

常模比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨 论

唇腭裂病因目前尚未完全明确,但多数专家学者及传统观点均认为遗传因素占据重要位置,同时与环境诱变因素也有较为密切的关系。在人类胚胎早期,病毒感染、化学药物、放射线、毒物以及环境污染、缺氧、营养不良、妊娠反应等外界环境因素均与该病的发生有着不可分割的关系^[9]。唇腭裂患儿的出生,将对家长产生较为沉重的精神打击,使之产生较为严重的失望、悲伤、抑郁、焦虑以及罪恶感等不良情绪,相关专家学者将此称之为“打击综合征”^[10]。随着患儿年龄的增长,家长对患儿前途的担忧以及治疗的经济负担等均可产生多重精神压力,从而使患儿家长产生各种心理异常。

由于家长的心理状况对患儿是否能够接受正规治疗起着重要的作用,同时因唇腭裂的先天畸形以及容貌的异常均可对患儿自身产生较大不利影响,而此时家长的心理状态将对患儿的心理、社会行为及其人格的形成和塑造产生重要影响。同时也是患儿能否正确认识该病,树立正确的人生观、世界观以及是否能够建立正常的精神心理感受的关键因素^[11-12]。相关研究证实,家长的负性心理及消极态度可能造成患儿的自尊、性别认同等心理缺陷;家长的焦虑或抑郁可在早期诱发患儿的不安全感,最终导致患儿抑郁情绪的产生。本研究结果显示,94 例患儿的家长均存在不同程度心理问题,其心理护理干预前 SDS 及 SAS 量表评分均明显高于国内常模,差异有统计学意义($P<0.01$);经过上述心理护理干预措施的实施,SDS 及 SAS 量表评分均明显降低,差异有统计学意义($P<0.01$),且干预后评分与国内常模比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。该结果说明,唇腭裂患儿家长的心理问题属于普遍存在的现象,需引起医务人员的重视。

综上所述,唇腭裂患儿家长普遍存在不同程度心理问题,且可因此影响患儿的心理健康,但对其家长实施合理的心理护理干预,将在很大程度上减轻其心理压力,改善其心理状况,对于患儿积极接受正规治疗及健康成长具有重要意义。

参考文献

- [1] 王萍兰,许乐.唇腭裂患儿家长健康状况及护理干预研究进展[J].中国护理管理,2012,12(4):91-93.
- [2] 黄瑞银.小儿唇腭裂护理研究进展[J].中国民康医学,2012,24(8):1003-1004.
- [3] 沈平,陈瑜,黄敏.先天性唇腭裂患儿家长的心理状态与护理对策[J].中华现代护理杂志,2009,15(11):1040-1041.
- [4] 张仁华,吴正华.唇腭裂患者家长心理状态及干预效果[J].山东大学学报:医学版,2008,46(9):925-926.
- [5] 陈庆珊,唐世杰,林子漩.全人照护模式对唇腭裂患儿家长焦虑心理的影响[J].中华现代护理杂志,2011,17(8):936-938.
- [6] 董萍.心理护理在唇腭裂修复术中的应用[J].中国美容医学,2012,21(8):283-284.
- [7] 陈艳.唇腭裂患者 1344 例心理护理体会[J].基层医学论坛,2012,16(18):2374.
- [8] 秦安兰.医务社会工作者对唇腭裂患儿家长的社会心理支持服务[J].福建医科大学学报:社会科学版,2013,14(1):17-20.
- [9] 何洁,王斌.先天性唇腭裂发病因素研究进展[J].中国临床研究,2012,25(5):499-501.
- [10] 袁巧敏.先天性唇腭裂患者的心理关怀及护理[J].医药论坛杂志,2009,30(21):126-127.
- [11] 龚彩霞,熊茂婧,吴敏.唇腭裂患者及其家长的心理特点与心理护理[J].国际口腔医学杂志,2010,37(4):413-416.
- [12] 龚彩霞,郑谦,石冰.唇腭裂患儿家长心理治疗前后的量表分析及评估[J].华西口腔医学杂志,2011,29(1):36-38.

