

体位干预对胸外科电视胸腔镜术后患者离床活动的影响*

易小青,傅爱凤,付爱明,李萌,钟丽平
(深圳市宝安区人民医院胸心外科,广东深圳,518101)

〔摘要〕 **目的** 探讨体位干预对胸外科电视胸腔镜术后患者离床活动的影响。**方法** 按抛币法将 148 例行胸外科电视胸腔镜手术患者随机分为对照组 75 例和观察组 73 例,对照组患者实施常规护理,观察组患者实施体位干预,比较两组患者术后离床活动时间和术后第 3 d 离床活动能力。**结果** 观察组患者离床活动时间较对照组早,离床活动能力优于对照组患者,两组比较,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。**结论** 体位干预能促使胸外科术后患者早期离床活动和提高离床活动能力,有利于患者术后的康复。

〔关键词〕 胸外科;离床活动;活动能力;体位干预

〔中图分类号〕 R473.6 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 1671-8283(2013)05-0055-03 **〔DOI〕** 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.05.18

Influence of postural intervention to ambulation of patients after video-assisted thoracoscope surgery

Yi Xiaoqing, Fu Aifeng, Fu Aiming, Li Meng, Zhong Liping // Modern Clinical Nursing, -2013.12(5):55.

〔Abstract〕 Objective To study the influence of postural intervention on ambulation of patients after video-assisted thoracoscope surgery. **Methods** One hundred and forty eight patients having undergone chest cardiac surgery were randomly divided into the control group ($n = 75$) and the observation group ($n = 74$). The former received routine nursing intervention and the latter postural intervention besides routine nursing. The two groups were compared in terms of the time for ambulation and the ability in ambulation. **Result** The ambulation in the observation group was earlier than the control group and the ability in ambulation was better compared to the control group (both $P < 0.05$). **Conclusion** The postural intervention after thoracic surgery is effective in pushing patient's ambulation and improve their ability.

〔Key words〕 department of chest surgery; ambulation; ambulatory ability; postural intervention

随着医学科学的发展,胸外科术后患者的生命质量越来越受到医护人员的重视。由于胸外科术后患者生命处于极度虚弱状态,抵抗外界的能力低下,病情重且变化快,故加强胸外科术后的护理显得尤为重要。舒适、合理的体位护理是保障患者安全的基础,也是护士观察患者病情的主要途径^[1]。体位干预是指在专科护士的指导和协助下,患者术后从半卧位、坐位、站位到步行的渐进式的体位改变。体位干预对促进胸外科术后患者早期离床活动、减少并发症和促进疾病康复具有重要意义。笔者自 2011 年 9 月~2012 年 5 月对胸外科电视胸腔镜手术患者实施体位干预,取得较好的效果,现将方法和结果报道如下。

〔基金项目〕 *本课题为深圳市宝安区科技创新局计划资助项目,项目编号为 2012032。

〔收稿日期〕 2012-10-12

〔作者简介〕 易小青(1973-)女,江西萍乡人,副主任护师,本科,主要从事外科临床护理工作。

·56

全方法,更换体位和早期离床活动对疾病康复的重要性,取得患者与家属积极配合。责任护士指导患者模拟练习离床、上床活动的动作和四肢关节活动动作。

1.2.2 手术当天体位干预 患者术后生命体征平稳后,采用半卧位(床头抬高 30~45°),摇起膝下支架,床尾置一软枕垫于患者足底;每 1~2 h 更换体位 1 次,平卧位—左侧卧位—右侧卧位互相交替,侧卧时身体一侧下(从肩膀到臀部)垫薄长软枕,约侧至 1/4 侧卧位即 15~30°。指导患者家属帮助患者按摩四肢肌肉及进行四肢关节被动活动,30 min/次,每 1~2 h 进行 1 次。

