

自理理论在喉癌患者全喉切除术后护理中的应用

周桦 黄春英

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

摘要:目的:增强喉癌患者全喉切除术后自理能力,提高其生活质量。方法:将 168 例喉癌患者随机分为对照组和实验组,每组各 84 例,对照组采用全喉切除术后常规护理,实验组在此基础上应用 Orem 完全补偿系统、部分补偿系统和辅助教育系统进行护理干预。结果:实验组术后下床活动时间明显提前($P<0.005$),术后焦虑人数明显减少($P<0.005$),自理能力明显高于对照组($P<0.005$)。结论:Orem 自理模式可提高喉癌患者全喉切除术后自我护理能力,从而提高患者的生活质量。

关键词:全喉切除术后;自理模式;自理能力;护理

Abstract:Objective: To compare and contrast the outcomes of patients having undergone total laryngectomy who be applied of Orem's nursing theory.To strengthen the self-care ability of patients after total laryngectomy,and elevate the quality of life of them. Methods:168 patients who underwent total laryngectomy were equally and randomly allocated in control group and experimental group. The patients of control group were applied the usual care ,and the patients of experimental group were applied the Orem's self-care theory which conclude the wholly compensating system , partially compensating system and assistindly educating system, based on the usual care. Results:The out-of-bed activity times obviously advancing ($P<0.005$),anxious counts visibllly reducing ($P<0.005$),and the self-care ability evidently strengthening ($P<0.005$) of the patients in experimental group compared with the patients in the control group. Conclusion: The orem's self-care theory can raise the self-care ability of the patients after laryngectomy,thus elevated their quality of life.

Key words:Laryngectomy;Self-care theory;Self-care ability;Nurse

中图分类号:R 473.73

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0080-02

自理理论是由美国著名的护理理论学家奥瑞姆(Orem)提出,这种护理理念以理论指导实践,成为临床护理的指导模式^[1]。喉癌是头颈部最常见的恶性肿瘤,全喉切除术是治疗喉癌的主要方法,因手术损伤大,术后呼吸改道和语言交流障碍加重了生活不便,再者病人对喉癌的认识、全喉切除术的治疗效果及术后并发症存在着一定的盲区,使大多数喉癌患者行全喉切除术后出现自我保健能力缺陷。如何使喉癌患者在全喉切除术后自我保健能力得到最大限度的发挥,而在脱离医院后又能承担自我照顾,成为摆在医护人员面前的一个全新的研究任务。鉴此,我们将 Orem 自理理论和健康教育结合在一起,对 84 例全喉切除术患者实施护理干预,有效提高了其自我保健能力和自理能力。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 我们于 2003 年 8 月~2006 年 9 月护理 168 例喉癌全喉切除术患者, 将其随机分为实验组和对照组, 每组各 84 例, 其中男 105 例, 女 63 例; 年龄 19~55 (39.01±0.50) 岁; 文化程度: 大专及以上 68 例, 高中(含中专)64 例, 初中及以下 36 例。既往无精神疾病、意识障碍和残疾等直接影响其自理能力的重大疾病, 病人 Karmofs 评分 >70 分。2 组患者性别、年龄、病情、文化程度比较, 差异无显著性意义(均 $P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 干预方法 对照组行全喉切除术后常规护理, 如生命体征监测, 观察伤口敷料渗血情况, 保持呼吸道通畅等。实验组在此基础上, 指导患者学习了解 Orem 自理理论, 理解人的自理是自尊的需要, 必要的护理介入只是为了帮助人们提高自我照顾能力^[2]。

1.2.2 评价方法 收集并记录 2 组患者术后心理状态、下床活动时间、自我护理能力掌握情况, 进行对比分析及 χ^2 检验。

1.3 护理 实验组在对照组常规护理基础上指导患者学习

Orem 自理学说, 根据患者不同阶段的自理需要和自理能力进行护理^[3]。

1.3.1 完全补偿系统 患者术后全麻未苏醒前暂时丧失自理力, 所有自理需要完全依靠护士来满足, 予以生命体征监测, 持续低流量吸氧, 随时吸出口腔及气管套管内分泌物, 保持呼吸道通畅, 加强口腔护理, 保持气管切开处固定系带松紧适宜, 防止套管滑脱造成窒息, 观察切口出血情况, 每天更换敷料 1 次, 做好各种生活护理, 满足患者生理需要。

