

表 1 两组患者年龄、留置尿管和第 1 次排尿情况比较

分组	n	年龄(岁)	留置尿管 时间(d)	第 1 次排尿 时间(min)	第 1 次排尿 成功例数	第 1 次成功 排尿率(%)
对照组	30	68.7±6.3	3.2±1.1	68.3±4.6	19	63.3
观察组	30	71.6±5.6	3.0±1.2	28.6±4.4	28	93.3
t	—	1.88	0.67	34.16		7.95 [△]
P	—	>0.05	>0.05	<0.01		<0.01

△示 χ^2 值

3 讨论

留置尿管是引起医院内泌尿系感染的主要危险因素^[1],也是导致拔管后尿潴留的因素之一^[2]。随着置管时间延长,泌尿系统感染率与尿潴留发生率亦增高。长期以来只将留置尿管的方法和步骤作了规范,而忽略了拔除尿管护理过程中的细节问题,以致于部分患者拔管后自行排尿困难,甚至需再次导尿,既增加患者痛苦,也增加了护理工作量。

为了预防拔除尿管后排尿困难和尿潴留,有报道^[3]采用拔尿管前向膀胱内注入药液的方式刺激排尿反射。而根据排尿反射的生理特点,以自体尿液充盈膀胱以致有痛感来刺激排尿反射,更符合生理特点^[4]。实施早期尿管定时开放,能尽快建立自主膀胱功能。解除尿管持续引流模式,能使膀胱的贮存和排尿功能继续发挥作用。能有效的提醒患者有意识排尿,从而产生排空感,使排尿的模式与正常排尿相似,尤其是本研究中患者留置尿管时间均在 24 h 以上。从临床观察,尿管定时开放间隔时间还应注意个体化,根据尿意和膀胱充盈速度及排尿的

间隔时间来决定放尿的时间。当患者有尿意时开放引流,才能起到训练膀胱功能作用。

尿道外口湿热敷法的作用机制主要是应用热力直接作用于尿道外口及其周围皮肤,通过刺激尿道及其阴部的感受器,冲动沿阴部神经传到脊髓排尿中枢,开放外括约肌,加上强大的膀胱内压将尿排出。和传统的热敷下腹部相比,尿道外口湿热敷的方法操作简单,安全易行,易为患者及家属接受,能普遍提前排尿时间,尽早解除患者的痛苦^[5]。本研究综合以上两种护理干预的效果,采用术后第 1 天尿管定时开放+拔除尿管后热敷尿道外口的方法和传统的术后第 1 天尿管定时开放+拔除尿管后热敷下腹部方法进行对比,结果显示观察组拔管后第 1 次排尿成功率为 93.3%,明显优于对照组。

鉴于护理干预的实际效果,护士应该通过主动运用护理干预,帮助患者尽早恢复排尿反射,解除留置尿管引起的不适,增加患者舒适感,利于术后患者身心的康复。

[参 考 文 献]

- [1] 胡美玉. 留置尿管病人尿路感染的原因分析及预防措施[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(8): 645-647.
- [2] 魏瑛琪, 符丽, 张文香, 等. 拔管前膀胱冲洗预防尿潴留的临床观察[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(10): 733-734.
- [3] 张佩君, 王锡唯, 钱爱君, 等. 留置尿管拔出前注入红汞预防尿潴留的临床观察[J]. 实用护理杂志, 2003, 18(5): 401-402.
- [4] 龚春兰, 黄家诚, 罗秀菊. 胸外科术后留置尿管拔除时机对尿潴留影响[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(4B): 39.
- [5] 姚美纯. 两种热敷的方法对术后尿潴留病人排尿的效果观察[J]. 当代护士: 学术版, 2005(6): 11-12.

[文章编号] 1000-2200(2010)05-0523-03

· 护理学 ·

腹腔镜胆囊切除术后早期翻身效果观察

许文青, 张艳芳, 葛多云

[摘要] 目的: 探讨腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)后早期取随意卧位对促进肠蠕动恢复、肛门排气、提高患者舒适度的作用。方法: 120 例 LC 患者, 随机选 60 例为观察组, 在行 LC 术后入病房头垫枕头平卧后早期采取随意卧位, 即侧卧位、平卧、左右半卧位、低半卧位, 患者随意选择。同时随机选 60 例为对照组, 常规术后去枕平卧 6~8 h 后随意体位。观察两组患者的主观舒适度、肠蠕动恢复时间、肛门排气时间及第 1 次下床活动时间。结果: 观察组主观舒适度、肠蠕动恢复时间、肛门排气时间等与对照组差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论: LC 术后早期随意卧位使患者更舒适, 肠蠕动恢复更快, 肛门排气时间更早。

[关键词] 胆囊切除术; 腹腔镜术; 卧位

[中国图书资料分类法分类号] R 657.4

[文献标识码] A

在行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic

cholecystectomy, LC)时, 由于患者平卧时间较长, 容易出现腰酸背痛感觉不舒服, 为此, 我们对 120 例 LC 术后早期采取随意卧位和常规卧位进行观察, 比较患者的主观舒适度^[1]、肠蠕动恢复时间、肛门排

