

护理对儿童急性阑尾炎术后疼痛睡眠质量分析

代芳

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430000)

摘要:目的: 针对急性阑尾炎患儿施行人性化护理, 对术后患儿疼痛以及睡眠质量的影响调查。方法: 选取研究时间为 2021 年 1 月~2022 年 3 月的 80 例急性阑尾炎患儿开展分组, 数字化分入对照组 40 例, 施行常规急性阑尾炎围术期护理, 分入观察组 40 例施行人性化联合常规急性阑尾炎围术期护理模式, 对比 VAS 疼痛指数下患者术后疼痛程度; 统计 PSQI 患儿睡眠质量; 对围术期的护理开展患儿家属满意度问卷调查。结果: 两组视觉疼痛模拟下, 观察组 VAS 无痛与轻度疼痛的例数偏多, 对照组中重度的疼痛例数偏多; 两组 PSQI 匹兹堡睡眠质量评估下, 观察组患儿睡眠达到很好状态的 27 例, 11 例患儿睡眠质量还行, 对照组 21 例睡眠状态很好, 10 例表示还行; 观察组总满意率为 39/40=97.5%, 对照组总满意率为 39/40=90%, ($P<0.05$)。结论: 急性阑尾炎疼痛剧烈, 患儿年龄小忍耐力差, 紧急开展手术后需给予患儿人性化的关怀, 促使患儿安心的进入睡眠状态, 合理并规律的作息, 减轻生理疼痛与心理不良反射引起的紧张感, 进而与患儿家属构建和谐关系。

关键词: 人性化护理; 儿童; 急性阑尾炎; 术后疼痛; 睡眠质量

急性阑尾炎的临床表现主要为下腹疼痛、反跳痛, 患儿入院时部分还伴有呕吐、发热等症状, 由于患儿难以配合, 对于疼痛的表述不清晰, 病史、病症等的评估与调查往往迁延时间, 对于患儿因粪石梗阻还是细菌侵袭致病的因素划分不清晰, 术后因引流、血运等影响患儿仍有疼痛感, 且因阑尾处肿胀、增厚, 导致患儿恐慌, 围术期容易睡眠不足、难以进入深度睡眠状态, 而无法配合围术期的护理工作。结合患儿的临床表现, 施行人性化护理措施, 与患者接触过程中, 自发的给予患儿人文关怀, 感知患儿诉求, 并结合不同年龄与主诉能力的患儿, 通过动作语言、神情语言等进行沟通, 促使对患儿急性阑尾炎的病症了解更为充分, 明确患者围术期的各项情况, 有益于术后镇痛的对性以及睡眠干预的有效性。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取研究时间为 2021 年 1 月~2022 年 3 月的 80 例急性阑尾炎患儿开展分组, 数字化分入对照组 40 例, 施行常规急性阑尾炎围术期护理, 本组男性患儿 21 例、女性患儿 19 例, 年龄 4~14 岁; 分入观察组 40 例施行人性化联合常规急性阑尾炎围术期护理模式, 本组男性患儿 23 例、女性患儿 17 例, 年龄 4~13 岁。患儿分别为化脓性、坏疽性阑尾炎, 病程、病征特点无对比差异, $P>0.05$ 。

排除条件: 近一年合并其他腹部手术; 经术前检查或家属主诉, 患儿有器质性疾病; 精神异常或先天发育异常; 凝血障碍; 免疫系统疾病; 严重哭闹并四肢乱舞难以配合; 家属缺乏基本的阑尾炎认知。

纳入条件: 患儿腹部疼痛特征明显; 入院后配合行 B 超、实验室诊断; 患儿家属认同阑尾切除术; 患儿可基本表达疼痛部位与感受^[1]。

1.2 方法

术前护理:

对照组: 患儿入院后, 及时询问患儿发作的系列感受, 经由家属了解患儿的疼痛发作情况, 记录患者病史等资料, 了解是否过敏, 近期是否有手术史, 测量患儿的血压等体征, 紧急预备手术, 引导患儿接受 B 超与实验室检查, 检查中通过轻声安抚促使患儿能够配合, 密切观察患儿的体温、腹痛、呕吐情况, 结合医嘱静脉给药, 术前准备阶段可给予镇痛药物, 若患儿高热给予物理降温, 体温正常后开展手术。

观察组: 联合常规的检验与引导工作, 耐心的安慰患儿, 询问患儿哪里疼痛、如何疼痛, 并进行手部轻柔的抚触, 明确疼痛的位置与疼痛类型, 鼓励患儿术前忍耐, 与家属说明手术前的评估需求, 促使家属对系列检查机制有基本的医疗认识, 暂时缓解紧张情绪, 避免因家属焦躁、不安、高声喊叫引起的患儿不适, 通过患儿喜欢的玩具、喜欢的人等吸引注意力, 以动画片中患儿喜欢的形象做类

