

经皮肾镜取石术治疗马蹄肾结石研究进展

孙旭朝 综述,肖明朝 审校(重庆医科大学附属第一医院泌尿外科 400016)

【关键词】 经皮肾穿刺; 马蹄肾; 肾结石

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.054 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)21-2879-01

马蹄肾是先天性肾融合畸形中最常见类型,肾结石是马蹄肾常见并发症。经皮肾穿刺取石术(PCNL)具有手术创伤小、术后患者恢复快、结石清除率高等优势。1973 年,Fletcher 和 Kettlewell 报道了 PCNL 处理马蹄肾并发结石^[1]。经过不断地改进与创新,PCNL 在治疗马蹄肾结石的适应范围不断扩大。本文对 PCNL 在马蹄肾结石治疗中的应用作一综述。

1 马蹄肾与肾结石

马蹄肾发病率为 1/400~1/1 000,男性发病率高于女性,比例约 2:1^[2]。因发育过程中肾胚基越过中线反常融合,造成肾旋转不良,最终造成输尿管高位插入肾盂,岬部对输尿管的压迫引起尿液引流不畅。一般认为该解剖因素与结石形成有关,大约有 20%~60%的马蹄肾患者并发结石^[3-4]。

2 PCNL 的优势

采用开放手术治疗,手术难度大,结石复发难处理,且马蹄肾结石有较高的复发率,给下一次处理复发肾结石造成困难^[5];亦有文献报道 PCNL 较开放手术对术后患者肾功能影响小^[6]。体外冲击波碎石术(ESWL)治疗直径大于 2 cm 的马蹄肾肾结石,需要更多的冲击次数和更高的能量。马蹄肾位置较正常肾脏更靠前内下方,ESWL 治疗时冲击波到达结石部位有较大的衰减,碎石效果不好,马蹄肾的特殊结构致引流不畅,ESWL 后排石困难^[5,7]。PCNL 结石清除率较高,对于相对复杂及 ESWL 治疗失败的马蹄肾结石首选 PCNL 治疗^[8]。

3 PCNL 治疗马蹄肾结石的特殊性

马蹄肾及其肾盏、肾盂的变异,使穿刺定位的难度增加。肾盏、肾盂及输尿管间的形态关系异常造成内镜下辨识度下降。杨波等^[8]认为动静脉血管变异使损伤血管的可能性增加。马蹄肾与邻近其他脏器解剖如肠道、胸膜等位置改变易导致误伤。马蹄肾活动度小,使硬镜的操作受到限制^[9]。

4 穿刺点及通道选择

4.1 穿刺点 穿刺点的选择是 PCNL 治疗马蹄肾结石的关键,穿刺定位主要通过 X 线与超声设备辅助完成。杨波等^[8]推荐选择超声设备定位,因其可以避免患者和术者的放射线损伤,同时能够显示 X 线阴性的结石;也可以显示肾脏与周围器官的毗邻关系,在穿刺过程中可以全程显示穿刺径线通过的结构。必要时使用彩色多普勒超声观察拟定通道上有无大的血管走行,减少出血^[10]。穿刺点应选择第 12 肋下至 10 肋间,较正常肾脏更靠背侧从上盏或中盏入路,可更充分的探及各盏及融合部的结石,有利于单通道完成手术,减轻肾盂输尿管连接部的角度过小的不利影响,减少胸膜损伤^[11-13];仅单纯下盏结石且盏颈较小时为避免肾盏撕裂可选择下盏^[14]。

4.2 穿刺通道 单次 PCNL 通道数量同样是影响预后的重要因素。多通道发生感染的风险明显高于单通道,出血风险更高^[15]。穿刺通道相对较长,有时需要特殊长穿刺鞘^[16]。肾积水对于穿刺通道的选择有一定的影响,并进一步决定了穿刺是否成功。肾积水不明显者,可通过输尿管镜留置输尿管导管并逆行注水,造成“人工肾积水”,有利穿刺成功^[17];此外还可作

为肾盂输尿管的标志、防止碎石过程中较大块碎石进入输尿管造成梗阻及预防狭窄等^[8,18]。

5 内镜选择

普通肾镜、输尿管硬镜及软镜等是目前临床上常用的几种内镜。输尿管硬镜较普通肾镜更容易到达各个肾小盏,结石清除率较高^[19]。梁宏等^[20]运用输尿管硬镜总结石清除率为 95.7%。Abdel-Halim 等^[21]认为 PCNL 结合软镜,能够提高结石的清除率,同时认为单用硬性肾镜不可能取尽所有结石。但目前由于软镜成本较高,临床应用尚待进一步推广。

6 碎石方法

PCNL 中常用碎石气压弹道碎石、超声碎石、钬激光碎石等均可用于马蹄肾结石的手术当中,应根据病情采取多种或多次取石方式联合,必要时采取造瘘管冲洗、体位排石等综合措施,以提高结石的清除率^[22]。

7 术后并发症的预防措施

PCNL 用于马蹄肾结石治疗过程中,主要并发症有出血、肠道和胸膜损伤,其发生率与处理正常肾脏肾结石无明显增加^[23-25]。CT 尿路造影可合成立体三维图像,能多角度、多方位旋转,有助于在术前根据马蹄肾的解剖结构、血液供应及周围器官关系设计最佳的经皮肾穿刺通道,减少术后并发症的发生^[14]。术中超声引导穿刺可在直视下操作,对于预防并发症的发生起到了非常重要的作用^[6,8]。

由于马蹄肾及马蹄肾结石临床表现多样,PCNL 穿刺点的选择、通道建立等方面并未存在确切的结论,在临床工作过程中仍应注意个体化治疗才能达到真正的微创治疗。

参考文献

- [1] Fletcher EW, Kettlewell MG. Antegrade pyelography in a horseshoe kidney[J]. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med, 1973, 119(4): 720-722.
- [2] Hofmann R, Olbert P, Weber J, et al. Clinical experience with a new ultrasonic and LithoClast combination for percutaneous litholapaxy[J]. BJU Int, 2002, 90(1): 16-19.
- [3] 何永忠, 李逊, 王露萍, 等. 18 例马蹄肾合并肾结石的微创治疗[J]. 广东医学, 2007, 28(9): 1384-1385.
- [4] 石明, 韩平, 魏强, 等. 先天性马蹄肾临床分析(附 21 例报告)[J]. 华西医学, 2005, 20(2): 322.
- [5] 汪盛, 戴英波, 蒋先镇, 等. 微创经皮肾穿刺造瘘治疗马蹄肾结石[J]. 中国内镜杂志, 2007, 13(7): 747-748.
- [6] 毕革文. 经皮肾镜治疗肾及输尿管上段结石的研究进展[J]. 微创医学, 2012, 07(3): 279-282.
- [7] Yohannes P, Smith AD. The endourological management of complications associated with horseshoe kidney[J]. J Urol, 2002, 168(1): 5-8.
- [8] 杨波, 李建兴, 黄晓波, 等. B 超引导穿(下转第 2902 页)

颅内动脉瘤血管内栓塞治疗后并发症的观察与护理

马 丽(成都军区总医院门诊部,成都 610083)

【摘要】 目的 探讨颅内动脉瘤血管内栓塞治疗后并发症的观察方法与护理措施。**方法** 回顾性分析 79 例在该院行血管内栓塞治疗的颅内动脉瘤患者资料,对术后出现的并发症进行观察并总结护理体会。**结果** 8 例患者术后出现相关并发症,分别为脑血管痉挛、穿刺点局部血肿、颅内动脉瘤再破裂、脑梗死与急性脑积水。通过相应的护理措施,8 例患者均好转出院。**结论** 及时发现血管内栓塞术后并发症并进行有效的护理干预对降低颅内动脉瘤患者致残、致死率具有重要意义。

【关键词】 颅内动脉瘤; 栓塞治疗; 并发症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2880-02

随着介入医学的快速发展,血管内栓塞治疗颅内动脉瘤(AN)已广泛应用临床,相比开颅手术该治疗具有创伤小、恢复快的特点,但栓塞术后并发症的发生仍不容忽视。为此本文对本院进行血管内栓塞治疗的 74 例 AN 患者临床资料进行了回顾性分析,对其中 8 例出现的术后并发症的患者护理措施进行了总结和归纳,现将报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月至 2012 年 8 月于本院进行血管内栓塞治疗的 74 例 AN 患者,其中男 42 例,女 32 例;年龄 22~69 岁,平均 48.32 岁;前交通动脉瘤 23 例,后交通动脉瘤 20 例,左侧大脑中动脉瘤 11 例,右侧大脑后动脉瘤 9 例,颈内动脉眼动脉段动脉瘤 6 例,基底动脉末段动脉瘤 5 例。所有患者就诊时均有头痛、呕吐、复视、眼睑下垂等 1 种或几种 AN 临床表现,且术前均通过 CT 血管造影(CTA)、核磁共振血管成像(MRA)或数字减影脑血管造影(DSA)检查确诊为 AN。

1.2 手术及监护方法 本组所有患者均在全身麻醉及肝素化下行右侧股动脉插管行电解可脱性微弹簧圈栓塞治疗,术后送入神经重症监护病房进行多系统综合监护,监护内容包括意识、瞳孔、心率、呼吸、体温、血氧饱和度、穿刺部位、足背动脉搏动及穿刺下肢远端末梢循环情况等。

1.3 并发症的护理措施

1.3.1 穿刺点局部血肿 (1)术后患者绝对卧床休息 24 h,穿刺侧肢体适当保暖,并制动 6~8 h,保持伸直,避免屈膝,穿刺点用弹力绷带包扎固定 24 h,并用 1 kg 砂袋加压 6~8 h。(2)严密观察穿刺局部有无渗血、肿胀,加压砂袋有无移位,足背动脉搏动情况(每 15 分钟 1 次,观察 8~12 次),以及皮肤颜色、肢体温度、痛觉、末梢循环等有无改变及腹部情况(因导管损伤或刺破血管可引起腹腔出血)。

1.3.2 脑血管痉挛 脑血管痉挛的防治及护理主要为及时合理予以使用特异性脑血管钙离子拮抗剂尼莫地平。尼莫地平是一种具有脑组织选择性的钙离子通道阻滞剂,能有效缓解脑血管痉挛,改善脑缺血,但此药可引起血压下降,因此用药过程中应严格掌握用量及速度,同时监测患者血压和心率的变化,观察有无血压下降、面色潮红、心动过速等不良反应。

1.3.3 颅内动脉瘤再破裂出血 (1)严密监测患者血压的变化,切忌血压忽高忽低,必要时可采用控制性低血压治疗。(2)将患者安置在安静、光线柔和的病室,尽量避免外界各种不良因素的刺激。(3)避免用力排便、剧烈咳嗽或打喷嚏、情绪激动等导致颅内压剧烈升高引起动脉瘤破裂出血。(4)做好家属和

患者的解释工作,限制探视和陪护人员。

1.3.4 继发性脑梗死 术后早期应严密观察患者生命体征、语言、运动及感觉功能的变化,尤其是对突发的失语及偏侧体征的患者应及时行头颅核磁共振弥散加权扫描,以早期明确是否存在继发性脑梗死。

1.3.5 急性脑积水 (1)注意引流管最高点距外耳道 15~20 cm,并观察引流液的颜色、形状、量,翻身时引流管保留足够长度,避免脱出、扭曲、打折。(2)遵医嘱在患者睡前口服镇静催眠药如舒乐安定或思诺思。(3)饮食方面,避免喝含有兴奋神经系统成分的饮料如可乐、雪碧等,可给患者鸡汤、鱼汤、排骨汤等,在各种汤料里适当放盐,以提高患者食欲。

2 结果

74 例患者术后出现相关并发症 8 例(10.81%)。穿刺点局部血肿 2 例,于术后 4 h 出现约 2 cm×3 cm 大小皮下血肿,均系对医嘱依从性较差频繁活动穿刺侧肢体导致,及时给予局部冷敷,并抬高下肢 15°~20°,36 h 后给予局部热敷、理疗后血肿逐渐消退;脑血管痉挛 3 例,患者分别于术后 9~36 h 内出现不同程度的上述症状,经治疗后症状均在 24 h 内消失,未遗留神经功能缺失,考虑脑血管痉挛致短暂性脑缺血发作;颅内动脉瘤再破裂 1 例,于术后 3 h 突发头痛、呕吐、烦躁不安,急诊行 CT 检查提示颅内出血,立即行开颅血肿清除术,术后使用多功能监护仪,严密观察患者生命体征、瞳孔、意识、头痛、呕吐等情况,同时给予药物镇静和硝普钠静脉滴注,控制收缩压在 120~130 mm Hg,10 d 后患者康复出院。急性脑积水 1 例,术后 24 h 意识由清醒转为昏睡状态、并在 2 h 内呕吐 2 次,急诊行 CT 检查提示急性交通性脑积水,立即行脑室穿刺外引流术,3 d 后意识完全清醒,未再出现呕吐及其他不适症状;脑梗死 1 例,于术后 2 d 突发右侧肢体无力及失语,考虑脑梗死的可能,后经头颅 MRI 检查证实为左侧大脑中动脉系统梗死,及时给予甘露醇脱水、尼莫同扩张血管等治疗措施后,患者 11 d 后症状明显好转出院。

3 讨论

穿刺点局部血肿易发生在术后 6 h 内,与术中全身肝素化后穿刺点压迫不完全或术后包扎绷带松脱,动脉硬化,血管弹性差,术中应用过量肝素或凝血功能障碍,术后穿刺侧肢体活动过于频繁等因素有关^[1];介入手术中由于导管对脑血管的机械刺激容易诱发脑血管痉挛^[2],文献^[3]报道颅内动脉栓塞围术期脑血管痉挛发生率为 41%~71%,故在栓塞术后 48 h 内出现头痛、失语、肢体麻木、短暂意识障碍等症状应考虑脑血管

痉挛的发生,及时地经颅多普勒检查有利于确诊;颅内动脉瘤再破裂是血管内栓塞术后最严重的并发症^[4],常可危及生命,是患者致残和死亡的主要因素,多由于术中导丝,微导管,弹簧圈对瘤体壁机械刺激及凝血机制改变或术后血压急剧波动引起;由于动脉插管易损伤血管内膜,血液黏稠度改变,血管内感染及抗凝药用量不足等均可能导致血栓形成引起脑动脉或全身其他部位的血管栓子脱落而导致脑梗死。高血压、脑动脉硬化、血管炎与动脉瘤的发生与发展有关^[5],脑梗死的发生加重脑组织的损伤,影响预后^[6]。脑积水是颅内动脉瘤栓塞术后常见的并发症之一,急性脑积水可造成患者神经功能明显损害^[7]。术后应注意观察、及早发现,通常表现为术后早期意识清楚,而后逐渐出现高级神经活动障碍加重,如神志淡漠、反应迟钝、尿便失禁等。经头 CT 证实有进行性脑室扩张,诊断明确后常需行手术治疗^[8]。

颅内 AN 是严重危及人类健康的疾病,但如能及时合理诊治,绝大部分患者是可以完全治愈的。血管内栓塞能解决诸多传统开颅手术无法解决的问题,已成为目前治疗颅内动脉瘤的重要手段,但术后并发症无法完全避免,为此应在术后密切观察患者的病情,及时做出正确的判断,对各种可能发生的并发症进行有效的预见性护理,是确保手术疗效并减少病残及病死率的关键。

参考文献

[1] 王慧玲. 颅内动脉瘤介入术的护理进展[J]. 护理研究,

鼻出血的护理干预及效果分析

李 智(第三军医大学第三附属医院,重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨鼻出血的护理干预及效果,指导临床工作。**方法** 对本该科室近 10 年有关鼻出血的患者进行的观察和护理。**结果** 通过给予心理护理,严密的病情观察,积极治疗,预防感染,患者均恢复良好。**结论** 对鼻出血患者及时观察和精心护理,对于减少并发症和促进恢复效果明显。

【关键词】 鼻出血; 护理; 干预
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2881-03

鼻出血是耳鼻咽喉科常见的急症,可由多种全身或局部原因引起。鼻出血轻者可自行止血,重者常对患者身心健康带来严重危害,甚至危及生命^[1]。对鼻出血患者良好的护理,不仅可使患者、家属、医生放心,而且可使患者少吃苦,缩短住院日。近年来随着医学模式向生物-心理-社会模式的转变,有关鼻出血护理的重要性越来越被人们重视。现就近年来有关鼻出血护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2009 年 10 月至 2011 年 10 月鼻出血患者 125 例。其中门急诊 58 例,住院 67 例(老年患者 25 例,小儿 12 例,其他 30 例)。

1.2 方法 对本科室 10 年的 125 例鼻出血患者采用一系列护理干预进行观察和护理。

2 结 果

125 例鼻出血,门急诊中的 54 例 1 次治疗痊愈,4 例经 2 次治疗后痊愈,所有的住院鼻出血 67 患者经过及时观察和精心护理均未出现并发症。

3 讨 论

3.1 护理干预

- 2009,23(5):1145-1146.
- [2] 袁萍,程佩杉,黄春娟,等. 血管内栓塞治疗颅内动脉瘤围手术期护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(4):48-49.
- [3] 邵华明,王穗暖,宣井岗,等. 颅内动脉瘤栓塞治疗并发症的分析[J]. 临床神经外科杂志,2007,4(2):65-66.
- [4] 赵振伟. 颅内破裂动脉瘤栓塞后再出血分析[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2006,11(11):497-499.
- [5] 丁轩,鲍洪,吴开华,等. 破裂颅内动脉瘤介入治疗并发脑梗死的临床分析[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2011,16(11):505-506.
- [6] 崔群建,赵洪洋,刘建生. 颅内动脉瘤术后并发急性脑积水及脑血管痉挛防治[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2010,24(6):606-607.
- [7] 孙亚邓. 重型颅脑损伤与继发性脑梗死的预防及治疗[J]. 中国实用神经疾病杂志,2006,9(3):22-23.
- [8] 朱卿,兰青. 颅内动脉瘤的个体化血管内介入治疗[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2010,15(10):457-458.

