

患者冥想,通过平复心境缓解抑郁<sup>[5]</sup>。另外,护士指导患者行肌肉放松训练<sup>[6]</sup>,即让患者取平卧位,取舒适体位,让其颈部、胸部、腹部、腰部、上肢及下肢各肌肉依次放松,每次持续 15 min,每天 1 次。

**1.2.4 恢复期护理** 护士一方面着重讲解造瘘口护理技巧和注意事项,另一方面考虑医患之间的知识不对等性,患者在操作方面的能力存在不足,护士应采取以身示范的方法,逐一讲解操作流程。主管护士召开座谈会,邀请家属参与,并向家属介绍人造肛门的家庭护理要求和注意事项。

**1.3 观察项目** 本组患者在人为关怀护理干预前及干预后第 7 天末均接受焦虑自评量表(SAS)及健康状况调查问卷(SF-36)量表测评,记录数据并做好前后对比。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS17.0 统计学软件进行处理,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用 *t* 检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 患者干预前、后 SAS 评分比较** 患者实施人为关怀护理干预后的 SAS 评分(54.12 ± 9.61)分低于干预前(41.54 ± 10.01)分,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.2 患者生存质量情况在干预前、后的比较** 患者在人为关怀护理干预后的生理、心理、社会方面的生活质量评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 患者生存质量情况比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

观察项目	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
生理机能	36.2 ± 6.5	65.4 ± 5.1	2.214	<0.05
生理职能	26.2 ± 4.8	42.3 ± 4.8	3.654	<0.05
躯体疼痛	28.8 ± 6.4	44.2 ± 5.6	3.247	<0.05
一般健康状况	27.9 ± 3.8	44.3 ± 4.6	5.874	<0.05
精力	31.1 ± 6.8	66.8 ± 5.3	5.247	<0.05
社会功能	27.5 ± 6.2	46.2 ± 5.7	4.479	<0.05
情感职能	32.2 ± 6.7	67.3 ± 4.1	5.364	<0.05
精神健康	58.5 ± 10.1	78.7 ± 11.2	6.398	<0.05

## 3 讨论

本研究中患者经过人文关怀护理干预后,其心理状况、生存质量明显优于干预前( $P < 0.05$ )。作者分析原因如下:(1)术前,主管护士通过介绍疾病的发生、发展、手术方式及人工肛

门的用途,让患者形成正确认知,缓解焦虑。(2)术后,护士采取心理学技巧,鼓励患者宣泄情感,并给予情感安抚。另外,通过发动家属的支持力量,使患者获得更多社会支持。通过人工肛门的护理技巧及操作手法的讲解,便于患者出院后自行护理。这在一定程度能减轻焦虑情绪,提高技能,最终提高生存质量<sup>[7]</sup>。(3)护士指导患者行放松训练,提高人体儿茶酚胺的释放量<sup>[8]</sup>,最终可提高心理耐受力。(4)护士考虑到家属对人工肛门的护理需求,召开座谈会,在会中详细介绍人工肛门更换事宜,并进行亲自示范,提高家属的操作技能。借助患者对人工肛门认知度和操作熟练度的增加,改善消极情绪,提高生活质量。随着人文关怀精神在护理全程中的贯彻,使心理舒适度和满意度得以提升,利于患者配合治疗,并提高治愈信心。

