

表1 骨科患者 SAS 自评分值与护士评价分值比较($\bar{x} \pm s$)

分组	n	患者自评	护士评估	$\bar{d} \pm s_d$	t	P
上肢骨折组	30	41.16±4.47	32.78±3.49	8.38±0.35	131.14	<0.01
下肢骨折组	89	44.75±6.8	33.16±4.02	11.59±0.33	331.33	<0.01
脊柱骨折组	32	50.45±6.7	40.76±3.3	9.69±0.37	148.15	<0.01
多发骨折组	23	51.88±10.84	43.89±2.26	7.99±0.36	106.44	<0.01
骨肿瘤组	6	55.89±7.2	43.80±4.60	12.09±0.29	102.12	<0.01

2 护理

2.1 建立良好的护患关系 了解患者心理状态,护士应从患者入院起以优质的服务建立良好的护患关系,及时开展健康教育,针对病情详讲相关知识,告知治疗目的,治疗手段及预后等,指导患者调节生活习惯。

2.2 制定护理方案 根据患者病情和经济承受能力,选择低廉、效果良好的治疗护理方案,如对病情稳定且治疗周期较长的患者,提供家庭化病房,对经济压力大的患者,尽量和医生协商选用价格低的药物,同时与其家属及单位协商,解决患者的经济问题。帮助患者保持乐观向上的精神状态;护士以整洁的仪表,端庄的举止,美好的语言,亲切的问候,熟练的技术投入到工作中,激发患者乐观的情绪,同时根据患者具体情况科学地分析并制定护理方案,如工作中多与患者交流,让患者感到亲切、自然、信任,调整陪护制度,满足患者对亲人陪护的需求,消除患者顾虑,减轻思想压力^[1]。

2.3 争取家属的配合 妥善为患者处理问题,让家属和亲友到医院探视,从心理、生活上多给患者以安慰、鼓励和帮助,使患者安心治疗,对很少或没有亲友探望的患者要主动关心,入院时记录患者家属和亲友的电话,同时发放护患连心卡,必要时联系患者亲友来院探视、电话慰问,鼓励病友间相互交流,尽量转移其注意力,减轻寂寞感。

2.4 营造良好舒适的治疗环境 人的心理状态往往受环境条件的影响,环境的好坏不仅限于物质、管理水平、文明程度等,也包括工作人员的技术条件、医疗水平、敬业精神及责任心,护士应努力预见患者的身心要求,经常与患者亲友沟通,取得积极配合,共同为患者创造良好的心态环境,从而及早开展康复训练。

2.5 出院指导 对于病情稳定且治疗周期较长的患者,应同时注意满足刺激的需要,除积极指导功能锻炼外,充分利用各种媒体提供社会信息,如提供家庭病房。

3 讨论

3.1 影响焦虑的主要心理问题 根据调查结果分析,患者心理问题主要为:(1)缺乏对疾病相关知识的了解;(2)担心致残承担过重的经济压力;(3)疑虑社会支持力;(4)基本需要不能充分满足。调查结果显示,自由职业者,特别是下岗职工焦虑程度高于职业干部的人群,并有显著性差异。这与被调查人群的经济压力及社会支持程度有明显关系,存在经济压力的患者应引起护理人员的高度关注。

3.2 SAS量表临床应用的意义及作用 焦虑与抑郁为两种经常伴随产生的情绪障碍,住院患者焦虑与抑郁间存在正相关,焦虑程度愈重,抑郁程度也愈重^[2]。焦虑是患者的主观感受,很多内在心理活动,护士很难观察到。因此,客观评估患者的心理状态,是提高“以人为本”的整体护理所必需。应用简便易行方法在住院中客观评估患者心理状态,为临床护理提供依据,为收集资料提供线索,同时评价护理效果,对于提高护理质量无疑是科学化、规范化的进步。

[参考文献]

- [1] 刘珉甬,漆光玉,张润.对住院病人陪伴需求的调查[J].护理研究,2004,18(12A):2096~2097.
- [2] 姚兰,高德彰,吴光煜.下肢骨折住院患者焦虑、抑郁情绪及其影响因素的研究[J].中华护理杂志,1996,31(10):571~574.

