

1.4 统计学方法 用 SPSS12.0 统计学软件。以频数表示计数资料,用 $\bar{x}\pm s$ 表示计量资料,计量资料比较用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患儿干预后血糖及住院时间比较 观察组干预后的空腹血糖和餐后 2 h 血糖均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),住院时间显著少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患儿干预后血糖比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2 h 血糖 (mmol/L)	住院时间(d)
观察组	50	7.1±1.5	11.5±1.7	10.2±2.5
对照组	50	8.5±2.1	13.7±3.4	16.4±4.3
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

2.2 两组患儿不良事件、家长管理水平及满意度比较 观察组的不良事件的发生率均显著少于对照组($P<0.05$)。观察组家长对患儿的管理水平及护理满意度显著高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患儿不良事件、家长管理水平及满意度比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	不良事件(%)	家长管理水平	家长满意度
观察组	50	2(4.0)	27.9±3.7	97.8±5.6
对照组	50	15(30.0)	23.8±3.2	92.4±4.7
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

3 讨 论

近年来全球糖尿病发病率均有上升趋势,已成为发达国家前三位的非传染性疾病,严重影响人们的健康。糖尿病已经成为医疗资源的重大消耗,越来越引起社会的关注。预防和控制糖尿病要从儿童抓起。良好的血糖控制水平是减少糖尿病患者并发症,延缓病情进展的关键所在^[6]。药物治疗固然在糖尿病患者的治疗中意义重大,但要全面控制糖尿病单靠药物无法达到效果,需要患者重视自身的病情,通过自身的努力,改变不良的生活方式和行为^[7]。健康教育是临床的重要组成部分,具有一定的前瞻性,通过有目的、有计划、有系统的传播卫生保健

知识和技术,信息传播和行为干预,增进患者的认知水平和应对水平,帮助人们树立正确的健康观念,促使人们提高维护和改善不良生活习惯^[8]。

本研究对 50 例糖尿病患儿及其家属在常规护理的基础上加强健康宣教,通过用药指导、心理指导、饮食指导和运动指导,教育知识系统更易于患儿及其家属学习和接受,全方位使患儿家长掌握用药的相关知识,且印象更为深刻、便于记忆,使护理人员能更好地满足患者的需求,消除疾病的危险因素,提高家长的护理能力。结果显示,观察组的血糖控制好于对照组,住院时间、不良事件的发生率均显著少于对照组,家长对患儿的管理水平及护理满意度显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,健康教育有利于改善儿童糖尿病的血糖控制水平,提高家长的护理能力,减少不良时间的发生。

参考文献

[1] 王锐,蒋萍萍,巩纯秀,等. 4 种教育形式对不同年龄糖尿病儿童在住院期间接受健康教育的效果评价[J]. 首都医科大学学报,2010,31(2):197-200.

[2] 喻爱平. 胰岛素泵治疗儿童 1 型糖尿病的临床观察和护理[J]. 中国医药导报,2009,6(32):128-129.

[3] 陆群,孙海峰,陈明珠,等. 循证护理在儿童糖尿病护理中的临床应用[J]. 实用临床医药杂志,2010,14(10):24-25,29.

[4] 彭鑫,李燕,崔焱,等. 饮食干预对 2 型糖尿病患者自我效能及代谢控制的效果研究[J]. 中华现代护理杂志,2010,16(14):1628-1630.

[5] 刘家红,郑显兰,郭蓉,等. 健康教育路径对住院糖尿病患者疗效影响的 Meta 分析[J]. 中国全科医学,2011,14(4):431-434.

[6] 唐立新. 健康教育对糖尿病患者的身心状态的影响及护理[J]. 中国医学创新,2009,6(22):103.

[7] 廖冬辉,涂晓荣,曾根玉. 糖尿病患者的心理护理及健康教育[J]. 当代护士:专科版,2012(1):29-31.

