

的排尿次数,尤其是夜尿次数。有无尿潴留、出尿慢的病史以及有无前列腺增生,并向医生及时汇报,以便得到正确治疗。(3)咳嗽:吸烟者禁烟2周。慢性支气管炎患者要鼓励咳痰,必要时使用雾化吸入化痰止咳。

2.2 术后护理

2.2.1 严密观察病情变化 (1)术后平卧位,常规置沙袋压迫切口12~24h;(2)术后严密观察生命体征,测BP、P、R每小时1次,6~8h平稳后停止。(3)注意观察切口渗血渗液情况,保持切口清洁干燥,防止切口感染。本组病例无切口感染。(4)术后6h可以下床活动,2周后参加一般体力劳动。

2.2.2 术后切口疼痛护理 无张力疝修补术缝合无张力,各层原位缝合,大大减轻了患者的术后疼痛。针对切口疼痛,要为患者创造安静的环境,耐心讲解注意事项,指导患者深呼吸,以缓解其紧张情绪,提高疼痛阈值。也可取平卧位,膝下垫一软枕,使髋关节微曲,能减轻切口疼痛。必要时可给予口服、肛塞或注射止痛剂。如患者仍疼痛难忍,即应检查切口局部有无红、肿、热、痛等情况。本组有5例切口疼痛明显,给予止痛药治疗。

2.2.3 便秘、尿潴留和阴囊积液的护理 术后便秘是疝复发的重要原因。大部分患者手术后第1次排便有困难,应给予通便药或开塞露。术后因为麻醉的原因,患者对膀胱膨胀不敏感,提醒患者早期排尿,以免发生尿潴留。特别是老年患者多数伴有不同程度前列腺增生,加上术中麻醉因素,术后很容易引起排尿困难,应做好心理护理,减少紧张焦虑情绪,并用水声诱导、腹部热敷按摩等方法帮助患者排尿,必要时插导尿管。本组患者经过诱导排尿仍有3例发生排尿困难,留置导尿1天后拔出。术后切

口沙袋加压,抬高阴囊,可有效预防阴囊肿胀、积液。本组阴囊积液3例,经穿刺抽液、阴囊托起2天后痊愈。

2.2.4 饮食护理 一般术后6h后血压稳定、无腹胀、肠鸣音正常者可给高热量、高蛋白、高碳水化合物、高维生素、易消化饮食。

2.3 健康教育 出院后应适当休息,逐渐增加活动量。轻体力劳动者术后休息1~2周即可恢复正常工作,3~6个月内应尽量避免重体力劳动或过量运动。应食含纤维素较高的饮食,以促进肠蠕动,保持大便通畅。对有慢性咳嗽或前列腺增生引起腹压增加的患者,积极给予治疗,防止疝复发。

3 讨论

传统的疝修补术是将不同解剖组织和层次强行机械缝合在一起,张力大,愈合差,易撕裂^[3],而且手术前后禁忌证较多,术后并发症及复发率较高。无张力疝修补术禁忌证少、适应证广,术后疼痛轻,患者能较早下床活动,以其术式损伤小、恢复快、并发症少、复发率低等优点而逐渐为患者接受,也极大地减少了患者因长期卧床引起并发症,如尿潴留、便秘、压疮、血栓性静脉炎等。围手术期护理是患者顺利康复的关键,对有效降低并发症、显著提高患者的生活质量,有极其重要的意义。本组经对症处理及围术期护理,72例均痊愈出院,随访1年无一例复发。

[参考文献]

- [1] 傅钢,侯永乐,陈志武.用聚丙烯网片行腹股沟疝无张力修补术88例体会[J].临床外科杂志,2001,9(3):166.
- [2] 王玲,王伟智.术前访视在围手术期护理中的应用[J].中国实用护理杂志,2004,20(4):53-54.
- [3] 马颂章.无张力疝修补术的进展[J].中国实用外科杂志,2002,20(9):564-565.

[文章编号] 1000-2200(2010)09-0966-03

· 护理学 ·

心理干预在肝癌介入治疗患者中的应用观察

陈 雪

[摘要]目的:探讨心理干预在肝癌患者介入治疗中的效果。方法:将102例肝癌介入治疗患者随机分为基本护理组51例,采取常规护理,心理干预组51例,除常规护理外,根据患者介入治疗期间不同阶段的心理特点,实施有效的心理干预。结果:有效的心理干预能明显提高患者的生活质量($P < 0.01$),并延长患者的生存期($P < 0.05$)。结论:正确把握肝癌患者介入治疗各阶段的心理特点,施以有效的心理干预,能明显减轻患者的身心压力,减轻痛苦,增强抗病能力,从而提高了介入治疗的效果。

