维普资讯 http://www.cqvip.com

老年性白内障手术患者的心理调查及心理干预

杨东丽 （新疆兵团奎屯医院眼科，新疆 奎屯 833200）

[关键词] 白内障；老年性；心理
[中图分类号] R779.66；R395.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)05－0346－01

心理因素在人的疾病与健康中起着非常重要的作用，及时、正确的心理疏导可以调整病人的身心状态，减轻心理压力，促进病人康复[1]。我科从2002年至2004年共收治老年性白内障病人305例，通过对其心理状态进行调查分析，制定心理护理干预措施，取得了较好的效果，现将护理经验总结如下。

1 临床资料

本组患者男性180例，女性125例；年龄63～82岁；工人102例，干部95例，农民108例。

2 心理调查结果与分析

2.1 心理状态的分型

本组患者的心理状态大致可分为四型：①焦虑型：由于生活秩序被打乱，患者容易产生不安和焦虑，表现为求医心切、性格急躁、情绪易激动，接受治疗时伴有较多顾虑。②忧郁型：随着住院时间的延长，患者的心理状态逐渐由紧张焦虑转为抑郁，手术后行动不便、担心手术不成功等悲观心理常使患者痛苦不堪，不愿同护理人员交谈[2]。③多疑型：部分老年患者失明后产生孤独感，疑心重重，并常往坏的方面猜疑，喜欢把医生的诊断、用药以及谈话内容进行比较，一旦发现不同，就向医护人员提出质疑。④稳定型：部分患者性格开朗，对疾病有较客观的认识，积极配合治疗及护理，常常帮助其他病友。

2.2 心理状态与不同职业的关系

调查发现工人中焦虑型26例，忧郁型23例，多疑型8例，稳定型45例；干部中焦虑型32例，忧郁型11例，多疑型7例，稳定型45例；农民中焦虑型25例，忧郁型32例，多疑型18例，稳定型33例。根据调查结果分析，由于工人享有医疗保险，但对医学知识了解不够，主要以焦虑及稳定两型多见；干部多生活稳定，享有公费医疗，患病时产生焦虑与多疑心理较常见；农民往往缺乏医学知识，又需自费医疗，同时由于住院治疗影响其生产劳动及收入，所以忧郁、悲观心理较多见。

3 心理护理干预

3.1 认知治疗技术

认知治疗的目的在于矫正不合理的认知，使患者的情感和行为得到相应的改变[3]。认知治疗技术分为4步：①通过与患者的治疗性交谈，让患者每天记录下情绪障碍和非适应性行为出现前和发生时的想法，以确定其不恰当的思维方式。②通过提问的方式帮助患者识别不恰当思维的逻辑基础。③鼓励患者换一个角度或换一种方式来思考问题。④识别错误认知后，应与患者一起设计严格的真实性检验，即检验并诘难错误观念或想法以及消极认知。

3.2 行为矫正方法

根据患者的具体情况选择与之适应的行为矫正方法，主要步骤有：①确立问题：确立行为问题出现的频率、程度和持续时间。②分析相关因素：通过基础测量和分析，掌握患者矫正前的行为水平，为评价疗效提供参照，同时可对患者行为问题的各种影响因素有比较深刻的了解，为制定目标、选择具体的治疗方案提供依据。③制定目标：鼓励患者主动参与目标的制定，可提供直观的演示，征求患者意见，使目标合理、明确。④评估：矫正治疗开始后，护士应注意观察治疗效果，评估不是一次性的，而是贯穿在整个治疗过程中。

[参考文献]

[1] 魏安宁，吴国珍. 手术病人焦虑情绪的调查分析[J]. 中国临床心理学杂志，2001，9(3)：218－219.
[2] 张洪芬，陈首碧. 老年病人住院的心理调查[J]. 局解手术学杂志，2004，13(2)：144－c003.
[3] 徐俊冕. 临床实用心理护理[M]. 上海：上海医科大学出版社，1999.

[收稿日期] 2005－06－10 [修回日期] 2005－08－28

（编辑：雷 艳）

经尿道前列腺气化电切术后护理体会

张晓君，金秀静，乔轶群 （鞍山市中心医院泌尿外科，辽宁 鞍山 114001）

[关键词] 前列腺增生；经尿道前列腺气化电切术
[中图分类号] R697.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)05－0346－02

前列腺增生症(BPH)是老年男性的常见病，近年来，应用电气化技术治疗BPH越来越引起学者的重视，其中，经尿道前列腺气化电切术(TUEVAP)经临床研究表明，疗效显著，并发症少。我科2003年1月至2004年10月共对152例前列腺增生症

[收稿日期] 2005－04－08 [修回日期] 2005－06－19

维普资讯 http://www.cqvip.com

患者行TUEVAP,治愈率100%,现报告如下。

1 临床资料

本组152例,年龄58~96岁,进行性排尿困难13~15年,经彩超、膀胱镜确诊为前列腺增生,其中,并发急性尿潴留86例,膀胱结石25例,高血压、冠心病78例,糖尿病32例,脑血栓9例,慢性肾功不全8例,慢性肺气肿3例,膀胱肿瘤2例。经腹部彩超测残余尿量70~340 ml。2例病人术后暂时性尿失禁,4~6个月后逐渐恢复,1例术后并发尿道外口狭窄,行尿道外口成形术,2例术后当日出血,二次手术治疗后恢复正常,3例尿道狭窄行尿道扩张术恢复。