1.3.2 部分补偿系统 患者术后 2~3d, 以护士辅助完成自理需要为主, 生命体征平稳后协助患者取半卧位及床上肢体功能锻炼, 指导患者鼻饲高热量流质, 协助排痰, 鼓励患者早期下床活动, 抗炎止血, 做好气管切开后护理。术后 4~10d, 以患者完成自理需要为主, 护士宣教喉的解剖位置及更换气管套管的目的, 协助气管套管消毒及更换气管套管。10d 后撤除鼻饲管, 指导患者饮食逐渐由全流改为半流至正常饮食, 切忌暴饮暴食。

1.3.3 辅助教育系统 患者术后及出院前, 需护士提供指导和教育才能满足自理需要。术后我们针对性地进行心理疏导, 向患者介绍喉的解剖位置及更换套管的目的, 指导患者掌握气管套管消毒及更换套管的方法, 详细回答患者提出的问题, 与患者家属交流, 缓解患者的焦虑心理。

2 结果

2.1 下床活动时间 实验组患者术后下床活动时间明显提前, 实验组术后 48h 下床活动率占 94.0%, 而对照组占 59.5%, 经 χ^2 检验差异极显著, 见表 1。

表 1 2 组病人术后开始下床活动时间 例				
组别	n	术后 24h	术后 48h	术后 72h
对照组	84	22	28	34
实验组	84	39	40	5

注: $\chi^2 = 20.08, P<0.005$ 。

2.2 发生焦虑情况 实验组患者术后发生焦虑人数明显减少, 只有 21.4%, 对照组占 72.6%, 经 χ^2 检验差异极显著, 见表 2。

腹腔镜肾盂输尿管切开取石后并发症的护理

王秀贞 夏喜玲
(浙江省缙云县人民医院 缙云 321400)

摘要:目的:探讨腹膜后腹腔镜肾盂输尿管切开取石术后并发症原因,提高护理质量。方法:回顾分析 42 例患者腹膜后腹腔镜肾盂输尿管切开取石术后并发症资料。结果:术后主要并发症为腹膜后出血 1 例、酸中毒 2 例、漏尿 6 例、皮下气肿及肩部酸痛 1 例、双 J 管移位 2 例。结论:术后严密观察,可及时发现并发症早期症状,以便及时处理,利于患者早日康复。

关键词:腹腔镜;肾盂输尿管切开取石;并发症;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0081-02

由于腹腔镜手术具有切口小、出血少、恢复快、住院短等优点,近年来已广泛用于治疗泌尿外科疾病,在肾盂、输尿管结石方面,成为主要治疗手段之一。我科自 2004 年 1 月~2006 年 12 月对 42 例肾盂、输尿管结石患者实施了腹膜后腹腔镜肾盂输尿管切开取石术。现将护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 37 例,女 5 例;年龄 23~62,平均为 41 岁。经 B 超与 IVU 检查证实,肾盂结石 15 例,输尿管上段结石 27 例,均伴有不同程度的肾积水。

1.2 手术方式 留置尿管,全麻,健侧卧位。腋后线第 12 肋下作一纵行 2cm 切口,钝性分开腰背筋膜,置入气囊撑开器,注气 600~800mL,扩张腹膜后间隙。在腋前线肋弓下及腋中线髂嵴上 2cm 处作皮肤小切口,3 切口各置入 12、12、10mm 套管,后腹膜间隙充入 CO₂ 气体,压力 13~15mmHg,腋中线套管置入腹腔镜,另 2 孔置入操作器械。输尿管结石正上方,采用内镜胆管切开刀切开,长度原则上超过结石直径。对肾盂结石,游离出肾盂,并放入五爪拉钩,暴露肾盂。切开肾盂 2~3cm,将结石游离后取出。置入 6F 双 J 管,以 4-0 可吸收线缝合切口,留置腹膜后引流管 1 根。