(收稿日期:2013-01-23 修回日期:2013-05-16)

3.1.1 门急诊鼻出血患者的干预 鼻出血患者绝大多数是急诊,由于鼻出血的存在往往使患者及其家属十分恐惧,而紧张恐惧可导致肾上腺素分泌增加,皮肤黏膜充血,从而加重鼻出血^[2]。

3.1.2 加强心理护理 医护人员不能在患者面前惊慌失措,而要镇定自如,有条不紊地进行检查和治疗,尽快控制出血。对患者应有充分的理解和同情心,切勿因习以为常而表现出漠不关心和无动于衷的态度,更不可埋怨或训斥患者,即使患者有时因缺乏医学常识或过度紧张而行为失常,也应予以谅解。另外,注意保护性医疗制度,不可在患者旁谈论有关鼻出血的严重性和不良后果。对患者最关心的问题,如出血的后果,是否患癌症,为什么鼻腔填塞后眼睛、耳朵会冒血等,给予耐心的解释。

3.1.3 准备好各种止血用物和急救物品 1%麻黄碱棉片,1%麻黄碱液,1%地卡因液,枪状镊、弯盘、鼻镜、凡士林油纱条,落地反光灯、后鼻孔填塞球、纱布、绵球、压舌板、导尿管、明胶海绵等,积极配合医生止血。

3.1.4 体位 如患者出血量多,时间较长者应半卧于检查床上止血,以防血压下降或虚脱造成意外。

3.1.5 评估患者 简单询问病史,了解有无高血压、血液病等。对于年老者常规测血压。如高血压患者血压未降至正常,或者经反复填塞无效而突然自行止血者,应警惕休克的发生。此时,应将患者平卧,头偏向一侧,同时建立静脉通道,静推 50%葡萄糖液 50~100 mL,并给予积极抗休克治疗。

3.1.6 嘱患者将其口中血液或分泌物吐出,切勿咽下,以免影响对出血量的判断和造成胃肠不适。

3.1.7 仔细观察局部出血情况,如出血的方式是急骤喷发还是缓慢长流,可估计是静脉出血还是动脉出血;出血后是否很快形成血凝块可初步判断有无凝血功能障碍等^[3]。

3.1.8 医生一时不在场的情况下,护士应积极实施有效的急救止血:如压迫两侧鼻翼、1%麻黄碱棉片填塞等,以免患者出血太多。使用 1:1 000 肾上腺素棉片填塞鼻腔可使血管收缩而止血。但该药可使血压升高,加速心率,促进冠心病发作等副作用。高血压所致鼻出血患者应忌用。

3.2 住院患者鼻出血的干预 严重鼻出血的患者经过门诊初步处理后收入院。其护理:

3.2.1 保持呼吸道通畅 对行前后鼻孔填塞的患者,因填塞造成呼吸道变窄,血中二氧化碳潴留,缺氧、憋气等,如一旦出现缺氧征象,应尽早抽出填塞物,并给予吸氧处理。经常检查后鼻孔填塞球固定线和口腔内引线是否固定好,并告之患者及家属不可擅自松动。如填塞时间过久,固定线易造成鼻翼部糜烂,甚至嵌入皮肤引起皲裂应更换固定线位置。病损处可给甲紫或抗菌药物软膏。

3.2.2 做好口腔护理 鼻出血最常见和最有效的止血方法为鼻腔填塞,而填塞后呼吸改道,改变了口腔正常的生理环境,易发生口干、口腔炎等,所以应给予 1:5 000 呋喃西林漱口,口唇涂以液状石蜡等。

3.2.3 保持大便通畅 长期便秘,肠道毒素吸收会影响血管张力和凝血机能,造成止血困难;用力大便也可造成鼻出血。对于连续 3 d 未大便的一定要引起重视,必要时给予灌肠。

3.2.4 注意观察有无再出血 注意保暖,防止受凉,受凉后鼻腔粘膜充血、发热、咳嗽打喷嚏等都是诱发鼻出血的因素。鼻腔填塞后,血液常流向鼻咽部而被吞咽下去。一定要告诉患者应将流入咽部的血液吐入痰盂或痰杯,便于观察出血量。已行纱条填塞者注意观察有无纱条松动、脱落、渗血;纱条如果过松坠入咽部,嘱患者切勿拽出,应用剪刀将脱落之纱条剪去,以免引起再出血。同时应经常用液状石蜡点鼻,使纱条润滑,避免与组织粘连,造成抽纱条时损伤鼻腔黏膜而再出血。如出血量多且为新鲜血液时,应报告医生行重新填塞。

3.2.5 做好术前准备 交叉合血,为输血做准备。

3.2.6 手术治疗鼻出血的干预

3.2.6.1 血管结扎术治疗鼻出血干预 血管结扎术治疗鼻出血是对一些严重鼻出血经反复前后鼻孔填塞无效而采用的一种方法。常见的有颈外动脉结扎术、上唇动脉结扎术、筛动脉结扎术、上颌动脉结扎术等。由于术前出血量多,出血时间长,患者全身情况差,给术后护理带来一定难度。(1)行上唇动脉结扎术者,术后需观察上唇动脉搏动,并防止局部感染。(2)行筛动脉结扎术者,术后重点观察有无眶内血肿,眶内感染,同时加强眼部护理。(3)行上颌动脉结扎术者,术后严密观察有无眶内感染,术后 1 周应行上颌窦冲洗。(4)行颈外动脉结扎术者,术后应严密观察有无眩晕、恶心、呕吐、神志不清及对侧偏瘫等一侧大脑半球缺血的症状,注意防止术后感染,加强局部换药,观察有无皮下血肿、脓肿等^[4]。

3.2.6.2 动脉栓塞术治疗鼻出血的干预 动脉栓塞治疗对象一般为反复鼻出血,经多次鼻腔前后填塞止血,静脉滴注止血药、安静卧床、头部冷敷等措施而效果不佳者实行的一种止血方法。此方法自 20 世纪 70 年代运用以来,效果满意,并发病少^[5]。其护理:(1)实施此项手术者多属急危症,精神紧张、恐惧。护士除重点询问病史,观察生命征、出血量及时间、配合止血、抗休克外,同时应做好术前指导和安慰工作,消除紧张、恐惧心理,主动配合治疗,减少出血。(2)备皮,行碘过敏试验。(3)备好再次行鼻腔填塞的物品。(4)术后取平卧位 24 h,穿刺部位加压包扎,砂袋压迫 4~6 h,防止出血。(5)插管中易损伤血管内膜形成血栓,术后 6 h 内应每 30 分钟观察下肢皮温、血运肤色、感觉及足背动脉搏动,以便及时发现血栓形成的征象^[6]。(6)部分患者术后 24~48 h 可出现栓塞侧头痛,轻度面部肿胀、低热等,可能为栓塞物反应,3 d 后可自行消退。(7)Hilal 曾报道有偏瘫、失语、眼肌麻痹、软腭穿孔等症,术后也应注意观察。

3.2.6.3 微波治疗鼻出血的干预 微波治疗鼻出血是利用微波电极触压局部病变组织时,在瞬间产生很小范围的高热达到凝固、治疗的目的。其效果据王秀玲报道:能对直径 2~3 mm 的小血管起到良好的封闭止血作用,且方法简单,疗效好,对正常组织损伤小,并发病少。其护理:(1)术前讲解治疗的目的和意义,指导患者术前、术中、术后如何配合治疗和护理;(2)保持鼻腔湿润,液状石蜡滴鼻 2~3 次/天,或行超声雾化吸入;(3)术后 3 d 内禁止擤鼻,以防再出血;(4)熟练掌握仪器的性能,使用方法,妥善保管。

3.2.6.4 鼻窦内窥镜治疗鼻出血的干预 鼻窦内窥镜治疗鼻出血,由于其可视性好,定位准确、损伤小、易实施、方法简单、疗效可靠,而越来越被广泛运用。如鼻中隔嵴后的出血点、下鼻道后部曲张静脉出血,均可在窥镜下定位,并冷冻、电凝或激光封闭出血的血管,进行止血。术后护理要点:(1)防止术后伤口粘连,可用 1%麻黄碱液点鼻。(2)严密观察有无脑脊液漏,眶内感染等。

3.3 老年鼻出血患者的干预 老年鼻出血患者由于血管脆性大、弹性差,鼻腔黏膜和血管发生退行性变^[5],往往在便秘、咳嗽、打喷嚏等用力过猛或情绪激动时而诱发鼻出血,出血量往往大而猛,不易止血,呈阵发性反复发作。同时老年人行动多不便,听、视、感觉功能下降,表达能力差,对事物反应慢,记忆力减退。一旦发生鼻出血,不易被人发现,危险性大。因此,在护理老年人鼻出血时应注意:(1)密切观察有无呼吸暂停或呼吸不畅。尤其在夜间睡眠时应定时巡视病房,适当吸氧。有条件的情况下应行动脉血气分析,了解血液生化情况,及时调整治疗方案。(2)密切观察有无头痛、胸闷、心前区疼痛等血压增高和心肌缺血的表现,及时进行抢救。

3.4 小儿鼻出血的干预 小儿一旦发生鼻出血,往往缺少主诉,心理恐惧、害怕、止血时合作度差,机体代偿能力差,病情变化快。血止后也难以合作,自觉填塞物引起疼痛与不适,易自行抽去鼻内填塞物,引起新的鼻出血。其护理:(1)注意观察有无频繁的吞咽动作,如有应嘱其吐出,并检查出血部位,必要时重新填塞止血。(2)适当限制其活动,防止自行抽出填塞物。(3)观察有无烦躁、不安,并认真听取患儿主诉,及早发现病情变化及时处理。(4)小儿不良的卫生习惯是造成小儿鼻出血的重要原因。应从小教育小儿养成良好的卫生习惯,禁忌抠鼻,禁止往鼻内塞各种物品。

鼻出血是耳鼻咽喉科常见症状,对于出血较剧、渗血面较

大或出血部位不明者,最迅速而可靠的止血方法是行鼻腔填塞。前鼻孔、鼻腔填塞及后鼻孔纱球填塞是治疗顽固性鼻出血的主要措施。填塞后容易引起头痛、呼吸睡眠障碍,部分患者因多次出血,反复填塞而产生严重的惧怕心理,且长期填塞易致鼻窦炎、中耳炎、周围软组织损伤等并发症。针对鼻腔填塞期可能出现的护理问题,采取相应的护理措施,消除患者的紧张情绪。因此,应切实做好心理护理,与患者进行充分的沟通,消除患者的紧张情绪。讲清填塞的目的及必要性,同时,临床观察也是十分必要的,有助于进一步提高护理质量,促进疾病的恢复。

参考文献

[1] 李朝军.鼻出血诊断与治疗[M].北京:科学技术出版社,

1999;152-156.
[2] 周佳,杨慧,马芳,等.介入栓塞治疗鼻出血的围手术期护理[J].护理实践与研究,2012,9(19):84-85.
[3] 张祝钧,李丽华.上颌动脉栓塞术治疗顽固性鼻衄动态观察及护理[J].中华护理杂志,1995,30(9):555-556.
[4] 王铃,孙绍英.微波治疗鼻出血的护理[J].航空军医,1996,24(2):107-108.
[5] 王锦玲,刘健,周加珍.鼻内窥镜下微波凝固术治疗普通鼻出血[J].耳鼻咽喉:头颈外科,1995(2):73-75.
[6] 陈洁霞.功能性内窥镜鼻窦手术护理[J].南方护理杂志,1996,3(1):14-15.

(收稿日期:2013-01-26 修回日期:2013-04-21)

理情行为疗法对老年股骨骨折患者心理健康的影响

朱 屹,陶洪娣,赵莉敏,陈海英(东南大学医学院附属江阴医院骨关节中心,江苏江阴 214400)

【摘要】 目的 探讨理情行为疗法对老年股骨骨折患者心理健康的影响。**方法** 110 例老年股骨骨折患者,随机均分为干预组和对照组。对照组采用围术期常规护理,干预组在对照组的基础上给予理情行为疗法,观察两组护理前后 Zung 焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分和应对方式(SCSQ)评分变化。**结果** 护理后,两组 SAS 和 SDS 评分降低($P<0.05$),但干预组低于对照组($P<0.05$)。护理后,干预组积极应对方式评分高于对照组($P<0.05$),而消极应对方式评分低于对照组($P<0.05$)。**结论** 理情行为疗法明显改善老年股骨骨折患者的焦虑、抑郁和消极应对方式,提高心理健康水平。

【关键词】 理情行为疗法; 老年; 股骨骨折; 心理健康

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.057 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2883-02

股骨骨折多在应激状态下发生,老年患者缺乏生理和心理准备,面对手术治疗和术后康复等一系列问题,易产生焦虑、抑郁、悲观、自卑等心理障碍^[1],不能正确面对手术和护理,影响治疗效果和心理健康。临床研究证明,老年骨折患者实施心理护理干预,可以提高疗效,改善负面情绪^[2]。本院采用理情行为疗法(REBT)对老年股骨骨折患者实施围术期护理,促进了心理健康发展,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经医院伦理委员会批准同意实施,并与患者及其家属签署知情同意书。选择 2011 年 10 月至 2012 年 10 月 110 例老年股骨骨折患者,男 49 例,女 61 例,年龄 60~75 岁,平均(66.8±7.3)岁,采用随机数字表法将 110 例患者均分为干预组和对照组。骨折类型:股骨颈骨折 57 例,股骨粗隆骨折 48 例,股骨干骨折 5 例。骨折原因:车祸 29 例,跌倒 67 例,坠落 10 例,其他 4 例。并发症:高血压 39 例,糖尿病 28 例,冠心病 9 例,慢性支气管炎 11 例。所有患者既往均无认知功能障碍和精神、心理等异常,能正常进行语言和文字交流。两组患者的性别、年龄、骨折类型、骨折原因、并发症和既往史等比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法 对照组给予骨科围术期常规护理,即基础护理、病情护理、心理护理、健康教育、康复护理等,干预组在对照组的基础上应用 REBT,每周两次,每次 60 min,具体措施如下。

1.2.1 成立 REBT 小组 组建以护士长为核心的 REBT 小组,带领组员掌握 REBT 的概念、内涵、本质,责任护士(三级岗护士)全面负责 REBT 的实施。患者入组后,评估患者的心理状态和特点,制订个性化的心理干预措施。

1.2.2 REBT 宣教 责任护士向患者详细讲解 REBT 的理论结构、内容,解释 ABC 治疗的内涵,即:A(Activating events)——诱发事件、B(Beliefs)——个体对 A 的看法、解释和评价和 C(Consequences)——个体的情绪和行为结果。结合患者的病情、治疗、康复等,引导患者认识骨折对生理、心理的影响,树立科学、客观的理性认知。

1.2.3 心理干预 向患者灌输骨折后产生的焦虑、抑郁、悲观等负面情绪与其非理性观念有关,耐心倾听患者的不良情绪发泄和情感疑惑,通过谈心、听音乐、家庭说服等方式纠正自卑、悲观、抑郁等非理性理念,引导、协助患者建立科学、合理的理性思维方式。通过说服、诱导、争辩等方式疏导非理念带来的不良情绪,指导患者将认知改变结果不断运用到治疗、生活中,从而不断强化患者的理性理念。

1.3 观察指标 观察两组护理前后 Zung 焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分^[3]和应对方式(SCSQ)评分^[4]变化。SAS 和 SDS 评分量表包含 20 个项目,程度与分数呈正比。SCSQ 量表亦包含积极应对(1~12)和消极应对(13~20)共 20 个条目,分数越高,表明患者越倾向于该方式。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件处理,数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组内比较采用 χ^2 分析,组间比较应用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SAS、SDS 评分 护理后,两组 SAS、SDS 评分明显降低($P<0.05$),但干预组降低比对照组明显($P<0.05$)。见表 1。

2.2 SCSQ 评分 护理后,两组 SCSQ 评分中的积极应对评分和消极应对评分分别明显升高和降低($P<0.05$),但干预组变化较对照组明显($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组 SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
干预组	55	53±5	42±5 ^{ab}	54±5	43±6 ^{ab}
对照组	55	53±4	48±4 ^a	53±5	47±6 ^a

注:与护理前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

表 2 两组 SCSQ 评分变化比较($\bar{x}\pm s$)					
组别	n	消极应对		积极应对	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	55	17.6±1.1	22.8±1.8 ^{ab}	12.5±1.6	7.6±1.3 ^{ab}
对照组	55	17.7±1.2	20.1±1.7 ^a	12.3±1.7	9.4±1.5 ^a

注:与护理前比较,^a $P<0.05$;与对照组比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨 论

老年股骨骨折事发突然,剧烈的疼痛和生活不适带来巨大的心理压力,内心易滋生焦虑、抑郁、消极、悲观等心理障碍,面临手术和麻醉风险威胁,更加重负性心理,使其不能正确对待病情治疗。随着医学模式的转变和舒适医疗的发展,患者的心理健康在临床护理工作中逐步受到重视^[5]。

REBT 包括理性信念(存在、成长、快乐及自我实现)和非理性信念(自我毁损、低挫折耐受力、糟糕至极和绝对化要求),每个人都不同程度存在非理性信念^[6]。而非理性信念是产生心理问题的根源^[7],REBT 既能协助患者改善不良情绪,又可指导患者认识心理问题产生的根源,即非理性信念,从思想和行为上逐步消弱不合理认识,树立理性信念。患者长期卧床,生活需要照顾,担心给家庭增加负担,普遍存在自卑、悲观、消极等心理。应对方式是机体面对周围环境突变而采取的调节方式,目的是保持心理的动态平衡,维护心理健康^[8],积极应对方式可促进心理健康发展,而消极应对方式不利于心理障碍的改善。干预组给予 REBT 后,使患者逐步摆脱非理性信念,树立理性信念,有效降低 SAS、SDS 评分,与文献^[9]报道一致。REBT 通过与患者争辩、讨论,帮助患者树立正确的认知观,敢于正视医疗和护理活动,积极配合治疗,改善了应对方式,表现为积极应对评分的明显提高和消极应对评分的明显降低。

手术体位垫防治剖宫产仰卧位低血压综合征的效果观察

何 花,陶爱琴,叶 丽,张宇虹(东南大学医学院附属江阴医院东区手术室,江苏江阴 214400)

【摘要】 目的 观察手术体位垫防治腰硬联合麻醉下剖宫产仰卧位低血压综合征(SHS)的临床效果。**方法** 选择 2012 年 9 月至 2013 年 1 月 120 例在腰硬联合麻醉下行子宫下段剖宫产产妇,依据手术顺序随机均为观察组和对照组,左侧卧位 L2~3 联合麻醉成功后,对照组在产妇腰骶臀部放置自制体位垫(沙袋)使其下腹部左倾 15°~20°,观察组将奥克兰(OKL)斜行手术体位垫放置于腰骶臀部使其下腹部左倾 15°~20°。观察两组产妇麻醉前(T₀)、侧卧位麻醉操作前(T₁)、放置体位垫后 1 min(T₂)、3 min(T₃)、5 min(T₄)平均动脉压(MAP)、脉搏血氧饱和度(SpO₂)、心率(HR)变化,记录两组 SHS 发生率、麻黄碱用量、恶心、呕吐等不良反应和舒适度。**结果** T₀、T₁ 时两组 MAP、HR、SpO₂ 差异无统计学意义($P>0.05$);T₂、T₃、T₄ 时观察组 MAP 明显高于对照组($P<0.05$),HR 明显低于对照组($P<0.05$),而 SpO₂ 差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组 SHS 发生率、麻黄碱用量、恶心发生率明显低于对照组($P<0.05$),而舒适度明显优于对照组($P<0.05$)。**结论** 手术体位垫防治腰硬联合麻醉下剖宫产 SHS 效果优,患者感觉舒适。

【关键词】 剖宫产; 腰硬联合麻醉; 仰卧位低血压综合征; 手术体位垫

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2884-03

仰卧位低血压综合征(SHS)是腰硬联合麻醉下剖宫产术中常见并发症,发生率高达 90%^[1],增加产妇术中痛苦和心理

总之,REBT 有效弱化老年股骨骨折患者的非理性理念,明显强化理性信念,改善焦虑、抑郁状态和消极应对方式,提高了心理健康水平,值得在临床推广应用。

参考文献

[1] 陈静. 护理干预对老年下肢骨折术后患者心理状态和治疗依从性的影响[J]. 中国药物与临床,2012,12(6):778-779.

