

然状态,不会因插管声门被动开放导致误吸,通气时不影响进食,能自主咳嗽,有利于病情观察和支持治疗<sup>[4]</sup>。

我们通过应用 BiPAP 呼吸机观察治疗前后血气指标的 pH 值、PaO<sub>2</sub>、PaCO<sub>2</sub> 的变化及患者病情,得到无创正压呼吸能明显提高 pH 值及 PaO<sub>2</sub>,降低 PaCO<sub>2</sub>,是治疗 COPD 急性加重期的重要措施之一。使用 BiPAP 无创呼吸机治疗组与对照组相比具有住院时间短、有效率高、经济实用等优点,但在使用过程中存在不能有效地引流痰液,易引起呼吸道分泌物堵塞,引起胃肠胀气、面罩漏气等缺点。所以在使用中应鼓励排痰和清理气道;可以保留胃管不定时连接引流袋,减少胃肠胀气;选择合适的面罩,减少面罩漏气,这样才能提高无创通气效果。

无创正压通气虽然有弊端和局限性,但只要掌

握好无创辅助通气的适应证、禁忌证,熟练掌握 BiPAP 呼吸机的性能、操作方法,与患者建立良好的沟通方式,加强床边巡视,及时为患者解决困难和消除患者的心理障碍,可提高治疗效果,使患者安全、舒适。

#### [参 考 文 献]

- [1] 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2009:45.
- [2] 谢军,鲁永清,秦春华.无创正压呼吸机辅助治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的疗效观察[J].实用心脑血管病杂志,2009,17(5):345-347.
- [3] 李娟.双水平正压通气治疗左心衰护理体会[J].实用临床医药杂志,2010,14(12):24-25.
- [4] 金守兵,吴冬,曹权.BiPAP 呼吸机治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭 65 例[J].临床肺科杂志,2010,15(7):1012-1013.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2011)11-1272-03

• 护理学 •

## 护理干预对前列腺电切术后膀胱痉挛疼痛的影响

邵 利

[摘要]目的:探讨护理干预对前列腺电切术后膀胱痉挛疼痛的影响。方法:将 120 例前列腺电切术患者随机分成对照组 60 例与观察组 60 例,对照组按前列腺电切术护理常规护理,观察组加用认知情绪和行为等方面的护理干预。结果:观察实验组患者术后膀胱痉挛疼痛明显低于对照组( $P < 0.01$ )。结论:护理干预可明显降低前列腺电切术患者术后膀胱痉挛疼痛的程度。

[关键词] 前列腺切除术;膀胱痉挛;护理干预

[中国图书资料分类号] R 697.3

[文献标识码] A

膀胱痉挛是良性前列腺增生症手术的常见并发症,发生率 40%~100%<sup>[1]</sup>,主要表现为膀胱阵发性痉挛性疼痛,有强烈的尿意及便意,导尿管周围有血性液外渗,同时冲洗液不畅,膀胱内压力增高,甚至出现反流现象,膀胱痉挛出血引流管堵塞,三个环节互为因果,形成恶性循环,严重者需再次手术。我科对 60 例前列腺电切术患者进行术后认知、情绪、行为等方面的护理干预,取得较好效果,现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我科 2008 年 1 月至 2011 年 2 月,前列腺增生症并进行前列腺电切术患者 120 例,按住院顺序随机分成对照组和观察组各 60 例,对照组年龄 52~88 岁,观察组 58~86 岁,2 组患者年

龄、疾病程度、文化程度及入院时焦虑情绪等相关因素均具有可比性。

1.2 方法 2 组患者术后均进行常规治疗与护理,观察组在常规治疗及护理基础上加用特定的认知、情绪和行为的护理干预,具体内容:(1)建立干预基础。主管护士(干预者)熟悉疾病相关知识,掌握沟通技巧并了解患者的各种心理特点。良好的关系是开展护理干预的基础,因此,争取在患者入院时给患者留下良好的第一印象,主动自我介绍,以热情、诚恳的态度介绍病区环境、住院须知、饮食制度、安全问题、主管医生及护士。患者因长期排尿困难,反复尿潴留而迫切要求手术,但因高龄或有心、肺、肾功能障碍,对手术能否进行、手术效果如何无心理准备,护士应针对老年患者的特点,反复耐心解释手术的必要性,耐心与其交谈,及时发现、解决其存在的问题,取得患者信任。(2)认知干预。主管护士(干预者)根据患者的文化程度,用通俗易懂的语言讲解相关疾病知识,如以解剖学、生理学知识为基础讲

[收稿日期] 2011-05-06

[作者单位] 安徽省蚌埠市第二人民医院 泌尿外科 233000

[作者简介] 邵 利(1976-),女,护士。

解前列腺增生的知识,介绍电切术的部位和简单的手术步骤,硬膜外麻醉护理的方法等,术后放置气囊尿管的意义,告知术后可能发生膀胱痉挛疼痛的原因及防治措施,向患者详细解释病情,提出患者对疾病的认识,消除紧张恐惧心理,保持良好状态,增加术后出现膀胱痉挛疼痛时的心理承受能力。

