

123.6%。

4 讨论

手足口病是一种急性传染病,其传播途径复杂、速度快,近年有逐年增多趋势,如患儿得不到及时收住易延误治疗并造成疫情扩散,危害社会。作者通过摸索,在手足口病流行高峰期做好收治和护理,使手足口病患者得到及时、系统治疗,可避免延误治疗和疫情扩散。

参考文献:

[1] 王英,何小周,赵俊伟,等. 2008—2010年全国报告手足口病死亡水平与死亡病例分析[J]. 疾病监测, 2011, 26(6): 424—426.

- [2] 王毅. 急诊高峰时段护理工作的应急管理[J]. 中国药物经济学, 2013, 9: 448—449.
- [3] 周小娟. 小儿手足口病的护理与管理[J]. 中国医药指南, 2013, 11(3): 293—294.
- [4] 龙炳风. 手足口病的预防及护理[J]. 实用临床医学, 2013, 14(11): 131.
- [5] 李向红, 刘承娟. 小儿手足口病的家庭护理和预防[J]. 右江医学, 2011, 39(6): 821—823.
- [6] 田茂兰, 姚丽琼. 健康教育在小儿手足口病患者护理中的作用[J]. 右江民族医学院学报, 2010, 32(6): 961.

收稿日期: 2014—04—18; 修回日期: 2014—04—24

疼痛护理干预在胃癌根治术患者的应用研究

朱建英

(湖南省资兴市中医医院, 湖南 资兴 423401 E-mail: zhujianyinghu@yeah.net)

摘要: **目的** 探讨对胃癌根治术患者采用护理干预在缓解术后疼痛方面的临床疗效以及对术后恢复的帮助作用。**方法** 选取2009年11月~2012年11月在我院进行42例胃癌根治术的患者,随机分为两组,每组21例,干预组与对照组分别采用常规护理以及特定的护理方法,对比分析两组下床活动时间、芬太尼用量和出院时间。**结果** 通过护理干预的患者疼痛程度明显低于临床对照组,护理干预组下床活动时间、芬太尼用量和出院时间明显低于临床对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在胃癌根治术患者中实施护理干预可缓解患者的焦虑情绪,并明显减轻疼痛。

关键词: 胃肿瘤; 疼痛; 护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: C

文章编号: 1001—5817(2014)03—0516—02

doi: 10.3969/j.issn.1001—5817.2014.03.111

癌症疼痛是癌症根治术常见的病症之一,疼痛不仅给病人身体带来不适,同时也会给病人精神、心理造成极大影响。当前,胃癌根治术后的疼痛的护理已经日渐被重视,患者手术后由于疼痛的影响常可导致休克、窒息等威胁生命的情况发生,同时对术后恢复也有很大影响^[1]。本研究旨在了解护理干预在缓解术后疼痛方面的临床疗效,现汇报如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2009年11月~2012年11月在我院进行胃癌根治术的42例患者,随机等分为两组。干预组男性14例,女性7例,平均年龄为(55.5±3.2)岁;对照组男性12例,女性9例,平均年龄为(54.3±3.7)岁,将两组患者的性别、年龄等资料进行比较,差异无统计学意义。

1.2 处理方法 临床对照组采用一般的常规护理的同时,护士对护理干预组患者术后包括术后的呼吸和循环状况、切口的愈合以及营养等一般情况进行评估,并制定相应的护理干预措施。个体化对患者采取心理护理方式,帮助患者调动潜能,利用积极的语言暗示并耐心听取患者的叙述,帮助患者宣泄自己的情感表达内心最真实的想法。为使患者在术前有一个良好的氛围,要及时与患者的亲属进行沟通,告知术后注意事项,并告知家属尽量保持患者情绪的的稳定防止焦虑的情绪引起疼痛加深加重。指导患者家属转移患者的注意力如听舒缓的音乐和看有趣的读物等,尽量减少术后止痛药物的需求量,防止因用药量大引起的副作用^[2]。如果在术后发现患者肠蠕动恢复并可以排气,应指导患者少量饮水及进食,帮助患者肠道功能的恢复。有责任心的护士应当指导患者少量多餐,进高热量、易吸收的饮食,并逐渐增加进食量。止痛一般选用止痛泵,在患者术后感觉开始恢复的同时,逐渐加剧的切口疼痛,严重影响患者的术后恢复情况,在手术结束的同时,药物作用药效降低,疼痛在术后更为显著^[3]。一旦患者主诉疼痛,临床护士应