比, 树立榜样力量, 告诉患儿动画片中的某个形象在生病的时候能够坚强的配合治疗, 促使患儿也能够建立治疗信心, 满足患儿有关的要求, 需营造出轻松的安静的环境, 让患儿能够躺在床上逐渐放松下来, 播放轻音乐或者患儿喜欢的奥特曼音乐, 模仿患儿喜欢的奥特曼语气鼓励患儿, 为患儿加油打气。

术后护理:

对照组: 给予患儿流质饮食指导, 若患儿为化脓性、穿孔性阑尾炎, 术后需禁食给予静脉补液, 术后结合阑尾手术的类型, 指导患儿下床活动, 不能活动的时间里可半卧, 进行手腕、脚腕的局部活动, 观察患儿术后肛门排气的时间, 进行引流液观察、敷料更换无菌操作等。

观察组: 在常规护理的基础上, 为患儿布置病房, 患儿病房中的标识牌等贴上卡通图案, 注意环境中光线等的控制, 避免阳光直射或者光照不足, 给予患儿积极的心理暗示, 了解患儿睡眠的习惯与时间规律, 睡前为患儿讲述小故事, 鼓励患儿饮用热牛奶或者热水泡脚, 对患儿进行足部的局部按摩, 促进血液循环, 促使患儿放心的进入睡眠状态。对患儿进行下床评估, 待患儿的症状平稳后, 患儿下床活动时, 护理人员鼓励患儿并赞叹患儿, 肯定患儿坚强、有勇气, 促使患儿有自主的活动意愿。患儿不再呕吐后可适当的进食牛奶、稀饭、蒸蛋、菜汤等, 若患儿始终呕吐, 应在静脉给药时, 及时清理患儿的呕吐物, 告知患儿呕吐是常见的问题, 不要担心或害怕。密切观察患儿的大便次数、颜色、性状并进行记录, 汇报医生后给予相应药物干预, 术后对患儿进行 VAS 评估时, 采取游戏的形式, 我问你答, 让患儿更加积极的配合回答, 最后告知患儿评分的结果, 并表扬患儿聪明、配合度高, 询问患儿术后有什么想法, 支持患儿的主诉并争取帮助患儿实现^[2]。

1.3 观察指标

对比 VAS 疼痛指数下患者术后疼痛程度, 由于阑尾炎手术开展较为紧急, 以视觉快速进行疼痛模拟分析, 术前两组患儿 VAS 指数无差异, 因此可公正的开展术后的直接 VAS 评估, 术后将 VAS 分为各个等级, 不同疼痛程度分别对应不同的分值, 按照 VAS 量表的基本疼痛等级划分展开计量。

统计 PSQI 患儿睡眠质量, Pittsburgh sleep quality index scale, 将睡眠质量划分为很好、还行、一般、很差四个等级, 等级计分形式包含有质量、入睡时间、时间时间、效率、障碍、催眠药物、日间功能障碍几个环节, 各环节分别有相对应的条目计分, 总分越高表示睡眠质量越好。

对围术期的护理开展患儿家属满意度问卷调查, 将问卷发放给患儿家属, 对于围术期情绪比较紧张的家属, 先不提及问卷, 在患儿出院前, 家属情绪偏好时, 引导家属填写电子问卷或者纸质问卷, 填写时间均在出院预备期, 不存在填写时间的影响^[3]。

1.4 统计学处理

采取统计产品与服务解决方案 SPSS21.0 进行数据处理,均数 ± 标准差(4-s)表示, 配对资料 t 计量、计数 χ^2 检验, 统计差异 P 判定 (P<0.05or P>0.05)。

2.结果

2.1VAS 视觉模拟疼痛对比: 观察组无痛 29 例, 疼痛程度为轻的 10 例, 为中度 1 例, 无重度; 对照组无痛 17 例, 疼痛程度为轻的 19 例, 为中度 3 例, 重度 1 例, 详见表 1.

2.2PSQI 匹兹堡睡眠质量评估: 观察组睡眠质量很好 27 例、还行 11 例、一般 2 例、很差 0 例; 对照组睡眠质量很好 21 例、还行 10 例、一般 6 例、很差 3 例; $\chi^2=2.152, 2.845, 2.163, P<0.05$ 。

2.3 满意度问卷调查; 观察组患儿家属满意、较为满意、不满意的例数分别是 27 例、12 例、1 例, 对照组患儿家属满意、较为满意、不满意的例数分别是 22 例、14 例、4 例, 观察组总满意率为 39/40=97.5%, 对照组总满意率为 39/40=90%, $\chi^2=2.954, 2.365, 2.845, P<0.05$ 。

表 1 急性阑尾炎患儿术后的 VAS 疼痛指数对比

组别	无痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
观察组	29	10	1	0
对照组	17	19	3	1
t	2.485	2.164	3.152	2.745
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3.讨论