[8] 史会军,贾丽芳. 饮食干预对糖尿病患者血糖控制的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(12):57-58.

(收稿日期:2013-01-21 修回日期:2013-03-04)

肛肠患者围术期的护理干预

兰 琳,陈 艳(重庆万州区人民医院外二科 404100)

【摘要】 目的 探讨肛肠患者围术期的特殊有效护理干预对患者康复的影响。**方法** 将该院 96 例肛肠手术患者随机分为特殊护理干预组 48 例和常规护理组 48 例,对健康知识的掌握情况、术后焦虑程度、导尿情况和大便通畅情况、术后换药时的疼痛情况进行统计分析。**结果** 采用特殊护理干预组在健康知识掌握情况,术后焦虑度,排尿排便情况,换药时的疼痛耐受度都明显优于常规护理组。**结论** 采用特殊的有效护理干预能降低患者的焦虑度,降低患者术后并发症的发生,促进患者早日康复,提高患者的满意度。

【关键词】 肛肠患者; 围术期; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.070 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)17-2338-03

肛肠疾病是外科疾病中的常见病,手术治疗是常规治疗手段,由于肛肠疾病牵涉到患者的隐私,部分患者羞于检查导致

治疗滞后,病期延长,且解剖部位特殊,术后疼痛剧烈,加之对术后的不良反应缺乏心理准备,导致焦虑,紧张,恐惧心理明

显,严重影响预后^[1],因此有效的护理干预,加快患者对角色的适应能力和对疼痛的耐受力,增强健康意识,对减少并发症的发生尤为重要,本科采取了一系列有针对性的护理干预措施,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 1~6 月本科的肛肠手术患者 96 例,其中男 56 例,女 40 例,年龄 19~76 岁,随机分为常规护理组和特殊护理干预组,各 48 例,常规护理组:男 30 例,女 18 例,年龄 19~76 岁,平均 42.6 岁,其中肛周脓肿 12 例,肛瘘 8 例,肛裂 8 例,痔疮 20 例,文化程度:初中及以下 8 例,高中 26 例,高中以上 14 例。特殊护理干预组:男 26 例,女 22 例,年龄 19~76 岁,平均 43.2 岁,其中肛周脓肿 11 例,肛瘘 10 例,肛裂 9 例,痔疮 18 例,文化程度:初中及以下 8 例,高中 26 例,高中以上 14 例。两组患者均行骶管麻醉,一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 护理方法 常规护理组采取常规护理措施,特殊护理干预组在常规护理的基础上行特殊护理干预。

1.2.1 常规护理措施 (1)做好入院接待,热情周到的入院护理,让患者迅速消除陌生环境带来的紧张、恐惧、焦虑感。(2)建立良好的护患关系:关心体贴患者,术前对患者耐心解释,宣传疾病相关知识,增强其战胜疾病的信心,使患者积极配合手术。(3)创造一个安静舒适的环境,创造良好病室气氛,请乐观并对疼痛耐受力较强的术后患者谈治疗感受,消除患者对手术的顾虑。(4)全面术前检查,认真做好评估,做好术前准备,确保手术成功。(5)术后常规护理:给予正确的体位,密切观察生命体征及术部出血情况,给予相关健康知识及饮食指导。

