

# 综合护理对腹部手术后粘连性肠梗阻护理效果观察

满映红

包头市第八医院 014040

**【摘要】目的** 观察综合护理对腹部手术后粘连性肠梗阻护理效果。**方法** 我院2018年1月-2019年1月收治的84例腹部手术患者为本次研究对象,按照患者围手术期是否给予综合护理干预将所有患者分为对照组(42例:常规护理)与实验组(42例:综合护理),比较两组患者预后情况。**结果** 实验组患者术后首次排气时间、术后首次排便时间、术后首次下床活动时间、平均住院时间均早于对照组,  $P < 0.05$ 。实验组患者术后粘连性肠梗阻发生率明显低于对照组,  $P < 0.05$ 。**结论** 腹部手术患者综合护理干预效果明显优于常规护理。

**【关键词】** 综合护理;腹部手术;粘连性肠梗阻;护理效果

**【中图分类号】** R473.6

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1005-4596 (2019) 02-094-02

据相关研究表明约有90%粘连性肠梗阻患者有腹部手术史,粘连性肠梗阻的发生可使患者出现腹胀腹痛、恶心呕吐等症状,若未及时行有效干预患者可发生感染性休克,因此对于腹部手术患者提升围手术期护理水平,降低粘连性肠梗阻的发生对提升手术安全性具有重要的意义<sup>[1]</sup>。本次研究比较我院2018年1月-2019年1月42例腹部手术给予常规护理患者与42例腹部手术给予综合护理患者相关手术观察指征以及粘连性肠梗阻发生情况,现报道如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

实验组42例患者男(22例)女(20例)比例为11:10,年龄在25岁至65岁,中位年龄为(43.12±1.12)岁,疾病类型:有15例患者为阑尾炎,有20例为腹膜炎,有7例为肠道手术。对照组42例患者男(24例)女(18例)比例为4:3,年龄在28岁至68岁,中位年龄为(43.11±1.11)岁,疾病类型:有14例患者为阑尾炎,有21例为腹膜炎,有7例为肠道手术。两组患者年龄、性别、疾病类型等方面不存在统计学差异,  $P > 0.05$ 。

### 1.2 病例选择标准

参与本次研究的患者入院后医师结合患者相关检查结果,患者均需行腹部手术治疗,在征得患者、患者家属、医院伦理委员会同意的情况下顺利行腹部手术并围手术期开展本次研究。排除标准:(1)排除合并免疫系统功能异常以及代谢系统功能异常患者。(2)排除合并造血机制障碍、凝血功能异常等血液系统疾病患者。(3)排除合并严重心血管功能障碍患者。(4)排除合并精神系统紊乱或长期用抗精神系统疾病药物患者。

### 1.3 方法

2.2 观察比较两组患者术后粘连性肠梗阻发生情况,具体情况如下:实验组共有1例发生粘连性肠梗阻,对照组共有4例发生粘连性肠梗阻,实验组粘连性肠梗阻发生率(2.38%)明显低于对照组粘连性肠梗阻发生率(9.52%),经 $\chi^2$ 检验等于5.029,  $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

粘连性肠梗阻属于腹部手术后常见并发症,本病的发生与胃肠道术中中长期暴露在空气之中,迷走神经麻醉、肠管蠕

1.3.1 对照组:患者围手术期给予常规护理,术前护理人员给予患者胃肠减压、低压灌肠等准备操作,术中密切监测患者各项生命指征,术后护理人员循医嘱实施护理操作的同时给予患者饮食护理,患者排气前需禁食,患者排气后可适量饮用温开水或流食,逐渐向半流食、固态饮食过渡。

1.3.2 实验组:患者围手术期行综合护理干预:(1)认知干预与心理护理:术前护理人员给予患者健康宣教,向患者强调术后康复锻炼的重要性,同时使患者了解自身疾病、手术流程,并列举手术成功案例,缓解患者围手术期负面情绪。(2)术后24h内对于意识不清的患者,护理人员应协助患者取仰卧位,头偏向肢体一侧,指导患者家属按摩患者四肢末端,24h后若患者手术创口恢复良好,护理人员在双手消毒的前提下每隔2h帮助患者翻身一次,并鼓励患者床上行双腿屈伸运动。除此之外,鼓励患者尽早下床活动。