(3) 情绪干预。非治疗时间,运用专科知识,以真诚的话语解释情绪与疾病的关系和前列腺电切术的安全性,注意个体化,帮助患者以正性情绪克服负面情绪,介绍治愈病例或请治愈病例现身说法,增强其信心,说明如过度紧张、焦虑易诱发膀胱痉挛疼痛。

(4) 行为干预。指导患者采取积极的应对方式面对做前列腺电切术后产生的应激,教授其缓解焦虑和出现膀胱痉挛时尿道疼痛的放松方法。视觉分散法:如看电视;听力分散法:如给患者听优美的轻音乐,多用语言与患者沟通,给患者讲或用录音机播放幽默故事;触觉分散法:如用手轻轻按摩下腹部及腰背部,减轻疼痛,增加舒适感<sup>[2]</sup>,其家属用握手、抚摸患者肩背部等触摸方式减轻其紧张与焦虑情绪,

指导其深呼吸、有效咳嗽、咳痰的方法、活动时按压切口等。(5) 指导健康生活方式。健康生活方式对改善心理情绪,提高疗效有良好的效果,指导其注意休息,合理安排作息时间,保证充足的睡眠,保证丰富的营养摄入,以高蛋白、低脂、低盐、低胆固醇和丰富维生素的饮食为宜,少量多餐,进食不宜过饱或暴饮暴食,进行适当的锻炼,保持环境清洁、安静,避免一切不良刺激。(6) 家属支持系统的建立。积极完善患者家庭支持,使患者得到来自家属最大的经济和精神支持。

1.3 观察指标 疼痛程度的评分采用美国 SF-36 量表进行评分,分数范围 0~100 分,分数越高,表明疼痛程度越高,患者术后 2 h 开始评估,以后每 2 h 评估记录 1 次。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验。

## 2 结果

观察组术后不同时间在护理干预后疼痛程度均明显低于对照组 ( $P < 0.01$ ) (见表 1)。

表 1 观察组与对照组术后疼痛程度比较 ( $n_i = 60; \bar{x} \pm s$ ; 分)

分组	2 h	4 h	6 h	8 h	10 h	12 h	14 h	16 h
观察组	70.53 ± 5.93	74.31 ± 4.62	73.98 ± 5.38	74.02 ± 5.29	69.51 ± 5.62	74.92 ± 4.68	72.59 ± 4.28	73.62 ± 5.38
对照组	89.65 ± 5.32	86.96 ± 6.35	88.70 ± 5.83	87.06 ± 5.39	86.59 ± 6.31	88.46 ± 5.38	87.60 ± 5.16	86.42 ± 4.52
<i>t</i>	18.59	12.48	14.91	13.37	15.66	14.71	16.00	14.11
<i>P</i>	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

## 3 讨论

前列腺增生症是老年男性的常见疾病,影响老年人的正常生活,治疗前列腺增生症最有效的方法是手术治疗<sup>[3]</sup>,而膀胱痉挛是术后常见的并发症,临床表现为术后出现膀胱痉挛阵发性或持续性胀痛,并有尿意、便意、急迫感,导尿管周围尿液外溢,膀胱内压升高,冲洗不畅,主要是由于:(1)止血气囊牵引,压迫膀胱颈和三角区;(2)膀胱引流不畅,致使膀胱过度充盈;(3)手术创伤和凉水冲洗的刺激。

常规的护理方法无针对性,常忽视患者的心理需求,术前护理干预,提高了患者对治疗的依从性。患者在治疗期间需要卧床,活动受限后心理、生理条件都受到一定的限制,加上对医院产生的陌生感和距离感,心理问题极其复杂,针对老年人的心理状况<sup>[4]</sup>,耐心细致向其说明手术的目的、方式、效果及

术后可能出现的护理问题,树立起战胜疾病的信心,可保证患者处于接受治疗最佳心理、生理状态。

术后根据疼痛发生的时间、性质和程度,疼痛与冲洗或导管护理之间的关系,采取预见性的护理干预<sup>[5-6]</sup>,如保持导管的正确引流位置;疼痛时减轻冲洗速度,尿色较深时加快冲洗速度,有阻力时加压冲洗等;另外,语言亲切,态度和蔼,操作稳准轻快,严格无菌技术操作、三查七对等;并进行心理、认知行为干预,针对患者的痉挛程度,采取不同的护理方式,满足不同背景患者的各种需求,为患者提供一个安全、舒适的治疗环境<sup>[7]</sup>。

本文结果表明,观察组经过一系列的护理干预,术后疼痛分值明显低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。由此可见,护理干预减轻膀胱痉挛的程度,促进了患者的康复,提高了患者及家属对疾病知识的掌握水平,提高护理能力,改善护患关系,提高了患者的满意度。