[关键词] 肝肿瘤;介入治疗;心理干预

[中国图书资料分类号] R 735.7

[文献标识码] A

[收稿日期] 2010-02-21

[作者单位] 安徽省宿州市立医院 介入科,234000

[作者简介] 陈 雪(1963-),女,主管护师。

肝癌是我国常见恶性肿瘤,主要治疗手段为手术切除、介入治疗、放疗、化疗等,但患者就诊时已属中、晚期的较多,手术切除率低,介入治疗是目前无

手术指征治疗肝癌的最佳方案之一。2006 年 6 月至 2008 年 6 月,我科经动脉插管介入治疗肝癌患者 102 例,在治疗中给予相应的心理干预,取得了良好效果。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 84 例,女 18 例;年龄 32 ~ 79 岁。102 例均经 CT 检查及 AFP 检查确诊,均未进行病理分型。将 102 例患者随机分为 2 组,每组 51 例,基本护理组采用常规护理,心理干预组除常规护理外,加用心理分析及有效的心理干预。2 组患者在年龄、性别、文化程度等方面具有可比性。

1.2 肝癌介入治疗患者的心理特点 (1)由于疾病使患者丧失了工作能力和正常的生活规律,在短时间内角色发生了巨大的变化,给患者造成了严重的心理压力。(2)由于患者肝癌相关知识的缺乏、对手术医生技术担忧易产生恐惧和焦虑。(3)对手术室环境及医护人员感到陌生,担心手术会引起疼痛和不适。化疗药物的应用引起的恶心、呕吐,肝动脉栓塞引起的疼痛及担心手术效果等均使患者产生巨大的心理压力。(4)肝癌介入治疗不仅消耗了患者的体能,也使患者的心理变得脆弱,影响治疗效果。

1.3 肝癌介入治疗患者的心理干预方法

1.3.1 介入治疗前的心理干预 接待患者要热情、耐心、周到,向患者介绍医院环境,帮助患者尽快由社会角色转变成患者角色,向患者介绍肝癌介入治疗的方法、优点及参与治疗的医务人员操作技能。术前准备的内容及必要性,讲解肝癌的相关知识。同时由治愈的患者进行现身说法,使患者以乐观自信的心理接受治疗。帮助患者建立正确的认知方法及教会一定的行为训练程序。对术后可能出现的不适反应予以充分的说明,以缓解不良情绪,提高对不良反应的应对能力。

1.3.2 介入治疗中患者的心理干预 要以和蔼可亲的态度介绍手术室环境、手术仪器的安全可靠,利用心理支持疗法对患者予以进一步的解释、安慰、鼓励,增强患者的自信心,消除陌生感,提高耐受力 and 配合能力。术中与患者交谈或听音乐分散患者注意力,减轻栓塞引起的疼痛和不适。

1.3.3 介入治疗后患者的心理干预 告知患者术后可能出现的恶心、呕吐、疼痛、发热等,使其对此有恰当的心理准备。加强生命体征、穿刺点、穿刺侧肢体循环的观察,经常巡视病房,及时发现患者的心理问题及时解决,使其有安全感,取得家属的积极配合,尽量避免患者情绪的波动,增强其康复的信心,

减少并发症的发生。

1.3.4 康复期的心理干预 帮助患者树立战胜疾病的信心,同时要引导其正确面对现实,消除各种不切实际的幻想。指导患者尽快使自己适应社会,重返工作岗位。寻求及获得社会支持,让患者家属和同事了解肝癌患者的上述心理特点,配合做好心理疏导工作;对患者予以充分的理解、支持、关怀和鼓励,使之提高对各种事物的应急能力,并提高了患者的生活质量,延长生存期。

1.4 评价方法及标准 生活质量评价表采用国内 1990 年制定的肿瘤患者生活质量评分试行草案,选择与疼痛和心理因素相关的食欲、精神、睡眠、家庭理解与配合等内容,采用 1~5 级评分,1 分为最差,5 分为最好,得分越高生活质量越高^[1]。手术后 3 个月对 102 例患者进行生活质量评分,分别在 6 个月、12 个月进行生存期统计。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

心理干预组术后生活质量明显高于基本护理组,2 组差异有统计学意义 ($P < 0.01$);对肝癌介入治疗患者施以有效的心理干预,明显延长了患者的生存期 ($P < 0.05$) (见表 1)。

表 1 2 组患者生活质量评分及生存期比较

分组	n	生活质量评分(分)		生存期(月)		
		1~2	3~5	<6	6~12	>12
基本护理组	51	40	11	25	20	6
心理干预组	51	10	41	12	29	10
合计	102	50	52	37	49	16
χ^2	—	35.31		7.22		
P	—	<0.01		<0.05		

3 讨论

心理干预即心理疏导疗法,是医务人员在与患者诊疗交往中通过良性影响,对患者阻塞的病理心理状态进行疏通引导,使之畅通无阻,促进身心健康的一种治疗方法。护理不是简单的医嘱完成,还要时刻观察患者的情绪,运用语言这一基本工具,针对患者不同的病情,以灵活、亲切、恰当的语言,分析疾病产生的根源,形成的过程,以及疾病的本质和特点,改变与患者社会文化背景相关的病理心理问题。

