

(1)传统护理模式下,患者住院时间较长,增加了交叉感染率;
(2)患者在放疗后免疫力较低,加上心情抑郁增加了感染的发生;
(3)激素和抗菌药物等滥用。

综上所述,针对老年肿瘤放疗患者实施个性化护理,不仅能改善患者焦虑、抑郁情绪,显著降低患者的医院感染率,同时能获得较好的护理效果和满意度。

参考文献

[1] 金璋,王海英,沈洁.老年恶性肿瘤患者放化疗期间医院感染的临床分析[J].中华医院感染学杂志,2009,19(20):2704-2706.
[2] 柏兴华,臧爽,苏兰若.个性化护理模式在老年肿瘤患者放射治疗护理中应用的效果评价[J].中国医药导报,2012,9(27):141-143.
[3] 高瑞英,盖红波.肿瘤放、化疗患者医院感染因素及对策[J].中华医院感染学杂志,2006,16(9):1041.
[4] 龙会兰.优质护理服务在肺癌同步放化疗中的应用[J].齐鲁护理杂志,2013,19(22):23-25.
[5] 冯建霞.个性化护理干预措施对乳腺癌手术患者焦虑情绪的影响[J].临床合理用药杂志,2012,5(21):133-134.

[6] 江志兰,刘子厚,刘雪梅.老年肿瘤患者放疗的护理[J].中国实用医药,2014,9(18):206-208.
[7] 徐菱霜.情绪护理在脑梗死患者护理中临床效果探讨[J].医学美学美容:中旬刊,2014(5):371-372.
[8] 刘炳兰.肺癌患者术前焦虑和抑郁的循证护理[J].医药前沿,2014(20):292-294.
[9] 李小春,余芳,李云杰.开展优质护理服务示范工程活动对骨科护理质量的影响[J].中华现代护理杂志,2012,18(32):3929-3931.
[10] 王云绮,沙莎,江长缨.个性化护理干预对空巢老人心理状况的影响[J].齐鲁护理杂志,2014,20(13):13-15.
[11] 王月红.观察优质护理对慢性阻塞性肺病患者焦虑、抑郁症状和生活质量的影响[J].医学信息,2014(9):68-68.
[12] 王晖,卢菁.人性化优质护理模式在手术室中的应用[J].中外健康文摘,2014(2):225-226.
[13] 丁敏.优质护理对胃癌患者围术期不良情绪的影响研究[J].医学信息,2014(22):358-358.

(收稿日期:2014-11-12 修回日期:2015-02-15)

临床护理路径在经皮冠状动脉介入治疗冠心病中的应用

陈庆娥(中南大学湘雅医院心内科,长沙 410000)

【摘要】 目的 探究临床护理路径在经皮冠状动脉介入治疗(PCI)治疗冠心病患者中的应用效果。**方法** 选取 2013 年 1 月至 2014 年 6 月该院诊治的 112 例行 PCI 的冠心病患者为研究对象,将随机分为观察组及对照组各 56 例。对照组实行常规护理,观察组在常规护理的基础上实行临床护理路径。比较两组护理工作过程中易错、易漏问题的发生情况、两组患者术后并发症的发生情况、患者住院时间、卧床时间、舒适度及满意度。**结果** 观察组护理人员易漏、易错问题、术后并发症发生率明显低于对照组;且卧床时间、住院时间均少于对照组,而舒适度、满意度则观察组高于对照组,其差异均具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 临床护理路径能有效提高 PCI 患者护理效果,减少患者术后并发症的发生,缩短患者的住院时间及卧床时间,具有重要的临床价值。

【关键词】 临床护理路径; 经皮冠状动脉介入治疗; 冠心病; 应用效果
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)10-1475-03

随着社会经济的不断发展及人们生活水平的大幅度提升,冠心病的发病率逐年上升,对人们的健康具有严重的影响。经皮冠状动脉介入治疗(PCI)是目前治疗冠心病的重要方法,该手术能够显著减轻冠状动脉的狭窄,且术后疗效好、恢复快、对患者的创伤相对较小,已得到医学界及广大患者的认可^[1]。尽管 PCI 相对其他手术具有较好的疗效,但是患者面临疾患、手术风险、手术费用、术后服药长期性等多种因素时,不可避免地产生一定压力,而术前焦虑不仅会影响到手术质量,还能影响患者术后恢复情况^[2]。相关研究表明,采用临床护理路径对 PCI 治疗患者进行护理,能为患者提供科学合理、规范舒适的护理服务,能够显著改善患者的焦虑,有利于术后恢复^[3]。为了进一步探讨临床护理路径在 PCI 治疗冠心病患者中的应用效果,对本院 112 例行 PCI 的冠心病患者实施了临床护理路径,取得了满意的效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院心内科 2013 年 1 月至 2014 年 6 月行 PCI 的 112 例冠心病患者作为研究对象,其中男 62 例,女 50 例;年龄 50~75 岁,平均(61.3±6.7)岁。纳入标准:(1)所有患者均符合世界卫生组织制定的冠心病诊断标准;(2)年龄