## [ 参 考 文 献 ]

- [1] 杨文平, 孙明英, 申英华. 舒适护理在结肠镜检查患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(13): 115-116.
- [2] 易小青, 金艳. 舒适护理对上肢骨折后患者疼痛及满意度的影响[J]. 护理学杂志, 2008, 23(6): 18-19.
- [3] 曹伟新, 李乐之. 外科护理学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 459.
- [4] 庞久玲, 肖红双, 刘悦. 护理干预对老年患者生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2009, 29(18): 2389-2390.
- [5] 刘会玲. 前列腺切除术后膀胱痉挛的疼痛控制及预防护理[J]. 护理学杂志, 2010, 17(8): 637.
- [6] 越俊, 张立生. 疼痛治疗学[M]. 北京: 华爱出版社, 1994: 23.
- [7] 傅爱凤, 黄日妹. 护理干预减轻手外科患者术后疼痛的效果观察[J]. 护理学杂志, 2009, 17(8): 603.

( 本文编辑 刘畅 )

[文章编号] 1000-2200(2011)11-1274-03

· 护理学 ·

## 一次性胃管在术前清洁灌肠中的应用

李来娟

**[摘要]**目的:探讨一次性胃管在术前患者清洁灌肠的效果。方法:将62例术前需行清洁灌肠的患者随机分为观察组36例和对照组26例。对照组采用传统灌肠袋连接肛管进行灌肠;观察组采用一次性硅胶胃管进行灌肠。比较2组患者的灌肠效果、灌肠次数及有无灌肠黏膜损伤。结果:观察组灌肠效果显著优于对照组,灌肠次数显著低于对照组,肠黏膜损伤明显减少( $P < 0.01$ )。结论:应用一次性硅胶胃管为术前患者清洁灌肠,能减少灌肠次数和肠黏膜损伤,减轻护士工作量,提高灌肠效果。

[关键词] 灌肠法; 硅胶胃管; 灌肠袋

[中国图书资料分类法分类号] R 452 [文献标识码] A

清洁灌肠是临床上常用的护理操作之一,也是普外科肠道手术患者术前必要的准备工作,它是将一定量的液体由肛门经直肠灌入结肠以帮助患者清洁肠道、排便排气,是反复、多次、大量、不保留灌肠<sup>[1]</sup>。肠腔清洁程度与黏膜的损伤将直接影响手术的效果及术后切口愈合的情况<sup>[2]</sup>。但在临床护理工作中,清洁灌肠常用一次性灌肠袋,患者很难一次性耐受800 ml的灌肠液,若每次灌肠液量少,就必须增加灌肠的次数,反复插入易造成患者肛周黏膜水肿及疼痛。为了减轻患者的痛苦,又能达到满意的效果,2008年10月至2009年5月,笔者采用胃管代替肛管行保留灌肠,效果甚好,现作报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择我科术前遵医嘱行清洁灌肠者62例,男41例,女21例;年龄23~78岁。其中直肠癌18例,结肠癌28例,结肠息肉11例,直肠腺瘤5例。患者均符合清洁灌肠的指征,无梗阻现象。随机分为观察组36例与对照组26例,2组患者的性别、年龄、症状、疾病类型具有可比性。

**1.2 用物准备** 对照组:备常规灌肠用物1套,一次性灌肠袋内盛38℃稀释肥皂液800 ml。观察组:

备常规灌肠用物,一次性灌肠袋内盛38℃稀释肥皂液1 000 ml,一次性胃管1根,石蜡油1瓶,50 ml注射器1支。

**1.3 灌肠方法** (1) 对照组:术前3 d进无渣流食,不使用缓泻剂;做好患者的解释及安慰工作,使患者配合,嘱患者取左侧卧位、屈膝,灌肠方法按常规方法进行<sup>[3]</sup>。润滑一次性灌肠袋前端肛管,分开肛门,嘱患者放松后缓慢插入,插入深度7~10 cm并固定,开放调节器,观察患者及液体流入情况,术毕拔出肛管擦净肛周,嘱患者保留5~10 min再大便,多数患者灌液后会立即排大便。(2) 观察组:2人进行操作,做好心理护理后嘱患者取左侧卧位、屈膝。操作者甲:石蜡油润滑胃管末端,再用一次性注射器抽取石蜡油并与一次性胃管连接;操作者乙:嘱患者深吸后放松,插入一次性胃管。由于一次性胃管较软、细,易因粪便阻力在肠腔内盘曲或被粪便堵塞,因此在操作者乙插入过程中,操作者甲应持续推注注射器,一方面可增加胃管的硬度,保持胃管的伸展,另一方面,石蜡油可润滑、软化及冲开粪便避免堵塞,利于导管通行。在胃管插入10 cm时停留10 s,此后胃管每进入7 cm就停留1次,至深25~30 cm后固定,然后再接一次性灌肠袋,开放调节器,滴入灌肠液。插入过程中,33例患者均一次性插管成功,另外3例经调整胃管角度后也顺利插入。插管及灌肠过程中密切观察患者及液体流入情况,

[收稿日期] 2010-10-19

[作者单位] 江苏省连云港市第一人民医院 普外一科 222002

[作者简介] 李来娟(1980-),女,护师。