

2.3 护理满意度 观察组患者护理满意度明显高于对照组患者($P<0.05$),见表 2。

表 2 观察组与对照组患者接受不同护理方法后的
护理满意度比较[n(%)]

组别	n	满意	一般	较差
观察组	60	48(80.0)	10(16.67)	2(3.33)
对照组	60	30(50.0)	14(23.33)	16(26.67)
χ^2	—	5.723	4.735	6.342
P	—	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

3 讨 论

肝胆外科择期手术占整个外科择期手术的比重较大,其手术质量、患者预后也是影响整个医院医疗水平的重要部分。对于择期手术患者,存在一定时间的术前准备期,由于患者对于疾病缺乏系统的认识,加上对于手术风险过分担忧,对于预后的缺乏信心,导致择期手术患者心理压力巨大。同时,肝胆外科择期手术后,患者对于术后疼痛的心理准备不佳,疼痛导致其对手术效果产生质疑,部分患者甚至出现术后抑郁情绪,失去顺利康复的信心,严重阻碍手术效果的体现,降低术后完全康复概率^[6]。

对于肝胆外科择期手术患者来说,手术质量是决定患者状态的最重要因素,除此之外,护理方式的选择,护理质量的高低也是决定患者围术期质量的及其重要的组成部分。以往的护理方式对于患者的个性化关注不够,对于其心理状态的干预不足,随着护理科学的发展,人道主义精神已经全面贯彻在护理的各个环节中,健康宣教、心理干预、舒服护理三位一体护理模式也逐渐得到普及。

本文研究发现,观察组患者接受三位一体护理模式后其术后重度疼痛率为 5.0%,明显低于对照组患者的 26.67%,可见三位一体护理模式可以有效减轻患者的术后疼痛;王桂书等^[7-9]研究发现,整体护理模式能够明显缓解患者术前的焦虑情绪。本文研究也发现,观察组焦虑情绪和抑郁情绪明显低于

常规护理组,可见三位一体护理模式可以有效缓解患者的围术期负面情绪;同时从患者对护理质量的满意度分析,“三位一体”模式增强了患者对护理信任度,一定程度上化解了日益紧张的护患关系。

综上所述,对于肝胆外科择期手术患者,使用健康宣教、心理干预、舒服护理三位一体护理模式可以有效降低术后疼痛,缓解负面情绪,提高护理满意度,具有积极的临床意义,值得推广使用。

参考文献

[1] 肖艳玲,陈丽芬,林海清. 护理干预对开腹胆道探查术后患者疼痛的影响[J]. 中国现代医生,2012,50(11):121-122.

[2] 李红樱. 肝胆外科手术患者 100 例的心理护理[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(17):4166-4167.

[3] 王庆华,冯卫红,方秀新,等. 人性照护理理论与人文关怀在护理中的体现[J]. 解放军护理杂志,2007,24(5):53-54.

[4] 任巧玲,李书光,陈欣. 心理干预对消化道恶性肿瘤患者情绪障碍和生命质量的影响[J]. 中华实用护理杂志,2007,23(5):5-6.

[5] 胡仁芳. 肝胆外科手术术后患者的护理[J]. 临床合理用药. 2012,5(7):170-171.

[6] 李秋云,梁淑贞,陈玲. 肝胆外科手术后患者疼痛的护理[J]. 内蒙古中医药,2011,30(14):149-150.

[7] 王桂书,陈莉,李君惠. 心理干预对择期肝胆手术患者术前焦虑的效果分析[J]. 西部医学,2010,22(10):1947-1948.

[8] 郭晔,叶竹莲. 妇产科围术期感染的预防护理分析[J]. 中国性科学,2012,21(9):42-44.

[9] 李晓,王玉华. 糖尿病足的预防护理概况[J]. 检验医学与临床,2012,9(17):2206-2208.

(收稿日期:2013-01-23 修回日期:2013-06-01)

重症颅脑损伤术后呼吸机管理的意义分析

胡 淳(南京医科大学附属南京医院神经外科,南京 210006)

【摘要】 目的 探讨重症颅脑损伤后通过呼吸机建立人工气道对患者康复的意义。**方法** 回顾分析 2011 年 1 月至 2012 年 12 月 100 例颅脑损伤患者手术后给予呼吸机建立人工气道的临床资料 and 护理方法。**结果** 100 例患者中 10 例因损伤过重死亡,其中 1 例是由于呼吸机相关性肺炎死亡;85 例抢救成功恢复良好;5 例有肺部并发症,其中 1 例为植物人。**结论** 对于重症颅脑手术后的患者保持呼吸道通畅,密切观察患者各种生命体征的变化,做好基础护理,预防感染,可提高患者的生存率。

【关键词】 重症颅脑术; 呼吸机; 感染; 生存率

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.070 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)22-3069-03