### 1.4 观察指标

(1)观察比较两组患者相关手术指征。(2)观察比较两组患者术后粘连性肠梗阻发生情况。

### 1.5 统计学处理

选择SPSS21.0统计软件包,结果中以( $\bar{x} \pm s$ )表示的相关计量数据,两样本均数间用t检验,结果中以(%)表示的相关计数数据,两样本百分数用 $\chi^2$ 检验,  $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

## 2 结果

2.1 观察比较两组患者相关手术指征,具体情况(见表1),实验组患者术后排气时间、排便时间、下床活动时间均早于对照组,实验组患者平均住院时间短。

表1: 两组患者相关手术指征 [ $\bar{x} \pm s, n$ ]

组别	n	术后首次排气时间 (h)	术后首次排便时间 (h)	术后首次下床活动时间 (h)	平均住院时间 (d)
实验组	42	21.23±1.25	21.25±1.26	25.62±1.28	6.26±1.32
对照组	42	41.23±1.28	40.23±1.25	45.62±1.29	9.62±1.33
t值		12.462	12.405	12.406	10.069
P值		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

动功能降低有关,传统腹部手术术后护理人员单纯循医嘱实施护理操作,缺乏粘连性肠梗阻预防性护理干预指导<sup>[2]</sup>。腹部手术综合护理依托于现代护理,从患者的角度出发,术前给以患者健康教育,使患者在了解自身病情的前提下增进医患沟通,提升患者围手术期对医护人员的信任<sup>[3]</sup>。腹部手术患者术后康复锻炼指导即避免患者小肠长期处于同一位置,鼓励患者术后定期翻身、伸屈下肢,尽早下床活动,从而促

(下转第95页)

# 急性心肌梗塞病人的护理

林杰英

栖霞市人民医院 山东栖霞 265300

【中图分类号】R473.5

【文献标识码】A

【文章编号】1005-4596 (2019) 02-095-01

急性心肌梗塞又叫急性心肌梗死,为在冠状动脉病变的基础上发生冠状动脉血供急剧减少或中断,使相应的心肌严重而持久地急性缺血导致心肌坏死,是冠心病的一种严重类型。是内科常见危急重症,有效的护理对病人至关重要。现将我院自 2014 年 1 月至 2016 年 12 月收治的急性心肌梗塞病人 106 例的护理总结如下:

## 1 临床资料

本组 106 例,男 76 例,女 30 例,年龄 35~86 岁,平均 60.2 岁,合并心律失常 78 例,合并心力衰竭 39 例,合并低血压和休克 20 例。

## 2 护理

### 2.1 心理护理

及时做好病人及家属的解释、安慰工作,使之能正确对待疾病,解除思想顾虑及精神紧张,以增加病人战胜疾病的信心,使其保持较好的心理状态。

### 2.2 休息

第一周病人卧床休息,发病后 1~3 天内应绝对卧床休息,采取平卧位或半卧位,限制探视,一切日常生活如:进食、排便、洗漱、翻身等由护士协助完成,尽量减少病人的体力活动,减少心肌耗氧量,减轻心肌负荷。4~6 天可在床上做上、下肢的主动与被动运动;第二周帮助病人逐步离床站立和在室内缓步走动;第三至四周帮助病人逐步在室外、走廊慢步走动。

### 2.3 饮食护理

疼痛剧烈时禁食。最初 2~3 天以流质饮食为主,以后随病情缓解逐渐过渡至半流质、软食和普食,食物以易消化、含较少脂肪而少产气者为宜,限制钠的摄入量。每餐进食不宜过饱,少量多餐,避免饱食以增加心脏负荷。