综上所述,实施人文关怀护理能改善直肠癌患者的消极情绪,提高护理满意度及生活质量。

## 参考文献

- [1] 曾晓英,李如竹,江跃华. 护生人文关怀能力培养的实践教学[J]. 护士进修杂志,2010,25(5):420-421.
- [2] 韩刚,王以东,曹羽,等. 直肠癌腹腔镜与开腹根治术的远期疗效及安全性评估[J]. 现代生物医学进展,2013,13(8):1511-1513.
- [3] 秦光远,黄桂林,邵建强. 结直肠癌术后吻合口瘘危险因素分析[J]. 现代生物医学进展,2010,10(4):774-776.
- [4] 王永丽,齐桂兰,白甲顺. 直肠癌根治术患者全程优质护理服务体会[J]. 护理研究,2012,26(11):1029-1030.
- [5] 蒋宇. 护患共同参与模式对 Miles 术后结肠造口患者生活质量的影响[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(16):54-55.
- [6] 李红,夏伟芬,叶津,等. 低位直肠癌骶前切除加预防性回肠造口的护理[J]. 护士进修杂志,2013,28(8):728-729.
- [7] 吴湘玉. 直肠癌柱状经腹会阴切除术的手术护理配合[J]. 护士进修杂志,2011,26(16):1504-1505.
- [8] 王芳. 持续性的人文关怀理念在 ICU 护理中的应用效果分析[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(36):17-18.

(收稿日期:2013-09-12 修回日期:2013-11-20)

# 护士技能培训前后患者血糖床旁检测结果准确性比较

白利洁<sup>1</sup>,许丽霞<sup>1</sup>,赵志红<sup>1</sup>,闫翠环<sup>2△</sup>,马京华<sup>2</sup>,陈金金<sup>2</sup>,刘云肖<sup>2</sup>(1. 河北省人民医院耳鼻喉科,石家庄 050051;2. 河北中医学院中西医结合学院护理教研室,石家庄 050091)

**【摘要】 目的** 观察护理技能培训对患者床旁检测(POCT)末梢血糖值准确性的影响。**方法** 选择急诊重症监护室(EICU)护士 30 名,为危重症患者进行 POCT 血糖检测,同时检测静脉生化血糖,对结果进行比较分析;对 30 名护士进行 POCT 末梢血糖检测理论和技能培训,再为患者检测 POCT 末梢血糖,与静脉生化血糖比较。**结果** 培训后测得的 POCT 末梢血糖值(7.649 ± 3.102)mL/L 更接近生化血糖值(8.364 ± 2.626)mL/L,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 技能培训可以提高护士对危重症患者 POCT 末梢血糖值的准确性,对正确指导临床实施合理安全的诊疗措施起到积极的促进作用。

**【关键词】** 技能培训; 血糖值; 准确性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)09-1283-03

危重症患者在各种应激条件下常发生糖代谢异常,应激性高血糖症是危重患者病情严重的显著标志之一,也是影响糖尿

病预后的重要因素<sup>[1]</sup>。严格的血糖控制需要准确的血糖监测。床旁检测(POCT)血糖仪作为临床监测血糖的常用仪器,具有

△ 通讯作者, E-mail: yancuihuan1003@sina.com。

操作简单、携带方便、快速准确等特点<sup>[2]</sup>。但是,国内多数研究证实,POCT 血糖值的准确性与护理人员的操作因素有关<sup>[3]</sup>。为了提供准确、可靠的 POCT 血糖值,保证危重症患者血糖控制的有效性,本研究对相关护理人员进行了培训,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** 选择 2012 年 5~10 月河北省人民医院急诊重症监护室(EICU)护士 30 名,其中本科 20 名,大专 10 名;主管护师 5 名,护师 15 名,已注册护士 8 名,未注册护士 2 名。30 名护士均未接受过 POCT 血糖仪使用的专业培训,多数为通过口授或其他人示范的方式掌握操作方法。选择 2012 年 5~6 月 EICU 需要监测血糖的危重患者 30 例作为培训前组,选择 2012 年 7~10 月 EICU 需要监测血糖的危重患者 30 例作为培训后组。

### 1.2 研究方法

**1.2.1 资料收集** 每位护士分别检测一位培训前组的患者晨起 6:00 空腹 POCT 末梢血糖 1 次,同时采集该患者的静脉血送急诊化验室测静脉生化血糖 1 次,记录数据;然后,由护士长安排检验科专业技师对 30 名护士进行 POCT 血糖仪临床应用和管理的理论培训,并规范 POCT 血糖仪的操作步骤和方法。培训后再由每位护士分别检测一位培训后组的患者晨起 6:00 空腹 POCT 末梢血糖 1 次,同时采集该患者的静脉血送急诊化验室测静脉生化血糖,与培训前做对照。