40~85 岁;(3)稳定性及不稳定型心绞痛、并发高血压、糖尿病及高脂血症患者均入选;(4)所有患者均同意本次研究,并与研究人员签署知情同意书。排除标准:(1)急性心肌梗死患者;(2)具有心力衰竭、心律失常或者休克等并发症患者;(3)肝、肾功能损伤;(4)介入治疗禁忌证^[4]。根据随机数字表法,将上述患者随机分为观察组及对照组各 56 例。观察组中男 29 例,女 27 例;年龄 53~75 岁,平均(61.7±6.8)岁;对照组中男 33 例,女 23 例;年龄 50~72 岁,平均(60.4±6.3)岁。两组患者的性别、年龄、文化程度、疾病程度等基本情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者均进行常规的心内科护理,观察组患者在常规护理基础上采用临床护理路径。具体过程如下。

1.2.1 心理护理及健康宣教 术前由主管医师及护士向患者及家属介绍医院环境,讲解临床护理路径的主要内容;并讲解冠心病的发病因素及手术注意事项,使患者及其家属了解住院期间的情况。患者面对疾患通常具有恐惧、焦虑的情绪,这些负面情绪会加大患者的压力,不利于疾病的治疗。而此时,护理人员鼓励患者积极面对治疗,保持乐观心态,告知患者积极乐观的心态对疾病治疗及术后康复有重要意义,加强医护人员

同患者及其家属之间的交流与沟通,耐心及时解答患者的疑惑,从而促进患者建立对抗疾病的自信心。因此,对患者进行健康教育及心理护理是疾病得以顺利治疗的前提。

1.2.2 术后 1~3 d 护理 严密观察患者病情及生命体征,做好相应记录,同时注意穿刺部位有无出血或血肿,预防术后并发症的发生。根据患者的基本情况,为患者提供舒适护理。

1.2.3 术后 4~6 d 护理 在做好以上护理的基础上,加强与患者的沟通及交流,合理指导患者术后用药,并保证患者睡眠充足。无并发症的患者,可指导并鼓励其在床边、病区内适量运动^[5]。

1.2.4 加强家庭支持 由于患者术前及术后都离不开家人的照顾,护理人员要指导患者家属正确给予患者必要的护理及鼓励,可以使患者感受到家人的关爱及家庭的温暖^[5]。

1.2.5 出院前及出院后护理 继续加强健康教育,并对患者的心理状况做评估。根据患者总体情况,合理指导患者出院后用药注意事项,并鼓励患者积极适应术后生活;对患者饮食做出合理建议,以易消化、低脂低能低盐、高维生素食物为主,以少食多餐、多饮水、适量运动为原则,预防便秘及其他并发症的发生;出院后患者进行相应的定期随访,并进行患者满意度的调查^[6]。

1.3 评价指标 (1)护理工作中易漏、易错问题的发生情况,主要包括换岗迟到、迟做检查、迟服药以及迟抽血等常见护理问题^[7]。(2)术后并发症的发生情况,术后并发症主要有出血或血肿、尿潴留、低血压及拔管综合征等;(3)患者术后卧床时间、住院时间;(4)患者术后舒适度及满意度。舒适度主要包括腰背酸痛、腹胀、切口疼痛等。评分采用患者主诉的疼痛程度来判定,即 0 分为无痛,1~3 分为轻微疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为重度疼痛^[8]。患者满意度则需要对患者进行问卷调查,采用医院自制的护理工作满意度调查表,满分是 10 分,分数越高说明患者满意度越高。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 对数据进行统计分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示;组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分比表示,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 两组护理工作易漏、易错问题比较 观察组护理人员在护理工作中换岗迟到 1 例,迟做检查 2 例,迟服药 2 例,迟抽血 1 例,对照组分别为 9、10、9、7 例,两组比较异有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.2 两组患者术后并发症发生情况比较 观察组患者术后出血或血肿 3 例,尿潴留 2 例,低血压 3 例及拔管综合征 8 例,对照组分别为 14、13、12、21 例,两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1 两组患者术后舒适度和满意度的比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	腰背酸痛	腹胀	切口疼痛	满意度
对照组	56	2.61±1.42	17.24±2.17	1.76±1.13	9.92±1.84
观察组	56	1.53±1.30	10.37±1.22	1.32±0.91	9.07±2.24
<i>t</i>		4.198	20.651	2.269	2.194
<i>P</i>		0.000	0.000	0.025	0.030