颅脑损伤是神经外科常见威胁人们生命的急性创伤,大部分是由于车祸、高处坠落或者殴打导致的,致死率和致残率很高。由于颅脑损伤患者就诊时常常处于昏迷状态,颅内压增高,呕吐、恶心等容易造成患者呼吸困难和感染。因此重症颅脑损伤患者首要处理措施是要保证患者呼吸道通畅,从而达到

脑部及机体组织供氧,减少后遗症的发生。因此呼吸机的应用对于保证患者的呼吸通畅、改善脑缺氧,减轻脑水肿及挽救生命具有重要作用。呼吸机的使用不是固定的,是需要根据不同患者的具体情况设置不同的模式。因此护理人员正确使用呼吸机对于提高患者的生活质量、延长生存时间、减少并发症具

有重要作用。作者通过对颅脑损伤患者手术后给予呼吸机建立人工气道并精心护理进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2011 年 1 月至 2012 年 12 月神经外科收治的重症颅脑损伤的患者 100 例,其中男 54 例,女 46 例,年龄 24~65 岁,平均(44.3±7.8)岁,车祸 43 例,高处坠落 21 例,殴打致伤 20 例,其他 16 例,患者入院时全部都有持续的昏迷,持续时间约为 8 h 至 24 d。所有的患者都给予呼吸机建立人工气道。

1.2 方法

1.2.1 人工气道的建立 为保证呼吸道通畅,防止胃内容物或分泌物误吸,对于术前有脑疝形成,呼吸节律不整、频率超过 25 次/分,监测显示低氧血症,均在准备手术的同时给予呼吸机辅助呼吸,在机械通气时保持 $\text{PaO}_2 \geq 10.76 \text{ kPa}$ 。 PaCO_2 持续在 4.0 kPa,因为过度换气可以恢复脑血管的自动调节功能,加强氧化代谢及对抗病理性的血流动力学异常,降低颅内压^[1]。

1.2.3 呼吸机呼吸模式的选择 呼吸机的参数是根据不同患者的具体情况量身确定的,因此上机前认真评估患者伤情及呼吸状态很关键,一般采用同步间歇指令通气(SIMV)。这种通气方式可以使患者的自主呼吸与机器的被动呼吸结合起来,有利于保证患者足够的通气量;这样可以使患者适当地进行自主呼吸,使患者的肌肉得到运动而不至于萎缩,同时避免了对机械通气的依赖;当患者的 CO_2 分压过低或过高时可以通过调节自主呼吸进行纠正,避免酸碱代谢失衡。

1.3 护理措施

1.3.1 上机前护理 上机前对患者及家属进行相关知识的指导,对于上呼吸机的目的、过程及注意事项进行说明,取得患者及家属的配合,在确认呼吸机没有运行障碍时,根据患者的具体情况设置呼吸参数的设定。

1.3.2 密切观察机械通气的情况 对患者接通呼吸机后,要密切关注患者的血气指标、血氧指标等,并根据患者的情况实施适当的处理,通知要关注呼吸机是否正常运转,以防机器出现故障,危及患者生命^[2]。

1.3.3 吸痰护理 对于人工通气的患者来讲,吸痰对于保持呼吸道的通气功能非常重要,吸痰是一种侵入性的操作,对于患者的呼吸道会造成不可避免的损伤,所以吸痰时间的选择及方式和手法很关键。传统的护理观念是每日定时给患者进行吸痰,所以达不到理想的效果,目前临床上大都是通过护理人员适当的查房及家属的配合可以根据患者的吸痰需要进行操作。如果患者出现气道压力升高、患者呛咳、痰鸣音、听诊肺部湿啰音、动脉血氧分压下降时,给予患者吸痰。同时,吸痰后给予适当的氧气吸入,防止出现低氧血症。吸痰的过程要非常注意,吸痰管要选择直径大小合适的软管,操作时动作和缓轻柔,避免损伤气道;吸痰的过程要无菌操作,使用一次性的吸痰管;吸痰时要密切观察患者的状态,如果患者出现缺氧、呛咳等症状,应立刻停止吸痰并给予氧气吸入^[3]。

1.3.4 气道湿化护理 使用呼吸机后患者的自主呼吸受到了限制,正常呼吸道的湿化、滤过功能消失,气管、支气管内纤毛的功能遭到破坏,容易使黏膜干燥,气道水分丢失过多,痰液甚至结成痰痂不易排出,时间长了容易增加肺部感染的概率;同时肺泡表面的活性物质遭到破坏,使肺的顺应性下降,造成缺