**1.2.2 统计学处理** 使用 SPSS13.0 统计软件进行数据处理。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用 *t* 检验进行分析。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1** 培训后组患者的 POCT 末梢血糖值明显高于培训前组,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );与培训前组比较,培训后组患者的 POCT 末梢血糖值更接近实验室生化血糖值。见表 1。

表 1 两组患者 POCT 血糖值及与生化血糖值差值的比较( $\bar{x} \pm s$ , mmol/L)

组别	<i>n</i>	POCT 血糖值	生化血糖值	差值
培训前组	30	6.221±2.167	8.116±2.417	1.895±0.358
培训后组	30	7.649±3.102	8.364±2.626	0.715±0.224
<i>P</i>	—	<0.05	—	<0.05

注:“—”表示无数据。

**2.2** 经过系统培训,30 名护士操作 POCT 血糖仪较培训前明显规范,能做到仔细检查仪器和试纸情况,选择合适的采血位置,合理把握穿刺深度,并以自然流出的方式获得血液标本。见表 2。

表 2 培训前后操作规范状况比较(*n*)

观察内容	培训前	培训后
检测前检查血糖仪与试纸	1	30
乙醇待干后采血	23	30
选择指腹侧面采血	5	30
穿刺深度 2~3 cm	18	30
用挤压或按摩方式取血	29	0

## 3 讨论

POCT 血糖仪因其操作方便、快捷、实用而广泛应用于临

床。但临床多种因素都会影响或者干扰 POCT 血糖检测的准确性:(1)技术因素。包括测试时间选择是否合理准确;POCT 血糖仪的操作是否严格按照仪器的操作规程进行;消毒皮肤时,是否待乙醇完全挥发后再采血;采血量是否准确;采血方式是否正确等。(2)患者因素。如采血部位水肿;严重脱水;各种疾病导致的红细胞压积异常;血压过低等。(3)仪器与试剂因素。包括试纸与仪器是否匹配;仪器是否清洁;试纸是否过期或者变质等。(4)环境因素。包括病室温度、湿度等是否符合仪器的要求。(5)药物因素。以上诸因素中,除患者病情因素外,其余均可以通过规范操作以确保血糖检测结果的准确性。但是,统计数据表明,95%使用 POCT 血糖仪的非专业人员未经过专业培训<sup>[4-8]</sup>,POCT 血糖仪的临床使用中存在着许多质量管理问题<sup>[9-10]</sup>,护士的操作因素直接影响着 POCT 血糖值的准确性<sup>[3]</sup>,为保障医疗质量和安全,应根据《医疗机构便携式血糖仪管理和临床操作规范》的要求加强对 POCT 血糖仪的质量管理,并加强对仪器操作人员的培训。护士在危重症患者血糖控制中的重要的作用,决定了对护士对其进行相关知识的系统培训的必要性<sup>[11]</sup>。

通过河北省人民医院 EICU 关于 POCT 血糖检测的护理技能培训,严格了护士的操作规范,包括要保持血糖试纸与代码的一致性;注意试纸的有效期,试纸应保存在干燥、避光的环境,若受潮或长时间暴露在空气中会导致试纸失效<sup>[12]</sup>。在标本采集方面更加规范。首先,在乙醇待干后采血,避免了乙醇中的水分稀释血液而影响 POCT 血糖检测值的准确性;其次,在采血部位方面都选择指腹侧面而不是在指尖或指腹,减轻了患者痛感,避免由于疼痛刺激造成血糖值升高;再次,采血深度控制为 2~3 cm,减少血量不足对血糖值的影响;采血方式上避免了挤压或按摩,确保了血糖值的准确性。