2.3 两组术后卧床时间及住院情况的比较 观察组患者术后卧床时间为(16.53±2.7)h,住院时间为(6.13±2.20)d,住院花费为(3.17±0.18)万;对照组分别为(20.12±2.4)h、

(9.21±2.44)d、(4.25±0.36)万;两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.4 两组术后舒适度及满意度的比较 观察组患者术后腰背酸痛、腹胀及切口疼痛评分均低于对照组,满意度评分也高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

3 讨 论

3.1 减少 PCI 术后并发症的发生 由于 PCI 也具有一定创伤性及手术风险,因此行 PCI 患者往往承受一定的精神压力,担心术后恢复问题及长期服药问题,从而易产生术前焦虑及恐惧心理。而术前焦虑及恐惧心理常引起患者失眠、肌肉僵硬或疼痛等,而这些均不利于手术。而临床护理路径的应用,将护理工作标准化及严格化,使得护理质量大大提升。临床护理路径方法,从患者入院时开始,首先对患者进行术前健康宣教及心理护理,使患者深入了解冠心病,并鼓励患者保持积极乐观的心态面对手术,这对于手术顺利进行极为重要;根据患者术后不同时段分别进行相应护理措施,以提高患者舒适度,预防并发症的发生,加强护理人员同患者的沟通,合理指导患者用药、饮食及运动,能够促进患者的康复^[9]。本研究结果表明,观察组患者的并发症较少,患者舒适度较高,与对照组比较,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。

3.2 从整体上提高护理工作的质量 临床护理路径是近几年应用较多的一种新型护理方式,针对患者本身疾病设置的一种严谨规范、合理实用的新型护理方案,其实施过程以患者为中心,每一阶段都有专门的护理人员负责,使得护理过程规范有序,避免了护理过程的盲目性,并保证了资源的充分、合理利用,同时遵照了医疗安全的重要性,提高了护理工作的质量。本研究中的临床护理路径既包含了与对照组相同的常规护理,还容纳了实用、人性化的新型护理方案,能够全程追踪记录患者住院期间的护理程序,这不仅保证了患者接收到所有的护理过程,还能促进医护人员的实时沟通,避免了术前、术中及术后等时间段出现护理人员空缺,有效减少了护理过程中的易漏、易错问题,减少了术后并发症的发生,这明显提高了护理工作的质量^[10]。本研究结果显示,观察组护理人员护理工作中换岗迟到、迟做检查、迟服药、迟抽血的发生例数均明显少于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。因此,临床护理路径能保证护理工作高效有序的进行。

3.3 提高患者的舒适度及满意度 患者入院后,随即由相应医护人员对其进行健康宣教及心理护理,同时护理人员将临床护理路径的内容及过程告知患者及家属,使患者清楚了解护理工作,尊重患者的知情权,这使患者了解医院基本情况和疾病相关知识的同时,还鼓励患者保持乐观心态,积极面对疾病,给予患者很大的鼓励,这是保证患者顺利进行手术的重要前提;术后由专业人员按照临床护理路径有目标、有计划地实施护理程序,始终以患者为中心。从护理人员的角度看,保证了护理工作的高效进行,从患者的角度看,有效达到预防并发症,促进患者恢复的目的^[11]。出院前后的护理,都体现出了临床护理路径人性化的特点,叮嘱患者出院后的注意事项,并对患者进行定期随访,这都为患者的康复做出了保证。整个护理过程,都以患者为中心,增加了为患者服务的时间,保证了护理质量,减少了患者卧床时间及住院时间,大大减低了患者医疗费用^[12]。本研究结果显示,观察组患者术后腰痛、手术切口疼痛等评分低于对照组,满意度评分明显高于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。因此,临床护理路径的应用提高了患者术后舒适度及满意度,具有较高的实用性。

综上所述,临床护理路径以患者为中心,不仅提高了护理工作的质量,减少了 PCI 术后并发症发生率,缩短了患者的住院时间及卧床时间,节省了医疗费用,同时提高了患者的舒适度及满意度,具有人性化的优点,值得广泛推广。

参考文献

- [1] 宋蕾,杨晶,刘铮,等.临床路径在经皮冠状动脉介入治疗中的应用[J].现代临床护理,2008,7(12):21-25.
- [2] 吕金芳.术前护理干预在经皮冠状动脉介入治疗术中应用的价值分析[J].中国实用护理杂志,2012,28(11):29-30.
- [3] 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.
- [4] Hu X,Zhu XQ,Liu YQ,et al. Intensive nursing care by an electronic followup system to promote secondary prevention after percutaneous coronary intervention a Randomized Trial[J]. J Card Rehab Pre,2014,34(6):396-405.
- [5] 易巧云.临床护理路径在冠状动脉介入治疗患者中的应用[J].护理实践与研究,2013,10(7):30-31.
- [6] 蹇祥玉,路海云,薛丽嫒,等.临床护理路径在经皮冠状动脉介入术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2012,18(21):1-2.