### 2.4 排便护理

因病人卧床期间活动减少,不习惯床上排便,加之进食少等原因易发生便秘,因此应适当进食水果、蔬菜,嘱病人排便时严禁用力以免增加心脏负担,加重心肌缺血缺氧,甚至发生猝死。因此应说服病人床上排便习惯,急性期可给病人缓泻剂,加强腹部按摩,减轻病人精神心理的负担,必要时作低压清洁灌肠,以协助排便。

### 2.5 病情观察

由于心肌梗死后,心脏收缩力显著减弱或不协调,使心排出量急剧下降,可能引起急性左心衰竭或心源性休克,因此,要严密观察病人的神志、血压、呼吸、心率、心律等变化,病人在心电监护期间,若发生频发室早 >5 个/分、多源室早、R-on-T 现象和严重房室传导阻滞时应警惕室颤或心脏骤停发生,立即通知医生并积极配合抢救治疗。

### 2.6 止痛

病人疼痛时遵医嘱给予止痛药,保持病室内环境安静,避免不良刺激,守护病人身边。定时给予硝酸甘油或硝酸异山梨醇,并及时询问病人疼痛的变化情况;持续吸氧,流量为 6 升/分为宜,疼痛减轻时可将氧气流量减至 3 升/分,维持 1~2 天。

### 2.7 溶栓护理

心肌梗死发生不足 6 小时的病人,可遵医嘱给予溶栓治疗,溶栓前应询问病人是否有活动性出血,近期大手术或外伤史、消化性溃疡,严重肝、肾功能不全等溶栓禁忌症,注意用药后有寒战、发热、皮疹等过敏反应,用药期间注意观察病人是否发生皮肤、黏膜、内脏等出血情况。使用溶栓药物后,定期描记心电图,抽血查心肌酶,并询问病人胸痛情况,以便为溶栓是否成功提供客观依据。

## 3 出院指导

3.1 日常生活中避免过度劳累,避免观看刺激、暴力性强的电影、电视、球赛;洗澡水温不宜过低或过高,时间不宜过长。酷冷、炎热的天气避免外出。

3.2 肥胖者应控制体重,适当运动;限制钠盐摄入,每日食盐量约 5 克,不暴饮暴食。忌高热量高脂肪食物,戒烟、酒、浓茶、咖啡等。

3.3 预防便秘,应鼓励病人适当规律运动,如走路、打太极拳。多摄入高纤维食物、多吃水果、蔬菜,必要时服用通便药。

3.4 病人应随身携带硝酸甘油片以备急用,病人及家属应熟知常用药放置地点。药品应妥善保管,防止受潮受热失效。

3.5 治疗按医嘱进行,定期到医院复查。

3.6 让病人随身携带写有主治医师、主任、护士长及电话号码的联系卡,一旦病情发作,立刻与有关人员联系,也可直接拨打 120 急救电话。

(上接第 94 页)

进肠道血液循环与肠道蠕动,降低粘连性肠梗阻发生率<sup>[4]</sup>。本次研究显示实验组患者术后首次排气时间为(21.23±1.25)h、术后首次排便时间为(21.25±1.26)h、术后首次下床活动时间为(25.62±1.28)h、平均住院时间为(6.26±1.32)天,实验组患者术后粘连性肠梗阻发生率少于对照组,由此可见,腹部手术患者综合护理干预可有利于患者术后胃肠道正常功能的恢复,提升手术安全性。

综上所述,腹部手术患者综合护理干预有较高的临床推广价值。

## 参考文献

- [1] 王春霞,宋苗苗,董湘云等.研究综合护理对腹部手术后粘连性肠梗阻的预防作用[J].中国卫生标准管理,2018,9(4):132-133.
- [2] 陈宏娟.综合护理在腹部手术后粘连性肠梗阻护理中应用的效果[J].甘肃科技,2017,33(18):126-127.
- [3] 葛雪梅.腹部手术后粘连性肠梗阻的综合护理干预效果研究[J].中国卫生标准管理,2016,7(6):193-194.
- [4] 吴喜红.综合护理干预对腹部手术后粘连性肠梗阻的预防效果分析[J].当代医学,2016,22(7):127-128.