

舒适护理运用于烧伤整形外科手术患者的效果分析

孙丽婷 孔玲娟 邵弘 许晶 黄迪

(大庆油田总医院烧伤手外科 黑龙江 大庆 163413)

摘要:目的 探究对烧伤整形外科手术患者实施舒适护理干预的应用效果。方法 以我院 2019 年 4 月-2021 年 4 月 3 诊疗 30 例烧伤患者作为研究对象,分为实验组(n=15)和对照组(n=15),对照组行常规护理,实验组在常规护理基础上施以舒适护理。比较分析两组焦虑(SAS)及抑郁(SDS)评分、疼痛(VAS)评与护理满意度评分和预后生活质量。结果 实验组患者并发症发生率(33.33%)小于对照组(66.67%),差异有统计学意义($P<0.05$);实验组患者 SAS(42.66 ± 1.08)和 SDS(43.54 ± 1.107)评分、VAS 评分(1.32 ± 0.28)均显著低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);实验组患者临床护理满意度优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 舒适护理可加快烧伤整形外科手术患者机体功能恢复,降低并发症风险率,减少疼痛程度,改善焦虑、抑郁不负面情绪,益于患者增加治疗效果、提升护理满意度,可在临床广泛应用推广。
关键词: 舒适护理; 烧伤整形外科手术; 效果分析

烧伤整形外科主要是为烧伤患者修复皮肤损伤的临床科室。烧伤患者会有不同程度的皮肤、软组织和肌肉组织损伤,随后会出现瘢痕组织增生和挛缩等一系列问题,这将对患者的面貌、工作和生活产生诸多不利影响^[1]。因此,临床需采取相应的护理措施来降低不良事件发生率。由此,为进一步研究舒适护理运用于烧伤整形外科手术患者的效果,现将研究结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院 2019 年 4 月-2021 年 4 月 3 诊疗 30 例烧伤患者作为研究对象,分为实验组(n=15)和对照组(n=15)。实验组年龄 33-56 岁,平均(43.25 ± 1.25)岁,男女比例为 8:7,对照组年龄 35-54 岁,平均(43.15 ± 1.35)岁,男女比例为 9:6。该研究已获得医院伦理委员会的批准,所有患者均被告知该研究,签署知情同意书,并自愿纳入观察。对比两组患者年龄、性别等一般资料没有明显差异,不具有统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准:①满足烧伤整形外科手术的临床诊断标准;②依从性高,能积极主动配合医师治疗;③情绪相对稳定,临床资料完善者。

排除标准:①有过过敏体质者;②存在精神或是语言障碍者;③中途可能退出实验者。

1.2 方法

对照组采用常规护理,术前准备工作、术后体征数据监测、手术伤口基础护理、饮食调节以及居住病房环境的清洁程度、空气温湿度等。同时调节患者围术期饮食护理,忌辛辣、刺激性,清淡为主。

实验组采用舒适护理,依据患者喜好、背景、性格和疾病进展,制定相应的护理计划,具体如下:①舒适流程:当患者到院就诊时,负责接待的护理人员需用微笑服务患者,门诊预检和分诊,门诊医生进行诊断和治疗,病房护理人员也需要诚意待人、热情接待就诊患者。并在住院治疗后,给予相应的治疗与舒适护理措施,提供健康教育宣讲,对出院患者施以出院前指导。②住院环境舒适:控制患者病房持续流通,使其冬暖夏凉,并时刻注意病房的温湿度,保持患者温暖。③单元床舒适:护理人员需维持患者单元床干净、平整,而且尽可能实现患者的舒适需求,保障患者护理质量。④心理护理:患者入驻医院陌生环境,通常会感到不安、紧张,加上疼痛折磨和对疾病恐惧、的焦虑,往往使患者产生不良心理。若无法及时予以相应的心理疏导,会降低治疗效率及效果。因此,护理人员需对住院患者行心理咨询,依照患者的心理和个性特点积极与患者沟通,并尽可能满足患者内心需求,以维持护患关系、加快治疗进度。此外,还能通过音乐、游戏、阅读和短片来缓解患者心理压力、消除抑郁情绪,提升治愈率。⑤饮食护理:对于烧伤整形外科手术患者,术后调理更为重要。由于患者自身机体功能尚未完全恢复,通常在手术后不能立即进食。当他能够进食时,应该以流质食物为主,如绿豆汤,并严格遵循少吃、多餐、定期、定量饮食调节原则。