立即响应并针对患者手术情况作相应解释,积极采取对症治疗,并将病人的情况及时报告给负责的上级医生^[4]。在临床工作中治疗和护理患者时一定要避免粗暴动作,尽量减少疼痛刺激,帮助病人尽快恢复健康。

1.3 疼痛分期标准 采用国际上通用的视觉模拟评分法(VAS),即将临床上的疼痛分为0~10级(疼痛的程度逐级上升),并制做一把标尺将疼痛的分级标注上并配以解释,在进行临床护理的同时指导病人将自己疼痛的程度进行分级并标注记录(分别于术后5、10、24和48h各评价一次)^[5]。

1.4 统计学方法 在本次研究中采用的是SPSS 18.0统计处理软件,通过此软件对本次研究所得的数据进行分析,计量资料的组间比较采用 t 检验进行分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胃癌根治术患者疼痛程度的比较 两组患者通过临床护理身体恢复迅速,护理干预的患者疼痛程度明显低于临床对照组,通过对两组患者进行术后的疼痛分级,护理干预组明显低于临床对照组,差异具有统计学意义,见表1。

表1 两组胃癌根治术患者疼痛程度的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术后5h	术后10h	术后1d	术后3d
临床对照组	21	2.34±0.13	2.18±0.21	2.08±0.21	1.97±0.15
护理干预组	21	3.65±0.25	3.35±0.23	3.16±0.25	3.05±0.22
<i>t</i>		21.305	17.215	15.159	18.587
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组胃癌根治术患者术后指标的比较 通过临床比较,下床活动时间、芬太尼用量以及住院时间上护理干预组明显低于临床对照组,差异具有统计学意义,见表2。

表2 两组胃癌根治术患者术后指标的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	下床活动时间 (h)	芬太尼用量 (mg)	住院时间 (d)
护理干预组	21	45.34±6.78	0.45±0.12	18.67±4.45
临床对照组	21	58.56±6.53	0.96±0.27	22.88±4.78
t		7.409	7.910	2.954
P		<0.001	<0.001	0.005

3 讨论

在临床上通常将机体对伤害性刺激的痛反应称为疼痛,其中包括外伤和手术特别是手术的切口刺激所引发的人体主观的不愉快的感觉^[6]。痛觉拥有不可或缺的作用,在身体健康受到威胁或侵害时可通过生物体的感知对伤害进行防御,因而而将损害减到最低,但是有时在临床上遇到的长时间的剧烈疼痛不仅对机体是一种折磨也严重影响对疾病的判定和治疗效果^[7]。手术切口处的疼痛是胃癌根治术后最常见的临床表现之一,其疼痛的原因一般认为与手术操作导致的组织损伤和各种导管插入或因伤口周围肌肉痉挛和炎性因子对感受神经的刺激有关^[8],同时也与患者个人对疼痛的感知程度和反应程度以及对病情的认识和其特殊的人生阅历等有关。

在本次研究中,通过护理干预的患者疼痛程度明显低于临床对照组,通过临床对比分析,两组患者下床活动时间、芬太尼用量和出院时间,护理干预组明显低于对照组,经统计学方法比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。通过本次研究笔者发现,如护士主动向患者介绍手术情况和麻醉方式,并指导他们如何采取有效措施减少不适感,并与患者建立良好的护患关系

可极大地提高临床的护理效率和效果。特别应加强与患者家属的沟通,减轻患者家属的焦虑情绪,给患者营造一个和谐舒适的治疗环境,另一方面也避免了患者家属的不当操作对患者疾病的延误,同时可以减轻患者的心理负担。

综上所述,在胃癌根治术患者中实施护理干预可缓解患者的焦虑情绪并明显减轻患者的疼痛症状,促进患者康复。

参考文献:

- [1] 邹烂辉. 护理干预控制腹部手术患者术后疼痛的临床观察[J]. 中国实用医药, 2009, 16(4): 258-259.
- [2] 龙华. 癌性疼痛的评估与护理[J]. 右江民族医学院学报, 2007, 28(4): 45-46.
- [3] 敖琴英, 唐四元, 陈井芳, 等. 老年消化道肿瘤患者术后全程无痛干预研究[J]. 护理学杂志, 2011, 26(8): 11-12.
- [4] 朱静. 晚期癌症 120 例的临终关怀[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(9): 26-27.
- [5] 张小茹. 胃癌患者围术期焦虑及术后疼痛的护理干预[J]. 吉林医学, 2012, 8(33): 22-23.
- [6] 姜彦玲. 胃癌晚期 96 例疼痛的护理[J]. 中国社区医师, 2013, 15(10): 320-321.
- [7] 黄海玲. 浅谈减轻癌症疼痛的护理进展[J]. 中国医疗前沿, 2012, 10(9): 34-35.
- [8] 高山冰. 癌症疼痛的原因分析和护理对策[J]. 中国实用医药, 2008, 12(8): 56-57.