(收稿日期:2013-10-08 修回日期:2013-12-16)

持续低负压吸引治疗自发性气胸的观察及护理分析*

刘慧敏¹,罗雪花²,王 瑶¹,梁 军¹(1.广东省深圳市龙华新区人民医院 518109;
2.广东省深圳市恒生医院 518102)

【摘要】 目的 探讨持续低负压吸引治疗自发性气胸的临床效果及护理方法。**方法** 选择 80 例自发性气胸患者为研究对象,随机分为对照组和观察组。对照组普通胸管负压引流,观察组采用中心静脉导管持续低负压吸引治疗。两组治疗后均给予综合护理干预。比较两组治疗效果,气胸消失情况及肺复张时间。**结果** 观察组治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组肺气胸消失比例明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组肺复张时间明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 持续低负压吸引治疗自发性气胸,缩短肺复张时间,促进气胸消失。

【关键词】 持续低负压吸引; 自发性气胸; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)09-1274-03

自发性气胸是指由于肺部疾病使肺组织及脏层胸膜破裂,或靠近肺表面的细微气肿泡破裂,肺及支气管内空气逸入胸腔而引起的疾病^[1]。以男性青壮年,或合并有慢性支气管炎、

肺结核患者为多见。患者常有突发性胸痛,呼吸困难,胸闷等临床症状,严重者可发生休克而危及患者生命^[2]。本研究对 80 例自发性气胸患者,给予持续低负压吸引治疗,并给予综合

* 基金项目:广东省深圳市宝安区科技计划资助项目(20110495)。

护理干预,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 6 月至 2013 年 6 月深圳市恒生医院 80 例自发性气胸患者,均经胸部 X 线片确诊。将 80 例患者随机分为对照组和观察组,每组各 40 例。观察组男 27 例,女 13 例;年龄 19~38 岁,平均(31.5±4.5)岁;发病时间 6 h 至 25 d,平均(12.4±2.1)d。对照组男 28 例,女 12 例;年龄 18~39 岁,平均(31.2±4.6)岁;发病时间 6 h 至 24 d,平均(12.3±2.3)d。两组患者性别、年龄、发病时间等一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用普通管引流治疗,常规消毒、铺巾及局部麻醉后,于穿刺点做 1.5~2.0 cm 的皮肤切口,依次分离皮肤、皮下组织、肋间肌、胸膜后,置入普通胸管于胸腔内,缝扎固定于胸壁皮肤上,然后将胸管连接水封瓶。观察组采用持续低负压吸引治疗。取患者半卧位,选择患侧锁骨中线外侧第 2 肋间或腋前线第 4~5 肋间为穿刺部位,消毒局部皮肤并行局部麻醉后,做与肋骨上缘平行长约 2~3 cm 切口切开皮肤,逐层分离至胸膜腔,插入 Y 型穿刺针,退出针芯另一侧孔插入中心静脉导管,再退出 Y 型穿刺针,用双钳夹住中心静脉导管,缝合皮肤并固定中心静脉导管。打开胸腔闭式引流瓶,倒入无菌生理盐水,调节负压至-1~-1.5 kPa,连接水封瓶及负压吸引器,连接胸腔中心静脉导管,松开血管钳,可见大量气泡溢出。治疗过程中询问患者有无胸闷、气促等不适症状发生,根据引流情况对负压吸引进行微调。

1.3 护理方法 两组均给予吸氧改善低氧血症,提高血氧张力,保持大便通畅,饮食指导等综合护理干预,具体方法如下。

1.3.1 密切观察患者病情变化 治疗过程中,注意观察患者有无胸闷、气促症状出现,观察双肺呼吸音是否一致,注意检查气管是否居中。在负压吸引的早期,患者气促症状减轻,紫绀好转,呼吸音恢复,即为负压吸引有效。患者有呼吸困难,咳嗽、心悸等症状出现,则提示可能有复张性肺水肿发生。此时应暂停负压吸引,通知医生处理^[3]。

1.3.2 引流管的护理 治疗前做好患者的沟通交流工作,使患者知晓中心静脉导管引流的优势及引流中注意事项。备好负压吸引装置,检查装置的压力表灵敏度,调节好负压。治疗过程中根据患者病情变化,缓慢调节负压。保持水封瓶内氯化钠溶液 12 cm H₂O 线处。治疗过程中注意询问患者的主观感受及病情变化,负压最大不超过-11 mm Hg,以避免损伤肺组织或导致患者胸痛^[4]。

1.3.3 并发症护理 低负压吸引治疗的主要并发症为胸痛、咳嗽等。因解剖结构特殊,胸部置管较其他部位疼痛更明显。负压吸引时负压过大可导致患者胸痛,护理人员应调节负压后,观察患者疼痛有无减轻。如疼痛仍未减轻,应考虑为胸管插入过长,肺膨胀后刺激引起。告知医生处理。对于咳嗽患者,取半卧位,以保持呼吸道通畅,利于气体排出,鼓励患者有效咳嗽,但不可用力过猛,有必要时给予超声雾化吸入排痰治疗^[5-6]。