[2] 钟云英. 综合护理措施对老年骨折患者功能恢复的影响[J]. 护理实践与研究,2011,8(13):14-15.

[3] 姚树桥,孙学礼. 医学心理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:93-94.

[4] 解亚宁. 简易应对方式量表信度和效度的初步研究[J]. 中国临床心理学杂志,1998,6(2):53-54.

[5] 贾赫. 老年人常见心理问题及护理对策[J]. 护理实践与研究,2009,6(6):85-87.

[6] Szentagotai A,David D,Lupu V,et al. Rational emotive behavior therapy versus cognitive therapy versus pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: Mechanisms of change analysis [J]. Psychotherapy (Chic),2008,45(4):523-538.

[7] 何俊利,屈云,杜晓霞,等. 理情行为疗法对卒中后抑郁的心理干预研究[J]. 中国康复理论与实践,2012,18(4):376-378.

[8] Vinberg M,Froekjaer VG,Kessing LV. Coping styles in healthy individuals at risk of affective disorder[J]. J Nerv Ment Dis,2010,198(1):39-44.

[9] Jackson CJ,Izadikah Z,Oei TP. Mechanisms underlying REBT in mood disordered patients: predicting depression from the hybrid model of learning[J]. J Affect Disord,2012,139(1):30-39.

(收稿日期:2013-01-21 修回日期:2013-04-25)

压力,严重影响母婴安全。防治 SHS 的方法众多,研究显示,将产妇体位左倾 15°~20°可有效减轻子宫压迫下腔静脉、髂总静脉和腹主动脉,增加回心血量和心输出量^[2]。手术床左倾和产妇腰骶部垫沙袋是常用的左倾产妇15°~20°体位的方法,本研究比较了其与奥克兰(OKL)斜行手术体位垫左倾产妇15°~20°体位防治 SHS 的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 9 月至 2013 年 1 月 120 例在腰硬联合麻醉下行子宫下段剖宫产产妇,其中初产妇 93 例,经产妇 27 例;年龄 19~32 岁,平均(24.61±7.29)岁;孕周 36~41 周,平均(38.24±2.31)周;体质量指数 23~28 kg/m²,平均(25.84±2.61)kg/m²;按照手术顺序随机分为观察组和对照组各 60 例。所有产妇美国麻醉医师学会(ASA)分级均为Ⅰ~Ⅱ级,单胎,无高血压病、糖尿病、冠心病等病史,排除孕期 SHS 产妇、严重肥胖、心理障碍和精神异常者。两组产妇的孕产次、年龄、孕周、体质量指数、ASA 分级和疾病史等资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 产妇入室后监测无创血压(NBP)、心电图(EKG)、脉搏氧饱和度(SpO₂),鼻导管吸氧 2 L/min,常规开放外周静脉,30 min 内快速输注乳酸钠林格氏液 500 mL。在左侧卧位下行 L2~3 腰硬联合麻醉,麻醉操作成功后,蛛网膜下腔注入 0.5%布比卡因 8~10 mg,然后置入硬膜外腔导管。观察组将 OKL 斜行手术体位垫(30 cm×18 cm×5 cm)放置于腰骶臀部,与麻醉医生一起协助产妇从左侧卧位转为仰卧位,因手术体位垫的作用,产妇仰卧位后下腹部左倾 15°~20°。对照组在产妇腰骶臀部放置自制体位垫(沙袋),协助产妇仰卧位后调整沙袋位置,使其下腹部左倾 15°~20°。麻醉平面控制在 T6 以下,收缩压(SBP)低于 90 mm Hg 或者低于基础值的 30%,持续 1 min 以上,除加快输液外,静脉给予麻黄碱 10~15 mg,胎儿分娩后后取出体位垫或沙袋。

1.3 观察指标 观察两组产妇麻醉前(T₀)、侧卧位麻醉操作前(T₁)、放置体位垫后 1 min(T₂)、3 min(T₃)、5 min(T₄)平均动脉压(MAP)、SpO₂、心率(HR)等变化,记录两组 SHS 发生率、麻黄碱用量、恶心、呕吐等不良反应和舒适度。SHS 诊断标准:腰硬联合麻醉成功仰卧位后,数分钟内血压快速降低,SBP<90 mm Hg 或下降幅度大于 30%,临床表现头晕、恶心、呕吐、脉搏细速等。舒适度标准采用视觉模拟评分法,用 0~10 分表示,0 分为舒适,10 分为最不舒适。舒适程度分级:轻度不适,1~4 分;中度不适,5~7 分;重度不适,8~10 分。舒适度评定:采用 0~10 级线。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件处理,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 MAP、HR、SpO₂ 变化 T₀、T₁ 时两组 MAP、HR、SpO₂ 差异无统计学意义($P>0.05$);T₂、T₃、T₄ 时观察组 MAP 明显高于对照组($P<0.05$),HR 明显低于对照组($P<0.05$),而 SpO₂ 差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

2.2 两组 SHS 发生率、麻黄碱用量和不良反应比较 观察组 SHS 发生率、麻黄碱用量、恶心发生率明显低于对照组($P<0.05$),而呕吐发生率两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

2.3 两组产妇舒适度比较 观察组使用体位垫后的不适程度明显轻于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 1 两组产妇各时间点 MAP、HR、SpO₂ 变化比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间点	MAP(mm Hg)	HR(次/分)	SpO ₂ (%)
观察组 ($n=60$)	T ₀	78.64±8.42	83.66±13.68	99.12±0.86
	T ₁	88.57±10.52	81.09±11.45	99.48±0.74
	T ₂	83.48±10.25 ^a	89.51±14.29 ^a	99.73±0.49
	T ₃	76.51±12.46 ^a	93.54±12.74 ^a	99.37±0.48
	T ₄	71.65±11.39 ^a	87.43±11.82 ^a	99.86±0.42
对照组 ($n=60$)	T ₀	79.13±8.53	84.22±13.49	99.23±0.79
	T ₁	87.94±11.24	80.87±12.24	99.51±0.56
	T ₂	77.61±11.34	95.69±14.63	99.69±0.46
	T ₃	70.38±10.72	98.75±13.83	99.48±0.57
	T ₄	66.49±12.73	92.73±12.57	99.73±0.34

注:与对照组同一时间点比较,^a $P<0.05$ 。

表 2 两组产妇 SHS 发生率、麻黄碱用量和不良反应比较

组别	n	SHS 发生率 (%)	麻黄碱用量 (mg)	不良反应[n (%)]	
				恶心	呕吐
观察组	60	8.30 ^a	10.28±7.59 ^a	4(6.67) ^a	2(3.33)
对照组	60	21.67	16.58±10.2614(23.33)	4(6.67)	

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

表 3 两组产妇舒适程度比较[n (%)]

组别	n	轻度不适	中度不适	重度不适
观察组	60	51(85.00) ^a	7(11.67) ^a	2(3.33) ^a
对照组	60	22(36.67)	24(40.00)	14(23.33)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3 讨论

SHS 是足月妊娠产妇仰卧位 3~7 min 后,出现恶心、呕吐、头晕、脉搏细速、面色苍白、血压下降等综合征,产妇体位转为左侧卧位后,上述症状消失或缓解,又称为体位性休克^[3]。SHS 发生的原因主要是子宫压迫下腔静脉、髂总静脉和腹主动脉等所致^[4],而且妊娠晚期,子宫因乙状结肠的位置关系而右旋,易压迫脊柱右侧的下腔静脉。SHS 是腰硬联合麻醉常见并发症,机制除与上述原因有关外,还与交感神经节前纤维阻滞外周血管扩张、腹壁肌肉和子宫附属韧带松弛和术前禁饮、禁食等有关^[5]。

SHS 不及时处理可致产妇缺氧、恶心、误吸、意识障碍等,严重低血压减少胎盘血流,易致胎儿酸中毒、宫内窘迫、神经系统损伤等^[6]。因此,防治腰硬联合麻醉后 SHS 是保证围术期母婴安全的重要内容。麻醉前预先静脉输注负荷量溶液可一定程度减轻 SHS 的症状,减少血压下降水平^[7],亦有研究认为静脉给予小剂量麻黄碱可提高 SHS 患者的血压^[8]。但预先输注负荷量液体增加产妇心脏负担,延迟手术时机,静脉给予麻黄碱可导致产妇心动过速、子宫动脉收缩,影响胎儿血供。临床研究显示,手术床左倾 15°~20°可及时解除子宫对下腔静脉、髂总静脉和腹主动脉等的压迫,防治腰硬联合麻醉后 SHS 的发生和减轻 SHS 症状^[9]。产妇腰骶部垫沙袋是传统的左倾 15°~20°体位的方法,由于自制沙袋的高度、倾斜度、长度等存

在差异,且易变形,影响应用效果。而 OKL 斜行手术体位垫(30 cm×18 cm×5 cm)制作参数标准,放置后不易移位,且患者感知舒适,易于保证应用效果。本研究显示,放置体位垫 1 min、3 min、5 min 观察组血流动力学参数明显优于对照组,SHS 发生率、麻黄碱用量和恶心发生率明显低于对照组,说明手术体位垫防治要赢联合麻醉后 SHS 的效果优于传统的沙袋垫,机制可能与 OKL 斜行手术体位垫参数标准、不易变形和移位等有关,从而有利于增加回心血量和心输出量。OKL 斜行手术体位垫属于高分子凝胶体位垫,无流动性,质地柔软,放置后位置稳定^[10],产妇感觉舒适。本研究证明使用手术体位垫的舒适度明显优于沙袋垫。

综上所述,手术体位垫放置腰硬联合麻醉剖宫产 SHS 效果优于传统沙袋垫,产妇感觉舒适程度较优,值得在手术室推广应用。

参考文献

[1] 宋薇薇,王阳. 仰卧位低血压综合征的相关问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(11): 820.
[2] 程丽霞,薛水兰,陈新妹. 腰麻联合硬膜外麻醉剖宫产患者仰卧位低血压综合征体位干预的护理效果观察[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(4): 354-355.
[3] Kinsella SM, Lohmann G. Supine hypotensive syndrome [J]. Obstet Gynecol, 1994, 83(5Pt1): 774-788.

[4] Paech MJ. Should we take a different angle in managing pregnant women at delivery? Attempting to avoid the 'supine hypotensive syndrome'[J]. Anaesth Intensive Care, 2008, 36(6): 775-777.
[5] 刘凤芹. 剖宫产术中仰卧位低血压综合征 91 例影响因素分析[J]. 齐鲁护理杂志, 2008, 14(14): 17-18.
[6] De-Giorgio F, Grassi VM, Vetrugno G, et al. Supine hypotensive syndrome as the probable cause of both maternal and fetal death[J]. J Forensic Sci, 2012, 57(6): 1646-1649.
[7] 唐红海,严国章,丁力. 6% 中分子羟乙基淀粉 130/0.4 预输液预防剖宫产术中仰卧位低血压 190 例[J]. 中国药业, 2012, 21(23): 99-100.
[8] 熊桂林,印武,鲁竟,等. 甲氧明和麻黄碱静脉预注预防腰硬联合麻醉下产妇低血压作用分析[J]. 中华临床医师杂志:电子版, 2011, 5(4): 1124-1126.
[9] 颜献群. 剖宫产术中仰卧位低血压综合征的预防和护理[J]. 护理学报, 2007, 14(9): 75.
[10] 罗中风. 高分子凝胶头圈在侧俯卧位手术保护头面部皮肤中的应用[J]. 安徽医学, 2009, 30(9): 1093-1094.

(收稿日期:2013-02-19 修回日期:2013-07-23)

循证护理对短暂性脑缺血发作患者近期疗效和心理的影响

潘卫平(东南大学医学院附属江阴医院神经内科二科,江苏江阴 214400)

【摘要】 目的 探讨循证护理对短暂性脑缺血发作患者近期临床疗效和心理的影响。**方法** 选择 2010 年 8 月至 2012 年 6 月 106 例短暂性脑缺血发作患者,采用随机数字表法,将 106 例患者分为观察组和对照组各 53 例。两组均给予低分子肝素、银杏达莫注射液治疗,其中对照组给予神经内科常规护理,观察组应用循证护理,观察两组近期治疗有效率和护理前后血脂变化,记录护理前后 Zung 焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分变化。**结果** 观察组近期治疗有效率为 96.23%,明显高于对照组的 84.91%($P<0.05$)。护理后,两组血脂浓度均明显降低,但观察组血脂降低较对照组明显($P<0.05$)。护理前,两组 SAS、SDS 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。护理后,观察组 SAS、SDS 评分明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 循证护理可提高短暂性脑缺血发作患者的近期临床疗效,有效改善患者心理健康水平。

【关键词】 短暂性脑缺血; 循证护理; 心理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2886-02

短暂性脑缺血发作(TIA)是神经内科常见的脑血管缺血性疾病,发病急、短暂、可逆和易反复,是脑卒中的风险因素。低分子肝素、银杏达莫注射液治疗 TIA 疗效好,但患者因病情折磨,内心常产生恐惧、紧张、焦虑、抑郁等不良情绪反应^[1],影响治疗效果。研究显示护理干预在 TIA 治疗过程中起着重要作用^[2]。笔者通过对 TIA 患者实施循证护理(EBN),取得明显效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 8 月至 2012 年 6 月 106 例短暂性脑缺血发作患者,均为首次发病,符合 TIA 诊断标准^[3],其中男 64 例,女 42 例;年龄 41~75 岁,平均(62.35±12.51)岁;病程 1~8 h,平均(4.32±2.53)h;文化水平:小学 21 例,初中 29 例,高中 32 例,中专 14 例,大专及以上 10 例;采用随机数字表法,将患者分为观察组和对照组,每组 53 例。所有患者经 CT 或 MRI 扫描检查无脑内出血、脑梗死、占位病变,肝、肾、肺

等脏器功能无严重障碍,心理、精神等正常;并发症:高血压病 23 例,高血脂 12 例,糖尿病 16 例,冠心病 8 例,两组均给予脐周皮下注射低分子肝素(齐鲁制药厂,批号:10060047,规格:每支 5 000 U)40 mg,1 次/12 小时,银杏达莫注射液(上海新先锋药业有限公司生产,批号:100608,规格:5 毫升/支)20 mL 加入 250 mL 生理盐水中静滴,1 次/天,7 d 为 1 个疗程,并发高血压病、糖尿病等给予相应治疗。两组患者的性别、年龄、病程、文化水平、病情、合并症和治疗方法等情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法 对照组应用神经内科常规护理,观察组采取循证护理,具体措施如下。

1.2.1 循证问题 高龄、高血压病、高血脂、糖尿病等是 TIA 的高危因素,亦是本研究的主要循证问题,患者的焦虑、抑郁等不良心理和疗效亦是本研究的循证问题。

1.2.2 循证支持 通过在万方数据库、维普数据库、CNKI 期

刊全文数据库等中文资料数据库输入关键词“TIA”“高危因素”“护理”“焦虑、抑郁”“疗效”等,查阅文献资料,获得文献依据。

1.2.3 循证观察与评价 观察与评价文献资料的可靠性、真实性、科学性和实用性等,筛选出针对性强的文献资料,作为循证护理的实证。

1.2.4 循证应用 依据循证实证,结合神经内科护理实践经验与患者具体实际,制订 TIA 治疗的个体化护理方案,主要包括病情护理、心理护理、生活指导、健康教育和出院指导等。

1.3 观察指标 观察两组近期治疗有效率和护理前、后血脂[血清总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)]变化,记录护理前后 Zung 焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分变化。近期疗效指治疗、护理 1 周后的效果^[4],痊愈:治疗 3 d 后病情控制;有效:治疗 3~5 d 控制病情发作;无效:治疗 1 周后无法控制病情。有效率=(痊愈+有效)/53×100%。

1.4 统计学处理 应用 SPSS15.0 软件处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 近期疗效 观察组治疗有效率为 96.23%,明显高于对照组的 84.91%($Z=6.67, P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组近期疗效比较

组别	<i>n</i>	痊愈(<i>n</i>)	有效(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	有效率(%)
观察组	53	25	26	2	96.23
对照组	53	20	25	8	84.91

2.2 血脂变化 护理前,两组患者的 TC、TG 浓度无明显差异($P > 0.05$),护理后,TC、TG 浓度均明显降低,但观察组降低较对照组明显($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组护理前后血脂变化比较($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	<i>n</i>	TC		TG	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	53	4.43±0.59	3.34±0.50	1.86±0.45	1.28±0.28
对照组	53	4.54±0.63	3.66±0.45	1.81±0.43	1.47±0.31
<i>t</i>	—	0.64	2.41	0.45	2.33
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:—表示无数据。

表 3 两组护理前后心理变化比较($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	<i>n</i>	TC		TG	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	53	53.36±5.52	42.92±4.53	52.44±5.90	45.32±4.78
对照组	53	52.28±6.31	45.96±4.34	52.68±5.79	48.44±3.81
<i>t</i>	—	0.64	2.42	0.15	2.55
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:—表示无数据。

2.3 心理状态 护理前,两组患者的 SAS、SDS 评分较高,但

组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。护理后,两组的 SAS、SDS 评分均明显降低,但观察组降低较对照组明显($P < 0.05$),见表 3。

3 讨 论

TIA 发生机制不完全清楚,认为主要与动脉粥样硬化、脑血管痉挛、微栓子学说、血流动力学改变等有关^[5]。患者常伴有焦虑、抑郁等不良心理反应,给予药物治疗的同时,强化护理干预对患者的康复具有不可替代的作用。

随着循证医学的快速发展,EBN 因其科学性和规范性在临床上广泛受到重视,并取得很好的护理效果。EBN 是以临床护理实践需解决的问题为根本,审慎、明确应用目前最佳护理研究成果,依据护理人员的护理实践经验,充分考虑患者的个体化需求而制订出个性化的护理方案^[6],尽可能提高护理质量。TIA 高危因素众多,发病机制复杂,笔者以 TIA 的高危因素和焦虑、抑郁等不良心理为关键词,查阅文献资料,讨论分析资料的科学性、可行性和实用性,筛选出最佳证据,依据科室护理实践经验,结合患者个体化特点,进行系统化、个性化护理干预,提高了护理质量。观察组治疗有效率达 96.23%,明显高于对照组的 84.91%,说明 EBN 可有效提高低分子肝素联合银杏达莫注射液治疗 TIA 的疗效。EBN 通过生活指导、健康教育等,改变患者的不良生活习惯和饮食习惯,树立科学、合理饮食和适当运动,明显降低了 TC 和 TG 浓度,降低了发生 TIA 的风险,同时亦有利于提高临床疗效。表 3 说明护理前患者存在焦虑、抑郁不良心理,但经过 EBN 后,观察组 SAS、SDS 评分明显低于对照组,表明 EBN 对不良心理的干预效果优,明显改善心理健康水平。综上所述,EBN 可提高低分子肝素联合银杏达莫注射液治疗 TIA 的临床疗效,降低血脂水平,改善焦虑、抑郁等不良心理,值得临床推广应用。但在护理实践中,笔者亦发现,护理人员英语水平低下、科研能力不足、缺乏专家指导等在一定程度上限制了 EBN 的应用。

参考文献

[1] 杨传英.综合护理干预在短暂性脑缺血发作治疗中的应用[J].齐鲁护理杂志,2012,18(12):65-67.