氧,也有可能会导致呼吸道阻塞,所以必须通过人工护理给气道加湿。控制室内湿度为 60%~70%,同时给予气管套管外覆盖无菌纱布,保持纱布的湿润,定期给患者翻身、拍背、促进痰液排出^[4]。采用湿热交换器(HME)+微泵持续气道湿化法进行气道湿化(简称改良法):(1)使用呼吸机(德国西门子)时按常规方法安装一次性呼吸回路;(2)接 HME 及人工气道延长管,用一次性 50 mL 注射器抽取湿化液;(3)连接一次性延长管,将延长管的前端通过人工气道延长管橡皮帽中央小孔插入气管插管内 6~8 cm,微量泵控制持续气道内湿化;(4)湿化速度以痰液黏稠度Ⅱ度为适中,调节 8~12 mL/h,每次更换液体时更换注射器,延长管每日更换^[5]。

1.3.5 预防呼吸机相关性肺炎的护理 重度颅脑损伤患者的最重要的并发症就是感染,尤其是给予呼吸机机械通气的患者比较容易发生呼吸机相关性肺炎(VAP),其发生率为 8%~28%,病死率达 24%~76%,呼吸机相关肺炎的发生延长了患者使用呼吸机辅助呼吸的时间和在重症监护室停留的时间,从而增加了患者额外的医疗费用,同时也加大了死亡的风险。因此有效的控制呼吸机相关性肺炎在机械通气的护理中具有重要的作用。针对这种情况作者对呼吸机使用的患者进行了集束化护理,即运用循证医学,将目前认为有效的护理措施结合在一起,给予患者最好的护理。一是严格无菌操作和洗手制度,护理人员的手接触不同的患者和可能引起感染的物品,因此手部清洁是预防 VAP 的简单可行的措施。二是对患者采取头高位 30°,肠内营养时要注意不可发生反流。三是加强对呼吸机管道的护理,有研究表明呼吸环路是细菌寄居的位置,呼吸机里面的冷凝水是最容易污染的。因此要及时的处理收集瓶中的水,防止冷凝水反吸入肺,湿化器使用灭菌蒸馏水并且要每日更换。四是在进行气道湿化的过程中要注意气道的温化,保持气道内的温度为 35~37℃,最大限度地减少管道内的冷凝水,防止 VAP 的发生^[6]。

1.3.6 给予适当的营养供给 患者上呼吸机后能量消耗增加,应该给患者补充足够的营养,维持机体的需求同时提高患者的免疫力,给予患者高蛋白高维生素和适量微量元素的饮食,对于患者的康复具有很重要的作用。

1.3.7 注意患者的心理支持 患者醒来后会出现恐惧、焦躁、不安等表现,及时跟患者进行沟通,采用语言与非语言的方式跟患者进行交流,让患者体会到帮助、关心和安慰,使其能够配合医疗护理活动,争取好的治疗效果。

2 结果

100 例患者中 10 例因损伤过重死亡,其中 1 例是由于呼吸机相关性肺炎死亡,85 例抢救成功恢复良好,5 例有脑部并发症,其中 1 例为植物人。

3 小结

颅脑损伤患者的病情比较危急,随时会发生不可预知的问题,病死率和残疾率很高,是神经外科常见的重症,患者常常处于昏迷状态,呼吸不畅,脑部供氧不足,因此机械通气对于路脑外伤的患者的抢救非常重要。因此针对呼吸机的护理措施要根据不同患者的情况给予个性化的处理,改善患者脑部及机体供氧,预防并发症,提高患者康复的概率。

参考文献

[1] 张秀卿,张涛,连烨,等.机械辅助呼吸在重型颅脑损伤患

者围术期应用体会[J]. 中国实用医药, 2011, 6(33): 65-66.

[2] 姜玲, 于金华, 冷灵. 神经外科颅脑损伤患者机械通气临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(4): 63-65.

[3] 温兰. 机械通气治疗重型颅脑损伤的护理进展[J]. 右江医学, 2012, 40(2): 261-265.

[4] 陈玲, 周贤英, 何智, 等. 重度颅脑损伤的气道监测护理干预[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(25): 4848-4850.

[5] 孙玉姣, 高敏, 张银. 两种气道湿化方法对呼吸机相关性肺炎发生率的影响[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(9): 784-786.

[6] 盛茜, 刘汉. 呼吸机相关性肺炎的集束化护理[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(11): 1039-1041.

