

尿路器械的患者中, 尿路感染者有 20% ~ 60%, 80%与导尿有关, 20%与尿路器械有关。其中导管菌尿症主要与留置导尿管的时间、插管方法、导管护理技术以及患者的免疫状态等有关<sup>[9]</sup>。在严格监控下, 14天以内留置导尿管的感染率可降到 20%以下<sup>[7]</sup>。

由于宫颈癌患者术后 7天更换导尿管时, 为细菌的侵入创造了更多的机会, 置管过程造成的尿道黏膜损伤, 更为细菌的侵入提供了条件, 同时置管不仅给病人带来很大的痛苦, 而且增加患者的经济负担, 造成人力物力的浪费。本研究结果显示, 两组患者白细胞计数阳性率差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。患者术后持续留置导尿管 14天, 没有增加尿路感染率, 从而减轻了尿道黏膜的损伤和病人的痛苦, 减少了细菌侵入的机会。我科通过一系列的科学护理及卫生宣教, 使泌尿系感染率较低, 且未发

生顽固性尿潴留, 说明宫颈癌患者在严格按照护理质控与院内感染的要求下, 术后持续留置导尿管 14天, 中间无需更换, 切实可行。

#### [参 考 文 献]

- [1] 汪晨霞. 宫颈癌发病年龄与临床预后关系探讨 [J]. 蚌埠医学院学报, 2005 30(5): 413-414.
- [2] 张惜阴主编. 临床妇科肿瘤学 [M]. 第 2版. 上海: 复旦大学出版社, 2002: 114.
- [3] 叶任高主编. 内科学 [M]. 第 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 553.
- [4] 丁贤妹. 两种留置导尿方法的临床观察 [J]. 黑龙江护理杂志, 1998 4(4): 1-2.
- [5] 王吉耀主编. 内科学 [M]. 北京, 人民卫生出版社, 2003: 606.
- [6] 王枢群, 张邦燮. 医院感染学 [M]. 重庆: 科学技术文献出版社重庆分社, 1990: 343-344.
- [7] 李宗麟, 邓小虹. 医院感染与消毒 [J]. 中华医院感染学杂志, 2000 10(1): 78-80.

[文章编号] 1000-2200(2006)06-0669-02

。临床护理。

## 康复训练在食管癌根治术后的效果评价

王万霞, 宋丽萍

[摘要]目的: 评价康复训练和人性化沟通方式在食管癌围手术期护理中应用的效果。方法: 食管癌患者 71例, 随机分成训练组 36例和对照组 35例, 训练组予康复训练的同时与患者进行人性化沟通, 对照组给予常规护理。结果: 训练组患者术后自主咳嗽排痰者明显早于对照组 ( $P < 0.005$ ), 训练组平均住院天数少于对照组 ( $P < 0.001$ )。术后训练组并发症与对照组差异无统计学意义 ( $P > 0.005$ )。结论: 康复训练与人性化沟通能促使患者术后及时有效的自主咳嗽、排痰, 缩短住院天数, 减轻患者及其家庭的身心痛苦与经济负担。

[关键词] 食管肿瘤; 外科护理; 康复训练; 人性化沟通

[中国图书资料分类法分类号] R 735.1 R 473.6 [文献标识码] A

食管癌是我国常见的恶性肿瘤之一, 病死率为 14.5/10万, 仅次于胃癌, 居第 2位, 其首选治疗方法为手术。手术往往直接涉及胸腔、腹腔而引起呼吸功能减弱, 加之体虚、切口疼痛等因素不敢咳嗽, 进而引起呼吸道并发症, 影响食管吻合口的愈合, 给患者及家属带来额外的负担和痛苦。2004年 3~12月, 我科共收住食管癌患者 71例, 对其中 36例在术前、术后予康复训练, 同时进行人性化沟通, 现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 71例食管癌患者, 随机分成训练组 36例和对照组 35例。训练组男 24例, 女

12例; 年龄 (60 ± 3.79)岁。对照组男 23例, 女 12例; 年龄 (61 ± 4.14)岁。两组间性别、年龄、癌肿分期均具有可比性。

1.2 康复训练 训练组术前 3~5天开始施行深呼吸训练, 正确有效的咳嗽排痰、束胸练习, 每天 3次, 每次 15~20 min。术后从全麻清醒后 6~8 h开始, 分三步: (1)术后 6~24 h 以深呼吸训练为主, 2 h 1次, 每次 5~10遍。辅以翻身, 每 2 h 1次。另可行适度的肢体被动按摩以促进血液循环, 这不仅可促进肺扩张, 防止下肢静脉血栓形成, 又可与患者进行非语言交流, 使其舒适、有安全感。(2)术后 24~72 h 在前一步的基础上增加正确有效的自主咳嗽、排痰训练, 每 2 h 1次, 每次 5~10遍, 并指导肢体的自主运动, 每天 2次, 每次 20遍。(3)术后 > 72 h 逐步增加以上训练的强度与频率, 以离床活动为主, 但要注意观察病情变化, 有头晕、气促、心动过速、心悸、出汗等症状立即停止活动<sup>[1]</sup>。

[收稿日期] 2005-11-24

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 肿瘤外科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 王万霞 (1978-), 女, 护师。

### 1.3 康复训练的方法

1.3.1 深呼吸训练方法 取坐位或半卧位,微闭双目,收下颌,用鼻缓慢尽力地吸气,缩唇慢慢让患者在心中默数数,当数到第7声时发一“扑”声,呼吸锻炼与呼吸比为1:2或2:3<sup>[2]</sup>。