[2] 代国兰.责任制护理对短暂性脑缺血发作患者的效果[J].贵阳医学院学报,2011,36(6):659-660.

[3] 陈其元,严严,王建明.不同时间窗进行脑梗死溶栓治疗的疗效及安全性观察[J].实用临床医药杂志,2011,15(5):91-92.

[4] 林晖.氯吡格雷联合阿托伐他汀治疗短暂性脑缺血发作近远期疗效观察[J].医学综述,2012,18(5):798-800.

[5] 李雅静,纪彩卿,张卫红,等.循证护理在开展“优质护理服务活动”中的应用[J].护理实践与研究,2012,9(1):26-27.

[6] 袁春莲.循证护理在经后路腰椎椎弓根内固定加椎体间植骨融合术中的应用[J].护理实践与研究,2012,9(4):36-37.

(收稿日期:2013-03-23 修回日期:2013-05-23)

胸部物理治疗联合经口咽导管吸痰在持续无创机械通气患者中的应用

夏利华(重庆医科大学附属第一医院重症医学科 400016)

【摘要】 目的 探讨胸部物理治疗(CPT)联合经口咽导管吸痰在持续无创机械通气患者中应用的效果。**方法** 将行持续无创机械通气的患者 60 例按入院顺序随机分为观察组和对照组,常规胸部物理治疗后给予经口咽导管吸痰(观察组)和经口腔/鼻腔吸痰(对照组),观察组 24 h 吸痰次数、每次吸痰插入吸痰管次数、2 次吸痰间隔时间、吸痰前后 3 min 血氧饱和度(SpO_2)及呼吸变化情况、呼吸道黏膜损伤、血气分析及氧合指数情况、使用无创通气时间及气管插管率。**结果** 观察组 24 h 吸痰次数、每次吸痰插入吸痰管次数、2 次吸痰间隔时间、吸痰后 3 min SpO_2 恢复情况、呼吸道黏膜损伤、血气分析及氧合指数情况、使用无创通气时间及气管插管率与对照组相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 使用持续无创机械通气患者给予胸部物理治疗后经口咽导管吸痰,能有效地提高治疗效果,减少无创机械通气时间,降低气管插管率。

【关键词】 无创通气; 胸部物理治疗; 经口咽导管吸痰

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2888-03

无创通气是指不需要气管插管或气管切开建立人工气道,采用面(鼻)罩进行呼吸支持的机械通气技术,其优点甚多已得到肯定,但无创通气不易保障呼吸道分泌物的引流,且易使患者口干,气道痰液黏稠^[1]。通过震荡肺(人工和机械)、人工叩背、体位引流等胸部物理治疗可以将肺内痰液引流至气管,便于护理人员协助患者更彻底的清除痰液^[2]。本研究对患者行胸部物理治疗后采用经口咽导管吸痰的效果进行探讨,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2012 年 12 月在重庆医科大学附属第一医院重症医学科行持续无创机械通气的 60 名患者,其中男 39 名,女 21 名;慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)25 例,重症胰腺炎 18 例,重症肺炎 17 例。患者入选持续无创通气的标准:动脉血气($30 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2 < 60 \text{ mm Hg}$, $30 \text{ mm Hg} < \text{PaCO}_2 < 80 \text{ mm Hg}$, $7.20 < \text{pH} < 7.45$),呼吸频率 > 25 次/分钟。纳入标准患者具备吸痰指征:(1)神志清楚的患者因咳痰无力,主动要求吸痰;(2)血氧分压或血氧饱和度(SpO_2)突然降低,出现呼吸困难、口唇肢端发绀等缺氧表现,而排除其他导致低氧血症的疾患;(3)频繁呛咳或有憋气,出现呼吸窘迫;床旁听到气道内痰鸣音或双肺听诊痰鸣音的患者。排除标准:(1)患者咳嗽反射好,通过物理疗法可以自行将气道深部的痰液咳出;(2)伴有阻塞性肺气肿或肺大疱等病理改变患者,因胸内压剧增时易导致气胸的发生;(3)患者循环系统不稳定,在剧烈刺激下可以诱发心律失常和血压变化;(4)患者拒绝合作。将其分为观察组和对照组,观察组 30 例(男 19 例,女 11 例), $43 \sim 82(66.5 \pm 5.0)$ 岁,对照组 30 例(男 20 例,女 10 例), $45 \sim 85(68.2 \pm 3.0)$ 岁。两组患者在年龄、性别、病程及氧合指数、动脉血气等方面的差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 无创机械通气采用 S/T 模式,两组均采用常规胸部物理治疗(震荡肺、人工叩背、体位引流)后吸痰,对照组经口腔/鼻腔吸痰,观察组经口咽导管吸痰。

1.2.1 胸部物理治疗方法 震荡肺及人工叩背分别联合体位引流,两者交替使用。

1.2.1.1 震荡肺技术 是指通过胸部的震动,对胸壁施加机械能量,促进气道分泌物清除^[3]。分为人工和机械治疗,人工方法为挤压并震颤胸廓。具体实施为治疗者面向患者,双手一

前一后紧贴在患者对应的胸部与背部,在患者的呼气相向下震颤肺部,一个呼吸周期震颤 10 次左右。每边肺部行 5~7 个周期。而机械治疗方法选用雅思 YS8002CX 型体外振动排痰机,受试者取侧卧位,操作者选择低频频率,调节时间 5 min,一手持排痰机把柄,另一手轻触患者叩击部位,注意叩击柄上箭头始终朝向气管,将叩击头在身体表面缓慢移动。叩击的顺序为右侧背部→左侧背部→脊柱→胸骨,并在痰多的部位稍作停留。

1.2.1.2 人工叩背技术 通过叩击背部引起胸廓振动,导致胸内膜腔压改变,驱动黏液从气管远端移向近端,使附在肺泡周围及支气管壁的痰液松动脱落^[4]。方法为五指并拢,向掌心微弯曲,呈空心掌,腕部放松,迅速而规律地叩击背部,使痰液聚集在肺叶,叩击顺序为从肺底到肺尖,从肺外侧到内侧,同时鼓励患者做深呼吸和咳嗽动作配合吸痰。因患者病情危重叩击时间以每次 5~10 min 为宜,每日 2~3 次。

1.2.1.3 体位引流技术 根据胸部 X 线片、CT 片和肺部听诊明确病灶部位给予体位引流,选择体位的原则是病变部位处于高处,引流支气管开口向下,便于分泌物顺体位引流而排出。不同体位适用于不同部位分泌物的引流:如高半卧位可促使肺上叶分泌物的引流;由一侧卧位转为仰卧位再转为另一侧卧位,利于肺中叶的引流;由于本研究对象为持续无创通气患者,不使用头低脚高位。每小时改变 1 次体位。

1.2.2 吸痰方法 对照组:直接经口腔/鼻腔吸痰。观察组:清除口腔分泌物,有义齿应取出,取得配合,患者取去枕平卧位,肩下垫一软枕,头稍后仰,颈过伸,四肢伸直平放,利于放入口咽通气管。使用消毒液消毒双手,把口咽通气管的咽弯曲向腭部插入口腔,当其头部接近口咽部后壁时(已过悬雍垂)即将其旋转 180°,向下推送至合适位置,导管口有气流进出即可,然后按照护理常规吸痰。因患者无法脱机,吸痰时间不超过 15 s。再次吸痰间隔 3 min,直至痰液吸尽。

1.3 观察指标 观察两组患者 24 h 吸痰操作的各项指标,包括每次吸痰时间、插入吸痰管次数、吸痰次数、两次吸痰间隔时间、气道黏膜损伤发生率,吸痰前后 3 min SpO_2 及呼吸变化情况,无创通气应用时间,气管插管率,3 d、7 d 后血气分析及氧合指数($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$)的改善情况。

1.4 效果判断标准 显效:患者能自行咳嗽、咳痰,呼吸频率小于 25 次/分, $\text{SpO}_2 > 95\%$,能脱无创呼吸机。有效:患者能

自行咳嗽、咳痰,呼吸频率 25~30 次/分,SpO₂ 为 90%~95%,能间断无创通气。无效:咳痰不畅,呼吸道分泌物蓄积,呼吸频率大于 30 次/分,SpO₂<90%,改为气管插管。

1.5 统计学处理 应用 SPSS13.0 软件进行统计学分析,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组治疗 3、7 d 后血气分析及氧合指数指标比较 两组在胸部物理治疗后,pH、PaO₂、PaCO₂ 及氧合指数,均较对照

组改善明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者吸痰及综合情况比较 两组比较,24 h 内吸痰次数及吸痰时插入吸痰管次数,气道黏膜损伤明显减少,两次吸痰间隔时间延长及无创呼吸机使用时间明显缩短,气管插管率明显下降,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组吸痰前后 3 min SpO₂ 及呼吸频率变化比较 吸痰前两组 SpO₂ 及呼吸频率差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组吸痰 3 min 后 SpO₂ 高于对照组,呼吸频率低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组治疗 3、7 d 后血气分析及氧合指数指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	pH 值		PaO ₂ (mm Hg)		PaCO ₂ (mm Hg)		PaO ₂ /FiO ₂ (mm Hg)	
	3 d 后	7 d 后	3 d 后	7 d 后	3 d 后	7 d 后	3 d 后	7 d 后
观察组	7.31±0.06	7.38±0.04	50.12±10.62	78.87±15.25	55.37±12.28	45.52±11.44	263.45±18.26	295.67±20.32
对照组	7.28±0.03	7.30±0.04	45.25±11.33	68.26±12.16	60.78±14.35	50.53±12.85	245.38±17.12	275.27±21.16

表 2 观察组与对照组患者吸痰及综合情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	24 h 吸痰次数 (次)	吸痰过程中吸痰管 插入次数(次)	2 次吸痰间隔 时间(h)	气道黏膜损伤 (%)	无创通气 使用时间(d)	气管插管率(%)
观察组	30	3.35±1.31	1.46±0.73	7.75±1.54	10.00	5.79±3.68	13.34
对照组	30	6.32±1.25	2.87±1.59	3.57±1.42	33.34	10.24±4.13	26.67

表 3 两组吸痰前后 3 min SpO₂ 及呼吸频率变化($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	呼吸频率(次/分)		SpO ₂ (%)	
		吸痰前	吸痰后	吸痰前	吸痰后
观察组	30	32.73±5.85	23.57±7.19	75.98±7.66	92.54±2.98
对照组	30	30.18±6.12	30.67±6.38	73.85±8.75	81.56±5.46

3 讨 论

胸部物理治疗是采用规范的护理程序,通过对肺部情况分析、雾化吸入、叩拍、震肺、咳嗽运动、体位引流、吸痰等物理措施来保证机体为支持正常的肺通气和换气的一种临床治疗方法。主要用于治疗呼吸道疾病,在国外已发展成为医院不可缺少的一个专业,并广泛应用于临床^[5-6]。

无创通气简便灵活,易于建立和拆除,允许间歇使用,同时保留了鼻部的过滤、加温加湿功能,咳痰咳嗽及说话能力,提高了患者的舒适度,避免了气管切开和气管插管的并发症,使呼吸机相关性肺炎极大减少,从而缩短了住院时间,降低医疗费用^[7]。目前临床上无创通气治疗主要应用于急性发作慢性阻塞性肺疾病、稳定期慢性阻塞性肺疾病、危重支气管哮喘、I 型呼吸衰竭(心源性肺水肿、急性肺损伤、急性呼吸窘迫综合征)等^[8]。但无创通气与经人工气道的有创通气相比,其主要缺陷为不能有效引流痰液和通气不稳定。特别是持续无创通气的患者往往伴有严重的肺部感染,分泌物多黏稠,引流不畅、不易排痰成为影响治疗的不利因素^[9]。现临床上针对持续无创通气且自行排痰能力差的患者常选择经口腔/鼻腔吸痰。由于吸痰是一种侵入性操作,会给患者造成一定的痛苦和不适,患者对操作易产生抗拒行为;加之吸痰操作本身带来的低氧血症、呼吸道黏膜损伤等并发症的高风险性,使护士在操作过程中过于保守而导致吸痰管插入位置过浅,引起无效吸痰次数增加,使患者经历痛苦的体验却不能有效缓解缺氧症状,从而更加抗

拒吸痰。而采用经纤维支气管镜直视下气道内吸痰能够有效清理呼吸道分泌物,但高额的费用和时间、地点等原因限制经济欠发达的农村地区患者的可利用度。因此,有效的吸痰往往决定患者疾病的转归。为解决上述问题,本研究针对持续无创通气且排痰困难的患者使用胸部物理治疗联合口咽导管吸痰,首先根据胸部 X 片及听诊结果评估患者肺部情况,行常规雾化吸入后,按照患者的耐受度摆好体位,给予摇震肺或人工叩背之后吸痰,保持该体位引流 1 h 再改变体位。两种方法须交叉使用,有一定间隔时间,避免操作时间过长。患者持续无创通气不采用头低脚高位,并在实施前耐心做好解释工作,实施过程中循序渐进,严密监测患者的血压、呼吸、脉搏及 SpO₂ 变化,观察患者的反应和配合程度。一旦患者出现不适立即停止物理治疗。胸部物理治疗的效果与其实施方法和质量有直接关系^[10],因此在实施胸部物理治疗时应特别注意方法的正确性。实践过程中发现持续无创通气且排痰困难的患者,使用摇震肺、人工叩背及体位引流后痰液大部分淤积在咽部,通过经口咽导管吸痰可以快速有效的吸净口咽部痰液,保持气道通畅,促进有效呼吸。观察患者治疗 3、7 d 后 pH、PaO₂、PaCO₂ 及氧合指数均有明显改善(见表 1),吸痰过程中,吸痰管插入顺利,从而减少了插入吸痰管次数,减轻了气道黏膜损伤。1 次吸出痰量多且能吸净痰液,延长了 2 次吸痰间隔时间,24 h 吸痰次数也明显减少,最终缩短使用无创通气时间,降低气管插管率(见表 2)。监测吸痰前后 3 min 患者 SpO₂ 及呼吸频率,经口咽导管吸痰者吸痰后 SpO₂ 明显改善,呼吸频率下降,而经口腔/鼻腔吸痰者,吸痰 3 min 后大部分较 3 min 前呼吸频率快,恢复吸痰前 SpO₂ 需要更长时间(见表 3)。

胸部物理治疗联合经口咽导管吸痰在持续无创机械通气患者中的应用,可以有效地排出深部气道内痰液,减少患者由于痰液引流不畅引起的肺部感染,减少人工气道的建立,减轻患者的痛苦,减少医疗费用,操作简便易行,值得在临床上进一

步研究和推广。

参考文献

- [1] 李燕,张华芳.机械通气时人工气道的护理对策[J].检验医学与临床,2009,6(17):1482-1483.
- [2] Cross JL,Elender F,Barton G,et al. Evaluation of the effectiveness of manual chest physiotherapy techniques on quality of life at six months post exacerbation of COPD:a randomized controlled equivalence trial[J]. *Buc Pulm Med Anglia*,2012,34(8):62-65.
- [3] 贺丽君.体外振动排痰与人工叩背舒适度的比较[J].现代医学,2011,39(1):100-101.
- [4] 赵桂红.胸部物理治疗对呼吸衰竭患者排痰效果的观察[J].临床医学,2011,11(28):35-36.
- [5] Mandal P,Sidhu MK,Kope L,et al. A pilot study of pulmonary rehabilitation and chest physiotherapy versus chest physiotherapy alone in bronchiectasis [J]. *Respir Med*,2012,106(12):1647-1654.
- [6] 胡静,田勋燕.振动排痰机结合体位引流在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用及护理[J].解放军护理杂志,2008,25(4):42-43.
- [7] 瞿云中,彭红.胸部物理治疗联合间歇无创机械通气在慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭患者中的应用[J].中南大学学报,2009,34(7):655-657.
- [8] 吴敏.口咽通气管在危重患者中吸痰的效果及护理体会[J].临床合理用药,2011,4(22):90-91.
- [9] 于爱莲,许传英,杨瑞花.不同吸痰时机对呼吸衰竭机械通气患者排痰的影响[J].齐鲁护理杂志,2007,13(4):25-26.
- [10] 孙洋洋.胸部物理治疗在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用进展[J].中华护理杂志,2011,46(11):1150-1152.