- [7] Liu CY,Lin YN,Lin CL,et al. Cardiologist service volume,percutaneous coronary intervention and hospital level in relation to medical costs and mortality in patients with acute myocardial infarction;a nationwide study[J]. QJM,2014,107(7):557-564.
- [8] 张一梅,于波,邵玉兰,等.临床护理路径在冠状动脉介入手术患者中的应用价值分析[J].中国医药导刊,2011,13(10):1799-1801.
- [9] Kilonzo B,o'connell R. Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses[J]. J Clin Nurs,2011,20(7/8):1160-1167.
- [10] 陈倩萍,黎桂梅,张丽颜,等.临床护理路径在急性心肌梗死 PCI 术后患者中的应用[J].中国医药指南,2013,11(17):338-339.
- [11] 窦欣悦.临床护理路径在急性心肌梗死 PCI 患者健康教育中的应用研究[J].护士进修杂志,2014,29(3):234-236.
- [12] 王艳华,陈丽君,王晨艳,等.临床护理路径在急症 PCI 术患者中的应用[J].滨州医学院学报,2014,37(1):77-78.

(收稿日期:2014-10-18 修回日期:2015-01-05)

医护协作型责任小组在 ICU 院内感染控制中的作用

梁泽平,商 瑾[△],简福霞,南 玲,艾山木(第三军医大学大坪医院野战外科研究所重症医学科,重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨医护协作型责任小组在控制重症医学科(ICU)院内感染中的作用。**方法** 将本科 2012 年 1~12 月收治的 1 012 例患者作为对照组,2013 年 1~12 月收治的 1 119 例患者作为干预组,对照组采取常规的工作模式控制 ICU 院内感染,干预组由医护协作型责任小组参与 ICU 院内感染的控制管理。**结果** 对照组中有 390 例患者发生医院感染,其中导管相关性感染 73 例,干预组发生医院感染 377 例,其中导管相关性感染 44 例,两组医院感染率及导管相关性感染率比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。对照组有 855 例患者使用抗菌药物,干预组为 677 例,两组使用抗菌药物率比较,差异亦有统计学意义($P<0.05$)。2013 年医护人员洗手率明显高于 2012 年,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 医护协作型责任小组能有效降低 ICU 感染发生率、抗菌药物使用率,提高医护人员洗手依从性,全面提升 ICU 医疗、护理质量。

【关键词】 医护协作; 责任小组; ICU; 院内感染

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)10-1477-02

医护协作模式的飞速发展,其在治疗疾病、维护健康中的作用日益明显。医护协作是一个强调知识共享和共担责任的过程,既包括面对面的沟通,又包括快节奏的信息互动,而且随着时间的推移,无论组织结构如何变化,这种合作都遵循一种轨迹^[1]。医院感染作为全球性问题,可使患者病死率增加 13%~35%,给患者和公共卫生带来了沉重负担,医院感染尤其是外源性交叉感染是可以预防的,即使是内源性医院感染,也可以通过预防减少^[2]。本科建立的医护协作型责任小组是为了针对性地解决临床上的疑难问题,并进一步规范、细化医护协作流程,提高医疗、护理质量。其中针对控制医院感染的小组就取得了良好效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院重症医学科(ICU)2012 年 1~12 月收治的 1 012 例患者为对照组,年龄 5~91 岁,平均(47.55±

9.33)岁,其中男 627 例,女 335 例,APACHE II 评分 11~43 分,平均(22.51±5.6)分。2013 年 1~12 月收治的 1 119 例患者为干预组,其中男 673 例,女 446 例,年龄 3~82 岁,平均(43.25±8.73)岁,APACHE II 评分 8~44 分,平均(23.36±4.3)分。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。医院感染和导管感染的诊断依据为我国卫生部 2001 年发布的《医院感染诊断标准(试行)》^[3]。

1.2 方法

1.2.1 对照组采取常规的工作模式控制 ICU 院内感染,管床护士负责床旁监督,在发现问题后上报护士长,由护士长负责管理和控制。通过每月的护士例会讨论分析发生院内感染的原因,提出改进措施,并由护士长检查措施落实情况。

1.2.2 干预组由科室建立的医护协作型责任小组负责院内感染的监督、管理和控制。医护协作型责任小组成员包括 1 名感

[△] 通讯作者,E-mail:154897979@qq.com。