

32(13):158.

- [9] 万巧琴,侯淑肖,尚少梅,等.基于医院延续护理开展现状与问题的质性研究[J].中国护理管理,2013,13(10):38-41.
- [10] 邱红海,郭燕,王小琴.责任护士负责制下院外延续护理对慢性盆腔炎患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2013,19(19):149-150.
- [11] 吉云兰,崔秋霞,单君,等.个体化延续护理对改善高血压

患者生存质量的效果[J].护士进修杂志,2012,27(15):1401-1403.

- [12] 王世英,席淑华,吕一刚,等.出院患者延续护理中出现的问题及干预对策[J].解放军护理杂志,2009,26(3):24-26.

(收稿日期:2013-12-22 修回日期:2014-06-11)

急性心肌梗死冠脉介入治疗中绿色通道护理路径建立及效果

闫 洁(首都医科大学附属北京世纪坛医院急诊科,北京 100038)

【摘要】 目的 探讨绿色通道护理路径在急性心肌梗死冠脉介入治疗中的应用效果。方法 选取北京世纪坛医院 2011 年 1 月到 2012 年 12 月 100 例急性心肌梗死冠脉介入治疗患者为研究对象,将其按照随机数字法分为研究组和对照组,对照组 50 例患者实施常规路径护理,研究组 50 例患者实施绿色通道护理路径护理,观察两组的实施效果。结果 通过对两组的实施效果比较,研究组入导管室时间、住院时间均明显低于对照组;研究组复发率和并发症发生率均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组病死率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。研究组患者的护理满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在急性心肌梗死冠脉介入治疗中实施绿色通道护理路径具有较好的效果,能有效缩短患者入导管室时间和住院时间。同时,有效降低复发率和术后并发症,提高患者的临床护理满意度。

【关键词】 急性心肌梗死; 冠脉介入; 绿色通道; 护理路径

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.19.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)19-2775-03

急性心肌梗死在临床中具有较高的发病率,临床常采取经冠状动脉介入治疗,并且具有较好的治疗效果。但在冠状动脉介入治疗过程中常伴有较高的复发率和病死率,所以加强针对性护理是很有必要的。传统的临床护理效果并不是很理想,不能有效提高患者的护理满意度,甚至影响整体治疗。因此,临床中如何有效提高临床护理效果是医护人员关注的重要问题。随着护理模式的不断改变,临床护理路径模式逐渐在临床中应用,并且具有较好的应用效果^[1]。笔者结合多年的临床护理工作经验,在急性心肌梗死冠脉介入治疗中构建绿色通道护理路径,取得了较好的应用效果,具体分析如下。

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 100 例急性心肌梗死冠脉介入治疗患者为研究对象,将其按照随机数字法分为研究组和对照组。研究组 50 例,其中男 25 例,女 25 例,年龄 45~78 岁,平均年龄(63.4±2.7)岁。急性前壁心肌梗死患者 20 例,急性下壁心肌梗死患者 30 例。合并高血压 20 例,糖尿病 20 例,高血脂 10 例。对照组 50 例,其中男 26 例,女 24 例,年龄 47~79 岁,平均年龄(64.1±2.9)岁。急性前壁心肌梗死患者 22 例,急性下壁心肌梗死患者 28 例。合并高血压 19 例,糖尿病 21 例,高血脂 10 例。两组基本资料和合并疾病等比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 本次研究纳入的对象均符合急性心肌梗死的诊断标准^[2]:(1)伴有连续性心电图演变;(2)胸痛或不适的临床症状;(3)心肌标志物出现升高或者降低。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准:(1)符合急性心肌梗死诊断标准;(2)属于心源性休克发病,且急性心肌梗死时间在 36 h 内,休克时间在 18 h 内的患者;(3)同意冠脉介入治疗,且年龄在 80 岁以下;(4)急性左心力衰竭肺水肿患者,且时间在 12 h 内,而入院到球囊扩张时间在 90 min 以内;(5)同意此次临床研究。排除标准:(1)不符合急性心肌梗死诊断标准的患者;

(2)伴有严重肝肾功能障碍患者;(3)不同意此次临床研究者。

1.4 方法 对照组患者实施常规路径护理,包括介入前、介入中和介入后的护理。介入前做好准备工作,为介入治疗提供充足的准备,认真评估病情;介入中密切配合医师操作,及时处理相关应急措施,促进手术顺利进行;介入后密切观察病情变化,做好相关并发症的预防工作,促进术后更好的恢复。研究组患者在常规护理基础上建立绿色通道护理路径。对急诊室和导管室护士培训、护理流程管理、设置绿色抢救通道,并且将时间作为横轴,将实施项目作为纵轴,制成日计划表,加强检查和评估,具体实施方法如下。

