

3 护理体会

- 3.1 急性期护理** (1)密切观察病情变化:监测脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔及肢体活动等变化,2~4 h 观察并记录 1 次,如有异常及时纠正,注意观察病情有无进一步加重。(2)保持呼吸道通畅:持续吸氧,及时吸出呼吸道分泌物及呕吐物,保证有效的通气。(3)控制脑水肿:快速输注 20% 甘露醇及速尿等药物。(4)对高热患者予物理降温,头部置冰帽、冰枕,降低脑组织的代谢率及耗氧量,从而减轻脑水肿。(5)休息:脑血管病急性期时应绝对卧床休息,保持病室内整洁卫生、安静舒适、减少刺激,以利于健康恢复。
- 3.2 补偿性护理** 患者生命体征平稳后,针对其不同程度的意识障碍和自理缺陷采取全补偿性或对清醒患者提供部分补偿性护理,如保持病人床铺整洁干燥,每隔 2h 翻身、拍背 1 次,并让患者采取舒适的卧位,同时做好口腔护理、皮肤护理、大小便护理等,做到护理时间科学安排,保证病人得到充分的休息。
- 3.3 营养支持护理** 病人入院后根据病情需要及早下胃管,鼻饲高蛋白、高维生素易消化的流食,4~6 次/d,200 ml/次;温开水 3~4 次;每日静脉输血量控制在 1 500~2 000 ml 内,以免引起颅内压增高。清醒无吞咽障碍者给予清淡、富含纤维素低脂饮食。进食时应细嚼慢咽,每餐不宜过饱,注意蛋白质及营养物质的合理搭配。
- 3.4 安全护理** 昏迷及神志不清的病人注意加用

床档,对躁动不安及谵妄者要用约束带,对合并有癫痫者应由专人护理,应用冰块物理降温者防止冻伤,神志清醒患者活动时防止摔伤及跌倒意外事件发生。

3.5 情感护理 人具有生物属性和社会属性,既是一个有生命的生物有机体,又是一个从属于社会的个体^[2],家庭是社会的细胞,疾病患者心情往往处于焦虑、孤独、急躁、绝望、悲观状态,需要周围的人用情感来呵护,对患者心理护理应采取针对性、个性化的方式进行,充分发挥家庭、社会支持系统的作用,使患者得到情感的满足。

3.6 康复期护理 随着病情稳定和好转,患者的愿望和人格需求亦会发生变化^[3],此时应根据患者不同的社会及家庭背景、性格、职业,指导做好心理健康教育,鼓励患者树立信心和提高心理承受能力^[4],积极开展功能训练,培养良好心理状态,从而早日重返工作岗位。

参考文献

1 王维治. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:134-135.

2 马玉华,李 焱,宋云平,等. 军队医院老年脑血管病患者围出院期的护理干预[J]. 华北国防医药,2006,18(4):296-297.

3 郑少颜. 需要层次论在脑出血术后偏瘫患者康复中的临床应用[J]. 中国实用神经疾病杂志,2009,12(18):87-88.

4 李燕玲,邱贵凤,阮南楠,等. 住院脑卒中患者社会支持状况的调查分析[J]. 护理学杂志,2006,21(1):34-35.

[收稿日期 2011-09-19][本文编辑 吕文娟 韦 颖]

护理研讨

术前特别心理干预对全麻患者麻醉效果的影响观察

廖丽宁

作者单位: 531400 广西,平果县人民医院手术室
作者简介: 廖丽宁(1973-),女,大学专科,主管护师,研究方向:手术室护理。E-mail:lyc5088@126.com

[摘要] **目的** 观察术前特别心理护理对全麻患者麻醉效果的影响。**方法** 将 232 例全麻手术患者分为心理干预组和对照组,对照组只给予常规心理护理,干预组在麻醉前除采取常规心理护理外,还进行特别心理干预。**结果** 特别心理干预后,干预组在发生担心麻醉、手术效果等方面焦虑情绪的发生率显著低于对照组($P<0.01$)。术前应用特别心理干预,干预组在发生担心麻醉、手术效果等方面焦虑情绪的发生率显著低于对照组($P<0.01$)。麻醉手术时的血压、心率异常率较干预前显著降低($P<0.01$)。**结论** 全麻患者术前应用特别