术后忌讳滋补、油腻、咸食,同时要避免食酸、辣等刺激类食物,还要少吃水果,多吃新鲜蔬菜,适当补充营养。流质与半流质饮食为烧伤术后常用饮食,其多适用于饮食不良或术后发热患者、开口咀嚼困难患者。同时要求食物无刺激性、纤维少、油脂少、不油炸、易于咀嚼、吞咽和消化,如米粥、面条、蛋汤、肉末、馄饨和粗纤维含量较低的蔬菜,以及牛奶、果汁、蔬菜汁、豆浆和各种浓汤。软性食品,适用于对食物的要求是破碎、腐烂、柔软、易于咀嚼、吞咽和消化的患者,如软米饭、面条、馒头、饺子等,少吃含有较多粗纤维的蔬菜,不宜油炸。它必须是流动的食物。每天 6-7 餐或每 2-3 小时一次,约 200-300ml/次。⑥疼痛护理:护理人员应根据医生的建议服用止痛药和其他可能缓解患者术后疼痛的护理行为,并给予精神支持、鼓励。还可以根据患者的喜好转移患者的注意力,降低疼痛意识,如听音乐、看综艺或阅读书籍等。⑦并发症护理:烧伤手术常见的临床并发症包括血肿感染、局部皮肤坏死等。感染可能由排斥反应、毛囊感染、引流不良等引起。护理人员应根据医生的建议和患者的实际进展,严格选取防治措施,并拟定对应的预防计划。密切关注患者机体情况和临床指标数据,注意切口愈合,定期消毒换药,避免二次感染。⑧社会舒适:在康复过程中,保护患者隐私,尊重患者权益。烧伤很易留下疤痕,使患者感到自卑,因此会出现逃避与他人沟通,将自己的封闭起来行为。护理人员应给予专业指导,鼓励患者与他人沟通,参与社会活动,避免患者自卑感,要关心并帮助患者建立治疗信心,让其有勇气面对自己生活,赢得患者认可。同时,要极为重视烧伤患者情绪状态,使患者树立良好的价值观,用积极、乐观的态度面对未来。家庭护理和社会支持是患者战胜疾病的力量,如有必要,可对患者进行专业心理咨询,预防出现不良心理。⑨灵性舒适:护理人员需予以患者相应的精神慰藉,尊重患者信仰、精神关怀等,使患者获得精神上的满足。

1.3 观察指标

(1)对比两组患者术后并发症,包括休克、感染、局部瘢痕、水、电解质平衡紊乱等几项。

(2)评估对比两组患者焦虑、抑郁情绪,利用抑郁(SDS)/焦虑(SAS)自评量表。抑郁程度评定值: $T=53$,分值越高,抑郁情绪越显著;焦虑程度评定值: $T=50$,分值越高,焦虑情绪越显著。

(3)记录并分析两组患者 VAS 评与护理满意度评分,共 4 项,有病房环境、服务态度、护理技能和舒适度等几个方面,每项 25 分。

1.4 统计学分析

使用 SPSS21.0 统计软件对此次研究数据进行统计学分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,结果采用 t 检验。计数资料采用百分比(%)表示,结果采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组并发症发生风险

实验组患者休克、感染、局部瘢痕、水、电解质平衡紊乱等各项并发症发生率小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者护理后并发症发生率比较 [n (%)]

组别	例数	休克	感染	局部瘢痕	水、电解质平衡紊乱	发生率
实验组	15	1 (6.67)	1 (6.67)	1 (6.67)	2 (13.33)	5 (33.33)
对照组	15	2 (13.33)	3 (20.00)	2 (13.33)	3 (20.00)	10 (66.67)
X ²						3.333
P						0.048