收稿日期: 2014-03-28

神经营养血管蒂逆行皮瓣修复胫前和足踝部缺损护理

黄翠涵

(广西都安瑶族自治县人民医院外二科, 广西 都安 530700 E-mail: huancuihan@sina.com)

关键词: 软组织损伤; 组织移植; 护理

中图分类号: R47 文献标识码: C 文章编号: 1001-5817(2014)03-0517-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.112

外伤导致的足踝部软组织缺损是近年来临床上常见、较难于处理的损伤, 神经营养血管蒂逆行皮瓣具有带蒂转位、安全、操作简便等优点, 是近年来局部修复足踝部创面取得较好效果的一种治疗方法^[1]。自 2008 年以来, 我院采用神经营养血管蒂逆行皮瓣修复胫前和足踝部组织缺损 27 例, 取得良好效果, 现将病情观察和护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 1 月~2013 年 6 月我院骨外科收治胫前和足踝部组织缺损患者 27 例, 其中男 20 例, 女 7 例; 年龄 18~60 岁, 平均(35.7±10.5)岁。致伤原因: 车祸伤 18 例, 重物压伤 6 例, 绞伤 2 例, 电烧伤 1 例; 合并骨折 20 例, 合并肌腱离断 13 例, 20 例患者均有肌腱、骨质或内固定物外露。缺损部位: 胫前缺损 7 例, 外踝、内踝、足背部大块缺损 6 例, 内踝部缺损 5 例, 足背缺损 4 例, 足跟部缺损 3 例, 外踝部缺损 2 例; 缺损面积最小 3 cm×4 cm, 最大 11 cm×17 cm, 平均 4 cm×9 cm; 应用腓肠神经血管蒂皮瓣 16 例、隐神经血管蒂皮瓣 7 例、腓浅神经血管蒂皮瓣 4 例。

1.2 治疗方法^[2] 所有患者均给予椎管内麻醉后, 用生理盐水、3%双氧水、0.1%新洁尔灭溶液对缺损组织创面进行反复冲洗, 清除创面脓液、渗出液、坏死组织等以彻底清创。用紫药

水画线标记皮神经的体表投影, 皮瓣按“点、线、面”对旋转点、皮瓣和蒂部进行设计。将小腿近端切开寻找相应的皮神经, 确定皮神经经过设计皮瓣和蒂的中部, 结扎伴随静脉。掀起皮瓣时为防止筋膜撕脱, 将深筋膜与皮肤缝合固定, 按计划切开皮瓣四周, 将皮瓣于筋膜下进行锐性分离, 使皮瓣蒂部的皮肤宽度为 2~4 cm、筋膜层宽度为 3~5 cm, 在组织缺损创面到旋转点间切开皮肤, 于真皮下锐性剥离, 两侧宽度以能让旋转后的蒂部与蒂部皮肤缝合无张力且能使蒂部通过为宜, 一般宽均约为 1~3 cm。及时缝合创面和皮瓣。缺损部位小可拉拢缝合闭合, 较大的取同侧大腿中厚皮进行植皮, 更大则取腹壁的中厚皮进行植皮。术后酌情采用高分子夹板适当行外固定制动。

1.3 结果 本组 27 例患者手术用时 60~180 min, 平均(90±30) min; 术中出血 50~250 ml, 平均(100±50) ml。术后住院 5~15 d, 平均(8.0±1.5) d; 术后均给予随访 3 个月~2 年, 22 例皮瓣完全成活, 5 例皮瓣远端部分坏死, 经二期拉拢缝合后治愈。修复后皮瓣饱满、颜色正常、无色素沉着、外观基本满意, 皮瓣富有弹性、能耐磨, 与关节囊、肌腱、骨质等无粘连, 关节活动度良好。

2 护理

2.1 术前准备 本组所有患者均为意外伤害所致, 由于意外