(收稿日期:2013-01-23 修回日期:2013-05-13)

护理干预在中晚期宫颈癌放疗中的应用效果

沈倪晶(江苏省如皋市人民医院放疗科 226500)

【摘要】 目的 观察分析对中晚期宫颈癌患者在放疗中实施护理干预的临床效果及意义。**方法** 选取 2008 年 5 月至 2012 年 4 月收治入院的中晚期宫颈癌放疗患者 60 例,随机分为观察组与对照组,对照组实施常规护理,观察组在此基础上实施护理干预,对比观察两组的临床护理效果。**结果** 观察组患者焦虑、抑郁程度及并发症发生率明显低于对照组,依从性及满意度明显高于对照组($P<0.05$),差异有统计学意义。**结论** 对中晚期宫颈癌放疗患者实施护理干预,能够有效缓解患者负面情绪,提高治疗依从性,减少并发症发生,明显增加患者的满意度。

【关键词】 中晚期宫颈癌; 放疗; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2890-02

宫颈癌是临床上最为常见的女性生殖系统恶性肿瘤之一,在我国的女性恶性肿瘤中占据首位,随着近年来妇科检查的普及,中晚期宫颈癌的比例略有下降,但在整体癌症患者中其临床发病率仍在逐渐上升,且有年轻化的趋势,临床工作者需加大重视力度^[1-2]。临床上对该病多采用放射性治疗,因该肿瘤对放射线较为敏感,实施腔内配合体外照射临床疗效已经得到肯定^[3]。作者对本院部分中晚期宫颈癌患者在放疗中实施护理干预,对比观察其临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2008 年 5 月至 2012 年 4 月收治入院的中晚期宫颈癌放疗患者 60 例,随机分为观察组与对照组。观察组 30 例,年龄 36~74 岁,平均(53.67±7.12)岁;对照组 30 例,年龄 35~72 岁,平均(53.34±7.08)岁。经统计学检验,两组患者的性别构成和年龄结构,差异无统计学意义($P>0.05$)。所有病例经临床综合检查及病理学检查均已确诊为中晚期宫颈癌,并拟进行放射性治疗;排除同时联合其他治疗方法的患者、认知障碍或意识障碍患者、无法接受放疗或相关禁忌证患者等^[4]。所有患者在本次实验前均对实验有充分的了解,签署知情同意书,自愿参与本次实验,符合医学伦理学要求。

1.2 方法 对照组实施常规护理,观察组在此基础上实施护理干预,具体内容如下:(1)对患者加强健康教育及心理护理。详细向患者讲解肿瘤及治疗的相关知识,使患者了解疾病的发

生、发展、病情及预后情况,消除患者对疾病及陌生治疗方法的盲目恐惧心理,放下心理压力及负担;(2)加强与患者的沟通、交流,了解患者的基本情况及心理活动特点,针对其具体心理问题及障碍对患者的心理护理与疏导,缓解其不良情绪,使患者以正确的态度面对疾病,积极配合医护工作,共同抗击疾病;(3)加强对患者的基本护理及饮食、生活护理。帮助患者做好口腔清洁、皮肤清洁等,提高患者舒适感,并培养患者兴趣、爱好,使其感受到生活中愉悦、快乐的一方面。对患者生活、饮食的不良习惯指出并督促其改正,向患者讲解健康、合理、科学的饮食、生活习惯,使其了解正确的习惯对疾病的发生、发展及转归的作用,协助患者调整饮食搭配,促进平衡的摄取足够营养,以保障患者的机体机能。

1.3 观察指标 观察两组患者焦虑、抑郁程度、并发症发生情况及对护理工作的依从性、满意度,进行统计学分析。其中焦虑/抑郁程度使用临床自评量表 SAS/SDS,分值越高表明患者焦虑/抑郁程度越严重;依从性及满意度使用选项法进行评估,患者从非常依从/满意、一般依从/满意、不依从/满意中选取一项表达自身感受,其中前两项之和为总依从性/满意度^[5-7]。

1.4 统计学处理 使用 SPSS17.0 统计学软件进行处理。检验水准为 0.05,可信区间为 95%,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者焦虑、抑郁程度及并发症发生率明显低于对照

组, 依从性及满意度明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的护理效果对比

组别	<i>n</i>	SAS 评分($\bar{x}\pm s$)	SDS 评分($\bar{x}\pm s$)	并发症[<i>n</i> (%)]	依从性[<i>n</i> (%)]	满意度[<i>n</i> (%)]
观察组	30	26.74±6.28 [#]	27.15±6.83 [#]	5(16.67) [#]	28(93.33) [#]	27(90.00) [#]
对照组	30	43.59±8.72	44.27±7.94	14(46.67)	21(70.00)	22(73.33)

注: 对照组相比, [#] $P<0.05$ 。

3 讨 论

癌症患者多会因病情及长期治疗而出现焦虑、抑郁、恐惧、失落等各种不良的负面情绪, 不仅严重降低了患者的生存质量, 也对临床治疗效果产生了影响。因此对癌症患者的治疗不仅局限于对肿瘤的消除, 还应包括对患者心理、社会及家庭等多层面的护理, 努力促进患者社会角色功能的恢复, 提高其生存质量^[8]。

由本文研究结果可知, 观察组患者焦虑、抑郁程度及并发症发生率明显低于对照组, 依从性及满意度明显高于对照组 ($P<0.05$), 差异有统计学意义。由此可见, 对中晚期宫颈癌放疗患者实施护理干预, 能够有效缓解患者负面情绪, 提高治疗依从性, 减少并发症发生, 明显增加患者的满意度。

参考文献

[1] 黄丽葵, 吴文清, 叶燕嫦, 等. 全程护理干预对宫颈癌放疗患者并发症的影响[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(15): 15-16.

[2] 黎桐香. 护理干预对 100 例宫颈癌放疗副作用影响的探讨[J]. 中国保健营养: 下旬刊, 2012, 22(5): 959-960.

[3] 刘萍, 李惠年, 黄霞, 等. 护理干预对宫颈癌患者放疗后并

发症的影响[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(10): 1467-1469.

[4] 孙雪松, 徐静. 宫颈癌治疗后患者性生活质量的影响因素及护理干预研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(19): 2344-2346.

[5] 韩映华, 魏红, 付佳, 等. 护理干预对宫颈癌病人放疗后自行阴道冲洗的影响[J]. 护理研究, 2011, 25(15): 1385-1385.

[6] 赵慧玲, 唐玉平. 护理干预对贫困山区宫颈癌放疗后患者生活质量的影响[J]. 当代护士: 学术版, 2012(4): 129-130.

[7] 王爱云, 常俊丽, 杨振菊, 等. 护理干预对宫颈癌放疗病人癌因性疲乏的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(20): 22-24.

[8] 颜明明, 杨洁云, 汪小蓉, 等. 个性化护理干预对宫颈癌患者后装腔内治疗影响的研究[J]. 临床护理杂志, 2012, 11(3): 9-11.

(收稿日期: 2013-01-23 修回日期: 2013-03-27)

全喉切除术后患者主要家属需求的研究及护理对策

曾继红, 瞿泽虹[△] (重庆医科大学附属第一医院耳鼻咽喉科 400016)

【摘要】 目的 探讨全喉切除术后患者主要家属需求及对其的护理对策。**方法** 对 200 例符合研究对象者进行问卷调查, 设计患者家属心理反应和需求量表、患者对家属角色的反应量表进行统计分析。**结果** 主要患者家属的心理需求量大, 其中担心患者预后占 93.2%, 情绪易激动占 84.6%, 焦虑占 93.5%, 96.5% 认为患者对自己经济收入影响很大, 家属身体健康水平下降, 对社会也造成了一系列的健康、经济和政治问题。**结论** 对全喉切除术后患者家属需求进行评估, 给予针对性的护理, 达到提高患者及其家属的生活质量。从而减少患者不良心理状态, 进而提高患者的生存率。

【关键词】 喉癌; 全喉切除术; 家属需求

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)21-2891-03

全喉切除手术是治疗Ⅲ~Ⅳ期喉癌的一种有效方法。全喉切除术后, 患者将永久气管造瘘, 丧失说话和经鼻呼吸的功能, 对患者的心理造成巨大影响, 无喉患者是非常脆弱而独特的群体。在调查中了解到, 家属是为患者提供社会支持的重要部分。患者住院治疗仅仅是一个短暂的阶段, 更长的时间, 经常性的治疗是在家庭中进行。亲属对其生存、康复过程的了解和参与, 对全喉切除术后患者更好地适应社会有着重要的影响, 是医务工作者无法取代的, 而家属在长期承担复杂的照顾时还面临学习、生活乃至社会的压力, 本文通过探讨对其需求的主要影响因素及护理对策, 从而达到提高患者及其家属的生

活质量, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 6 月至 2012 年 10 月全喉切除术后患者及其主要家属各 200 例, 所有患者均为已行全喉切除术。入选条件: 意识清楚, 知情并自愿参加本次研究, 主要家属每周照顾患者累计达 40 h 以上并能正常阅读和表达, 排除领取报酬的家属。

1.2 方法 问卷由专人发放, 使用统一解释性语言, 指导患者及家属填写完成, 回收率 100%。内容包括: (1) 患者情况男 195 例, 女 5 例; 年龄 56~75 岁, 平均 59 岁; 初中及以下 165

[△] 通讯作者, E-mail: quzhehong2005@163.com。

例,高中及中专 28 例,大专及以上 7 例;教师 53 例,工人 66 例,农民 68 例,干部 9 例,商人 4 例。(2)主要家属情况男 107 例,女 93 例;年龄 23~71 岁,平均 49 岁;配偶 58 例,子女 137 例;初中及以下 115 例,高中及以上 85 例;在职 98 例,非在职 102 例。照顾对象药费支付形式:医疗保险 108 例,自费 92 例。家属每天用于照顾患者的平均时间(9.60±3.3)h,患者及家属在性别、年龄、病程、婚姻、职业、文化程度等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。经查阅,国内外目前尚无统一标准的全喉切除术后患者主要家属需求调查表,因

此根据心理卫生评定量表,设计患者家属心理反应和需求量表(共 19 项,总分 190 分,分值越高家属需求越大)和患者对家属角色的反应量表(共 19 项,总分 190 分,分值越高患者需求越大), α 信度系数分别为 0.82、0.81,内容效度为 0.929、0.895。
1.3 统计学处理 应用 SPSS 17.0 统计软件进行处理,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,计数资料采用 % 表示,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

结果见表 1、2。

表 1 患者家属反应和需求量表

项目		得分($\bar{x}\pm s$)	百分比(%)
身体需求	睡眠质量下降	6.88±0.27	96.5
	对目前躯体健康状况评价不满意	6.45±0.30	75.3
	食欲下降	6.69±0.21	86.2
心理需求	希望得到该病的知识	8.59±2.85	81.0
	担心患者预后	8.15±3.26	93.2
	愿意照顾患者	7.59±2.16	94.3
	认为患者对自己日常生活影响很大	6.54±3.25	96.5
	对患者感到厌烦	3.14±1.24	32.2
	自觉精神压抑	6.25±2.34	89.3
	情绪是否易激动	5.47±3.12	84.6
	遇到烦恼时自己解决	7.23±2.64	63.2
	患者能理解自己心情	7.25±3.62	87.6
	是否有过精神崩溃	6.32±2.36	74.2
	是否焦虑	5.63±3.26	93.5
经济需求	患者对自己经济收入影响	8.75±2.54	96.5
社会需求	患者对自己工作精力影响	8.36±3.12	94.3
	对生活充满希望与信心	7.25±2.13	84.2
	对生活质量总体评价低	3.12±1.16	51.6
	您对目前自己在家庭中的地位与人们对您的看法不满意	4.26±1.19	31.3

表 2 患者对家属角色的反应量表

项目		得分($\bar{x}\pm s$)	百分比(%)
身体方面	食欲下降	4.93±3.80	94.3
	睡眠质量下降	8.35±2.56	93.5
心理方面	希望得到家人的支持重视和关爱	7.56±3.42	98.4
	对家属护理不满意	2.26±1.03	41.3
	认为家属对自己影响很大	8.69±3.54	92.2
	担心家人对自己厌烦	6.37±2.67	31.1
	担心被家人抛弃	4.38±3.28	12.4
	经常想与家人谈论烦恼	3.27±2.35	31.2
	易迁怒家人发脾气	4.16±2.18	64.2
	经常为家人着想	7.85±3.69	91.3
	在需要时能从家人得到感情的支持	7.38±2.65	85.2
	在很多时间里感到孤独	4.76±3.62	74.3
经济方面	增加家庭负担	6.95±3.84	91.2
社会方面	能为家庭做力所能及的事	4.63±2.68	14.6
	能为社会做力所能及的事	2.35±1.62	3.4
	你的疾病使你以更积极的态度去考虑生活	4.86±2.89	76.3
	您对目前自己在家庭中的地位与人们对您的看法不满意	3.26±1.26	34.2
	您觉得周围人对您尊重	7.39±2.61	91.5
	从家庭获得的帮助与支持不满意	3.51±1.26	21.5

3 讨 论

虽然患者在住院期间大部分的健康问题都得到解决,但很多患者在回家后仍出现不同程度的健康问题。因此出院后的患者仍然有很高的健康照护需求^[1]。如住院期间患者或家属没有得到良好指导及后续照顾安排,则出院后易导致患者失能加剧,患者及家属生活品质深受影响。

3.1 家属需求引起家属的心理问题 目前,国内对家属需求的研究比较少,尤其对全喉切除术后患者家属。全喉切除术对家属的心理就是一个沉重的打击,在护理过程中不能让家属将焦虑、抑郁、紧张等情感随意表达出来,发现家属过分焦虑就应给予安慰,以免不良情绪影响患者^[2]。从表 1 看出患者家属的心理需求量大,其中担心患者预后占 93.2%,情绪易激动占 84.6%,焦虑占 96.5%。患者在全喉切除术后康复的第 1 个月由于伤口疼痛,呼吸道分泌物增加,失去了说话的能力,会变得烦躁易激动,患者家属也随之心理压力增大,情绪有时会变得不稳定。从表 2 看出认为家属对自己影响很大的患者占 92.2%。因此在护理患者的同时,也要关注患者家属的心理变化,及时疏导心理问题,减少其压力,增加照顾意愿。研究显示,照顾者的抑郁水平随着患者神经精神症状的加重而加重,并随着照顾时间延长呈先下降后上升趋势^[3]。

3.2 家属身体健康水平下降 家属照顾患者的时间长,无暇顾及自身的健康,患者在睡眠质量下降,家属的睡眠时间被打乱,一部分家属在照顾患者的过程中健康水平下降,而上班族除了花大量休息时间照顾患者外,还要处理工作及应酬,长期处于疲惫状态,导致对目前躯体健康状况评价不满意的占 75.3%。在患者病情恢复时可由替代护理转变为自我护理,这样减少对家属的依赖性,降低家属身体负荷水平。Axelsson 等对终末期癌症患者家属的队列研究也表明,家属的身体健康状况随患者病情恶化呈恶化趋势。

3.3 经济问题 喉癌好发年龄为 40~60 岁,男性发病率明显高于女性,约为 7:1~10:1^[4]。此时患者为家庭主要经济支柱,且全喉切除手术及康复全程费用较高,家属还要面对因为自身减少工作时间或者放弃工作而引起的经济收入下降。96.5%认为患者对自己经济收入影响很大,退休金减少,面临着严重的经济负荷^[5]。

3.4 社会问题 家属将面临长期持续的照顾,由于与社会的联系减少,来自家人或朋友的情感支持也不断减少。表 1 看出 94.3%的家属出现了工作精力的影响。另外,从长远来看,照顾者负荷对社会也造成了一系列的健康、经济和政治问题^[6]。

3.5 护理对策

3.5.1 组织全喉切除术后患者及家属交流 邀请全喉切除术后复声成功患者及家属与未做手术和正在康复中的全喉切除术后患者及其家属进行交流,使他们重新燃起对生命的希望。家属间交流照顾经验,并对他们进行心理疏导及健康知识宣教,增强对身体康复的信心,提高照顾能力和意愿,提供社会支持,减轻照顾负荷,改善生活质量^[7]。

3.5.2 加强对全喉切除术后照顾及主要家属的关注,最大限度满足他们的需求 提供家属的需求应该早期、全程介入。住院阶段指导患者营养及运动,密切观察伤口恢复情况,尽可能缩短住院时间,减轻家属的照顾负担。张凤英^[8]报道,通过家庭访视提供社会心理支持对恶性肿瘤患者家属生活质量的情感功能、认知功能和社会功能以及整体健康状况的提高都有重要意义。

3.5.3 丰富护理服务内容 对于全喉切除术后患者,因不能发音而产生抑郁,从 2010 年在我国西部首次开展全喉切除术后患者复声训练班,至今已举办十几期,学员百余人,通过指导患者运用食管发音,能正常与人交流,极大地减轻了心理负担,缓解了家庭和社会的压力。出院后,有研究显示,一些国家的社区工作者定时对照顾者进行家庭访视或电话干预,提供咨询、指导,这种方法可以减轻照顾者的负荷。

全喉切除术后患者给其家属带来了较重的负荷,家属在生理、心理、社会功能与经济都有一定的需求,手术的成功并不表示身体的康复,术后的康复及回归家庭、社会对患者至关重要,因此减轻家属负荷的干预势在必行。为了减轻对家属产生的负面影响,使家属更好地适应照顾角色。对患者进行延续性护理及对家属进行指导,并建立更多专业照顾机构,比如心理咨询师、造瘘口护理师、语训师等以全方面地满足患者及其家属的需求,从而提高患者及其家属的生活质量。

参考文献

- [1] Chow SKY, Wang FKY, Chan T, et al. Community nursing services for postdischarge chronically ill patients[J]. J Clin Nurs, 2008, 17(7): 260-271.
- [2] 李雪梅. 护理干预对喉癌手术患者焦虑、恐惧的影响[J]. 中国民康医学, 2010, 22(13): 1760-1761.
- [3] Sharpea L, Butowb P, Smith C, et al. The relationship between available support, unmet needs and caregiver burden in patients with advanced cancer and their carers[J]. Psycho-oncology, 2005, 14(2): 102-114.
- [4] 孔维佳, 周梁, 许庚, 等. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 460.
- [5] Haruko T, Mari O. Dementia caregivers' burdens and use of public services[J]. Geriatrics and Gerontology International, 2005, 5(2): 94-98.
- [6] 曾莉, 周兰妹. 老年家庭照顾者负荷相关研究进展[J]. 护理研究: 中旬版, 2010, 24(6): 1505-1507.
- [7] 杨雯. 脑卒中照顾者压力的研究进展[J]. 现代护理, 2007, 13(1): 64-66.
- [8] 张凤英. 家庭访视对恶性肿瘤患者情绪和生活质量的影响[J]. 中国临床康复, 2004, 8(26): 5508-5509.