[收稿日期] 2009-05-30

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 肝胆外科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 许文青(1971-), 女, 主管护师。

气时间、第1次下床活动时间。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2006年6月至2008年7月120例行LC患者,随机分为观察组和对照组各60例。观察组男27例,女33例;年龄21~75岁。对照组男23例,女37例;年龄20~77岁。两组患者的年龄、性别、身体状况均具有可比性。两组患者中单纯胆囊炎10例,胆囊结石80例,胆囊息肉30例。

1.2 方法 观察组行LC术后入病房头垫枕头平卧2h后,护士帮助患者早翻身,并详细指导家属。根据患者意愿随意选择体位,翻身时注意将腹带包好切口,以免活动时牵拉引起切口疼痛。(1)半侧卧位,仰卧位是前胸部、腹部、膝部向上,而半侧卧位介于侧卧位与仰卧位之间,体位要求使患者重力与支点在肩胛骨与髂骨后侧,下臂置于身前,肘弯曲,上腿膝关节及髋关节弯曲,下腿略微弯曲。上臂置于胸前。患者后背及肩胛部用一长枕支托,以防肢体外转。(2)侧卧位,患者左侧卧位或右侧卧位,两手臂向前,膝关节及髋关节弯曲,上面的腿较下面的腿弯曲度大,身体重力支点在髋骨及肩胛骨上。(3)低半卧位,将床头抬高15~30度,注意屈度不宜过大。对照组患者术后入病房,常规去枕平卧6h后可随意体位。

1.3 观察指标 自拟舒适量表^[2]。将患者的主观舒适度划分为4个等级:1级舒适,2级比较舒适,3级略感不适,4级不舒适。将卧位起始时间设为0,并在2、4、6、8h分别观察,请患者根据其主观感觉选择舒适度等级,并观察患者肠蠕动恢复时间、肛门排气时间、第1次下床活动时间。

1.4 统计学方法 采用 t 检验和秩和检验。

2 结果

2.1 两组卧位主观舒适度 观察组与术后2、4、6、8h卧位主观舒适度均明显优于对照组($P < 0.01$) (见表1)。

2.2 两组肛门排气时间和第1次下床活动时间比较 观察组患者术后第1次肛门排气时间明显早于对照组($P < 0.01$),两组患者第1次下床活动时间差异无统计学意义($P > 0.05$) (见表2)。

3 讨论

舒适是没有病痛折磨、心情愉悦、精神放松的良好体验,任何破坏这种状态的因素都可以造成不舒适。随着现代护理学观念的更新,找出不舒适的原因,在不影响病情的情况下,采取有效的措施消除或

表1 观察组与对照组患者主观舒适度比较($n_i = 60$)

分组	主观舒适度等级				u_c	P
	1	2	3	4		
术后2h						
观察组	35	15	6	4	7.10	<0.01
对照组	5	7	14	34		
术后4h						
观察组	28	20	8	4	5.54	<0.01
对照组	8	10	18	24		
术后6h						
观察组	18	18	12	12	3.29	<0.01
对照组	8	10	17	25		
术后8h						
观察组	16	18	12	14	2.89	<0.01
对照组	8	10	16	26		

表2 两组肛门排气时间和第1次下床活动时间比较($h; \bar{x} \pm s$)

分组	n	第1次肛门排气时间	第1次下床活动时间
观察组	60	19.4 ± 4.9	37.1 ± 3.4
对照组	60	24.9 ± 4.3	38.1 ± 3.8
t	—	6.54	1.56
P	—	<0.01	>0.05

减轻患者的不舒适,是护理工作的重要内容。LC术后卧床,术中、术后长时间处于同一位,加上对手术效果的担心以及切口疼痛,患者腰酸背痛而出现焦虑不安,难以入睡以致保持被动体位,拒绝翻身。护士应主动告慰患者,反复解释病情,使患者感到亲人般的温暖,在心理上获得满足感与安全感,增强了患者信心,忘记切口疼痛及其他不适感,从而使患者处于较佳的身心康复状态。

LC术后垫枕头平卧后早期翻身^[3]给予随意卧位,有利于肌肉松弛,避免不适感;有利于静脉回流,防止压疮产生;有利于肠蠕动恢复,改善胃肠功能,预防或减轻腹胀。通过本组护理结果,我们认为,(1)LC术后患者早期翻身随意卧位的舒适度优于去枕平卧6~8h后随意体位。LC术后患者头垫枕头平卧位,保持前屈有利于放松颈部肌肉并促进静脉回流,术后患者在护士或家属的帮助下可取左、右侧卧位、低半卧位,这样减少了长时间受压,有利于背部、腰部、肌肉的放松,从而避免颈部、背部、腰部酸痛的不适感。同时通过对术后早期翻身随意卧位的患者行主观舒适度的调查,证明是一种理想的舒适体位。(2)LC患者术后早期翻身随意卧位可促进肠蠕动功能恢复。腹部手术患者一般在术后12~14h内肠蠕动完全消失,随着术后时间的延长