1.3.2 正确有效的自主咳嗽排痰训练 此法是配合深呼吸训练,先深呼吸3~5次,然后指导患者在深吸气末停滞呼吸1~2s,紧接着胸腹肌骤然收缩<sup>[3]</sup>,由气管深处将痰用力咳出,尽量保持肩部不动<sup>[2]</sup>,这可避免只用喉头震动而引起的无效咳嗽。另外拍背排痰也是术后解除呼吸道痰液潴留的有效方法。患者取坐位,甲护士双手呈空心掌,叩击患者胸背部,从外向内,由下向上,从健侧至患侧,同时鼓励患者咳嗽,使附着于肺泡周围及支气管壁的痰栓慢慢脱落并集中于大气管内,再将其咳出,与此同时乙护士双手轻放在患者切口两侧,当其咳嗽时适度用力,既可减轻疼痛,也可防止切口裂开。

1.3.3 束胸练习 用胸带绑住患者胸部,松紧度以患者无憋气、呼吸困难为宜,创造术后生理环境,锻炼患者对手术后的耐受力 and 适应力,每天3次,每次15~20 min。

1.3.4 早活动 可防止坠积性肺炎及下肢静脉血栓形成。一般从术后第1天起即可用健侧手抓住系于床尾的绷带自行坐起活动<sup>[4]</sup>。(1)上肢运动:先做扩胸运动(动作忌剧烈),两手模拟梳头动作,两手上举→外展→下垂。(2)下肢运动:坐位时可模拟骑自行车动作或被动按摩;卧位时可以做屈腿和伸腿运动。(3)下床活动:床边站立→扶床行走→离床行走,开始应由护士或家属在旁扶助指导,防止意外,活动宜循序渐进,勿操之过急。

1.4 人性化服务的沟通方式 在以往的康复过程中,患者是被动的接受各种护理措施,尤其是某些操作让患者产生生理或心理上的不舒适感,甚至痛苦。例如:食管癌患者术后因惧痛便尽量避免咳嗽,拒绝做深呼吸训练,也不愿翻身,这样预期目的很难达到。此时作为护士,应关爱、鼓励患者,以患者为中心,主动指导扶助他,并强调康复训练的意义,同时对其痛苦表示理解与关心,说明术后适度疼痛是一种正常现象,康复训练是关系预后的必经阶段,也是别人无法替代的。当然,我们会一直在患者旁边帮助其锻炼,告知勿过多疑虑,为了早日康复,回归家庭与社会,只有靠自己,这样缘于信任与求生的欲望,同时也让其感觉到被认同、被尊重,感受到自己重要,患者自然会积极配合,达到预期目标便成为可能。

## 2 结果

训练组患者术后48 h内自主咳嗽排痰者明显多于对照组( $P < 0.005$ )。训练组的住院时间比对照组明显缩短( $P < 0.001$ )。训练组术后并发症发生率为2.78%(切口感染1例),对照组为20.00%(其中肺部感染4例,吻合口瘘1例,切口感染1例,胸腔积液1例),两组差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表1 两组患者术后自主咳嗽排痰、住院时间和并发症比较

分组	n	自主咳嗽排痰			住院时间(d)	并发症
		24 h	48 h	72 h		
训练组	36	16	16	4	14.81±1.07	1
对照组	35	0	8	27	18.00±1.03	7
合计	71	16	24	31	—	8
$\chi^2$	—	35.72			12.79 <sup>△</sup>	3.68
P	—	<0.005			<0.001	>0.05

△示值

## 3 讨论

康复训练及人性化服务能使患者积极有效的自主咳嗽排痰,缩短住院天数,促进早日康复。手术是食管癌的首选治疗方法,因术式关系,容易造成呼吸功能明显减弱;另因麻醉过程中气管插管使气管内的纤毛运动减弱,分泌物变黏稠,且与插管时的黏膜损伤出血混在一起,潴留于气管内,若不及时排除,可能引起肺不张、肺部感染、胸腔积液及进一步影响吻合口愈合,增加患者的痛苦,影响康复进程,故进行规范化的呼吸锻炼及正确有效的咳嗽排痰便显得尤为重要。同时与患者进行真诚的人性化沟通也必不可少,更多的交流指导、扶助,会使患者更深层次的理解康复训练的意义与方法,从而将之付诸于行动,变被动为主动,充分发掘患者的积极性与自信心,发挥自我护理的能力,使患者成为疾病康复过程中的真正核心主体。本组资料显示,术后24 h训练组有16例能自主咳嗽排痰,而对照组却无一例;且前者住院时间明显缩短( $P < 0.001$ ),说明手术前、后进行康复训练与人性化沟通能有效促使患者及时有效的自主咳嗽排痰,减少住院时间,促进早日康复。

### [参考文献]

- [1] 曹伟新. 外科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002: 412
- [2] 梁继娟. 护理干预对食管癌三切口根治术后的康复评价[J]. 现代护理, 2003, 9(2): 172-174
- [3] 辛明珠, 周菊梅, 张小平. 胸部肿瘤切除术后低氧血症的原因分析与护理[J]. 南方护理学报, 2004, 8(1): 16-17
- [4] 黄秀英, 郭秀泉, 吴剑辉, 等. 肺癌患者围手术期呼吸功能训练与指导[J]. 实用护理杂志, 2000, 16(1): 15.