综上所述,通过技能培训,危重症患者 POCT 末梢血糖值更接近实验室生化血糖值,为血糖仪检测结果的可靠性提供了保障,对临床制定安全、合理的诊疗方案起到了积极的促进作用。当然,POCT 血糖检测的准确性还需要其他质量保证措施和行之有效的管理规范,才能成为临床诊疗的真正依据。

### 参考文献

- [1] 王昕. 危重症应激性高血糖病人胰岛素强化治疗与护理的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(8): 972-974.
- [2] 贾建, 陈艳清, 肖翔, 等. 建立临床 POCT 血糖仪质量管理模式的实践与探讨[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(4): 465-466.
- [3] 张可嘉. 血糖 POCT 的质量管理及实施[J]. 中国医药指南, 2012, 10(26): 363.
- [4] 吕明瑜, 贾得军. 危重症患者的高血糖处理[J]. 亚太传统医药, 2013, 9(1): 80-81.
- [5] 黄洪, 朱大龙. 加强重症患者的血糖管理[J]. 中国实用内科杂志, 2010, 30(9): 790-792.
- [6] 谭建新, 关永东, 陈军. 短期胰岛素强化治疗危重症应激性高血糖的临床观察[J]. 岭南急诊医学杂志, 2009, 14(2): 115-116.
- [7] 赵学英, 阙呈立, 邓兰芬. ICU 患者的血糖控制及护理进展[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(1): 62-64.
- [8] 毕小云, 张莉萍. POCT 血糖仪使用现状调查分析[J]. 重庆医学, 2011, 40(3): 256-258.

[9] 韩燕荣. POCT 血糖仪临床应用及管理[J]. 中国卫生检验杂志, 2012, 22(6): 1459.  
 [10] 张可嘉. POCT 血糖仪的质量管理[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(8): 1866-1867.  
 [11] 朱慧芳, 王爱民. 危重症患者血糖管理的研究进展[J]. 中

华护理杂志, 2012, 47(5): 478-480.  
 [12] 何成. 如何正确使用血糖仪[J]. 中华护理杂志, 2006, 41(3): 285-286.

(收稿日期: 2013-09-11 修回日期: 2013-11-20)

## 先天性青光眼行小梁切除术围术期临床护理研究

杜晓琨(陕西省西安市中心医院眼科 710004)

**【摘要】目的** 探讨围术期护理干预在先天性青光眼小梁切除术中的应用价值。**方法** 选择该院治疗的先天性青光眼患儿 44 例, 随机分为观察组和对照组, 每组各 22 例, 两组均行小梁切除术治疗, 对照组给予常规护理, 观察组给予围术期综合护理干预, 观察两组治疗效果。**结果** 两组患儿治疗的眼压均比治疗前降低, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 但观察组患儿下降幅度大于对照组, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 观察组患儿手术并发症的发生率较对照组低, 两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患儿家长临床护理满意度高于对照组, 两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 对行小梁切除手术先天性青光眼患儿实施围术期综合护理干预措施可有效降低患儿眼压, 降低手术并发症发生, 提高患儿家长的临床护理满意度, 值得在临床上推广应用。

**【关键词】** 先天性青光眼; 小梁切除术; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.067 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)09-1285-02