1.2.2 特殊护理干预 (1)健康教育的护理干预:术前发放肛肠疾病相关护理知识手册,指导患者认真阅读,鼓励患者提出问题,并耐心答疑,并对术后可能出现的并发症如疼痛、出血、尿潴留、排便不畅等的处理行详细的讲解,使患者对并发症的出现有心理准备,一旦出现能正确应对。详细告之术后何时进食,以及饮食的种类,何时排便,排便的注意事项,坐浴,伤口每日换药的必要性和重要性,使患者积极配合治疗。(2)疼痛的护理干预:①术后多倾听患者的主诉,分析引起疼痛的原因,给予相应的处理。灼痛可于抗炎处理和应用解热镇痛药;胀痛多是注射硬化剂或肛门敷料堵塞过多引起,减少敷料后可减轻疼痛;跳痛多是肛门创口周围的创伤反应或是隐藏的脓肿未做适当的处理,或因肌肉痉挛引起,对隐藏的脓肿及时给予相应的处理,对肌肉痉挛者可进行松弛训练或使用镇静药、肌肉松弛药^[2]。②术后给患者放舒缓优美的音乐,让其看喜欢的电视,分散注意力,让患者家属与其交谈,转移患者对疼痛的注意力,达到减轻疼痛的目的。③在手术后要及时对患者的疼痛程度进行总结分析,同时予以松弛和意想干预疗法^[3],采取一种身体活动,比如有规律的进行肌肉的松弛和紧张或者有节奏的呼吸动作,从而使患者疼痛觉、紧张的情绪及环境刺激得到减轻,最终能达到使其心态得到改善,使之安全感加强。(3)饮食的护理干预:①指导患者手术当天及术后 24~48 h 未排便前进食少渣饮食,忌食奶、豆类、甜食、等易使肠胀气的食品。术后 3 d 后给予正常饮食。鼓励患者多进高蛋白、高营养、富含维生素易消化吸收的食物,多食青绿蔬菜、新鲜水果。忌食辛辣、刺激、燥热食物,如辣椒、胡椒等,禁烟酒。保证每日饮水 2 000~3 000 mL 以保持大便通畅。②观察患者进食情况,有患者术后惧怕排便导致伤口痛,有惧食现象,给予正确的引导,强调营养不良可导致伤口不愈,纠正患者的惧食现象。(4)排尿的护

理干预:①术前给患者讲解术后尿潴留的原因,强调及时排尿可预防尿潴留。对排尿有困难的患者巧用激励语言,激发患者克服自身困难的潜能。②可对患者指定某个时间点或时间段内自行排尿,给予一个暗示作用。③术后 3~4 h 当患者膀胱充盈时,护理人员当在病情允许的情况下协助患者下床排尿,在病房不能自行排尿者可酌情搀扶患者入厕排尿。④对以上措施无效者采取床上卧位诱导排尿和综合护理措施诱导排尿。如:听流水声音、温水冲洗会阴部,腹部穴位热敷按压法等。如在上述方法无效的情况下可予以导尿。(5)排便的护理干预:①指导患者术后 24 h 内不宜排便,以免导致伤口出血,水肿,术后第一次排便不要用力,以免出血,让其自然排出。②对于疼痛敏感患者,第一次排便局部给予麻醉剂外敷,使其尽量一次排空大便,排便时做深呼吸,促大便排出。③嘱患者养成每日定时排便的习惯,解便时不要久蹲,避免在厕所看书看报。④每次便后坐浴,洗净肛周后换药。(6)给予坐浴指导:①术后患者给予 1:5 000 的高锰酸钾或中药坐浴,每日 2~3 次,每次 20 min,水温 43 ℃ 左右,整个肛门及会阴都浸泡在热水中,对年老体弱者,坐浴后给予搀扶,防跌倒发生。②坐浴后用干净的毛巾蘸干水分,勿擦拭。(7)换药方面的护理干预:①在换药过程中要做到三轻,“轻擦”:擦洗时应用棉球蘸吸伤口的渗液,清除坏死组织,动作轻;“轻插”:在换药时应充分暴露创面,要顺应患者肛门舒缩规律轻柔地探入,使药物到达创面;“轻塞”:填充创腔时不能太深太紧,填充物到达创底应自然填入,不松不紧为宜^[4]。②第一次换药时,对疼痛敏感的患者在换药前 15 分钟予以口服止痛药或局部外敷麻醉剂^[5]。③换药时可和患者交谈,让其咀嚼口香糖,分散患者的注意力,降低其痛阈,对胶布过敏的患者,可嘱其穿上去掉裤腿的女性连体丝袜,这样既让敷料得已妥善固定,又免受胶布贴后皮肤过敏之苦。(8)康复训练:①养成规律的排便习惯。为配合换药,指导患者养成早晨排便的习惯,不管有无便意,晨起定时蹲便。②进行排便功能训练,进行提肛运动及肛门括约肌舒缩运动,增强盆底部肌肉强度,改善肛周血液循环,促进肛门功能恢复。方法是先用力收缩肛门括约肌,然后全身放松,使肛门括约肌完全松弛,每日 2 次,每次不少于 50 次。