而逐渐恢复,开始排气或排便,若术后数天不排气则会引起腹胀。患者通常都要“术后卧床”^[4]。但是,手术后腹胀更容易发生于卧床不能活动的患者^[5]。

LC 患者术后早期翻身,能促进胃肠蠕动功能恢复,预防腹胀,促进血液循环。本组资料显示,术后早期翻身对胃肠功能恢复优于常规术后活动,两组术后肛门排气时间差异有统计学意义($P < 0.01$),表明早期翻身对 LC 术后患者的恢复有意义。

[文章编号] 1000-2200(2010)05-0525-02

· 护理学 ·

后腹腔镜手术 43 例护理体会

孔令环,陈晓平,马 艳

[摘要]目的:探讨后腹腔镜手术的护理要点。方法:总结 43 例后腹腔镜手术患者的心理护理、术前护理、术后护理经验。结果:43 例手术均获成功。术后 1~2 天下床活动,平均住院 8 天,无严重并发症发生。结论:后腹腔镜手术较传统开放式手术具有显著的优越性,积极做好护理工作手术是术后患者康复的重要环节。

[关键词] 腹腔镜术;泌尿外科;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 572 [文献标识码] A

近十年来,后腹腔镜技术已广泛用于各种泌尿外科手术,后腹腔镜手术不仅取得与传统开放手术相同的效果,而且具有切口小、痛苦少、恢复快、并发症少等优点,其术后护理也明显优于开放手术。2008 年 11 月至 2009 年 7 月,我院开展了后腹腔镜手术 43 例。现将护理体会作一介绍。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 43 例,男 36 例,女 7 例;年龄 20~75 岁。其中,肾囊肿去顶减压术 17 例,输尿管切开取石术 7 例,肾上腺肿瘤切除术 7 例,肾切除术 6 例,多囊肾去顶减压术 3 例,肾盂成形术 3 例。除 1 例术后出现漏尿外,其余均痊愈出院。

1.2 手术方法 在气管插管全身麻醉下,取健侧卧位,于腋后线肋缘下(A 点)作一 1.15~2 cm 的小切口,钝性分离进入腹膜后间隙,用自制水囊扩张后腹膜腔 3~5 min,制备腹膜后间隙。另于腋中线腋棘上 2 cm(B 点)、腋前线肋缘下(C 点)穿刺,通过曲卡(Trocar)三点置入相应的腔内操作器械及监视镜,并在腹膜后间隙灌注压力为 10~15 mmHg 的 CO₂ 气体,目的是为手术提供宽广的空间和视野,然后在电视屏幕监视下进行手术。

1.3 结果 43 例均手术顺利,麻醉清醒后返回病

- [参 考 文 献]
- [1] 唐华芝,廖凌丽,张素红,等. 疗养舒适护理管理初探[J]. 护理管理杂志,2003,3(5):40-42.
 - [2] 范素云,苏洁玲,熊代兰. 影响肝移植术后病人舒适度的因素及护理[J]. 南方护理学报,2004,11(10):26-27.
 - [3] 刘梅. 腹部术后患者早期翻身的临床观察及护理[J]. 齐鲁护理杂志,2005,11(8):1001.
 - [4] 孙丽娜,陈桂兰. 外科术后卧床患者需求与不适应的调查及对策[J]. 实用护理学杂志,1998,14(7):344.
 - [5] 曹伟新. 外科护理学[M]. 北京:人民出版社,2002:73.

房。术后当晚 6 例因患者和家属要求使用镇痛泵,其余均未使用。患者术后 1~2 天可下床活动,3~5 天拔除引流管,平均住院 8 天,无护理并发症。

2 护理

2.1 心理护理 患者对手术一般都有不同程度的恐惧心理,虽然腹腔镜手术属微创手术,但由于后腹腔镜手术在我国开展较晚,患者对新技术新疗法缺乏可比性信息,多数仍会有一定程度的心理负担。护士要主动与患者沟通,给予安慰和鼓励,介绍手术的优点,并请同类患者现身说教,消除患者的思想顾虑。

2.2 术前护理 常规检查、禁食、备皮,术前一晚清洁灌肠,术晨留置导尿及摄定位片。后腹腔镜在气管插管全麻下进行,术前应积极治疗呼吸道炎症,避免受凉,要求戒烟 2 周,指导深呼吸和有效咳嗽方法,以缓解术后喉部不适。术晨可置胃管,其目的是使胃肠排空,减少胃肠道对后腹腔的压力,保证手术操作有足够的空间,并防止吸入性肺炎的发生。肾上腺手术病人术前应特别控制好血压和血钾水平。

2.3 术后护理

2.3.1 一般护理 患者回病房后,若麻醉未完全清醒,应注意保持呼吸道通畅,去枕平卧头偏向一侧;由于该术式是在二氧化碳气腹下进行,有潜在的高碳酸血症可能,应给予低流量、低浓度吸氧,以提高氧分压,促进二氧化碳的排出。此外,还需密切观察生命体征和血氧饱和度的变化。

[收稿日期] 2009-09-11

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 泌尿外科,安徽 蚌埠 233040

[作者简介] 孔令环(1974-),女,主管护师。