[文章编号] 1000-2200(2005)06-0568-02

·临床护理·

唇裂修复手术的护理配合体会

张顺花

[关键词] 唇裂/外科手术;护理

[中国图书资料分类号] R 782.21 [文献标识码] B

唇裂是口腔颌面部最常见的先天性畸形,临床发病率高达1.625%^[1]。表现为上唇局部缺损畸形,影响患者吸吮、吞咽、发育、面容形态,给患者心理造成极大危害,大龄患者性格孤僻、忧郁,自幼产生自卑心理,不利于健康成长,由于形态、语言等因素对患儿成年后正常学习、工作和生活产生很大影响。2001年4月~2005年2月,我院成为“微笑列车”唇腭裂矫治项目定点医院,共收治800例唇裂患者,经手术治疗,无感染及复裂,成功率100%,取得良好效果。现将手术

术配合体会作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男456例,女344例;年龄3个月~40岁。其中,3个月~1岁360例,2~10岁256例,11~18岁123例,19~40岁61例。左侧唇裂321例中,完全性唇裂146例,不完全性唇裂128例,唇红裂47例。右侧唇裂333例中,完全性唇裂142例,不完全性唇裂139例,唇红裂52例。双侧唇裂146例中,完全性唇裂65例,不完全性唇裂50例,混合性唇裂35例。

1.2 手术方法 616例婴幼儿手术在氯胺酮基础麻醉加局部麻醉下进行,而184例年龄较大患者手术在局部麻醉下进行。单侧唇裂术式采用对偶三角瓣法583例,采用Milard法

[收稿日期] 2005-03-03

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 手术室,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 张顺花(1974-),女,安徽怀远县人,护师。

71 例; 双侧唇裂术式采用矩形瓣法 123 例, 原长法 23 例。

2 护理

2.1 术前准备 (1) 器械准备: 除常规唇裂手术器械外, 备整形镊子、圆规、直尺、小剪刀, 手术前一天行高压蒸气灭菌, 并检查灭菌效果。(2) 环境准备: 手术间按常规严格消毒, 室温调至 22~25℃, 相对湿度保持为 50%~60%, 防止患者因感冒、咳嗽而影响术后切口愈合。检查电源、供氧装置是否正常, 室内备有麻醉机、插管盘、心电监护仪、吸引器、体位摆设用物、麻醉药及抢救药物等物品。(3) 心理护理: 年龄较大患儿, 进入手术室前后, 我们与其交谈, 态度和蔼, 语言亲切, 使其消除紧张心理, 以便更好地配合手术; 年龄较小的患儿, 当家属陪同来到陌生的手术室, 大多数表现为惊恐、哭闹、挣扎, 针对小儿的心理, 我们耐心的解释和开导, 使患儿及家属逐渐消除恐惧心理, 并尽可能满足小儿特殊要求, 如允许带玩具或其他安全物品到手术间, 使患儿愉快进入手术间接受并配合麻醉。

2.2 术中护士的配合 (1) 建立静脉通路: 5 岁以上患儿, 根据血管管径大小, 采用 16~20G 静脉套管留置针, 选择下肢足背或大隐静脉穿刺; 5 岁以下患儿, 选用 20~24G 静脉套管留置针, 于患儿足内侧, 足拇指上 1~2 cm 处进行足背静脉穿刺, 此处易固定, 能避免患儿躁动而出现渗漏现象, 以保证术中输液的顺利进行, 方便麻醉医师给药^[2]。(2) 摆好体位, 保持气道通畅。患者取仰卧头正中位, 稍垫肩, 保持呼吸道通畅, 头颈两侧置砂袋固定, 四肢用布带固定, 松紧适宜。(3) 密切观察生命体征、血氧饱和度、出血量。根据患儿体重、术中出血量多少调节输液量和速度, 婴幼儿一般滴速控制在 30~40 滴/分, 防止发生肺水肿。同时保证良好照明和充分暴露手术视野, 确保吸引器性能良好, 勤吸引, 避免血液