1.3.4 饮食护理 指导患者进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化的食物,多食蔬菜、水果,每天行腹部顺时针按摩,以促进胃肠蠕动,维持大便通畅。

1.4 疗效标准 疗效判断标准参考王群等^[7]的相关标准进行,即:经治疗后,患者肺完全复张,气体消失为显效;经治疗后,患者肺部分复张,气体较治疗前减轻为有效;经治疗后,患者气胸与治疗前相比无变化或加重为无效。总有效率=(显

效+有效)/总例数×100%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 观察组治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 1 两组治疗效果比较(n 或%)

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	10	20	10	75.0
观察组	18	17	5	87.5
χ^2	—	—	—	3.889
P	—	—	—	<0.05

注:—表示无数据。

2.2 两组治疗后气胸变化及肺复张时间比较 观察组肺气胸消失比例明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组肺复张时间明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗后气胸变化及肺复张时间比较

组别	气胸消失 [%(n/n)]	气胸无变化 [%(n/n)]	肺复张时间 ($\bar{x}\pm s, d$)
对照组	62.5%(25/40)	37.5%(15/40)	7.4±1.2
观察组	90%(36/40)	10%(4/40)	5.1±0.8
χ^2 或 t	8.164	4.689	5.167
P	<0.01	<0.05	<0.05

3 讨论

自发性气胸为呼吸系统常见疾病之一,选择合适的排气方法需根据气胸类型,肺萎陷程度及肺功能状况综合确定^[8]。对于呼吸困难明显,肺压缩程度较大的不稳定性气胸患者,应尽早行胸腔闭式引流,肺复张不满意时可给予负压吸引^[9]。

负压吸引可通过留置胸导管经负压装置抽吸积气,使肺尽快膨胀,以保证气体在肺内交换的正常进行,从而促进静脉向心回流。持续负压吸引可避免胸腔闭式引流由于胸腔负压消失导致肺无法复张,而造成拔管时间延长而不得不行胸肺修补术等弊端^[10]。本组采用中心静脉导管代替胸腔闭式引流管联合持续低负压吸引,强度适宜,吸引速度缓和,可更好地改善胸腔负压,利于气体从胸腔内排出,促进肺复张,促进胸膜腔闭合,预防纵膈移位及肺受压,易于被年老体弱者接受,不损伤肋间血管,不引起继发性血胸。体表部分固定容易,开闭方便,不影响胸部活动,可减少皮下气肿、肺水肿、感染等不良反应的发生率。使用负压吸引后,应密切观察水封瓶的情况,水封瓶无气泡冒出且透视证实肺已复张的患者,可夹住引流管,停止负压吸引,观察 2~3 d 后,气胸未复发即可拔出引流管。

观察组在给予持续负压吸引后,注意保持引流管道通畅,预防及处理各种并发症,给予加强饮食护理,结果显示,治疗效果明显优于普通胸管负压引流,治疗后气胸消失比例明显高于普通胸管负压引流,肺复张时间更早。提示中心静脉导管持续低负压吸引治疗自发性气胸疗效明显。

综上所述,持续低负压吸引治疗自发性气胸,缩短肺复张时间,促进气胸消失。术后护士密切观察患者病情变化,严格

行引流管管理,预防及处理各种并发症,取得患者的充分合作,护理服务质量佳,值得临床推广。

参考文献

[1] 王惠萍,李建华.非手术胸膜固定治疗反复发作自发性气胸的护理探讨[J].中国临床研究,2011,24(10):956.

[2] Myšíková D,Simonek J,Stolz A,et al. Reexpansion pulmonary oedema after drainage of a long-term spontaneous pneumothorax-a case report[J]. Rozhl Chir,2013,92(6):333-336.

[3] 郭盛梅,李秋云.自制闭式引流瓶负压吸引治疗老年自发性气胸的护理[J].护士进修杂志,2008,23(14):1329-1330.

[4] Vachev AN,Adyshirin-Zade ĖĖ,Frolova EV,et al. Optimization of surgical tactics in treatment of spontaneous pneumothorax[J]. Khirurgiia(Mosk),2013(6):26-28.

[5] Kawashima M,Murakawa T,Takahashi T,et al. Secondary spontaneous pneumothorax due to a ruptured bulla at a

left-sided azygoesophageal recess in a patient with right aortic arch[J]. Kyobu Geka,2013,66(7):563-565.