1.4.1 路径表的建立 在临床路径管理委员会监督、指导下,参考该病的防治指南,查阅相关资料,征求专家意见,有效运用护理程序进行评估。同时,详细了解本病特点进而制定出针对性强的路径表,主要涉及病情评估、心理护理、心电监护、镇痛止痛、氧疗、并发症等方面的护理^[3]。

1.4.2 路径表的实施 组长和各个成员进行流程学习,并严格按照指定路径流程表内容实施,不得擅自修改和调整,确保诊疗活动的一致性和规范性。护理人员应全面评估患者病情和护理需要,并对已经实施的内容进行打钩签名。而组长需要随时检查患者的治疗情况和护理措施实施情况,并加强监督与指导。最后,评估实施情况,并记录偏差,有效运用临床护理路径对患者从入院到出院的整个系统过程进行动态分析,完善不足^[4]。

(1)术前护理 患者在实施介入治疗前应对其病情进行准确判断,并以最快的速度进行抢救。护理人员应及时给予患者吸氧、心电监护和血氧监护,并建立静脉通道。同时,做好血常规、凝血功能、电解质、心电图等方面的检查,全面了解患者术前状况,更好地为手术治疗做好准备。与此同时,护理人员应尽快通知介入治疗医师和护士以及导管室人员做好充分的准备工作。由于患者的病情比较危急,且多数患者伴有不同程度

的疼痛,很容易造成患者及其家属出现不同程度的焦虑和抑郁。因此,护理人员应做好患者及其家属的心理护理,消除不良情绪,使其能够更好地配合介入治疗。

(2)转运中护理 护理人员应在患者家属签字后将患者送入心导管室实施介入手术治疗,在整个转运过程中,护理人员应平稳患者情绪,给予吸氧与镇痛处理,避免患者情绪波动。同时,还应密切观察患者心律和心率以及血压等变化,为介入治疗提供准备。另外,转运过程中应给予充足的液体补充,并且备好急诊抢救的药箱和设备,保持设备的良好性。

(3)术中护理 护理人员应协助患者仰卧位,使其右手臂能够自然外展,并实施常规的穿刺处理。密切监测心电图,注意心律。若血流动力学监测显示急性左心力衰竭,应及时维持血流动力学的稳定。若血压监测显示其血压变化异常,应及时提醒术者采取针对性措施,维持血压稳定。手术中由于冠状动脉严重狭窄和支架植入后出现细小支血管堵塞,容易出现心绞痛。因此,在手术过程中,应连续给予患者中流量吸氧治疗,遵医嘱舌下含服硝酸甘油镇痛,确保手术顺利进行。

(4)术后护理 患者介入治疗后应密切观察生命体征变化,主要包括心电图和血压以及心绞痛。患者术后一旦有心电图异常和胸闷、出汗等症状,护理人员应及时告知医师,并做心电图检查,在医师指导下给予治疗。患者手术中是高渗液体,其利尿性较强,术后容易导致血容量不足。加之手术前进饮较少,术后还很容易出现低血压。因此,护理人员应密切观察患者变化,给予充足液体补充,避免低血压的发生。另外,护理人员应全面向患者介绍介入治疗后继续住院监护与治疗的重要性。护理人员应加强患者术后饮食护理,叮嘱患者术后的水分补充,减少其心脏负担。饮食多以易消化、清淡为主,避免过热和过硬食物的摄入,保持大便通畅。护理人员应加强术后相关并发症的护理,做好手部血液循环观察与监护,若患者手部发麻和手指颜色加深,提示为压迫过紧。最后,护理人员应叮嘱患者注意腕关节卫生,保持穿刺部位清洁。同时,应在非穿刺部位进行输液和血压监测以及采血,避免手术部位的肿胀。

1.4.3 路径表实施效果评价 由组长制定相关的评价标准,主要包括:入导管室时间、住院时间、病死率和复发率以及并发症发生率与护理满意度^[5]。

1.5 护理满意度评估 临床护理满意度主要依据百分制评分标准进行评估^[6],分为 4 个等级:90 分以上为非常满意;70~89 分为满意;60~69 分为一般;不足 60 分为不满意。护理满意度=非常满意率+满意率+一般率。

