低,说明疼痛程度越小,反之疼痛越剧烈。

1.4 统计学分析

采用 SPSS17.0 统计学软件对本次研究所产生的相关数据进行统计处理,以 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式表现统计结果,通过 t 检验得到的数据低于 0.05 时,这说明了相关数据对比具有差异性。

2 结果

据统计得知,观察组术后 1d、2d 的 VAS 疼痛评分均低于对照组,两组数据对比差异显著 ($P < 0.05$),详见表 1。

表 1: 两组患者术后 1d、2d 的 VAS 疼痛评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	术后 1d	术后 2d
观察组	40	4.91±0.85	3.26±0.45
对照组	40	6.64±1.01	5.99±0.71
t		6.365	5.254
P		< 0.05	< 0.05

3 讨论

针对创伤性骨折患者,术后疼痛是一种剧烈的症状,术后第 1 天感觉尤为深刻,大多数患者由于无法承受的疼痛而产生血管与肌肉收缩症状,从而造成切口缺血症状的出现,使得切口难以迅速愈合,不利于术后康复。因此,对于创伤性骨折患者术后康复过程中,对其进行针对性护理干预尤为必要。本研究主张采用疼痛控制护理,立足于患者具体病情,予以针对性有效地心理干预,并选取有效的镇痛方式,以此来有效缓解疼痛,强化临床效果。本研究结果表明,观察组术后疼痛评分明显低于对照组 ($P < 0.05$),这充分证实了疼痛控制护理干预的有效性,理应成为创伤性骨折患者术后康复的有效护理方法。

参考文献

- [1] 赵艳梅. 分析探讨疼痛控制护理在创伤性骨折患者术后康复的应用效果[J]. 中国实用医药, 2015 (6): 237-238.
- [2] 陈锐. 疼痛控制护理在促进创伤性骨折患者术后康复中的效果分析[J]. 中外医疗, 2015 (11): 135-136.

(上接第 122 页)

参考文献

- [1] 刘丽, 张兰玲, 王三菊等. 综合护理干预宫颈癌根治术后对患者膀胱功能恢复的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(11):1247-1248, 1254.

- [2] 魏敏. 综合护理对宫颈癌根治术后留置导尿管患者膀胱功能恢复的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(9):114.

- [3] 卢吉, 杜易梅, 张宏等. 延续性综合护理对宫颈癌根治术后病人泌尿系统并发症及自我护理能力的影响[J]. 全科护理, 2018, 16(5):559-561.