(收稿日期: 2013-03-13 修回日期: 2013-06-13)

重症肝炎患者的传染消毒隔离与护理管理研究

袁雪梅, 张友琼[△] (江苏省无锡市第五人民医院三病区 214005)

【摘要】 目的 探讨重症肝炎患者的传染消毒隔离与护理管理的临床效果。**方法** 选取 2010 年 5 月至 2012 年 5 月该院进行治疗的重症肝炎患者 58 例, 对患者进行传染消毒隔离及相应的护理管理, 评估消毒隔离及护理管理后的临床效果。**结果** 58 例重症肝炎患者生活方式干预、药物治疗和心理干预的依从性分别为 91.4%、98.3% 和 86.2%, 患者有较高的治疗依从性; 58 例重症肝炎患者出现肝性脑病、消化道出血和电解质紊乱等并发症的比例分别为 6.9%、10.3% 和 31.0%, 但无 1 例医护人员感染的发生。**结论** 对重症肝炎患者的治疗中应用传染消毒隔离与护理管理的临床效果明显, 提高了患者的生活质量, 值得在临床上推广。

【关键词】 重症肝炎患者; 传染消毒隔离; 护理管理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)21-2894-02

重症肝炎是指患者在短期内出现大量肝细胞坏死且导致肝功能衰竭的严重综合征^[1]。其发病迅猛, 预后较差, 病死率也较高, 严重影响患者的身心健康和生活质量, 给个人、家庭及社会均带来沉重的经济负担^[2]。为了预防和控制患者病情的进一步恶化, 对重症肝炎患者的消毒隔离措施与护理管理也越发引起了人们的关注。本次研究主要是通过对在本院进行治疗的重症肝炎患者进行传染消毒隔离及相应的护理管理, 评估消毒隔离及护理管理后的临床效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 5 月至 2012 年 5 月来本院进行治疗的重症肝炎患者 58 例, 其中男 33 例, 女 25 例; 年龄 14~82 岁, 平均 (47.7±15.3) 岁。患者均符合 2000 年第 10 次全国病毒性肝炎学术会议修订的关于病毒性肝炎的诊断标准, 且排除患有精神疾病、合并肝硬化以及其他系统疾病的患者。所有患者性别、年龄以及病情程度临床表现等一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对患者进行传染消毒隔离及相应的护理管理。

1.2.1 消毒隔离 所有患者入院后在指定的传染病房内进行, 防止交叉感染的发生。医护人员在患者治疗过程中严格执行消毒隔离制度, 定期对治疗室进行紫外线照射消毒, 同时对室内的桌椅门窗和地面用爱尔施消毒液进行擦拭消毒, 治疗中实行“一人一针一管”和“一人一用一灭菌”的原则^[3]。医护人员的手在接触到患者后应及时以手消毒液擦拭, 以防感染。肝炎病毒在外界环境中有较强的生存能力, 因此患者的各种使用物品、排泄物、分泌物和呕吐物等都具有较强的传染性, 必须严格实施相应的消毒隔离措施。消毒隔离需等到患者肝功能基本正常、主要症状和体征消失后才可解除。

1.2.2 护理管理 主要从以下 4 个方面对患者进行护理管理: (1) 主动耐心地让患者及其家属了解重症肝炎的基本知识, 提高其对重症肝炎的认知程度。其中包括病毒性肝炎常见症状、预防措施、消毒隔离和相应的治疗原则。(2) 对患者及家属的生活方式进行护理干预, 饮食上多食粗纤维、膳食纤维等清淡、少油腻和易消化的食物。同时督促患者戒烟戒酒, 根据患者的具体情况进行适度合理运动, 使其养成良好的生活习惯。(3) 遵医嘱按时按量给患者进行药物治疗, 坚持正确地使用抗病毒药物, 并注意可能出现的药物不良反应, 提高患者对治疗的依从性。(4) 积极主动与患者和家属进行沟通交流, 消除患者由于对疾病不了解而产生的抑郁、焦虑和烦躁等不良心理。同时医护人员和家属给予患者足够的关怀和鼓励,

增强患者治疗的信心, 指导患者保持一个稳定和乐观的心态, 以消除患者和家属心理情绪上的不安和对将来生活的惶恐。

1.3 观察指标 对患者进行消毒隔离及相应的护理管理后, 通过评估患者治疗的依从性以及治疗过程中发生的并发症和医务人员发生感染的情况, 对消毒隔离及护理管理后的效果进行临床研究。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 14.0 统计软件进行分析。组间比较使用配对 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者临床效果的比较 58 例重症肝炎患者生活方式干预、药物治疗和心理干预的依从性分别为 91.4%、98.3% 和 86.2%, 患者在通过消毒隔离及相应的护理管理后有较高的治疗依从性。

2.2 患者并发症和医护人员感染发生情况 58 例重症肝炎患者出现肝性脑病、消化道出血和电解质紊乱等并发症的比例分别为 6.9%、10.3% 和 31.0%, 但无 1 例医护人员感染。

3 讨论

重症肝炎呈世界性流行, 不同地区的差异较大, 在我国重症肝炎有较高的发病率, 死亡率也较高^[4]。同时重症肝炎易引起患者发生感染、肝肾综合征及肝性脑病等严重并发症, 危及患者生命。因此, 认真细致做好患者的消毒隔离与护理管理至关重要。在临床的实际工作中, 由于患者和家属对重症肝炎的认识不足, 以及社会常常对患者的歧视, 使患者对治疗的依从性和临床效果也较差^[5-6]。消毒隔离与护理管理就是对患者实施消毒隔离措施, 同时通过健康教育干预、生活方式干预、药物干预和心理干预等多方面对患者进行护理管理, 从而提高患者和家属对重症肝炎的认知程度, 纠正患者不良生活方式和习惯, 增强患者治疗的信心, 变被动治疗为主动治疗, 提高患者的生存质量^[7-8]。本次研究结果表明, 应用传染消毒隔离与护理管理后, 58 例重症肝炎患者有较高的治疗依从性, 患者出现肝性脑病、消化道出血和电解质紊乱等并发症的比例较低, 且无 1 例医护人员感染。本院在患者机体免疫清除期时, 积极开展抗病毒治疗, 同时对患者进行消毒隔离与护理管理, 减少和控制重症肝炎的发病和流行, 调节患者机体免疫力, 使患者依靠自身的免疫力抑制甚至清除病毒, 改善患者的预后康复。

综上所述, 在重症肝炎患者的治疗中应用传染消毒隔离与护理管理的临床效果明显, 提高了患者的生活质量, 值得在临床上推广。

参考文献

[1] 薛扬. 重型肝炎并发院内感染现状分析与对策[J]. 中外医疗, 2010, 29(1): 144.

[2] 张丽萍, 岳建荣, 胡敏东, 等. 重症肝炎患者家属遵医行为调查分析及对策[J]. 现代临床护理, 2007, 6(3): 61-63.

[3] 于振波, 何海燕. 293 例肝炎患者医院感染调查分析[J]. 海南医学, 2007, 18(2): 108-109.

[4] 汪静, 祁燕伟. AIDS 合并重症肝炎的临床护理体会[J]. 皮肤病与性病, 2010, 32(2): 48-49.

[5] 冯巧玲. 急性重症肝炎的护理[J]. 健康必读: 下旬刊, 2010, (11): 40.

[6] 徐秀珍, 韩颐闻. 重型肝炎和肝硬化并发真菌感染的临床分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2002, 23(5): 534.

[7] 蔡琼香. 重症肝炎患者的护理及健康教育[J]. 山东医药, 2010, 50(16): 37.

[8] 衣秀萍, 刘艳辉, 高旭珍, 等. 重症肝炎常见护理问题探讨[J]. 中国医药导报, 2011, 8(7): 101.

(收稿日期: 2013-01-23 修回日期: 2013-04-03)

早期护理干预在胸腰椎骨折后腹胀患者中的应用研究

姬 玲(陕西省安康市中心医院手术室 725000)

【摘要】 目的 探讨早期护理干预在胸腰椎骨折后腹胀患者中的应用研究效果。**方法** 对该院 60 例胸腰椎压缩性骨折随机分为两组, 对照组在临床治疗的基础上使用常规的护理方法进行干预, 观察组在对照组的基础上实施早期的护理干预, 观察两组患者腹胀消失的时间以及由腹胀引起其他并发症的发生率。**结果** 观察组患者未发生明显腹胀, 已有腹胀的患者消失的时间较短, 与对照组相比, 差异有统计学意义($P<0.05$)。且因腹胀而引起的其他的消化道症状发生率较低, 与对照组相比, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对胸腰椎骨折患者给以饮食调护、体位护理、腹部按摩热敷、心理护理, 早期服用中药汤剂等综合护理措施, 可增加患者肠蠕动, 促进排便, 减少胸腰椎骨折患者腹胀、便秘的发生率, 促进患者的康复。

【关键词】 腹胀; 胸腰椎骨折; 护理干预

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 21. 064 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)21-2895-02

对于胸腰椎压缩性骨折的患者, 由于骨折造成椎周周围软组织损伤、局部出血形成血肿压迫神经, 加上患者需要卧床休息治疗等原因造成了内脏植物神经功能的紊乱、胃肠蠕动功能减弱, 常常在骨折后 12 h 出现腹胀, 2~4 d 达到高峰, 7 d 左右逐渐缓解^[1]。目前临床报道, 胸腰椎骨折并发腹胀率达到 40%~88%^[2]。临床主要表现为上腹部膨胀、腹痛、食欲不佳、恶心、呕吐以及便秘等, 严重者可导致呼吸困难, 静脉血栓形成^[3]。常规的护理只是对症处理, 存在着严重的不足。本院对此类患者在常规护理的基础上实施早期的护理干预, 取得了满意的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2011 年 1 月至 2012 年 12 月收治入院胸腰椎压缩性骨折患者 60 例。所有患者经 X 线或 CT 诊断为胸腰椎压缩性骨折。将 60 例患者随机分为两组, 观察组 30 例, 男 18 例, 女性 12 例, 年龄 34~75 岁, 平均(45.3±3.4)岁。其中车祸伤 12 例, 高处坠落伤 10 例, 摔伤 8 例。骨折的类型 T10~12 骨折 18 例, L1~4 骨折 12 例。对照组 30 例, 男 17 例, 女 13 例, 年龄 31~74 岁, 平均(43.8±3.1)岁, 其中车祸伤有 14 例, 高处坠落伤为 9 例, 摔伤 7 例。骨折的类型: T10~12 骨折 17 例, L1~4 骨折 13 例。两组患者在年龄、性别、职业、文化程度以及骨折的类型、病程等方面差异无统计学意义($P<0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组按照骨科常规护理, 当患者出现腹胀时给予对症处理, 适当给予药物进行促排泄和增强胃肠蠕动, 严重者给予胃肠减压和肛管排气。观察组在常规的护理基础上早期对患者进行护理上的干预, 主要包括以下几个方面。

1.2.1 整体情况评估 入院后对患者既往史要详细了解, 尤其是胃肠疾病情况, 平时饮食情况, 以及排便习惯等。密切监测患者的生命体征以及水电解质平衡情况, 对胸腰椎骨折会有

的并发症以及疾病本身知识加以培训, 尽量避免腹胀的发生。每天增加巡视病房的频率, 协助患者适应床上大小便, 并叮嘱患者每日同一时间排便, 养成好的排便习惯。

1.2.2 饮食指导 入院后, 护理人员需要对患者及其家属进行饮食的宣教, 嘱咐患者不要进食油腻、高蛋白、高脂肪的食物以及牛奶、豆类等产气食物, 进食主要以面条、稀饭为主, 适量补充纤维素, 并向患者解释这样进食的原因。还要嘱咐患者多饮水, 以保证润肠通便。

1.2.3 健康教育和心理护理 由于胸腰椎压缩性骨折多由外伤引起, 大多数患者易产生紧张焦虑的情绪, 而排便是通过神经反射来完成的, 焦虑、恐惧的心理因素都会造成便秘^[4]。故要积极地对入院患者进行心理的护理, 缓解其不良情绪, 让患者及家属配合治疗和护理。同时要对学生如何正确平卧、翻身、饮食的体位、排便的姿势等进行讲解。

1.2.4 按摩与药物 入院即开始, 护士面向患者, 以肚脐为中心, 四指并拢, 顺时针方向按摩, 同时给予腹部一定的压力, 速度适中, 每次 10 min。日间 2~3 h 按摩 1 次, 夜间 4~6 h 按摩 1 次。并教会家属, 必要时对患者进行辅助按摩。对于腹胀明显, 大便排便困难的患者, 给予番泻叶泡饮, 或者开塞露通便^[5]。

1.3 疗效判定 观察患者腹胀发生率和持续的时间、相关并发症和腹胀发生率、肠鸣音情况以及排便时间。每天询问患者感觉, 排气排便次数, 有无持续腹胀、便秘、疼痛、恶心、呕吐、食欲缺乏、胸闷等。听肠鸣音, 叩击有无鼓音, 脐部是否突出, 并做记录。如出现上述症状可判定为腹胀。

1.4 统计学处理 采用 SPSS11.0 统计学软件进行处理, 采用 t 检验及 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者出现腹胀的时间以及腹胀相关的并发症比较

观察组患者经积极的早期护理干预后,入院后第 7 天,腹胀患者例数明显减少,且有腹胀引起的相关并发症发生率明显降低,与对照组相比,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

组别	n	腹胀		腹胀相关并发症		
		入院前	治疗第 7 天	恶心、呕吐	便秘	呼吸困难
观察组	30	24(80.0)	2(6.7)* [#]	3(10.0) [#]	1(3.3) [#]	1(3.3) [#]
对照组	30	23(76.7)	15(50.0)*	12(40.0)	8(26.7)	8(26.7)

注:与入院前相比,* $P<0.05$;与对照组相比,[#] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者腹胀持续时间、肠鸣音以及排便时间比较 观察组进行早期的护理干预后,腹胀持续的时间明显缩短,肠鸣音次数明显高于对照组,且排便时间低于对照组,两组相比,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

组别	n	腹胀持续时间(d)	肠鸣音(次/分)	排便时间(h)
观察组	30	1.8±1.1*	5.21±0.23*	21.31±4.74*
对照组	30	5.4±2.3	3.03±0.54	37.25±8.98

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

3 讨 论

胸腰椎压缩性骨折可引起椎骨周的软组织损伤、牵拉及血肿的形成,可压迫胸腰椎柱前外侧的交感神经,造成节后纤维调节副交感神经对胃肠肌肉运动的控制功能紊乱,从而引起胃肠蠕动减弱。致使胃肠内容物的滞留、引起腹胀腹痛^[6]。严重者可引起胸闷、呼吸困难等。

研究资料显示早期护理干预可减轻胸腰椎骨折患者腹胀,缩短其持续时间,从而减少因腹胀所致的上述各种不适症状,减轻患者痛苦^[7-8]。笔者认为,对胸腰椎压缩性骨折的早期护理干预需要从以下方面进行:(1)要从患者心理出发,控制好患者的情绪,让患者保持乐观的心理。及时讲解此骨折的相关知识,以及如何预防并发症的发生。让患者及其家属充分配合护

理和治疗。(2)饮食的指导。骨折发生后 1 周内是产生腹胀的主要时间段,这段时间患者要注意饮食的调节。护理人员要进行饮食的护理,尤其是入院未发生腹胀的患者,容易忽视。(3)早期进行腹部热敷按摩。腹部的按摩应当从患者入院开始即可进行,切勿等到腹胀出现时。护理人员要定时、保质完成腹部按摩护理。研究发现,腹部按摩是一种机械刺激,有利于胃肠蠕动的加速,利于腹胀的消除^[9]。从本研究可以看出,观察组早期进行护理干预后,患者腹胀发生率以及腹胀的持续时间明显降低,与对照组相比,差异有统计学意义。

综上所述,对胸腰椎骨折患者给以饮食调护、体位护理、腹部按摩热敷,心理护理,早期服用中药汤剂等综合护理措施,可增加患者肠蠕动,促进排便,减少胸腰椎骨折患者腹胀、便秘的发生率,促进患者的康复。

参考文献

[1] 王定丽. 胸腰椎爆裂骨折后腹胀的原因分析及护理[J]. 护理实践与研究,2012,9(2):70-71.
[2] 杨克勤. 脊柱疾患的临床与研究[M]. 北京:北京出版社,2008;301-302.
[3] 庄妹. 胸腰椎骨折患者腹胀护理进展[J]. 上海护理,2010,10(4):77.
[4] 邓秋娟. 早期护理干预预防胸腰椎骨折术后腹胀的临床分析[J]. 临床合理用药,2012,5(12B):102-103.
[5] 姜明霞. 早期护理干预对胸腰椎骨折后腹胀患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2010,16(24):30-31.
[6] 李晓燕. 早期护理干预对胸腰椎骨折患者腹胀的影响[J]. 基层医学论坛,2012,16(33):4377-4378.
[7] 蒋惠琴. 早期综合护理干预在胸腰椎骨折后腹胀便秘的应用[J]. 河南外科学杂志,2011,17(5):115-116.
[8] 赵广兰. 腹部按摩养生一诀[J]. 家庭医学,2005(12):48.

(收稿日期:2013-01-26 修回日期:2013-05-05)

循证护理在康惠尔敷料治疗糖尿病足中的应用

浦亚艳(江苏省宜兴市人民医院内分泌科 214200)

【摘要】 目的 探讨循证护理在康惠尔敷料治疗糖尿病足中的临床效果。**方法** 78 例糖尿病足患者,均采用康惠尔敷料治疗,采用随机数字表法将患者随机均分为循证护理组和常规护理组。观察两组疗效、护理服务满意度、心理健康[Zung 焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)]。**结果** 循证护理组疗效、护理服务满意度明显优于常规护理组($P<0.05$)。循证护理组 SAS、SDS 评分明显低于常规护理组($P<0.05$)。**结论** 循证护理明显提高康惠尔敷料治疗糖尿病足的疗效和护理服务满意度,改善心理健康。

【关键词】 循证护理; 康惠尔敷料; 糖尿病足

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2896-03

糖尿病足(DF)治疗或护理不当,极易发生足坏疽、截肢,影响治疗效果和患者心理健康^[1]。随着伤口湿性愈合理论的提出,康惠尔敷料遵循湿性愈合理论成功应用于 DF 治疗,临床报道效果优于普通敷料^[2]。笔者在康惠尔敷料治疗 DF 中实施循证护理(EBN),效果明显,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 4 月至 2012 年 10 月 78 例 DF

患者,其中男 41 例,女 37 例,年龄 51~77 岁,平均(63.5±11.4)岁,糖尿病病史 3~22 年,平均(12.8±7.9)年,采用随机数字表法随机分为循证护理(EBN)组和常规护理(C)组。病变部位:足背 27 例,足底 37 例,足趾 14 例。Wanger 分级:Ⅰ级 21 例,Ⅱ级 28 例,Ⅲ级 25 例,Ⅳ级 4 例。两组患者的性别、年龄、糖尿病病史、Wanger 分级、病变部位、治疗方法等比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 78 例患者均给予降糖药物、胰岛素控制血糖,并采取低脂、低盐等糖尿病饮食,病变部位应用康惠尔敷料治疗,根据病变部位情况,选择康惠尔水凝胶、渗液吸贴、泡沫敷料、溃疡贴、康惠尔银离子敷料、溃疡粉和藻酸盐填充条等。每日或隔日更换敷料,若溃疡贴的黄色变为乳白色,立即更换敷料,感染控制后改用保湿敷料等。

1.3 护理方法 C 组给予内分泌科糖尿病治疗的一般护理,EBN 组采用循证护理,具体护理措施如下。

1.3.1 成立 EBN 小组 组建以护士长为组长的 EBN 小组,组员包括副主任护师、主管护师和责任护士。在分管副院长和护理部主任的指导和协助下,小组成员接受 EBN 和 DF 知识培训,经考核合格后进入本研究。