1.6 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对数据进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组入导管室时间和住院时间比较 研究组入导管室时间、住院时间均分别为(26.3±4.2)min、(10.4±2.2)d,明显低于对照组的(37.8±3.7)min、(15.2±2.8)d,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者护理满意度对比 研究组护理满意度为96.0%明显对照组的 84.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.3 两组病死率和复发率比较 研究组复发率为 4.0%(2/50),明显低于对照组的 17.0(7/50),差异有统计学意义($P<0.05$)。研究组病死率为 2.0%(1/50),对照组为 4.0%(2/

50),两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 两组患者护理满意度对比[n(%)]

组别	n	非常满意	满意	一般	不满意	满意度(%)
研究组	50	23(46.0)	16(32.0)	9(18.0)	2(4.0)	96.0
对照组	50	15(30.0)	23(46.0)	4(8.0)	8(16.0)	84.0
χ^2		7.32	0.61	7.02	6.67	7.23
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组患者术后并发症比较 通过对两组患者术后的临床观察,研究组术后并发症发生率为 12.0%,对照组术后并发症发生率为 44.0%,两组比较差异统计学有意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者术后并发症比较[n(%)]

组别	n	腹胀	便秘	呕吐	失眠	尿潴留	发生率
研究组	50	2(4.0)	1(2.0)	1(2.0)	1(2.0)	1(2.0)	6(12.0)
对照组	50	5(10.0)	4(8.0)	5(10.0)	2(4.0)	6(12.0)	22(44.0)
χ^2		0.21	0.31	0.45	0.52	7.03	7.85
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

急性心肌梗死患者在实施冠状动脉介入治疗时时间短,完成项目多,加强针对性护理措施就显得尤为重要。绿色通道路径的建立,以患者为中心,从患者入院到出院的整个过程都进行系统化和科学化管理,使整个护理工作能够正常有序开展,缩短了患者住院时间^[7]。同时,绿色通道要求急性心肌梗死冠脉介入治疗患者应在 90 min 内完成检查、诊断及处理,使患者得到及时治疗,有效降低了复发率和术后并发症发生率^[8]。整个路径表的实施,加强了护理人员培训,提高了业务素质^[9],使得护理人员能够更熟练地操作,对整个护理知识有全面了解,对相关情况快速做好处理,提高护理人员的工作效益^[10]。

绿色通道路径具有如下优点:第一,提高护理人员的专业知识。在整个实施过程中定期对护理人员进行专业知识培训,进一步强化急救的相关培训,使得护理人员充分了解冠脉介入治疗的流程,不断完善自身业务水平,能够在规定时间内完成相关任务,积极配合医师工作,使得整个抢救流程更加顺利。第二,提高抢救成功率。由于绿色通道路径规范化和科学化,使得整个流程化更加流畅,减少不必要的护理行为,有效改善护理人员的服务理念,进一步明确自身职责,提高抢救成功率,有效避免患者病情延误而造成不必要的麻烦。第三,提高护理服务质量。绿色通道的建立就要求护理人员正确评估患者病情,要求护士提高护理标准化和规范化,减少延误病情,及时使患者病情得到控制。同时,护理人员的专业水平的提高,能够准确对患者病情进行观察,并作出正确处理,提高临床护理服务质量。

本研究结果显示,施行绿色通道护理路径的患者入导管室时间、住院时间、复发率、术后并发症均优于未实施绿色通道护理路径患者,说明在急性心肌梗死冠状动脉介入治疗时,实施绿色通道路径护理是可行的,可以明显提高手术疗效。

综上所述,在急性心肌梗死冠脉介入治疗中建立绿色通道护理路径是可行的,能够缩短患者入导管室时间和住院时间。同时,可有效降低复发率和术后并发症,提高患者临床护理满

意度。

参考文献

[1] 田丽华,邓力,田红梅. 急性心肌梗死患者的急救护理研究[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(15): 2046-2047.
 [2] 邱芙蓉,徐莹,苏燕. 急救护理路径在急诊冠状动脉介入治疗绿色通道中的应用[J]. 临床护理杂志, 2012, 11(1): 31-32.
 [3] 陈湘玉,沈红,曹巧兰,等. 护理路径在急诊冠状动脉介入治疗绿色通道中的效能初探[J]. 护理研究, 2010, 24(9): 790-792.
 [4] 余名华,曾中博,叶自力. 37 例急诊绿色通道收治心肌梗死患者的疗效分析[J]. 中国医药指南, 2013, 15(19): 579-579.
 [5] Kullar P, Harris F, Lloyd SK, et al. The use of Lean Thinking techniques in implementing the Department of Health, UK, 18-week waiting time directive for cochlear implantation[J]. Cochlear Implants Int, 2010, 11(3): 133-