1.3 观察指标 (1)对肛肠疾病健康知识的掌握情况。(2)术后的焦虑程度。(3)术后尿潴留的发生率,排便通畅与否。(4)术后换药时的疼痛情况。

1.4 评价标准

1.4.1 根据健康知识内容,采用在查阅文献和访谈的基础上设计而成的自制问卷调查表评价两组患者对肛肠病术后健康知识的掌握情况,及大小便通畅情况。此问卷请相关专家对其内容效度进行评定,检验 Cronbach's α 系数为 0.812。

1.4.2 术后焦虑程度采用由华裔教授 Zung 设计的焦虑自评量表(SAS)^[6]观察两组患者焦虑情况。共 20 题,每题 4 个选择,分别以 4 分计算。1 分没有或少有;2 分少部分时间有;3 分相当多的时间有;4 分绝大部分或全部时间有,其中有 5 个题的计分方法为反向计算选择题,评定结束后,将 20 个题的各个得分相加,经过公式换算,即为标准分,得分越高,表示焦虑程度越严重。

1.4.3 采用视觉模拟评分法^[7]评估术后两组患者换药疼痛情况,在纸上画一条直线,长度为 10 cm,两端分别标明“0”和“10”的字样。“0”端代表无痛,“10”端代表最剧烈的疼痛。让患者根据自己所感受的疼痛程度,在直线上标出相应位置,0~2 表示轻度,2~5 为中度,5~8 为重度,8~10 为极度疼痛。

1.5 统计学方法 采用 SPSS12.0 软件包对数据进行处理,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 肛肠健康知识掌握情况 两组患者对肛肠健康知识掌握情况比较结果见表 1。

表 1 两组患者对肛肠健康知识掌握情况比较[n(%)]

组别	n	健康知识掌握情况	
		掌握	未掌握
干预组	48	43(89.6)	5(10.4)
常规组	48	32(66.7)	16(33.3)

注: $\chi^2=7.38>3.84,P<0.05$ 。

2.2 患者术后情况 两组患者术后焦虑、大便、排尿及换药时疼痛比较结果见表 2。

表 2 两组患者术后情况比较

组别	n	焦虑得分	大便 通畅	导尿	换药时疼痛程度			
					轻度	中度	重度	极重
干预组	48	34±12.6	43	8	6	36	5	1
常规组	48	59±11.3	36	17	0	12	27	7

注: $t=10.25>1.662,P<0.05$; $u=5.43>1.96,P<0.05$ 。

3 讨 论

3.1 通过术前的详尽的健康教育,使患者对术后护理知识有了很好的掌握,从表 1 可见,特殊护理干预组患者健康知识掌握情况明显好于常规护理组。由于对术后可能出现的并发症有所了解,有了初步的认识,有效的护理干预降低了患者的焦虑程度,降低了焦虑度。

3.2 因肛门,肛管周围主要是由脊神经的阴部神经支配,神经丰富,疼觉敏感,所以患者感觉疼痛明显^[8],认真的观察,术后耐心听取患者的主诉,根据主诉判断疼痛的原因,采取相应的护理干预,能很好地减轻疼痛。由表 2 可见,特殊护理干预组患者换药疼痛程度较常规组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。疼痛刺激在人体的反应强弱明显受心理因素影响,与心理状态密切相关,积极调整心理状态能减轻疼痛感觉^[9]。有效的护理干预降低疼痛感,提高患者的舒适度是很必要的,如术后灼痛,胀痛,跳痛要根据患者的主诉采取不同的干预措施,