2.2 对比两组 SAS 及 SDS 评分

实验组患者焦虑 SAS (42.66 ± 1.08) 和抑郁 SDS (43.54 ± 1.107) 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 (P<0.05), 见表 2。

表 2 两组患者 SAS 与 SDS 评分比较 [($\bar{x} \pm s$, 分)]

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	15	85.29 ± 2.31	42.66 ± 1.08	84.35 ± 2.44	43.54 ± 1.10
对照组	15	85.50 ± 2.46	63.49 ± 1.25	84.26 ± 2.71	64.05 ± 1.23
t		0.103	48.836	0.096	48.139
P		0.919	0.001	0.924	0.001

2.3 对比两组 VAS 评分及护理满意度

经护理, 实验组疼痛评分低于对照组, 病房环境 (23.61 ± 1.01)、服务态度 (22.57 ± 2.01)、护理技能 (24.23 ± 0.05)、舒适度 (23.15 ± 1.53) 等护理满意度高于对照组, 差异均有统计学意义 (P<0.05), 见表 3。

表 3 两组患者疼痛及护理满意度评分比较 [($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	例数	VAS 评分	护理满意度评分			
			病房环境	服务态度	护理技能	舒适度
实验组	15	1.32 ± 0.28	23.61 ± 1.01	22.57 ± 2.01	24.23 ± 0.05	23.15 ± 1.53
对照组	15	5.81 ± 1.43	19.72 ± 2.16	20.92 ± 2.36	22.35 ± 2.54	21.35 ± 2.42
t		11.934	6.318	2.061	2.866	2.435
p		0.001	0.001	0.048	0.008	0.021

3 讨论

烧伤通常是由热、电流、辐射或是化学物质等产生的机体组织性损伤, 其主要损害的是患者体表皮和粘膜^[3]。对于烧伤患者来说, 除能够挽救患者生命、恢复患者器官和肢体功能的治疗外, 通常还需进行一系列整形手术, 使其外表尽可能恢复到原始模样^[4]。烧伤整形手术种类繁多, 需依据患者的受损体表的选择相应的手术措施。

针对常规护理的不完善, 临床对烧伤患者采取舒适护理。舒适护理是通过护理活动中的舒适干预, 使人们在心理、生理和社会交往中达到愉悦的状态或降低不愉快的程度。舒适护理模式强调护理的独特领域, 其在整体护理的基础上, 突出舒适领域, 积极开展舒适研究, 使基础护理和护理研究更加关注患者的舒适感和满意度^[5]。四个层次的舒适度, 生理舒适是指身体和感觉的舒适度, 包括环境中温湿度、光线和声音带来的舒适度; 心理舒适是指心理感受, 如满足、安全以及尊重感; 社会舒适包括家庭、职业、社会阶层等社会关系带来的舒适; 灵性舒适指的是患者自身的信仰和追求带来的精神慰藉。

本次研究结果显示, 护理后, 实验组患者并发症发生率小于对

照组 (P<0.05); 实验组患者 SAS 和 SDS 评分、VAS 评分均显著低于对照组 (P<0.05); 实验组患者临床护理满意度优于对照组, 差异均有统计学意义 (P<0.05)。由此可见, 舒适护理为临床上较为关键的一种措施, 其有着整体、个性特点且临床有效较高, 能使患者的需求得到极大的满足, 同时可以改变、改进原本护理观念中的不足, 完善护理措施, 提升康复速度。

综上所述, 在烧伤整形患者护理中使用舒适护理干预措施, 能显著改善患者预后生活, 降低临床并发症情况, 增加护理满意度, 对患者康复有着较为重要的意义。

参考文献

[1]叶操.舒适护理运用于烧伤整形外科手术患者效果评价[J].智慧健康,2020,(33):71.
 [3]李秀娟,黄丽玲.烧伤整形外科手术里运用舒适护理的临床疗效[J].《心电图杂志: 电子版》,2018,(02):301-302.
 [4]罗燕.舒适护理在烧伤患者中的应用效果[J].中国当代医药,2018,(29):68.
 [5]高秀芳.舒适护理在面部烧伤患者围手术期的临床效果及 SAS,HAMA 评分影响观察[J].人人健康,2019,(13):193.