[6] 徐敏,文玉兰.持续低负压吸引治疗自发性气胸的观察与护理[J].现代医药卫生,2008,24(9):1296-1297.

[7] 王群,夏秋江,屈红.持续负压引流治疗老年自发性气胸 43 例疗效观察与护理[J].齐鲁护理杂志,2012,18(11):56-57.

[8] 俞彩仙,诸海英.低负压吸引治疗自发性气胸 51 例的观察与护理[J].中国误诊学杂志,2011,11(33):8306-8307.

[9] Beydilli H,Çullu N,Kalemcı S,et al. A case of primary spontaneous pneumothorax, pneumomediastinum and subcutaneous emphysema following cough [J]. Tuberk Toraks,2013,61(2):164-165.

[10] 丁艳聪.负压吸引闭式引流在液气胸患者中的应用及护理[J].护理实践与研究,2008,5(17):16-17.

(收稿日期:2013-10-08 修回日期:2013-12-15)

检验与护理沟通对分析前质量控制的影响因素探讨

黎 霞¹,王曦晖²(四川省崇州市人民医院:1. 手术室;2. 检验科 611230)

【摘要】 目的 分析检验标本采集中存在问题,探讨有效干预措施,提高标本采集质量。**方法** 对检验科不合格标本进行原因分析,针对问题进行相应的干预。**结果** 通过加强护理与检验科沟通、教育、培训学习后,各类标本不合格率明显下降,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 通过加强护理人员与检验科沟通完善标本采集手册、加强培训,落实标本采集各个环节控制,对提高标本送检质量有重要意义。

【关键词】 沟通; 分析前质量控制; 影响因素
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)09-1276-02

一个准确的检验结果是要经过分析前、中、后三个阶段的质量控制才能得到。目前多数实验室建立了较为完善的分析中和分析后的质量控制制度,但分析前阶段的质量控制由于存在实验室难以掌控的影响因素是个薄弱的环节^[1]。ISO15189 对分析前过程定义为:按时间顺序,始于临床医生提出检验申请,止于分析前检验程序启动,包括检验申请、患者准备、原始标本采集,运送到实验室的过程。临床反馈不准确的检验结果最终约 80%可溯源至分析前质量不合格^[2]。因此分析前质量控制是我国临床检验质量管理最薄弱、最易出现问题,潜在影响因素最多、最难控制的环节。为了解本院分析前阶段不合格标本的成因,提高标本采集合格率,加强分析前质量控制,现对 2011 年 1 月至 2012 年 12 月不合格标本进行了统计分析,并从 2012 年 1 月起通过检验科对全院护理单元进行沟通干预,取得了良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 1 月至 2012 年 12 月本院护理单元采集、护工收送检验科所有血液、体液、分泌物标本数和不合格标本数。检验科与临床护量单元沟通干预前、后共采集标本 616 800 例,其中不合格标本数 5 823 例,占 0.94%。

1.2 方法 检验科和护理部共同成立标本监测小组,对送检标本进行全程监控,查对验收。并定期对不合格标本进行统计,查找原因,针对问题,采取相应干预措施,加强护理人员与检验科沟通,将干预前(2011 年 1~12 月)与干预后(2012 年 1~12 月)结果进行对比分析。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,计数资料以率表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 干预前、后不合格标本例数比较 干预前共采集标本 292 100 例,其中不合格标本数 3 758 例(1.29%);干预后共采集标本 324 700 例,其中不合格标本数 2 065 例(0.64%)。干预前、后比较,差异有统计学意义($\chi^2=682.7, P<0.05$)。

2.2 干预前、后不合格标本原因构成及检验科科室分布 不合格标本中溶血、凝血占了绝大多数。在检验科科室分布中,细菌室、生化室和血液室不合格率较高,血液室和生化室主要是因为标本采集凝固,细菌室主要为标本污染和不符合规定。见表 1、2。

表 1 干预前、后不合格标本原因构成[n(%)]

内容	干预前(n=3 758)	干预后(n=2 065)
溶血	757(20.14)	353(17.09)
脂血	1 056(28.10)	721(34.92)
标本凝固	458(12.19)	303(14.67)
标本少	375(9.98)	125(6.05)
条码不清	158(4.20)	71(3.44)
采错标本	65(1.73)	20(0.96)
标本污染	235(6.25)	140(6.78)
采集前准备不正确	654(17.40)	332(16.08)