心理干预,对保证麻醉效果及手术顺利进行具有重要意义。

[关键词] 气管插管全麻; 特别心理干预; 麻醉效果

[中图分类号] R 61 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2012)05-0465-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.05.29

国内外的一些文献证明术前针对性地进行特别心理干预可以缓解患者的焦虑情绪,降低全麻患者苏醒期躁动的发生率^[1~3],提高麻醉及手术效果。2008-01~2010-12 我们对 232 例全麻手术患者分别进行术前特别心理干预和不干预的对比观察,现分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 232 例患者,男 146 例,女 86 例,年龄 23~76 岁,平均年龄 40.2 岁。全部为外科手术病人,术前患者均清醒,意识正常。所有患者均无心血管病史。随机分为心理干预组 118 例,男 75 例,女 43 例,平均年龄 40.9 岁;对照组 114 例,男 71 例,女 43 例,平均年龄 39.6 岁。两组术前心、肺、肝、肾功能等各项检查均无异常,患者性别、年龄、体质、文化程度等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 护理特别干预方法 全麻手术患者最明显的心理特征是焦虑不安,其焦虑程度对麻醉效果及手术有较大的影响,故术前需进行常规的心理干预。常规心理干预的内容包括麻醉前与患者沟通交流,了解患者的心理状况及需求;术前介绍手术室、麻醉苏醒室环境;介绍麻醉和手术的基本方法和过程;有针对性地组织同类全麻手术患者进行相互交流等。干预组患者除接受以上常规心理干预外,术前还根据患者的要求对麻醉及手术效果由麻醉医师、手术医师作出暗示性的肯定性答案,即暗示患者麻醉一般不会发生意外,手术效果相对很好,手术很少发生并发症等。

1.3 观察评价指标 观察两组干预前后的心理指标、生理指标变化。心理指标采用 Zung 焦虑状态自评量表(SAS)测量两组患者的焦虑值,以总分超过 40 分为有焦虑存在,分数越高焦虑程度越重;生理指标为干预前后两组患者的血压、心率变化情况。

1.4 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者术前(干预前)都存在对麻醉效果、手术效果及术后是否有并发症的疑问及焦虑情绪,差

异无统计学意义($\chi^2 = 1.12, P > 0.05$);对照组行常规心理干预后,存在焦虑者 107 例(93.86%),干预组行常规干预及特别心理干预后,存在焦虑者 16 例(13.56%),干预组的焦虑发生率显著低于对照组($\chi^2 = 150.10, P < 0.01$)。干预前两组的血压、心率异常率比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05);干预后,干预组的血压、心率异常率较干预前均显著降低($\chi^2 = 7.87$ 和 $19.64, P$ 均 < 0.01);对照组的血压、心率异常率较干预前则显著升高($\chi^2 = 17.89$ 和 $21.84, P$ 均 < 0.01)。见表 1。

表 1 两组患者干预前后血压、心率异常率比较[n(%)]

组别	例数	干预前		干预后	
		血压异常	心率异常	血压异常	心率异常
干预组	118	16(13.55)	27(22.88)	4(3.38) [△]	4(3.38) [△]
对照组	114	13(11.41)	12(10.53)	39(34.2) [△]	42(36.8) [△]
χ^2	-	1.67	1.78	19.43	21.23
P	-	> 0.05	> 0.05	< 0.01	< 0.01

注:同一指标组内与干预前比较, $^{\Delta} P < 0.01$

3 讨论

3.1 在临床手术麻醉护理工作中,经常发现由于患者对麻醉及手术效果的不了解,术前普遍存在焦虑、紧张、恐惧等负性心理,而引起生命体征变化,如血压升高、心律失常等,增加了围麻醉期处理的难度。焦虑程度越高,对麻醉及手术影响越大。麻醉前采用不同心理干预措施,尤其是采用一些特别的心理护理措施对提高麻醉效果起到一定的作用。

3.2 患者麻醉前焦虑心理将随着手术开始时间的越来越远,呈增加趋势。本观察中,对照组和干预组干预前均存在的心理焦虑状态,两组对比差异无统计学意义($P > 0.05$);而特别心理干预组干预后焦虑的发生率和严重程度比较显著低于对照组($P < 0.01$)。说明麻醉前的特别心理干预能提高患者对麻醉的认知能力,缓解患者的紧张情绪,提高麻醉的依从性。由于焦虑心理因素的影响,术前及术中会发生一些生理指标变化,如引起血压升高、心率加快等^[4]。本观察结果表明,通过特别心理干预,可使手术患者焦虑情绪明显减少,焦虑程度明显降低,血压、心率的异常率均降低($P < 0.01$),从而保证了手