才能有效的降低疼痛,同时适时的坐浴,镇痛又疗伤,坐浴可松弛括约肌而缓解疼痛,坐浴可避免或显著减轻排便痛^[10]。

3.3 掌握熟练的换药技能和换药心理干预技巧,如换药时谈笑,听音乐,给患者咀嚼口香糖,抚摸患者的上肢,头部等能分散患者的注意力,降低因疼痛而致的焦虑,恐惧,紧张情绪,提高患者对换药的依从性,积极配合治疗,为早日康复起到了积极的作用。

3.4 通过有效的排尿,排便干预,降低了术后并发症的发生,促进了患者早日康复,提高患者的满意度,由表 2 可见特殊护理干预组患者术后并发症发生率低于常规组($P<0.05$)。

参考文献

[1] 陈丽荣. 肛肠疾病围术期护理述要[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 22(12): 95-95.

[2] 骆红菊, 范成英. 护理干预对混合痔术后康复效果的观察[J]. 西南军医, 2010, 12(3): 450-452.

[3] 石玉兰, 张喜锐, 冯江雪, 等. 肛肠疾病的心理护理[J]. 河北中医, 2009, 31(7): 1087-1088.

[4] 胡云凤. 肛肠疾病术后疼痛的护理体会[J]. 中国医学创新, 2010, 7(20): 130-131.

[5] 石玉兰, 武玉娟, 冯江雪, 等. 肛肠疾病术后换药时患者心理分析及心理护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(25): 3124-3125.

[6] 佟苏艳. 疼痛的护理评估[J]. 中华护理杂志, 1995, 30(2): 123-125.

[7] 高秀秀, 杨秀梅. 疼痛护理对肛肠疾病术后换药效果的观察[J]. 临床医药实践, 2012, 21(3): 230-231.

[8] 张东铭. 大肠肛门局部解剖与手术学[M]. 合肥: 安徽科技出版社, 1998.

[9] 李丹丹. 疼痛的心理护理[J]. 家庭护士, 2006, 4(9): 28.

[10] 姜安丽. 新编护理学基础[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 38.

(收稿日期: 2013-02-11 修回日期: 2013-04-12)

临床护理路径在正常产褥期的应用及护理效果评价

肖 锐, 陈 冰, 尹 姣[△](解放军空军总医院妇产科, 北京 100142)

【摘要】 目的 探讨临床护理路径在正常产褥期的护理效果, 提高护理质量。**方法** 选取 100 例初产妇, 随机分为观察组和对照组各 50 例, 观察组实施临床护理路径, 对照组给予常规护理, 比较二者住院时间、住院费用、医护矛盾发生率, 以及对健康教育内容掌握情况和护理质量满意度等。**结果** 观察组产妇在住院时间、住院费用及医护矛盾发生率等方面, 均优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组产妇健康教育调查问卷得分为(93.18±2.70)分, 明显高于对照组的(81.06±4.29)分, 差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组产妇对护理质量满意度为 94.00%, 明显高于对照组的 70.00%, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 正常产褥期实施临床护理路径可以缩短住院时间, 减少住院费用, 促进产妇自我管理, 从而提高护理质量, 减少护患矛盾, 值得临床推广应用。

【关键词】 临床护理路径; 产妇; 产褥期

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.071 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)17-2340-03

临床护理路径是按照临床路径从入院到出院制定的一整套临床护理计划, 使诊疗、护理有序, 减少遗漏项目, 有利于护

理质量的提高^[1]。产褥期是指从胎盘娩出至产后产妇全身各器官(除乳腺外)恢复或接近正常未孕状态所需的一段时期, 一

[△] 通讯作者, E-mail: xiaorui1240@126.com。