

中西医结合护理干预对腹腔镜胆囊切除术后的效果观察

邵建敏, 李山平, 徐斌

杭州师范大学附属医院, 浙江 杭州 310000

[摘要] 目的: 探讨中西医结合护理干预对腹腔镜胆囊切除术患者的疗效和护理满意度。方法: 选取行腹腔镜胆囊切除术治疗的患者 96 例, 随机分为 2 组各 48 例。对照组予西医常规护理, 观察组在对照组护理方法的基础上予中医护理。观察 2 组患者肠鸣音恢复时间、术后排气时间、腹胀消失时间及非手术切口疼痛 [视觉模拟评分法 (VAS) 评分] 及护理满意度。结果: 护理后, 观察组肠鸣音恢复、术后排气、腹胀消失时间均比对照组短, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 观察组非手术切口疼痛 (VAS 评分) < 2 分的患者多于对照组, 而 > 2 分的患者少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。总满意率对照组 81.3%, 观察组 95.8%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组优于对照组。结论: 对腹腔镜胆囊切除术患者, 中西医结合护理能有效缩短肠鸣音恢复时间、术后排气时间及腹胀消失时间, 减少非手术切口疼痛 (VAS 评分), 提高护理满意度。

[关键词] 腹腔镜; 胆囊切除术; 中西医结合护理; 肠鸣音恢复时间; 术后排气时间; 腹胀消失时间; 视觉模拟评分法; 满意度

[中图分类号] R619 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0240-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.112

据流行病学调查: 对宁波镇海区 14008 例健康体检人员进行研究发现, 发现胆囊良性疾病高达 2540 例 (18.13%), 有恶性肿瘤 3 例^[1]。如此高的胆囊疾病发病率, 导致胆囊切除术在肝胆外科治疗中较为常见, 但是对腹腔镜胆囊切除术患者的护理工作一直在不断的探讨中。本研究在中西医结合思维指导下, 对腹腔镜胆囊切除术后的患者采用中西医护理干预, 取得了一定的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①腹腔镜胆囊切除术顺利完成的患者; ②对本次调研知情并签字同意的患者。

1.2 排除标准 ①合并严重心、肾、肝等重要组织器官功能不全的患者; ②合并恶病质的患者; ③凝血功能明显异常的患者; ④伴严重精神疾病的患者; ⑤依从性差的患者。

1.3 一般资料 选取 2013 年 8 月—2014 年 2 月在本院行腹腔镜胆囊切除术治疗的患者, 共 96 例。随机分为 2 组各 48 例。对照组男 21 例, 女 27 例; 年龄 23~50 岁, 平均 (35.32±5.14) 岁; 病例来源: 急性胆囊炎者 4 例, 慢性胆囊炎者 13 例, 单纯胆结石者 21 例, 胆囊息肉者 7 例, 胆囊炎合并胆结石者 3 例。观察组男 22 例, 女 26 例; 年龄 24~50 岁, 平均 (36.01±5.08) 岁; 病例来源: 急性胆囊炎者 3 例, 慢性胆囊炎者 15 例, 单纯胆结石者 20 例, 胆囊息肉者 6 例, 胆囊炎合并胆结石者 4 例。2 组患者性别、年龄等一般资料经

统计学分析, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 护理方法

2.1 对照组 常规护理。①病情观察: 当患者术后仍未清醒时, 予平卧位, 头偏向一侧, 低流量吸氧; 采用心电监护, 监测患者血压、呼吸、心电图、血氧饱和度等; 同时观察患者神志、瞳孔的变化。当患者术后清醒, 予患者半卧位, 继续心电监护 8 h 及低流量吸氧。②保持引流通畅: 定时检查术后引流管是否通畅, 定时挤压引流袋, 每天更换一次引流袋; 同时记录引流液的出量及颜色, 直到引出液逐渐减少甚至无引流液、颜色为淡红色时, 拔出引流管^[2]。③部位护理: 患者未清醒时, 对患者口腔、会阴部进行清洗; 同时翻身拍背, 防止压疮及呼吸道不畅; 抬高下肢, 防止血栓形成。若呼吸道不畅者, 予雾化吸入化痰治疗。患者清醒后, 嘱患者卧床休息, 保持口腔、会阴等部位清洁, 可适当进行床上活动。④饮食调养: 患者术后, 当天禁食禁水; 待胃肠功能恢复, 逐渐进食, 以高蛋白、高热量、高维生素、高碳水化合物等流质。逐渐改为半流质饮食。最后改为普食。住院期间, 所有食物都以清淡饮食为主, 忌辛辣油腻之物。⑤心理护理: 待患者术后清醒, 对其病情及其治疗、预后、转归、预防进行详细的讲解, 并以身边成功病友为榜样进行鼓励, 消除患者后顾之忧。同时嘱其家属陪伴在患者身边, 对其关心与照顾, 转移患者注意力, 使其得到精神支持。