(收稿日期: 2013-01-23 修回日期: 2013-04-29)

急性闭角型青光眼围术期的护理体会

夏 震(南京医科大学附属无锡市人民医院眼科, 江苏无锡 214023)

【摘要】 目的 探讨急性闭角型青光眼围术期的护理方法。**方法** 选取 2010 年 3 月至 2012 年 9 月在该院眼科住院治疗的急性闭角型青光眼患者 42 例, 随机分为观察组和对照组各 21 例。对照组给予常规护理, 观察组在此基础上给予舒适护理, 比较两组护理效果。**结果** 经过不同方法护理后, 观察组患者治疗依从性、视力提高、眼压控制及并发症发生率均明显优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对急性闭角型青光眼患者采用舒适护理, 可以提高患者治疗依从性, 降低眼压, 提高患者的视力, 且并发症少, 值得在临床上应用和推广。

【关键词】 急性闭角型青光眼; 围术期; 眼压
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 22. 071 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)22-3071-02

急性闭角型青光眼是一种眼压急剧升高, 同时伴有视神经、视野损害的一种常见致盲性眼病^[1-2]; 多见于 50 岁以上的妇女, 男女发病比例约为 1: 2, 多为双眼同时或先后发病, 与遗传因素有关^[3]。近年来由于高负荷的工作、长时间用眼过度以及生活不规律, 急性闭角型青光眼的发病率明显上升, 已经成为仅次于白内障的第二大致盲性眼病。急性闭角型青光眼的发病机制和病理生理过程还不清楚, 仍然是眼科治疗的难点之一^[4]。近年来, 随着人工晶体植入联合小梁切除术的应用, 使急性闭角型青光眼的手术治疗获得了突破性进展^[5]。本文对 2010 年 3 月至 2012 年 9 月在本院眼科住院治疗的 42 例急性闭角型青光眼患者采用舒适护理, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 3 月至 2012 年 9 月在本院眼科住院治疗的急性闭角型青光眼患者 42 例, 随机分为观察组和对照组各 21 例。观察组男 8 例, 女 13 例, 共 23 眼, 年龄 26~78 岁, 平均(59.2±9.6)岁, 视力 0.05~0.3, 平均眼压(32.50±8.60) mm Hg; 对照组男 7 例, 女 14 例, 共 22 眼, 年龄 25~76 岁, 平均(58.3±10.7)岁, 视力 0.05~0.3, 平均眼压(33.55±7.20) mm Hg。所有患者均符合急性闭角型青光眼的诊断标准: 有不同程度的房角粘连, 前房中轴变浅, 局部缩瞳剂治疗无效, 局部睫状肌麻痹剂治疗后病情缓解, 并排除脉络膜出血和渗出、晶状体半脱位和单纯瞳孔阻滞。两组患者性别、年龄、视力、眼压及病情程度等其他一般资料相比差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 所有患者术前给予 20% 甘露醇静脉点滴后充分散瞳, 2% 利多卡因球后麻醉, 按摩眼球。术后第 2 天局部应用散瞳药、激素、抗菌药物及非甾体类眼药水, 包扎 3 d。对照组给予常规护理, 观察组在此基础上给予舒适护理。

1.2.1 环境舒适 在患者居住的病房内摆放绿色植物, 悬挂风景画等, 为患者提供安全、舒适、温馨、整洁的治疗环境, 使患者在住院期间保持最佳的心理状态。

1.2.2 心理舒适 护理人员应耐心倾听患者的倾诉, 加强与患者的沟通与交流, 增加患者对医护人员的信赖, 消除紧张、焦

虑的不良情绪, 树立战胜疾病的信心, 积极主动地配合治疗过程。

1.2.3 眼部舒适 手术后给予患者佩戴合适的眼罩, 轻柔擦拭眼部分泌物; 对于术后眼压较高的患者, 可教会其眼球按摩方法, 适度按压 5 s 停 5 s, 重复 8~10 次, 每天 2~3 次, 切记用力过猛。

1.2.4 睡眠舒适 创造良好的睡眠环境, 将监护仪器等设备的声音尽量减到最低; 根据患者病情、情绪状况、睡眠状况等合理安排病房, 避免患者间的相互干扰; 夜间护理工作应该尽量避免在患者有效睡眠时间内进行。

1.2.5 饮食舒适 建立规律的饮食习惯, 给予高蛋白、富含维生素 A、B、C、E 等抗氧化类食物, 维持机体日常的消耗; 科学饮水, 避免喝浓茶、咖啡、吸烟、酗酒, 以免对眼部造成刺激。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析。组间比较采用 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 两组患者治疗依从性比较 观察组患者完全依从 13 例, 部分依从 6 例, 不依从 2 例, 依从率为 90.5%; 对照组患者完全依从 9 例, 部分依从 5 例, 不依从 6 例, 依从率为 71.4%。观察组依从率明显高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者视力、眼压恢复及并发症情况 观察组患者视力提高、眼压控制及并发症发生率均明显优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者视力、眼压恢复及并发症情况[n(%)]				
组别	<i>n</i>	视力提高	眼压(10~21 mm Hg)	并发症
观察组	21	19(90.5) [#]	20(95.2) [#]	1(4.8) [#]
对照组	21	14(66.7)	16(76.2)	4(19.4)

注: 与对照组相比, [#] $P<0.05$ 。

3 讨 论

急性闭角型青光眼是一种严重的致盲性眼病, 属于眼科急