1.3.2 循证问题 针对 DF 的发病机制、防治和护理措施等确立循证问题,小组结合患者具体病情,提出“糖尿病足”“发病机制”“康惠尔敷贴”“护理”等具体问题。

1.3.3 循证支持 将循证问题输入中国知网全文数据库、万方数据库、维普数据库、Highwire press、MEDLINE 等数据库进行检索,小组分析、讨论文献资料的科学性、实用性、真实性,将获得的最佳实证与护理实践和患者病情特点相结合,制订最佳护理方案。

1.3.4 循证应用 小组根据制订的护理方案对 DF 患者实施护理,并在实施过程中根据患者、医生等的反馈信息不断评估、修正、完善护理方案。(1) 护理评估:小组全面评估患者糖尿病病史、治疗详情、下肢血运和神经功能、足部病变以及患者的心理、社会、家庭、经济等情况,为护理方案修正提供参考。(2) 病情护理:加强降糖药物、胰岛素等药物治疗效果监测,防止低血糖。康惠尔敷贴治疗足部病变时,应严格遵守无菌原则,根据伤口病情选择合适的康惠尔系列敷贴,如清除溃疡口和周围坏死组织、陈旧肉芽肿等,创面可用溃疡贴、藻酸盐填充条、溃疡粉等;溃疡面干燥、硬结,可用康惠尔水凝胶溶解,清除后外用康惠尔泡沫敷料。更换敷料周期根据渗出液调整,渗出液较多时每日 1 次,减少时 2~6 d 更换 1 次。如有感染,注意观察抗生素治疗效果和不良反应。(3) 心理护理:小组成员通过亲切交谈、肢体语言和音乐疗法疏导患者的焦虑、紧张、悲观等不良情绪,建立互信、和谐的护患关系。耐心倾听心里不适主诉,鼓励患者说出内心担忧,指导家属、亲朋提供坚强有力的家庭和社会支持,增强患者战胜 DF 的信心。(4) 健康教育:采用通俗易懂的语言详细讲解 DF 的发病机制、诱发因素、胰岛素用法和用量等,指导科学的锻炼方式和方法、规律饮食和保持合理膳食结构,控制血糖在合理范围。

1.4 观察指标 观察两组疗效、护理服务满意度、心理健康变化情况。

1.5 疗效判定^[3] 显效:Wanger 分级下降两级,自觉症状消失;有效:Wanger 分级降一级,自觉症状显著改善;无效:Wanger 分级无改变,自觉症状无明显改善。护理服务满意度采用本院护理部制定的调查表,包括满意、一般、不满意。心理健康采用 Zung 焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)表示^[4],分数越高,表明症状越严重。

1.6 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件行统计学处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,组内采用方差分析,等级资料应用 Wilcoxon 秩和检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义($Z = 6.592, P < 0.05$)。

2 结 果

2.1 两组疗效比较 EBN 组显效 29 例,有效 9 例,无效 1

例;C 组显效 19 例,有效 14 例,无效 6 例,两组比较差异有统计学意义。

2.2 两组护理服务满意度比较 EBN 满意 36 例,一般 3 例,没有不满意的患者;C 组满意 30 例,一般 4 例,不满意 5 例,两组差异有统计学意义($Z = 6.998, P < 0.05$)。

2.3 两组 SAS、SDS 评分比较 EBN 组 SAS 及 SDS 评分护理前与 C 组比较,差异无统计学意义;护理后明显低于 C 组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 3 两组 SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
EBN 组	51.56 ± 2.66	42.44 ± 2.50	51.04 ± 2.62	43.92 ± 2.52
C 组	51.36 ± 3.33	44.24 ± 2.24	50.96 ± 2.86	45.64 ± 2.10
<i>t</i>	0.24	2.58	0.10	2.63
<i>P</i>	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨 论

DF 患者血管壁增厚、血糖弹性差,足部血管易闭塞、神经受损伤,产生足部水肿、疼痛、溃疡、坏死等,严重导致截肢^[5]。因此,加强糖尿病和 DF 的治疗与护理意义重大。随着 DF 溃疡伤口湿性愈合观点的发展,康惠尔系列敷贴治疗 DF 在临床日益受到重视,其主要成分是羧甲基纤维素钠,溶解伤口坏死组织,吸收溃疡液;另外,敷料表面的聚氨基甲酸乙酯半透膜只允许 O₂ 和水蒸气通过,保持湿润环境,利于肉芽组织和新生组织成长,促进伤口愈合^[6-7]。

DF 除了降糖药物、胰岛素等药物全身治疗和病足局部治疗外,护理干预在 DF 的治疗过程中占有重要地位,可提高治疗依从性和临床效果。循证医学的发展促进了 EBN 在临床的应用,临床研究显示,EBN 显著提高临床疗效和护理质量^[8]。EBN 小组经过专业培训,熟练掌握和应用 EBN 的理论知识,查询目前 DF 康惠尔敷贴治疗的最佳实证,评估患者的综合情况,结合本专科护理实践经验,为患者提供个性化、人性化的护理服务^[9]。EBN 实践中,除了强调药物治疗护理、健康教育等,更加注重 DF 局部的治疗护理,根据最佳实证和病足的伤口渗液情况选择合适的康惠尔系列敷贴,强调无菌原则,及时更换敷贴,促进了病足康复。本研究结果显示,EBN 组治疗效果优于 C 组,说明 EBN 比常规护理更能提高患者的治疗效果,与文献^[10]报道一致。针对患者的心理特点,结合小组的心理干预经验和最佳实证,给予患者个性化的心理护理,极大改善了患者的心理健康水平,SAS、SDS 评分明显降低,与临床报道一致^[11]。EBN 体现了以患者为中心的护理理念,在护理实践过程中,充分考虑患者的生理、心理、社会、家庭等各方面需求,不但改善了不良心理,而且提高了护理服务满意度^[12]。

总之,康惠尔敷贴治疗 DF 临床效果确切、可靠,EBN 可有效提高治疗效果和护理服务满意度,改善心理健康水平,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 曾宪芳,王玲. 糖尿病足的发病机理及防护进展[J]. 护理实践与研究,2011,8(8):82-84.
[2] 朱秋芽,董静芬. 康惠尔系列敷料治疗糖尿病足 42 例[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(16):2508-2509.
[3] 王银荣,王巧凡. 康惠尔系列敷料治疗糖尿病足溃疡 63 例疗效观察[J]. 海南医学,2012,23(13):77-78.

- [4] 姚树桥,孙学礼. 医学心理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008;93-94.

[5] 周建日. 糖尿病足的预防及护理进展[J]. 护理实践与研究,2012,9(4):138-139.

[6] 马登艳,谭其玲,胡艳,等. 康惠尔溃疡贴的特性和临床应用[J]. 华西医学,2009,24(1):210-211.

[7] 宋义燕,董桂青. 康惠尔溃疡贴在糖尿病足治疗中的应用及护理[J]. 齐鲁护理杂志,2010,16(19):78-79.

[8] 陈绍会,陈华,江秀. 循证护理干预在糖尿病足患者中的应用及效果[J]. 实用临床医药杂志,2011,15(16):17-19.

[9] 陈淑杰,魏雁林,张三英,等. 循证护理在预防下肢深静脉
- 血栓形成中的应用[J]. 护理研究,2011,25(14):1278-1279.

[10] 蔡淑珍,谢鸿,宋慧,等. 循证护理在高血压病患者健康教育中的应用[J]. 国际护理学杂志,2012,31(5):778-780.

[11] 陆梅,袁美华. 循证护理对急诊留观患者心理的影响[J]. 护理实践与研究,2012,9(15):134-135.

[12] 翟干妹,宁婉秀,毛萍燕. 循证护理在颅内动脉瘤患者中的应用[J]. 护理实践与研究,2012,9(15):24-25.
- (收稿日期:2013-01-21 修回日期:2013-04-20)

密集化护理对急性有机磷中毒患者综合治疗效果的影响研究

龚哲思(中南大学湘雅医院,湖南长沙 410008)

【摘要】 目的 探讨密集化护理对急性有机磷中毒患者综合治疗效果的影响。**方法** 选取 2011~2013 年该院接受治疗的急性有机磷中毒患者 71 例为观察组,对其实施密集化的护理;另外随机选取之前实施常规护理的急性有机磷中毒患者 71 例为对照组。对比两组护理方案对急性有机磷中毒患者综合治疗效果的影响。**结果** 两组患者住院期间接受的护理次数,观察组远多于对照组。另外观察组的治愈率为 63.38%,死亡率为 2.82%;对照组的治愈率为 38.03%,死亡率为 11.27%。两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 密集化护理能够合理、迅速、有效的安排护理流程,治疗效果明显,值得临床推广。

【关键词】 急性有机磷中毒; 密集化护理; 常规护理; 治疗效果
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2898-02

有机磷农药是我国防治植物病、虫害的一类常用含有机磷的有机化合物,多具有十分强烈的毒性^[1]。本次研究针对急性有机磷中毒患者,通过对比密集化护理和常规护理流程的项目、次数以及护理后的治疗效果,分析密集化护理在急性有机磷农药中毒患者综合治疗效果的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011~2013 年本院接受治疗的急性有机磷中毒患者 71 例为观察组,对其实施密集化的护理;另外随机选取之前实施常规护理的急性有机磷中毒患者 71 例为对照组。观察组中,男 41 例,女 30 例,年龄 9~56 岁,平均 39.24 岁,中毒时间 15 min 至 6 h,平均 49 min,服药剂量 100~250 mL,平均 146.39 mL;对照组中,男 39 例,女 32 例,年龄 17~54 岁,平均 36.78 岁,中毒时间 30 min 至 5 h,平均 51 min,服药剂量 50~200 mL,平均 145.24 mL。患者中毒均为服用敌敌畏等常见的有机磷剧毒农药。患者入院时,多数表现出腹痛腹泻严重、恶心呕吐不止、流白沫口水、大汗淋漓、视线不清、瞳孔缩小、呼吸困难等毒蕈碱样症状。部分患者有口齿不清,震颤,胸闷,心跳加速,血压升高表现。严重患者在入院时已表现出昏迷、抽搐,生命指征不稳,并发肺水肿、重要器官功能衰竭等严重并发症。两组患者在年龄、性别、中毒时间、中毒剂量等方面,差异统计学无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 观察组 实施密集化的护理。患者入院时,首先清洁

患者身体和口腔^[2],通过洗胃清除体内残留农药。建立起静脉通道,滴注阿托品、解磷定。关注患者药理反应,对可能出现的呼吸衰竭,抢救前预先准备好呼吸机,随时建立机械通气^[3]。对病势沉重患者实施血液透析+血液灌流器(HD+HP)综合治疗^[4]。平稳期时密切关注各项身体指征,并及时处理。对可能出现的口腔内感染、呼吸道症状和尿道感染,预先护理干预。住院期间对患者进行心理护理干预等。

1.2.2 对照组 实施常规的护理。包括清理残毒、输液治疗等,必要时安排机械通气、血液灌流、血液透析等。

1.3 观察指标 通过比较两组实施的护理项目、次数,对比两种护理方案的异同;另外,对两组护理方案所取得的治疗效果进行评价,参照标准为治愈:患者入院症状和体征消失,恢复健康出院,无不良预后或有不影响生活的不良预后,如轻度残疾、轻度器官衰竭等;好转:患者入院症状和体征明显改善,出院时有不同程度的不良预后,对患者今后生活有影响;无效:抢救无效死亡或系统治疗后,病情反复并出现恶化,最终死亡。

1.4 统计学处理 采用 SPSS15.0 统计学软件进行处理,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的护理方案比较 观察组与对照组相比,护理项目丰富、合理,且次数较多,远多于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的护理方案对比(次/人, $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	清洁身体 表面残毒	洗胃	建立 静脉通道	机械通气	HP+HD	口腔护理	呼吸道护理	尿管护理	心理护理	总计
观察组	71	3.4±1.2	2.7±1.3	2.6±0.9	3.6±1.6	4.5±2.3	2.6±1.4	2.8±1.7	2.8±1.3	4.3±2.5	29.3
对照组	71	1.0±0.0	1.0±0.0	1.0±0.0	1.7±0.5	1.7±0.5	0.0±0.0	0.5±0.5	0.5±0.5	0.0±0.0	6.7
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

2.2 两组的治疗效果比较 观察组的治愈率为 63.38%,死亡率为 2.82%;对照组的治愈率为 38.03%,死亡率为 11.27%。两组对比差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

急性有机磷中毒机制在于通过抑制胆碱酯酶的活性,造成人体内的乙酰胆碱水平迅速上升,进而造成生物中毒^[5]。中毒患者多病势危急,在抢救阶段如果不能迅速有效地控制病情,可能会造成诸多不良预后,严重时甚至发生死亡^[6]。因此,对急性有机磷农药中毒患者的护理过程要有一个合理、迅速、有效的流程。

本次研究中,通过对比密集化护理和常规护理流程的项目、次数以及护理后的治疗效果,分析密集化护理在急性有机磷农药中毒患者综合治疗效果的影响。(1)患者入院时,要迅速清理患者身体和口腔,避免有机磷农药的接触。(2)要彻底、反复地洗胃并辅助导泻、利尿等处理手段,迅速彻底地清除体内残留农药。(3)输液要保证大剂量持续用药,直至人体表现出“阿托品化”。输液过程中,对患者的皮肤变化、瞳孔大小改变以及体温、心率的变化要密切关注,对阿托品的药理反应和不良反应要及时识别和发现,并报告主治医师。另外,对患者可能表现出的躁动不安,要注意保护,避免患者自我伤害。(4)呼吸功能衰竭是有机磷中毒常见并发症,抢救前要预先准备好呼吸机,随时建立机械通气。(5)对病情较重患者实施 HD+HP 综合治疗时,由于血液灌流所用的肝素量较大,可以预先推注鱼精蛋白 25~50 mg 预防出血。另外,对中毒较深、服毒剂量较大患者,要更换碳肾,保证清洁效果。(6)由于患者口腔

的清洁和插管对患者口腔影响较大,加之阿托品有导致口腔干燥的不良反应,要预防口腔内的感染发生。(7)注意保持患者呼吸道的情况,必要时给予雾化吸入,保护呼吸道黏膜。(8)留置尿管是尿道感染的危险因素,可用呋喃西林稀释液冲洗膀胱,预防感染。(9)心理辅导帮助患者树立起积极的人生观、价值观,劝慰患者配合治疗,提防患者可能再次冲动。

综上所述,对急性有机磷中毒患者实施密集化护理能够合理、迅速、有效地安排护理流程,治疗效果明显,值得临床推广。

参考文献

- [1] 叶素贞.急性有机磷中毒护理[J].医药论坛杂志,2006,27(11):124-125.
- [2] 张华.急性有机磷中毒护理的难点及对策[J].中国实用医药,2010,5(9):191-192.
- [3] 连改香,王建秀,任岚.急性有机磷中毒中间综合征的抢救与护理[J].中华护理杂志,2002,37(6):415-417.
- [4] 周涛红.急性有机磷中毒护理体会[J].中国社区医师:医学专业,2012,14(3):318-319.
- [5] 冯敏芳,边海芳,傅程瑶.急性有机磷中毒致中间综合征的急救及护理[J].护士进修杂志,2009,24(14):1325-1326.
- [6] 章丽仙,鲍跃华.急性有机磷中毒并发呼吸衰竭 19 例的急救及护理[J].护理与康复,2012,11(4):333-334.

(收稿日期:2013-04-10 修回日期:2013-06-20)

开颅术后颅内压增高护理观察

何 铮(首都医科大学附属北京天坛医院神经外科,北京 100050)

【摘要】 目的 探讨针对颅内压增高护理措施对于开颅术后颅内压增高的效果及患者预后的影响。**方法** 将北京天坛医院行开颅手术伴有颅内压增高的 60 例患者随机分为常规护理组和降压护理组,两组患者均给予降颅压治疗及常规护理措施,降压护理组患者给予有利于颅内压降低的护理措施。对两组患者的颅内压进行监测,比较两组患者的颅内压改变,并采用格拉斯哥预后量表(GOS)评分比较两组患者预后。**结果** 两组患者颅内压均显著下降,降压护理组颅内压降低更明显($P<0.05$);常规护理组患者 GOS 预后:Ⅰ级 3 例,Ⅱ级 8 例,Ⅲ级 11 例,Ⅳ级 5 例,Ⅴ级 3 例;降压护理组 GOS 预后:Ⅰ级 5 例,Ⅱ级 14 例,Ⅲ级 6 例,Ⅳ级 4 例,Ⅴ级 1 例。降压护理组Ⅱ级以上比例显著高于常规护理组($P<0.05$)。**结论** 在常规护理的基础上,给予术后颅内压增高患者一定的降压护理措施能够促进患者颅内压恢复正常,并改善患者预后,值得推广应用。

【关键词】 开颅手术; 颅内压增高; 护理观察

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2899-02

开颅手术患者术后往往伴有颅内压(ICP)增高,如果不能及时处理,可导致脑疝形成,引起严重后果^[1]。本研究观察了对 ICP 增高的患者实施相应的降压护理,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院自 2010 年 5 月至 2012 年 5 月共有 60 例患者出现开颅术后的 ICP 增高,所有患者均符合以下入组标准:(1)发生颅脑损伤、高血压脑出血等,并需要进行开颅手术操作;(2)术后 ICP >2.0 kPa;(3)入院时格拉斯哥昏迷评分(GCS)小于或等于 8 分;(5)同意进行本研究并签署知情同意书。手术原因:重型颅脑损伤 36 例,其中硬膜外血肿 18 例,硬膜下血肿 10 例,硬膜外并硬膜下血肿 6 例,脑挫裂伤合并脑内血肿 2 例;颅内肿瘤 18 例,脑胶质瘤 12 例,髓母细胞瘤 6 例;高血压脑出血 16 例。将 60 例患者随机分为常规护理组和降压护理组。常规护理组 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄 21~72

岁,平均(45.3 $\pm$ 17.5)岁;降压护理组 30 例,男 19 例,女 11 例,年龄 19~69 岁,平均(44.9 $\pm$ 16.7)岁。两组患者在性别、年龄、病情、GCS 评分等方面差异无统计学意义。

1.2 护理方法 常规护理组患者给予常规护理措施^[2-3];降压护理组在给予常规护理的基础,再给予降压护理措施。(1)床头抬高 15°~30°,以促进颅内静脉回流,从而缓解脑水肿,降低 ICP;(2)患者严格卧床休息,保持病房安静、避免刺激患者,防止血压骤升引起 ICP 升高;(3)吸氧治疗,给予患者低流量吸氧,从而防止脑血管扩张并降低脑血流量;(4)呼吸道管理,应用生理盐水、盐酸氨溴索雾化吸入,并及时吸出痰液,吸痰时注意动作轻柔,避免刺激患者及造成黏膜损伤;对于周围型气道梗阻患者,应及时清除黏液及血液或进行气管切开,以解除梗阻;(5)给予膳食纤维饮食及缓泻剂,防止便秘发生;(6)对于发生癫痫的患者,应及时给予抗癫痫药物控制癫痫发作;(7)高热