[收稿日期] 2015-06-05

[作者简介] 邵建敏 (1982-), 女, 护师, 主要从事普外科护理临床工作。

2.2 观察组 (1)常规护理同对照组。(2)中医护理：①穴位按压：术后，患者清醒时，取其双足三里、双三阴交、双天枢，采用指腹按压法，双侧穴位同时进行，每穴 3 min，每天 1 次，连续 6 天。②耳穴压豆：取患者双侧交感、神门、肝、胃、脾耳穴，采用王不留行籽进行按压，3 天换 1 次。③中医五脏护理：待患者清醒后，嘱其注意呼吸与意念的协调，依次以五脏相生的顺序进行：嘘-肝，呵(喝音)-心，呼-脾，丝音-肺，吹-肾，嘻-三焦。每次 15 min，每天 1 次，连续 6 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者肠鸣音恢复时间、术后排气时间、腹胀消失时间，及护理满意度和临床疗效。①肠鸣音恢复时间、术后排气时间、腹胀消失时间，从手术结束回病房开始计算，以小时(h)为单位，每小时对患者或陪护进行询问并记录。②非手术切口疼痛，采用视觉模拟评分法(VAS)进行评分^[3]。③护理满意度，通过《临床护理满意度调查表》进行调查。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，比较采用 *t* 检验；计数资料用百分比表示，比较采用 χ^2 检验。

4 结果

4.1 疗效标准 ①非手术切口疼痛(VAS 评分)标准^[3]：<2 分，则护理有效；>2 分，护理则无效。②护理满意度评分标准：满分 100 分，>80 分则为满意，60~80 分则为一般满意，<60 分则为不满意。总满意率 = 满意率 + 一般满意率。

4.2 2 组肠鸣音恢复、术后排气、腹胀消失时间比较 见表 1。护理后，观察组肠鸣音恢复、术后排气、腹胀消失时间分别与对照组比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组肠鸣音恢复、术后排气、腹胀消失时间比较($\bar{x} \pm s$) h

组别	n	肠鸣音恢复时间	术后排气时间	腹胀消失时间
对照组	48	9.73 ± 1.75	16.24 ± 2.53	19.72 ± 2.63
观察组	48	6.58 ± 1.26 ^①	12.18 ± 2.17 ^①	15.33 ± 2.10 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组非手术切口疼痛 (VAS 评分) 比较 见表 2。护理后，观察组非手术切口疼痛(VAS 评分)<2 分的患者多于对照组，而>2 分的患者少于对照组，2 组非手术切口疼痛(VAS 评分)情况比较，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 2 2 组非手术切口疼痛 (VAS 评分) 比较 例(%)

组别	n	<2 分	>2 分
对照组	48	30(79.2)	9(18.8)
观察组	48	43(95.8)	1(2.1)
χ^2 值		9.663	9.524
<i>P</i> 值		0.002	0.002

4.4 2 组护理满意度比较 见表 3。护理后，总满意率对照组 81.3%，观察组 95.8%，2 组比较，经 χ^2 检验， $\chi^2=5.031$ ， $P=0.025$ ，差异有统计学意义($P < 0.05$)，观察组高于对照组。

表 3 2 组护理满意度比较 例(%)

组别	n	满意	一般满意	不满意	总满意率(%)
对照组	48	24(50.0)	15(31.3)	9(18.7)	81.3
观察组	48	27(56.2)	19(39.6)	2(4.2)	95.8 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

5 讨论

胆囊切除术，凭借其微创优势，目前已全面发展和普及，成为外科胆囊良性疾病治疗的金标准^[4]。但是对胆道疾病的治疗中，采用胆囊切除术处理，目前仍有一定的难度，特别是术后常见恶心呕吐、腹腔内出血、皮下气肿、腹胀等并发症，严重影响临床疗效和困扰患者，故术后护理显得较为重要。

本研究显示：经护理后，2 组患者术后肠鸣音恢复时间、术后排气时间、腹胀消失时间都较快，非手术切口疼痛评分都较低，临床总满意度 >80%，提示术后护理的重要性。但同时采用中医护理的观察组术后肠鸣音恢复时间、术后排气时间、腹胀消失时间均比对照组短($P < 0.05$)；观察组非手术切口疼痛(VAS 评分)<2 分的患者多于对照组($P < 0.05$)，而>2 分的患者少于对照组($P < 0.05$)；临床总满意度比对照组高($P < 0.05$)。提示观察组护理优于对照组。

中医穴位按压，足三里能促胃、小肠、结肠运动，防止胃食管返流；天枢对胃肠具有双向调节作用，止呕止泻的同时能促进胃肠运动^[5]；三阴交能通过神经体液、免疫调节、内分泌等机制止痛和改善肠胃功能^[6]。耳穴压豆^[7]，交感具有止胃肠疼痛、胆绞痛等功能；神门能治疗各种痛症，对血压具有调整作用；肝具有条畅情志及血压，缓解患者压力的作用；胃有止呕、促胃肠运动之功；脾主治腹痛、腹胀，能消胀止痛。中医五脏护理，通过呼吸与意念的调和，能有效减轻患者焦虑、增强信心；同时，能帮助患者调理气息，通调全身经脉、协调阴阳，使脏腑功能逐渐恢复正常，达到补益五脏、舒经活络的作用，从而加强胃肠运动。综合以上中医综合护理，能促胃肠运动，加速排气和腹胀消失，使非手术切口疼痛减少。同时，由于中医穴位按压，与患者亲密接触，增进交流，增加医患之间的友好关系，从而也提高了患者对护理满意度的评价。

值得注意的是，西医常规护理必不可少，它是胆囊切除术后患者护理成功的保证。但是配合中医护理，能有效提高胆囊切除术后患者的整体护理疗效，值得参考。

[参考文献]

[1] 朱忠伟, 李福军, 胡柯铭, 等. 宁波镇海地区胆囊疾病的流行病学调查[J]. 现代实用医学, 2012, 24(11): 1241- 1242.