表 2 2 组病人术后发生焦虑人数比较 例

组别	n	发生焦虑	未发生焦虑
对照组	84	61	23
实验组	84	18	66

注:χ² =44.18, P<0.005。

2.3 自我护理能力 实验组患者术后自我护理能力,如喉的解剖位置、气管套管的消毒方法、更换套管的目的及方法等,明显高于对照组,见表 3。

表 3 2 组病人自我护理能力掌握情况比较 例

组别	n	喉位置	套管消毒方法	更换套管目的	更换套管方法
对照组	84	30	21	17	12
实验组	84	84	84	82	82

3 讨论

Orem 自理模式是一种护理哲理,阐明自理是人类的需要^[4]。人与生俱来就具有照顾自己的能力、权利和义务,并且通过学习来达到自理需要。其模式分为三部分:自理理论、自理缺陷理论和护理系统理论。当人们因本身的健康或与健康有关的一些限制,其自我照顾能力无法满足现存的紧急需求或无法继续满足自我需求,或自我照顾无效,则发生自我照顾缺失,这时也就是护理发挥功能之所在,也是 Orem 理论之核心^[5]。自理理论强调护士的任务在于增进患者自我护理的主观能力,通过辅助教育调动和激发辅助的主观能动性,使患者主动参与治疗护理,传统的护理方法是患者被动接受治

2 结果

本组 42 例患者,平均手术时间为 110min,住院时间 12d。并发症为:腹膜后出血 1 例,酸中毒 2 例,漏尿 6 例,皮下气肿及肩部酸痛 1 例,双 J 管移位 2 例,未发现脏器损伤及气体栓塞等严重并发症。B 超及 IVU 检查证实均无肾盂输尿管切口处狭窄,肾积水消失 36 例,改善 6 例。

3 并发症的观察与护理

3.1 腹膜后出血 因为腹腔镜手术止血多靠电凝高温及钛夹止血,术中器械过多扰动及碰拉钛夹,加之术后腹腔内压下降及血管内压升高,均有可能诱发出血^[4]。患者呃逆、呕吐或过早活动,也会诱发出血。术后应严密监测患者血压、脉搏,注意其腹部有无阳性体征与引流管流出液的数量、颜色,并及时准确判断其性质,同时做好记录。穿刺部位过度疼痛,出现瘀斑或血肿,也是出血的迹象;发现引流量增多、血性,应警惕有继发出血可能,须立即报告医生。本组 1 例患者,术后第 1 天引流管血性液约为 35mL,第 2 天约为 14mL,但第 3 天由于私下起床活动 5min 后,1h 内引流管排出血性液 400mL。患者面色苍白,自感头昏口干,测心率 110 次/min,血压 87/58mmHg。予以加速补液、静脉注射巴曲亭等处理,出

疗护理^[6]。

喉癌术后患者自我护理能力普遍偏低,因手术损伤大,术后呼吸改道和语言交流障碍加重了生活不便,再者患者对恶性肿瘤的认识不足,对医护人员的依赖性过高,对提高自我护理能力认识不够,其现状令人担忧。为此,我们将 Orem 自理模式和健康教育结合在一起实施护理干预,充分调动了患者的主观能动性,增强了患者的自信心,激发了患者的主动参与意识,减少了因病人的不知情而引发的意外,提高了患者的自我护理能力,从而提高了患者的生存质量。

参考文献

[1]李小妹.护理学导论[M].长沙:湖南科学技术出版社,2001.129~132
[2]朱志红,杨丽.协同护理 - 一种新颖的护理模式[J].外国医学•护理学分册,1994,13(2): 70
[3]万淑琴,毛美琪.Orem 自理理论在直肠癌 Miles 手术病人中的应用[J].中华医学论坛杂志•护理分册,2003,2(6): 14
[4]磨琨.自我护理需求的应用进展[J].中华医院管理杂志,1998,14(10): 631~633
[5]Marriner-Tomey A.Nursing theorists and their work [M].St Louis: Mosby-Year Book Inc,2003.895
[6]温翠琪,曹佩珍,黄华兰,等.用自理学说指导肝门部胆管癌患者的综合治疗[J].中华护理杂志,2000,35(2): 92

(收稿日期: 2007-05-12)