2 术后护理

2.1 监测意识、血压、心率、呼吸及血氧情况

前列腺增生病人为老年男性,多合并有心脑血管疾病,术后易引起血压改变及心功障碍,术后需行心电监测、吸氧。本组有3例术后出现血压下降、心慌,给予吸氧、补液后症状缓解。还可因吸收术中的大量冲洗液,导致稀释性低钠综合症,本组出现2例,表现为烦躁、气促、呼吸困难、恶心、血压升高,立即予20%甘露醇250 ml静滴,速尿20 mg静推,同时观察有无脑水肿、肺水肿发生,症状很快得以缓解。

2.2 观察病人尿量及冲洗液颜色

TUEVAP后创口有少量渗血,用三腔尿管气囊压迫止血,一般注入生理盐水30 ml,同时行尿道外口纱布牵引,必要时用宽胶带把尿管固定在大腿一侧牵引。冲洗出渗血及切除前列腺后的残余组织。冲洗高度为40~60 cm,可根据洗出液颜色调节冲洗速度,约需15 000 ml无菌生理盐水冲洗,持续24~48 h。测算每小时、每日尿量(尿量=流出量-冲洗液量)。

2.3 预防感染及拔尿管后的护理

老年病人免疫力低,易发生泌尿生殖系感染。膀胱冲洗要严格无菌,每天用碘伏棉球消毒尿道口及近尿道口端尿管,每天测体温4次,术后3~5 d尿色变浅即可拔除尿管,拔管后每天饮水2 000~3 000 ml,起到内冲洗作用。因尿管刺激尿道及膀胱黏膜,易引起尿道感染,加之术前长期尿潴留,膀胱壁厚失去弹性,膀胱炎症较重,拔管常出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状,故嘱病人适当活动,保持大便通畅,避免腹压骤升引起结痂脱落。

3 并发症的护理

3.1 暂时性尿失禁的护理

暂时性尿失禁是TUEVAP后常见的并发症之一,多缘于手术对尿道外扩约肌的损伤,膀胱逼尿肌的无抑制性收缩。可通过指导病人做盆底肌收缩训练,排尿中止训练,每次训练10~20 min,每次收缩3~5 s,并结合药物治疗。本组有2例出现尿失禁,后4~6个月后恢复。

3.2 膀胱痉挛的护理

TUEVAP后膀胱痉挛表现为尿管周围有血性尿液溢出,下腹部痉挛性剧痛,有尿急感,冲洗液不滴、返流,冲洗液颜色加深。在给予镇痛剂、解痉剂的同时,心理护理减轻精神压力。

3.3 出血的护理

帮助病人预防TUEVAP后出血,保持冲洗道通畅,大腿一侧牵引要使大腿处于外展状态,冲洗液颜色深时加快冲洗速度,同时给予止血药治疗。后期出血多因为病人便秘,腹压骤升,造成结痂脱落所致。

(编辑:文 灿)

门诊集成整合服务的实践与探索

袁红霞,郑彩云,赵新玲,朱玉霞 (新疆兵团奎屯医院,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 整合服务;门诊;实践与探索
[中图分类号] R197.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)05-0347-02

医院"集成整合服务"的含义是跑一趟就可以办好多件事,其目的是让病人满意,实质是服务的"集成整合",既是服务流程的整合,也是服务内容的整合。住院病人大多数情况下来回奔波的是病人家属,而门诊病人则要自己忍受痛苦往返于各科室之间,所以在医院门诊"集成整合"服务的对象应是病人。本文就门诊"集成整合服务"的实践与探索报告如下。

1 门诊集成整合服务的实践

医院结构、布局、设置以医务人员的工作环境为主,而考虑病人的利益较少,各科室部门各自为阵,病人为了治疗东奔西跑[1]。针对这一客观现实,尽可能调整科室布局使其合理,将诊疗频率高的诊室如心电、X线、化验、彩超、注射室等设一楼,分布到就诊科室或专科诊室附近,缩短门诊诊疗路径,优化工作流程,制作了医院各科室布局平面图,地面引导线及各诊室标识,顾客可根据不同的标识去所要去的诊室。在布局上最大限度的向"集成整合服务"靠拢,在思想上引入人性化服务理念。针对收费是使顾客往返奔波的一个重要原因,采取在收费处设置计算机刷卡机,建立收费与药房联网制,病人持专科医生开据的处方在收费处交费的同时,药房已接收到了药品信息即可配药,等顾客到药房窗口药已配好了,无需等待,节省时间[2]。实行"专科医生"制,门诊设专科,由主治医师以上的专科医师诊治专病,改变以往"全科医师"不全的弊端。

2 门诊集成整合服务的探索

按照上述构思,在全院医护人员中贯彻"以病人为关注焦点,持续质量改进"的人性化服务理念,在门诊实施"集成整合

[收稿日期]2005-06-15 [修回日期]2005-08-09