护理,对于发生中枢性高热的患者,给予冰帽、冰袋等物理降温措施,并将患者体温控制在 34~36℃;(8)防止感染,保持病房空气流通,及时对病房消毒,加强体位护理、口腔护理、会阴部护理、防治压疮、口腔感染、尿路感染^[4]。

1.3 评价指标 对两组患者的 ICP 进行监测,并测量护理前后的 ICP,根据以下标准判断 ICP 程度:正常 ICP 为 0.7~2.0 kPa;ICP 升高,轻度,2.0~2.66 kPa;中度,2.67~5.33 kPa;重度,>5.33 kPa^[5]。采用格拉斯哥预后量表评分(GOS)对两组患者的预后进行评价:I 级,患者恢复良好,可正常生活;II 级,轻度残疾,可独立生活;III 级,日常生活需要照顾者;IV 级,植物生存;V 级,死亡。预后优良率为 II 级以上患者占有所有患者的比例^[6]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS14.0 进行统计学分析,对两组患者预后优良率的比较采用卡方检验,对 ICP 的比较采用 *t* 检验,检验水准设定为 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者护理前后 ICP 的比较 护理前常规护理组平均 ICP 为(3.97±1.65)kPa,护理后为(2.4±1.2)kPa;护理前降压护理组平均 ICP 为(3.95±1.71)kPa,护理后为(1.8±1.3)kPa。两组患者护理前 ICP 差异无统计学意义($P>0.05$),护理后降压护理组 ICP 显著低于常规护理组($P<0.05$)。护理前两组颅内压增高分布差异无统计学意义($P>0.05$),护理后降压护理组 ICP 正常及轻度增高患者比例显著高于常规护理组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者护理前后 ICP 增高程度的比较(n)

组别	n	护理前 ICP 增高程度			护理后 ICP 增高程度		
		轻度	中度	重度	轻度	中度	重度
常规护理组	30	5	22	3	12	6	1
降压护理组	30	6	21	3	8	3	0

2.2 两组患者预后情况的比较 降压护理组患者预后显著优于常规护理组($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者预后情况的比较

组别	n	GCS 预后分级(n)					预后优良率(%)
		I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级	
常规护理组	30	3	8	11	5	3	36.7
降压护理组	30	5	14	6	4	1	63.3

3 讨 论

开颅术后患者往往伴有 ICP 增高,原因可能包括以下方面:(1)颅脑创伤或高血压脑出血等原发病对颅脑的损伤作用可导致脑水肿的发生,引起 ICP 增高;(2)手术操作对脑组织的刺激,导致脑水肿的加重,从而加重 ICP 增高;(3)手术、创伤等应激原刺激引起脑血管扩张,脑血容量升高,导致 ICP 升高^[7]。而目前临床针对 ICP 升高主要治疗措施包括脱水、利尿、镇静、脑室引流等,但不合理的护理措施可能诱发 ICP 增高。Tume 等^[8]发现雾化吸入、体位改变能够影响患儿的 ICP。李晓清等^[9]发现抬高床头、吸氧、吸痰、镇静、通便后患者 ICP 较操作前明显降低($P<0.01$);鼻饲、膀胱冲洗后显著升高($P<0.05$)。上述结果表明合适的护理措施能够帮助降低患者 ICP,改善患者预后。

本研究降压护理组所采取的护理措施主要包括 ICP 监

测、吸氧、体位护理、呼吸道护理、饮食护理、高热护理、防止感染、抗癫痫、抗感染等^[10]。ICP 监测是颅内高压患者的基本监护措施,对于护理及治疗意义重大。体位护理的作用在于促进脑部静脉回流,降低毛细血管静脉压,从而改善脑水肿,降低 ICP;而抗癫痫、抗感染、抗高热的护理措施目的在于减轻患者的应激刺激,从而降低脑细胞代谢水平,联合吸氧改善缺氧状态,达到减轻脑水肿和降低 ICP 的目的。饮食护理在于维持机体的高代谢需要,帮助患者度过危险期。许海珍等^[11]对 52 例颅脑创伤术后 ICP 增高的患者进行了严密的监测、观察和有效的护理措施,结果存活 46 例,38 例意识清醒,肢体功能恢复,生活自理,5 例意识清醒,但留有偏瘫或部分失语,生活部分自理,3 例卧床不起,死亡 6 例。ICP 增高可明显影响患者预后,持续的颅内高压可导致脑疝发生,严重者可死亡,因此及时有效的降压措施对于改善患者预后意义重大。曹顺华等^[12]对 45 例颅脑损伤患者进行了 ICP 监测及护理,GOS 评分存活 44 例,其中 I 级 22 例,II 级 11 例,III 级 11 例,死亡 1 例。但上述研究均未设置对照组,本组研究中降压护理组 ICP 显著低于常规护理组,且预后显著优于常规护理组。

综上所述,在常规护理的基础上,给予术后 ICP 增高患者一定的降压护理措施能够促进患者 ICP 恢复正常,并改善患者预后,值得推广应用。

参考文献

[1] 提辉. 颅脑外伤 102 例颅内压增高早期观察与护理[J]. 齐鲁护理杂志,2010,16(14):87-88.

[2] 季霞. 颅内压增高患者的观察与护理[J]. 中国实用医药,2009,4(10):194-195.

[3] 宋明浩,李志祥,马文斌,等. 重度颅脑损伤术后并发脑梗塞 168 例临床分析[J]. 海南医学,2011,22(10):95-96.

[4] Noble KA. Traumatic brain injury and increased intracranial pressure[J]. J Perianesth Nurs,2010,25(4):242-248.

[5] 高来梅. 颅内压增高患者的外科护理体会[J]. 实用医技杂志,2012,19(6):668-669.

[6] 陶燕平,王子替. 重型颅脑损伤患者持续颅内压监测的护理[J]. 护士进修杂志,2011,26(12):1102-1103.

[7] Bell L. Nursing care and intracranial pressure monitoring[J]. Am J Crit Care,2009,18(4):338.

[8] Tume LN,Baines PB,Lisboa PJ. The effect of nursing interventions on the intracranial pressure in paediatric traumatic brain injury[J]. Nurs Crit Care,2011,16(2):77-84.

[9] 李晓清,陈兵,陈立一,等. 基础护理操作对开颅术后患者颅内压的影响[J]. 护理学杂志,2006,21(20):51-52.

[10] Inoue K. Caring for the perioperative patient with increased intracranial pressure[J]. AORN J,2010,91(4):511-515.

[11] 许海珍,石的红,赖玉萍,等. 颅脑创伤患者开颅术后颅内压增高的护理观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2010,31(5):802-803.

[12] 曹顺华,姚秋辉,王东春. 重型颅脑损伤患者颅内压监测及护理体会[J]. 中国全科医学,2010,13(14):1572-1574.

PDCA 循环改进对提升急诊患者满意度和减少医院医疗纠纷的影响

韩春雨(北京世纪坛医院急诊科 100038)

【摘要】 目的 探讨 PDCA 循环改进对提升急诊就诊患者满意度和减少医院医疗纠纷的影响。**方法** 采用问卷调查分别调查北京世纪坛医院急诊科 PDCA 循环改进前、后各 150 例患者对医疗服务的满意度,比较 PDCA 循环改进前、后急诊患者满意度和医院医疗纠纷发生情况。**结果** PDCA 循环改进后急诊患者满意度明显优于 PDCA 循环改进前,差异有统计学意义($P<0.05$);PDCA 循环改进后医院医疗纠纷发生率明显对于 PDCA 循环改进前,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** PDCA 循环改进能够明显提升院急诊患者满意度和减少医院医疗纠纷,提升医疗质量,值得推进一步广。

【关键词】 PDCA 循环; 满意度; 医疗纠纷
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2901-02

为满足患者对医疗质量提出的新要求,美国质量管理专家戴明提出质量管理遵循 PDCA 循环管理法,即遵循 P(plan,计划)、D(do,实施)、C(check,检查)、A(action,总结、再优化)^[1-3]。目前,该方法广泛应用于临床各大疾病,并取得满意的效果^[4-6]。但是,少见关于 PDCA 循环改进对提升急诊患者满意度和减少医院医疗纠纷影响的报道。为此,本研究笔者采用问卷调查分别调查 PDCA 循环改进前、后急诊患者满意度和医院医疗纠纷发生情况,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 随机选择 2010 年 9 月至 2011 年 9 月(PDCA 循环改进前)本院急诊治疗的 150 例患者和 2011 年 10 月至 2012 年 9 月(PDCA 循环改进后)本院急诊治疗的 150 例患者为研究对象。患者均能够与调查员进行有效的交流和沟通,且愿意接受本研究调查员的问卷调查。

1.2 方法

1.2.1 急诊患者满意度调查问卷的设计 本研究由作者自行设计好后给予该领域专家进行 3 轮审阅和修改,参与 3 轮咨询专家的积极程度、专家的权威程度和专家意见协调程度均较高。通过电子邮件、邮局寄送和亲自送达至专家手中,综合考虑专家的意见来最终设计出适用于急诊科患者满意度调查的问卷,问卷的信度检验采用重测信度和 α 信度系数法,内容效度检验采用统计分析与专家评审相结合的方法。具体做法是随机抽取急诊患者 30 例进行问卷调查,2 周后再次用此问卷进行调查,分别计算两次各条目及总分的均值和标准差,并计算相应的相关系数,结果显示问卷的重测信度为 0.89,问卷 Cronbach's α 系数为 0.84,经相关专家评也证明该问卷符合测量的目的和要求。

1.2.2 急诊患者满意度调查问卷内容 包括以下几方面:医

务人员的素质、医务人员的能力、医院后勤人员的素质、医院后勤人员的能力、医院工作内部环境、临床工作场所、医院组织管理等。每项将评价指标分为 5 个等级:非常不满意为 1 分、比较不满意为 2 分、一般为 3 分、比较满意为 4 分、非常满意为 5 分。选择以问卷总均分大于或等于 4 分为急诊科患者对医疗服务满意,小于或等于 02 分为急诊科患者对医疗服务不满意度。

1.2.3 急诊患者满意度调查问卷的应用 在对患者进行问卷调查前,对本研究问卷专职调查员进行培训,并于培训结束后对专职调查员进行笔试考试和专家面试考核,专职调查员在笔试考试和专家面试考核合格后再开始对患者进行问卷调查。在向患者进行调查时,注意问卷调查期间说话的方式和方法,严格按照统一的指导语进行,说明本研究“仅作科学研究、完全保密”,减少研究对象的顾虑,增加资料收集的真实性。研究对象从“非常不满意”到“非常满意”分 5 级对问卷每条目内容给予评价。发放 300 份问卷,回收问卷时由专职调查员认真核对是否存在漏填项目,对于不合格问卷给予剔除,回收 300 份问卷,问卷回收率为 100%。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件对各变量进行正态性检验和描述性分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,计数比较以绝对值或者构成比表示,如果计量资料呈正态分布且方差齐则采用 t 检验,如果计量资料不符合正态性分布则采用秩和检验,计数比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义,双侧检验。

2 结果

2.1 PDCA 循环改进前后急诊患者一般资料比较 两组患者性别、平均年龄、起病形式和文化程度方面具有可比性,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 PDCA 循环改进前后急诊患者一般资料比较

组别	<i>n</i>	性别构成(男/女)	平均年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	起病形式(急性/非急性)	文化程度(中专/大专/本科/研究生)
PDCA 循环改进前	150	95/55	58.8 $\pm$ 18.46	102/48	78/41/23/8
PDCA 循环改进后	150	91/59	58.5 $\pm$ 18.59	96/54	69/46/26/9
<i>P</i>	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

注:—表示无数据。

表 2 PDCA 循环改进前后急诊患者满意度比较

组别	<i>n</i>	不满意	一般	满意
PDCA 循环改进前	150	15	7	128
PDCA 循环改进后	150	3	45	102
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

2.2 PDCA 循环改进前后急诊患者满意度比较 PDCA 循环改进后急诊患者满意度明显优于 PDCA 循环改进前急诊患者的,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 PDCA 循环改进前后医院医疗纠纷发生情况 PDCA 循环改进后医疗纠纷发生率为 1.33%(2/150),明显低于 PDCA 循环改进前的 7.3%(11/150),差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

医院工作点多面广,琐碎复杂,存在不安全因素,直接影响医疗效果,也影响医院的社会效益和经济效益^[7-8]。为此,强化医疗质量意识,做到以患者为中心,安全第一,最大限度地降低医疗差错的发生,确保患者安全,实行防微杜渐,防患未然的医疗安全管理与防范对策,是学者们和医院管理者探索的焦点课题之一。

本研究结果显示,PDCA 循环改进后急诊患者满意度明显优于 PDCA 循环改进前急诊患者的,差异有统计学意义($P < 0.05$);PDCA 循环改进后医院医疗纠纷发生率明显对于 PDCA 循环改进前,差异有统计学意义($P < 0.05$),这与既往研究结果一致^[9-10]。说明 PDCA 循环改进能够明显提升急诊患者满意度和减少医院医疗纠纷,提升医疗质量。究其原因可能与以下因素有关:PDCA 循环管理法的实施能够分析医院的现状,找出问题的原因,分析产生问题的原因,找出其中的主要原因,拟订措施计划。在下一轮医疗服务过程中,将拟订的改进措施应用于临床,并检查针对性改进措施落实情况,再对于干预后的医疗服务质量进行总结和分析,进入下一轮的医疗服务质量提升过程。不断改进,不断提升,最终达到提高急诊患者满意度和减少医院医疗纠纷的目的。

综上所述,PDCA 循环改进能够明显提升急诊患者满意度和减少医院医疗纠纷,提升医疗质量,值得推进一步广。

参考文献

- [1] Fukui T. Patient safety and quality of medical care. Editorial: From evidence-based medicine to PDCA cycle[J].

(上接第 2879 页)

- 刺的标准通道经皮肾镜碎石术治疗马蹄肾肾结石[J]. 中国微创外科杂志,2009,9(3):210-212.
- [9] Mosavi-Bahar SH, Amirargar MA, Rahnavardi M, et al. Percutaneous nephrolithotomy in patients with kidney malformations[J]. Endourol,2007,21(5):520-524.
- [10] 周容颜,李作志,唐政权. B 超引导下经皮肾镜碎石取石术治疗马蹄型肾结石 5 例[J]. 实用医药杂志,2012,29(4):371.
- [11] Aron M, Goel R, Kesarwani PK, et al. Upper Pole access for complex lower Pole renal calculi[J]. BJU Int,2004,94(6):849-852.
- [12] Netto NR, Ikonmidis J, Ikari O, et al. Comparative study of percutaneous access for staghorn calculi[J]. Urology,2005,65(4):659-662.
- [13] 曹正国,苏红,诸禹平,等. 微创经皮肾输尿管镜钬激光碎石治疗马蹄肾肾结石[J]. 中国综合临床,2008,24(10):1061-1063.
- [14] 高宁,陈合群,杨中青,等. 微创经皮肾镜取石术治疗马蹄肾结石的效果[J]. 中华泌尿外科杂志,2007,28(9):581-584.
- [15] 陈亮,许清泉,王晓峰,等. 经皮肾镜碎石术后全身炎症反应综合征的危险因素分析[J]. 中华泌尿外科杂志,2008,29(3):173-176.
- [16] Gupta M, Lee MW. Treatment of stones associated with complex or anomalous renal anatomy [J]. Urol Clin North Am,2007,34(3):431-441.

Nippon Naika Gakkai Zasshi,2012,101(12):3365-3367.

- [2] Jin H, Huang H, Dong W, et al. Preliminary experience of a PDCA-cycle and quality management based training curriculum for rat liver transplantation[J]. J Surg Res,2012,176(2):409-422.
- [3] 毛辰蓉. PDCA 循环在静脉化疗风险管理中的应用[J]. 护士进修杂志,2011,26(2):123-124.
- [4] 孙树英. PDCA 循环法在门诊急诊输液安全管理中的应用[J]. 实用医学杂志,2011,27(17):3256-3257.
- [5] 王秀锋,杨雪萍,王秀丽,等. PDCA 循环管理法对地震伤压疮患者满意度的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(29):3756.
- [6] 杨爱民. PDCA 循环理论在乳腺癌患者 PICC 置管中的应用[J]. 临床合理用药杂志,2011,4(26):117-118.
- [7] 戴莉敏,贡浩凌,方英,等. PDCA 循环结合全程健康教育对糖尿病合并非酒精脂肪肝患者随访的效果观察[J]. 中华护理杂志,2012,47(10):882-885.
- [8] 陈文专,陈巧惠,郭泽雯,等. PDCA 循环引导的全程糖尿病健康教育[J]. 中华护理杂志,2010,45(4):362-364.
- [9] 张欣. 应用 PDCA 循环管理方法在持续提高医院优质护理服务质量的成效[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(30):1-3.
- [10] 肖志华,梁坤兰,岑君. PDCA 循环在临床路径和持续医疗质量改进中的应用[J]. 广西医学,2012,34(7):881-882.

(收稿日期:2013-03-01 修回日期:2013-05-22)

- [17] 江咏,刘勇,杨洋,等. 局麻下微创二期经皮肾气压弹道碎石术治疗马蹄肾肾结石 4 例[J]. 西南国防医药,2010,20(8):849-850.
- [18] 钟惟德,魏鸿嵩,李逊,等. 输尿管镜与体外震波碎石术治疗输尿管远端结石的疗效及费用比较[J]. 中国内镜杂志,2000,6(3):31-32.
- [19] 曾国华,李逊,何永宗,等. 微创经皮肾穿刺取石术治疗马蹄肾结石[J]. 临床泌尿外科杂志,2005,20(12):727-728.
- [20] 梁宏,魏金星,文建国,等. 超声引导经皮肾镜气压弹道联合超声碎石治疗马蹄肾结石的效果[J]. 郑州大学学报:医学版,2012,47(1):118-120.
- [21] Abdel-Halim RE, El-Faqih SR. Re: percutaneous management of calculi within horseshoe kidneys[J]. J Urol,2005,174(6):2424.
- [22] 张艳斌,林政,陈军,等. 微创经皮肾穿刺取石术治疗马蹄肾结石[J]. 安徽医学,2008,29(3):309-310.
- [23] Skolarikos A, de la Rosette J. Prevention and treatment of complications following percutaneous nephrolithotomy [J]. Curr Opin Urol,2008,18(2):229-234.
- [24] 李逊,徐桂彬,何永忠,等. 微创经皮肾取石术治疗孤立肾铸型结石的疗效观察[J]. 临床泌尿外科杂志,2009,24(9):653-655.
- [25] 季辉华,李云飞,张少峰. 先天性马蹄肾及其合并症的诊治分析[J]. 医学综述,2011,17(3):479-480.

(收稿日期:2013-02-21 修回日期:2013-05-12)