急性阑尾炎不同阶段对患儿阑尾管壁的损害程度不同, 可经超声等检验, 了解阑尾系膜炎症浸润情况, 对周围组织肿胀、增厚等明显分辨, 有益于临床对阑尾的实况探查, 另外还需要结合患儿的主诉、疼痛感受以及有关病史了解, 分析患儿处于单纯性、急性化脓性、坏疽性哪个时期, 以便于了解患儿阑尾管壁血流的丰富性、有无穿孔、有无脓液在管腔内排出, 给予手术充分的参考。但系列的临床评估分析中, 患儿年龄小, 对医疗认识浅薄, 也难以配合, 经常连基本的主诉都无法准确表述, 有误诊、漏诊的可能影响, 且患儿因疼痛始终哭闹, 造成了临床医疗工作的较大负担。

人性化护理是结合患儿常见的表现、急性阑尾炎常见的病症等推演出的契合患儿需求、契合临床手术需求、契合家属情绪需求的护理模式。

人性化的护理工作, 在患儿入院后第一时间帮助患儿适应医院的陌生环境, 引导患儿积极配合有关的检查, 可及时缓解检查检验中患儿恐惧、焦躁的情绪, 通过护理人员的专业分析与亲情式安慰, 患儿能够安静下来, 对护士更为信赖, 护理工作中依据人性化护理原则, 对患儿与家属视同亲属, 患儿虽然理解能力差, 但情绪比较敏感, 他们很快能够感受到护理人员带来的温暖, 对护士产生依赖感、信任感, 这也让家属紧张、迫切的情绪放松下来, 更乐于阐述自己的想法, 愿意自发的参与护理工作^[4]。

本研究中发现, VAS 视觉模拟疼痛对比下观察组无痛 29 例,

疼痛程度为轻的 10 例, 为中度 1 例, 无重度; 对照组无痛 17 例, 疼痛程度为轻的 19 例, 为中度 3 例, 重度 1 例。PSQI 匹兹堡睡眠质量评估中观察组睡眠质量很好 27 例、还行 11 例、一般 2 例、很差 0 例; 对照组睡眠质量很好 21 例、还行 10 例、一般 6 例、很差 3 例。满意度问卷调查中, 观察组总满意率为 39/40=97.5%, 对照组总满意率为 39/40=90%。充分印证了人性化护理对患儿阑尾炎手术期降低疼痛、助力睡眠、获得家属满意的猜想。具体人性化护理阶段, 还需要了解儿童心里特征、结合阑尾炎疾病的临床特点, 有所依据的给予患儿人性化意见。

人性化护理尝试换位思考, 服务中热情、主动, 术前患儿与家属的情绪不安, 术前准备较为紧急, 因此常规护理工作经常缺乏对患儿与家属的心理干预, 只从检查、临床配合等角度进行手术说明, 护理工作的开展过于理性, 虽然这是对手术负责的表现, 但难以取得患儿的遵从, 也难以让家属理解, 甚至被家属误以为护理冷漠、事不关己。人性化护理在系列的手术安排与引导下, 同时能够结合患儿的主诉提供帮助, 同时关注到患儿的病痛与思想负担, 医疗服务较为及时, 利用动画等患儿喜欢的形式去安抚他们, 面对家属始终耐心的解释, 可通过注意力转移形式促使患儿忍耐疼痛, 为手术的开展提供了有利条件。术前经人性化护理协助患儿克服了对手术的恐惧感, 通过动画的形式告知患儿只是一个很微小的手术, 睡一觉病就好了, 就不疼了, 既能够让患儿家属掌握基本的阑尾炎知识, 了解阑尾切除的必要性, 对手术认同, 又能够让患儿安全的渡过疼痛期, 宣教的过程中配合皮肤的准备等, 护理动作轻柔, 语气也比较和缓, 患儿在护理人员人性化的语言、动作下获得了积极的情绪主导。术后患儿意识清醒过来, 先行告知治疗很成功, 而后询问患儿的感受, 人性化护理中始终对患儿的主诉、家属的意见较为重视, 对于患儿与家属的情绪转变关注度高, 护理人员在术后切口护理、引流护理等行为中, 联合语言的双向作用, 给予了患儿鼓励、激励、肯定, 对患儿充分的尊重, 能力利用患儿的儿童思维习惯与其沟通, 避免了护理中患儿的应激刺激, 也促使患儿建立了治疗的信心, 不良情绪获得了纾解^[5]。

参考文献:

[1]李雅南. 人性化护理对急性阑尾炎患者术后疼痛的影响评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(40):2.
 [2]佚名. 人性化护理在急性阑尾炎手术中的作用探究与分析[J]. 特别健康 2021 年 23 期, 156 页, 2022.
 [3] Gao J . Effects of Humanized Nursing on Perioperative Glaucoma Patients under Local Anesthesia and Sleep Quality[J]. American Journal of Health Behavior, 2021.
 [4]王甲荣. 人性化护理对急性阑尾炎患者术后疼痛影响分析[J]. 人人健康, 2020, No.521(12):187-187.
 [5]格日乐其木格, 乌兰花. 人性化护理措施对于急性阑尾炎患者手术后疼痛的抑制效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021.