术患者术前及术中的心率、血压稳定,减少了手术风险,加快了患者的术后康复。

参考文献

1 祝义军,史东平,封卫征. 术前心理疏导对全身麻醉患者苏醒期躁动的影响[J]. 现代医药卫生,2006,22(2):169-170.
2 谭明韬,徐美燕,焦莲萍. 术前心理干预对全麻患者苏醒期躁动的

影响[J]. 中国误诊学杂志,2005,5(10):1934.
3 吴跃仙. 术前心理干预对全身麻醉苏醒期病人躁动、恶心、呕吐的影响[J]. 护理研究,2007,21(21):1920-1921.
4 邱丽琴,杨旭云,张 研,等. 术前护理访视对择期手术患者心理应激反应的临床观察[J]. 护理实践与研究,2006,3(6):28-29.
[收稿日期 2011-09-29][本文编辑 韦 颖 吕文娟]

新进展综述

无结扎技术在胃癌外科的应用进展

徐 胜(综述), 黄顺荣(审校)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院胃肠外周血管外科
作者简介: 徐 胜(1980-),男,医学博士,主治医师,研究方向:胃肠外科疾病诊治、腔镜微创。E-mail:xvsheng@hotmail.com
通讯作者: 黄顺荣(1950-),男,大学本科,医学学士,主任医师,研究方向:普外疑难危重病诊治、腔镜微创。E-mail:hsr01391@126.com

[摘要] 止血技术是外科基本技术之一。该文总结了外科电刀、超声刀和结扎速的应用特点,结合胃癌的手术方法,就无结扎技术在胃癌外科的应用进展作一综述。
[关键词] 无结扎技术; 胃癌; 结扎速; 腹腔镜
[中图分类号] R 656.6⁺1 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2012)05-0467-04
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.05.30

Application progress of surgical technique without ligation on surgery of gastric cancer XU Sheng, HUANG Shun-rong. Department of Gastrointestinal Peripheral Vascular Surgery, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] Hemostasis is a fundamental principle of surgery. This article summarized application characteristics of the surgical electrocoagulation, ultrasonic scalpel and ligasure, combined with the method of gastric cancer operation, and proposed the theory of surgical technique without ligation. The related issues were reviewed.
[Key words] Surgical technique without ligation; Gastric cancer; Ligasure; Laparoscope

胃癌是最常见的恶性肿瘤之一,其发病率居第二,仅次于肺癌。随着对胃癌认知理论的进步,胃癌外科治疗方式不断发展变化。自 1881 年 Billroth 首例胃癌切除成功以来,胃癌外科至今已有近 150 年的历史。20 世纪 50 年代,学者们认为胃癌外科治疗的主要手段就是将肿瘤完全切除和彻底清除胃周淋巴结组织。60 年代后,国内外对胃癌的外科治疗取得共识,认为完全根除胃原发癌,行全胃或大部胃切除,彻底清除胃周淋巴结组织,切除大网膜乃是胃癌外科治疗的原则。自 1991 年日本实施首例腹腔镜胃切除术(LGC)治疗胃癌以来,其微创优势致日本每年的 LGC 数量均呈成倍增加趋势。腹腔镜治疗胃癌亦取得较好的效果,特别是对 I、II、IIIa 期

者^[1]。我院自 1999 年开展我国首例腹腔镜贲门癌全胃切除术以来,也历经了 10 多年的发展^[2~5]。无论开腹或腹腔镜胃癌根治术,都离不开安全有效的血管闭合、止血。组织分离需要依靠解剖剪、分离钳完成,且粗大血管需应用缝线等缝合结扎进行止血,其创面损伤大、手术步骤繁琐、操作冗长、手术速度慢、手术时间和麻醉时间长、手术失血量大;手术后渗血及渗液多,甚至合并淋巴漏,恢复极慢;特别是进行腹腔镜手术时,为保持腹腔镜下术野清晰,必须在切断组织和血管前使血管闭塞,也就是在不会发生出血的情况下将组织、血管切断。如一旦发生出血,术野血液污染,腹腔镜下止血将十分困难。所以寻求一种能快速、有效、安全闭合较粗大血管的结扎