及分泌物流入呼吸道。(4) 洗手护士整理手术台, 知晓医师操作步骤, 随时传递所需器械及物品, 熟练配合手术者顺利完成手术, 以保证手术成功。

2.3 术后护理 手术完毕, 待患儿完全清醒, 生命体征正常、血氧饱和度达 95% 以上方可返回病房。此时, 及时吸出口腔、鼻腔的分泌物。由于患儿醒后不合作, 易发生意外, 应守护在其身边, 必要时采取保护措施, 确保安全。冬天送返病房途中注意保暖, 送至病房后应向值班护士当面交班^[3]。

3 讨论

唇裂修复目的是恢复上唇形态和功能。手术效果不仅取决于手术者精湛的手术技巧, 还与术中护理等密不可分。为减少术后瘢痕反应, 术中采用 3-0、5-0 细线细针缝合。由于大多数病例为婴幼儿, 术中密切观察血氧饱和度变化, 及时提醒手术医师抽吸口腔、鼻腔分泌物及血液, 保持呼吸道畅通; 同时严格执行手术查对制度, 把好无菌关, 杜绝污染因素, 是避免差错、确保手术成功之关键。虽然我院唇裂修复治疗取得良好效果, 但是患者心理障碍还未康复, 甚至术后继发鼻畸形等。因此我们多学科、多部门间应该协同治疗, 达到患儿术后形态、功能、心理状态相结合的满意效果^[4]。

[参 考 文 献]

- [1] 邱蔚六主编. 口腔颌面外科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003; 363.
- [2] 茶素琴. 610 例唇腭裂整复术巡回护士的配合[J]. 当代护士, 2004, 10(1): 43~44.
- [3] 杜少萍. 唇裂修复 100 例护理体会[J]. 蚌埠医学院学报, 2001, 26(2): 178~179.
- [4] 黄稳静, 刘丽华, 王石光. 唇裂的手术后处理及护理[J]. 实用医学杂志, 2004, 20(4): 468.

[文章编号] 1000-2200(2005)06-0569-02

。临床护理。

老年人血液透析患者的护理

王德琴

[关键词] 血液透析法; 老年病学; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 459.5 [文献标识码] B

随着人民生活水平的提高及寿命延长, 继发性肾脏病的增多, 老年透析患者逐年增加, 我院血液透析(血透)室治疗老年患者由去年同期 40% 上升到今年同期 48%, 现总结护理要点。

1 临床资料

2003 年 8 月~2004 年 8 月, 我院共收治老年血透患者 38 例, 其中男 18 例, 女 20 例; 年龄 61~76 岁。每周血透 2~3 次, 个别患者血透 1 次。原发性肾炎 24 例, 糖尿病肾病 6 例, 多囊肾 5 例, 急性肾衰竭 3 例。急性肾衰竭经股静脉置双腔管建立血管通路, 其余均为内瘘穿刺。有 2 例透析时间

最长达 13 年, 生活完全能自理。

2 护理

2.1 心理护理 本组患者均已退休, 与外界接触少以及长期依靠机器生存, 饮食受限, 给家庭带来负担。血透穿刺时给患者带来痛苦等原因, 很容易使患者产生孤独无助的感觉, 甚至对透析失去信心, 产生轻生的念头, 常表现为脾气暴躁或焦虑、情绪低落、沉默寡言等。护士首先应理解同情患者, 使其树立战胜疾病的勇气和信心, 从而使透析患者从消极的自我封闭状态中走出来, 积极面对人生。

2.2 合理膳食 饮食疗法是提高透析患者存活率的关键, 透析易失去一定量氨基酸和维生素, 加上老年人消化吸收功能减退, 易导致营养代谢紊乱。故我科自制饮食手册分发给患者, 使他们知道合理膳食的重要性及了解各种食物的营养含量, 提高生活质量, 减少并发症。具体的饮食原则是: 一般

[收稿日期] 2005-01-28

[作者单位] 安徽省中医院血液净化中心, 安徽 合肥 230031

[作者简介] 王德琴(1972—), 女, 安徽合肥人, 护师。