生活质量作为患者躯体功能、心理状态、社会适应和环境因素指标的一种反映,能够全面体现患者健康水平^[2]。生活质量评估是现代护理效果衡量的一个手段。患者的生活质量受多方面的因素影

响,主要有心理、社会以及家庭因素。其中心理社会因素、情绪和精神状态在影响肝癌患者生活质量评分的因素中占有相当的比重,如一些中年人,正值事业、照顾子女的时候,再加上疾病的折磨,巨额的医疗费用,更使患者情绪恶化,不愿意配合治疗,甚至仇视医务工作者、仇视家人、朋友,使他们之间的关系恶化,从而降低患者的生存质量,缩短患者的生命期限,患者生存率降低。因此,对肝癌介入治疗患者采取及时、针对性的心理干预,可以消除其负性心理,增强患者治疗疾病的信心,从而提高临床治疗效果及改善患者的生活质量。

肝癌患者在介入治疗期间,无法恢复正常的工作和生活,家庭和社会地位受到很大影响,难免会出现抑郁、焦虑、恐惧甚至悲观绝望,而这种持续畏惧的心理常会给患者的生存质量带来很大的负面影

响^[3],好的精神状态是人们维持希望的关键,个人的宗教信仰及精神支持确实可以提高患者的生存质量。

本研究表明,根据肝癌介入治疗患者治疗过程的不同阶段、患者的不同心理反应特点采取有计划、按步骤进行个性化的心理干预/个性化的心理干预,能明显减轻患者的心理压力,有效地减轻了癌症带来的痛苦,从而提高了患者的生活质量,并延长患者的生存期。

[参 考 文 献]

- [1] 陈万梅. 护理干预对晚期肝癌患者生死观及生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2007, 13(7): 71-72.
- [2] 温惠莉. 护理干预对原发性肝癌患者生活质量的影响[J]. 第四军医大学学报, 2008, 29(23): 2207.
- [3] 陈俊华. 护理干预对肝癌患者介入治疗后生活质量的影响分析[J]. 河北医药, 2009, 31(6): 749-751.

[文章编号] 1000-2200(2010)09-0968-02

· 护理学 ·

穴位按摩改善终末期肾病合并抑郁障碍 34 例护理观察

张艳红

[摘要]目的:探讨穴位按摩对改善终末期肾病合并抑郁障碍患者护理疗效的影响。方法:将 68 例伴有抑郁障碍的终末期肾病患者随机分为观察组 34 例和对照组 34 例。观察组在实施常规护理措施基础上加用穴位按摩护理,每日 1 次,每次按摩 30 min;对照组给予常规护理,4 周为 1 疗程。2 组均于治疗前及治疗后进行汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评定。结果:治疗后观察组和对照组 HAMD 评分均较治疗前明显降低($P < 0.01$);观察组治疗后 HAMD 评分显著低于对照组($P < 0.01$)。治疗后观察组和对照组之间总有效率差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论:穴位按摩能有效改善终末期肾病患者抑郁障碍,提高临床护理质量。

[关键词] 肾疾病;抑郁障碍;穴位按摩;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 692 [文献标识码] A

终末期肾病(ESRD)需终身替代治疗,在治疗中常出现多种急、慢性并发症,使患者痛苦增加;另外我国现阶段替代治疗费用较昂贵,给普通患者及其家庭带来沉重的经济负担,因此 ESRD 患者多伴有无助感,产生严重的抑郁障碍,从而导致一系列问题进而影响治疗效果。我们在临床护理工作中,对此类患者除给予常规护理措施外,辅以穴位按摩,收到较好效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2005 年 11 月至 2009 年 11 月我科住院的 68 例 ESRD 合并抑郁障碍患者。随机分为观察组和对照组。观察组 34 例,男 20 例,女 14 例;年龄 34~77 岁。其中维持性血液透析患者

32 例,腹膜透析 2 例,透析时间 1 个月至 15 年,原发病为慢性肾炎 18 例,糖尿病肾病 8 例,高血压肾损害 6 例,狼疮性肾炎 2 例。对照组 34 例,男 19 例,女 15 例;年龄 36~78 岁。其中维持性血液透析 31 例,腹膜透析 3 例,透析时间 2 个月至 16 年,原发病为慢性肾炎 20 例,糖尿病肾病 7 例,高血压肾损害 5 例,狼疮性肾炎 2 例。2 组一般资料具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版(CCMD-3)抑郁发作的诊断标准^[1],并结合汉密尔顿抑郁量表(HAMD)21 项版(前 17 项总分 > 17 分)进行诊断。

1.3 护理方法 观察组在实施常规护理的同时,辅以穴位按摩,取穴涌泉、太溪、足三里、三阴交,每日 1 次,每次按摩 30 min,4 周为 1 疗程。对照组仅给予常规护理,如饮食指导、血压监测、心理疏导等。

1.4 疗效评定标准 以 HAMD 减分率作为疗效评

[收稿日期] 2009-12-23

[作者单位] 安徽省淮北市人民医院 中医科, 235000

[作者简介] 张艳红(1970-),女,主管护师。