- [2] Selim R Krim , Rey P Vivo , James A de Lemos , et al. B- type natriuretic peptides in acute coronary syndromes : implications in an aging population[J]. Clin Cardiol, 2012 , 35(11) : 681- 684.
- [3] 付莲英, 段淑云, 万水珍, 等. 视觉模拟评分法在病人满意度调查中的应用[J]. 中国护理管理, 2008 , 8(9) : 68- 69.
- [4] 吴硕东. 普通外科腹腔镜手术图谱[M]. 北京 : 人民卫生出版社, 2008 : 6.
- [5] 杜仪, 李丽, 刘志顺. 天枢穴主治规律及治疗方法的临床文献研究[J]. 针灸临床杂志, 2013 , 29(10) : 53- 54.
- [6] 郭晓乐, 刘晓娜, 王富春. 三阴交穴的临床应用与机理研究[J]. 吉林中医药, 2011 , 31(1) : 47- 48.
- [7] 陆寿康. 刺灸灸法[M]. 北京 : 中国中医药出版社, 2007 : 127- 129.

(责任编辑: 刘淑婷)

气囊止血带缚扎部位的改良对足部手术止血效果的影响

吴卓, 吴燕珍, 庞雪利, 林爽

广州中医药大学附属骨伤科医院, 广东 广州 510240

[摘要] 目的: 观察气囊止血带缚扎部位的改良对足部手术止血效果的影响。方法: 将 120 例择期足部手术的成人患者, 分为实验组和对照组。实验组止血带缚扎部位为踝关节上方 10 cm, 压力选择为气囊止血带缚扎部位近端肢体的周径; 对照组止血带缚扎部位为传统的大腿根部, 压力选择为大腿根部的周径。观察 2 组手术时的止血效果、止血带副损伤情况及压力值大小、充气时间。结果: 2 组充气时间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 2 组止血带充气压力、止血带副损伤达优率与止血效果达优率比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论: 足部的手术, 止血带的缚扎部位周径越小, 阻断血流所需的压力就越低, 患者就越舒适。驱血周径短, 术者工作效率更高, 止血效果更为确切, 术野更为清晰。

[关键词] 足部手术; 气囊止血带; 止血效果; 充气压力

[中图分类号] R619⁺.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 10-0242-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.113

目前, 气囊止血带已是骨科四肢手术中最常用的止血技术, 但使用不当, 会给患者带来神经损伤的风险, 如受压部位出现皮肤红肿、张力性水泡, 甚至更严重者会出现水泡溃破, 肢体瘀血性肿胀等。笔者在临床过程中发现足部手术止血带缚扎部位在大腿根部, 给操作者带来诸多不便, 如驱血周径过长, 花较长时间及较大的力量才完成驱血操作, 费时费力。为寻求足部手术使用气囊止血带能达到最佳止血效果的最小压力值, 本院通过止血带缚扎部位的改良, 与传统缚扎部位进行比较, 观察 2 组不同缚扎部位对足部手术压力值选择及止血效果的影响, 为临床推广应用提供理论依据。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合足部骨折诊断标准; 拟择期行足部手术的患者; 无严重心、肝、肾等全身器质性病变; 自愿参与研究

并签署知情同意书的患者。

1.2 排除标准 足部病理性骨折患者; 足部开放性骨折患者; 合并严重心、肝、肾等全身器质性病变; 未签署知情同意书的患者。

1.3 一般资料 观察病例为 2013 年 4 月—2014 年 11 月在本院择期行足部手术的患者, 共 120 例, 按随机数字表法分为 2 组各 60 例。实验组男 38 例, 女 22 例; 年龄 21~51 岁, 平均 36 岁; 跟骨骨折 20 例, 跗骨骨折 18 例, 跟腱断裂 5 例, 拇外翻畸形 10 例, 跗骨骨折 2 例, 趾骨骨折 5 例。对照组男 34 例, 女 26 例; 年龄 24~50 岁, 平均 37 岁; 跟骨骨折 18 例, 跗骨骨折 24 例, 跟腱断裂 7 例, 拇外翻畸形 6 例, 跗骨骨折 3 例, 趾骨骨折 2 例。2 组性别、年龄、体重、骨折类型等资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

[收稿日期] 2015-05-23

[基金项目] 广东省中医药局立项课题 (20132174)

[作者简介] 吴卓 (1971-), 女, 副主任护师, 主要从事手术室护理管理工作。