145.
 [6] 张继红,朱爱红. 绿色通道在抢救急性心肌梗死急诊冠脉介入治疗中的作用及护理[J]. 河北医药, 2013, 35(5): 792-793.
 [7] 杨建美,王晓田. 院内外一体化急救绿色通道在急性心肌梗死患者救治中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(31): 15-16.
 [8] Alzahouri K, Velten M, Arveux P, et al. Management of SPN in France. pathways for definitive diagnosis of solitary pulmonary nodule; a multicentre study in 18 French districts[J]. BMC Cancer, 2008, 8(10): 93-100.
 [9] 陈璐,陈湘玉. CCU 护理路径在急诊冠状动脉介入治疗患者中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(4): 18-19.
 [10] 陈影霞,黄惠玲,卢秀芬. 临床路径在急诊冠状动脉介入治疗中的应用效果[J]. 广东医学, 2009, 30(1): 157-158.

(收稿日期: 2014-02-22 修回日期: 2014-04-18)

肝胆外科患者术后早期少量饮水对胃肠道功能恢复的效果观察

黄爱红, 别平, 何智 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科, 重庆 400038)

【摘要】 目的 探讨肝胆外科患者术后排气前饮水对胃肠功能恢复的影响, 以促进术后患者肠道功能的恢复。
方法 选择第三军医大学附属西南医院肝胆外科 2011~2013 年手术患者共 280 例, 随机分为试验组 140 例, 对照组 140 例。对照组患者按常规术后排气前禁食水; 试验组患者术后每 2 h 饮水 1 次, 嘱其湿润口腔后咽下, 手术当日及术后第 1、2、3 天每次饮水量分别为 5~10、10~20、20~30、40~60 mL, 每天进行口腔护理 2 次。
结果 试验组患者肠鸣音恢复时间及排气时间分别为 28.2、32.8 h, 明显早于对照组的 55.3、56.9 h, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。口唇干裂、口腔炎和早期呃逆的发生率分别为 32.8%、12.3%、11.8%, 均明显低于对照组的 56.4%、32.8%、30.0%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。
结论 肝胆外科手术后少量饮水可促进肠道功能尽早恢复, 并可减轻口咽部并发症的发生。

【关键词】 肝胆外科手术; 少量饮水; 胃肠道功能恢复

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.19.061 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)19-2777-03

肝胆疾病是我国普外科疾病中的高发病、常见病, 手术患者因麻醉、手术创伤、术中牵拉、腹腔开放、热量散发等刺激, 易导致胃肠功能紊乱, 表现为肠蠕动减弱或消失, 甚至出现术后肛门排气排便功能障碍, 这是影响术后疗效的主要原因之一^[1-2]。尤其当前肝胆外科手术中, 全身麻醉者所占比例极大, 术后镇痛泵的使用率也呈现逐年上升的趋势, 这些因素都为术后患者胃肠功能的恢复带来一定的不良影响。为此, 本研究对 140 例肝胆外科患者术后排气前给予少量饮水, 观察其肠道功能恢复情况, 与 140 例术后禁食水的患者进行对比, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院肝胆外科 2011~2013 年手术患者 280 例为研究对象, 其中胆囊切除-胆道探查-T 管引流术 104 例, 肝切除术 82 例, 胆肠胃肠吻合术 94 例。年龄 33~69 岁, 平均 49.5 岁。排除标准: 术后意识不清患者; 脑血管疾病造成吞咽困难患者, 饮水呛咳患者。将研究对象分为试验组和对照组各 140 例, 每组行胆囊切除-胆道探查-T 管引流术、肝切除术、胆肠胃肠吻合术的患者各 52、41、47 例; 两组患者性别、年龄、手术方式, 身体状况及术中失血量比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者按常规术后排气前禁食水, 每天进行口腔护理 2 次, 并定时用棉签蘸水润湿嘴唇。

1.2.2 试验组患者术后在责任护士指导下每 2 h 饮水 1 次, 嘱其湿润口腔后咽下。手术当日及术后第 1、2、3 天每次饮水量分别为 5~10、10~20、20~30、40~60 mL, 每天进行口腔护理 2 次。

1.2.3 观察两组患者的排气时间, 肠鸣音恢复时间以及口腔炎, 口唇干裂、早期呃逆等并发症的发生率。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件包对数据进行统计学处理, 肠鸣恢复时间、排气时间的数据采用 t 表示, 比较采用 t 检验; 口唇干裂、口腔炎、早期呃逆发生率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后肠道功能恢复时间比较 与对照组比较, 试验组患者肠鸣音恢复时间、排气时间明显减少, 口唇干裂、口腔炎和早期呃逆发生率均明显降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 不同手术方式对两组患者术后各项指标影响比较 试验