1.2.3 术后第 1 d 体位干预 患者采用半卧位与半坐位交替。术后第 1 d 早晨抬高床头 60~70°,摇起膝下支架,床尾置一软枕垫于患者足底。鼓励患者自己主动活动四肢,指导上肢做伸、屈、举运动,下肢做踝关节与膝关节伸、屈运动。进行离床活动,方法:①术后 24 h 拔除尿管准备离床活动,根据病情暂时停吸氧和心电监护,固定及保护胸腔闭式引流管、输液管、胃管等管道;②抬高床头 70~80°,患者取坐位休息片刻,护士与家属分别扶着患者左右上臂,并嘱患者用手支撑床面,将臀部及躯体慢慢移向有胸腔闭式引流管一侧的床边;慢慢将两下肢移向床边并放下,摇摆双腿并屈、伸活动踝膝关节 1~2 min;③护士与家属分别扶着患者左右上臂使患者离床在床边站立,做深慢呼吸运动,将躯体逐渐挺直,站立片刻;④扶助患者在室内慢步行走,行走以患者感觉疲倦为标准,不要求行走步数与行走时间;⑤患者感觉疲倦时,帮助患者坐于床边缘;协助患者将双下肢抬高上床;嘱患者用手支撑床面,协助患者臀部移向床中间,上半身躯体靠床头呈坐位;固定及保护管道。整个离床、上床活动过程以患者为主,在护士指导与协助下进行,患者家属配合。

1.2.4 术后第 2 d 和第 3 d 体位干预 协助患者离床,在室内慢步行走,逐渐达到患者在病区内自由散步,自己如厕等。

1.3 观察指标

1.3.1 离床活动时间 观察患者术后离床、床边慢步行走的时间。

1.3.2 离床活动能力 观察患者术后第 3 d 离床

1 对象与方法

1.1 对象

2011 年 9 月~2012 年 5 月选择在本院胸外科行电视胸腔镜手术患者 148 例,男 98 例,女 50 例,年龄 16~65 岁,平均(53.69±3.61)岁,其中食管癌根治术 15 例,纵隔肿瘤切除术 26 例,肺叶、肺段切除术、肺修补术、肺癌根治术 36 例,肺大疱切除术 71 例。按抛币法随机将患者分为对照组 75 例和观察组 73 例,两组患者一般资料比较,均 $P > 0.05$,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

对照组患者采用常规护理,包括术后健康知识宣教,采取半卧位,功能锻炼的指导,观察组在此基础上实施体位干预,具体方法如下。

1.2.1 术前宣教 统一培训责任护士,使其达到熟练掌握病情评估方法、体位干预方案和方法及宣教内容。责任护士术前反复与家属及患者沟通,告知术后体位干预方法和要求及离床活动安

现代临床护理 (Modern Clinical Nursing) 2013.12 (5)

活动能力。将离床活动能力分为 3 级,Ⅰ级为他人协助下离床、床边站立;Ⅱ级他人协助下离床、床边慢步行走;Ⅲ级他人协助下离床,自己能独立在室内慢步行走。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS 10.0 统计软件进行统计学分析。两组患者离床活动时间和离床活动能力比较采用秩和检验。

2 结果

2.1 两组患者离床活动时间比较

两组患者术后离床活动时间比较见表 1。从表 1 可见,观察组患者离床活动时间较对照组早,两组比较, $Z = 39.55$, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

表 1 两组患者术后离床活动时间比较 $n(\%)$				
组别	n	第 1 d	第 2 d	第 3 d
对照组	75	8(10.67)	23(30.67)	44(58.67)
观察组	73	15(20.55)	51(69.86)	7(9.59)

2.2 两组患者术后离床活动能力比较

两组患者术后离床活动能力比较见表 2。从表 2 可见,观察组患者术后离床活动能力优于对照组,两组比较, $Z = 60.10$, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

表 2 两组患者术后离床活动能力比较 $n(\%)$				
组别	n	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级
对照组	75	10(13.33)	44(58.67)	21(28.00)
观察组	73	0(0.00)	7(9.59)	66(90.41)

3 讨论

3.1 术后早期离床活动的意义

麻醉及手术创伤,术后胸部切口疼痛,多管道刺激等,是引起胸外科患者不舒适或疼痛的直接原因,其中胸腔闭式引流管刺激胸膜是引起术后疼痛和不舒适的主要原因,导致患者常采取被迫卧位,使肢体活动、体位姿势受到限制,患者生活自理能力下降甚至完全不能自理。不良卧位和体位姿势一方面增加患者的痛苦,引起不良后果,影响患者的预后;另一方面,患者卧床时间过长,活动受限易形成压疮、食欲下降和便秘、焦虑烦躁