青光眼指由于眼内压力的增高引发了视神经受损与视野的缺损, 属于严重的致盲性眼病, 其病理性损伤主要是长期的高眼压状态让视神经逐渐发生萎缩并失去功能, 一旦发生这种病理损伤即为不可逆性, 患者就没有复明的希望。先天性青光眼一般发生在出生早期, 不仅会导致失明, 也会造成多种继发性病理改变, 严重的会造成眼球破裂<sup>[1-2]</sup>。目前对于先天性青光眼主要采取小梁切除术治疗, 但是在手术过程中会产生并发症<sup>[3-4]</sup>。本院采取对先天性青光眼行小梁切除术治疗同时给予患者围术期综合护理干预临床护理效果较好, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2012 年 1 月至 2013 年 1 月在本科接受治疗的先天性青光眼患儿 44 例, 随机分为观察组与治疗组, 每组各 22 例。观察组中男 12 例, 女 10 例, 共 39 眼, 年龄 3 个月至 3 岁, 平均(1.86 ± 0.75)岁; 对照组男 14 例, 女 8 例, 共 40 眼, 年龄 3 月至 3 岁, 平均(1.89 ± 0.77)岁。两组患儿年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.2 干预方法** 对照组: 采取小梁切除术进行治疗, 同时给予患儿眼科常规护理。观察组: 手术治疗的同时对患儿采取围术期综合护理干预措施, 具体包括: (1) 向患儿家属介绍疾病的发生、发展、治疗方案及预后转归情况, 部分家长由于担心患儿手术的不成功心理上会出现焦虑、恐惧等不良心理情绪, 严重地影响了患儿的心情, 不利于临床治疗, 护士要积极了解患儿和家属心理状况, 实施心理护理干预, 讲解手术成功病例, 介绍手术安全性, 树立患儿家长的信心, 消除不良负面心理情绪, 积极配合临床治疗。(2) 做好术前准备工作, 术前做好降低眼压治疗, 密切关注眼压变化情况, 术前 1 d 剪除睫毛, 冲洗泪道, 指导患儿饮食以易消化事物为主, 并保证充足睡眠。(3) 做好术中护理干预, 护士要积极采取安抚、握手等多种肢体语言交流方式传递爱心, 消除患儿紧张、恐惧等无助感, 固定好患儿, 保证头位, 躯干和四肢尽量放松, 护士在手术过程中要密切关注患儿生命体征的变化, 一旦发现问题及时报告医生并配合处理。(4) 做好手术后的护理干预, 指导家属如何保证患儿卧位, 一般取平卧位和健侧卧位, 观察患者是否有恶心、呕吐等症状, 必要时采用脱水药物并预防性使用抗菌药物, 术后取无菌纱布

包扎, 眼罩覆盖, 叮嘱不要用力挤压或揉眼, 可根据眼前房形成情况进行术侧的眼球按摩, 一旦发现有出血倾向, 叮嘱患儿半卧位或者高枕卧位, 让积血沉积在前房下方, 并采取止血抗感染治疗。

**1.3 观察指标** 观察两组患儿手术后眼压降低情况, 同时记录两组患儿手术过程中并发症发生情况。对患儿家长在治疗结束后发放调查问卷, 主要从临床护理服务、医疗专业技术进行满意度的调查, 满意度情况分为满意、一般和不满意 3 种。

**1.4 统计学处理** 采取 SPSS17.0 软件进行统计分析, 计量数据以  $\bar{x} \pm s$  表示, 比较采用  $t$  检验; 计数资料以率表示, 比较采用  $\chi^2$  校验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 两组和治疗前、后的眼压情况比较** 两组患儿治疗后的眼压均比治疗前降低, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患儿的下降幅度大于对照组, 差异无统计学意义( $t = 1.649 6$ ,  $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患儿治疗前、后的眼压情况比较( $\bar{x} \pm s$ , mm Hg)

组别	n	眼压	
		治疗前	治疗后
观察组	22	33.45 ± 5.61	13.29 ± 4.02 <sup>#</sup>
对照组	22	33.82 ± 5.65	14.81 ± 4.17 <sup>#</sup>

注: 与治疗前比较, <sup>#</sup>  $P < 0.05$ 。

**2.2 两组患儿手术并发症发生率的比较** 观察组患儿并发症低于对照组, 差异具有统计学意义( $\chi^2 = 4.765 9$ ,  $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组出现手术并发症比较[n(%)]

组别	n	浅前房	前房积血	感染	并发症发生率(%)
观察组	22	1(2.56)	2(5.13)	1(2.56)	10.23 <sup>#</sup>
对照组	22	3(7.50)	6(15.00)	3(7.50)	30.00

注: 与观察组比较, <sup>#</sup>  $P < 0.05$ 。

**2.3 两组患儿家长满意度比较** 观察组家长满意度高于对照