现代临床护理 (Modern Clinical Nursing) 2013.12 (5)

57

与失眠,甚至发生坠积性肺炎和深静脉血栓等严重并发症。术后早期离床活动有利于肠蠕动的恢复,改善全身血液循环,减少下肢静脉血栓的形成,缩短了卧床时间,增加肺活量,从而也减少了患者肺部感染、深静脉血栓等并发症的发生^[2-4]。

3.2 体位干预可促进术后患者早期离床活动

体位一般是指人的身体位置和姿势,应用在临床上是指根据治疗、护理及康复的需要,所采取并能保持的身体姿势和位置^[5]。卧位是患者休息和适应医疗护理需要时所采取的卧床姿势,根据体位的性质可分为:主动体位、被动体位及被迫体位^[6]。由于术前禁食、麻醉、手术创伤、术中的强迫体位使患者感觉疲劳,为促进机体康复,故术后患者一般采用被动体位和被迫体位。体位护理是人体力学原理与临床护理工作相结合的产物,是临床护理专业应用最广泛、最有实用价值的专业技能之一。正确的卧位和良好的体位不仅可使患者放松肌肉,保持肢体的功能位,对增进患者舒适、治疗疾病、减轻症状、预防并发症等均能起到良好作用^[7]。胸外科术后患者体质虚弱,加之术后疼痛、多管道刺激、体位限制等,并常伴有咳嗽、咳痰、低氧血症等不适,抬高床头和渐进性体位干预,使患者在不得觉得疲倦的情况下,渐进性提高活动能力,从而提高患者的自理能力,并有利于呼吸和气体交换,改善患者呼吸功能,增进患者的舒适感,从而增加患者的自信心和积极性。本结果显示,观察组患者离床活动时间较对照组早,离床活动能力优于对照组患者,两组比较,均 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。结果说明,体位干预能促进胸外科患者术后早期离床活动和提高术后患者离床活动的能力。

3.3 启示

胸外科全麻术后患者经过复苏室处理,回病房后生命体征已经平稳,宜实施渐进性体位干预,有利于早期各种管道的引流。在体位干预过程中,观察组大多数患者及家属虽然术前做了详尽

宣教和示范,仍然对早期离床活动的意义还是认识不足,认为刚刚做了这么大的手术,应该多卧床休息,不能这么快起床,还有一部分患者因为怕疼痛不愿意离床,有少部分患者对离床、上床活动的步骤和正确姿势掌握不够熟练,在离床活动过程中配合不太好,因此在以后体位干预中,要特别对患者强调早期离床活动对机体功能恢复的影响。在患者第 1 次离床活动时,要严密观察患者病情变化,观察有无并发症的发生以及活动量的耐受情况。体位干预过程中,如患者出现心慌、气促、出汗、疼痛等情况时,可让患者休息片刻,同时说明不影响病情,减少患者的顾虑,使其主动配合。

4 结论

本结果显示,体位干预可促进胸外科患者术后早期离床活动和提高术后患者离床活动的的能力。术前制订详细体位干预方案和方法是体位干预成功的基础,给患者更多心理支持,增加患者的自信心,采用渐进性体位干预是体位干预成功的保证。

参考文献:

- [1] 段清萍,施海红,朱琳,等.骨折患者体位护理安全问题及对策[J].中国实用医药,2008,3(33):165-166.
- [2] 赵艳影,马苏鑫,李凤春.剖宫产术后早期离床活动的护理[J].中华临床医学研究杂志,2006,12(7):924.
- [3] 张红丽,张红,徐卉.“五步起床法”在腹部恶性肿瘤病人术后初次离床活动中的应用观察[J].护理研究,2008,22(12):3115-3116.
- [4] 王亚琴,马晨霞,任重远.腹腔镜手术治疗异位妊娠的疗效观察及护理[J].现代临床护理,2005,4(2):27-28.
- [5] 马惠敏,丁俊琴,井永敏.创伤骨折患者的体位护理[J].护理实践与研究,2011,8(24):68-70.
- [6] 郑修霞.护理学基础[M].北京:北京医科大学,中国协和医科大学联合出版社,1998:115.
- [7] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2012:36.

〔本文编辑:郑志惠〕