

与患者及其家属加强沟通,指导患者合理的饮食以及生活方式,注意术后的宣教工作,这对于患者生活质量的提高有着重要的意义。

综上所述,采取手术室优质护理干预能够明显降低腹腔镜结直肠癌根治术患者术后并发症、缩短患者住院时间以及康复时间,同时有助于提高患者的生存质量,从而有助于疗效的提高。

参考文献

[1] 章华丽,陈琼,蔡希. 结肠癌术前两种肠道准备方法的应用及护理[J]. 护士进修杂志,2011,26(15):1395-1396.
[2] 张穗珍,肖彩群,李晴华,等. 28 例腹腔镜直肠癌根治术围术期的护理体会[J]. 赣南医学院学报,2013,33(1):138-139.
[3] 王君辅,谢勇,李红浪. 术中直肠冲洗对直肠癌局部复发

影响的 Meta 分析[J]. 实用肿瘤杂志,2013,28(5):492-498.
[4] 王旻,王爽,王韶,等. 中、老年直肠癌患者扩大根治术的临床评价[J]. 中国老年学杂志,2011,31(5):779-781.
[5] 曾乐容. 加速康复外科在结直肠癌腹腔镜根治术围术期护理中的应用[J]. 当代护士:学术版,2012,7(3):53-55.
[6] 刘锦珍. 腹腔镜辅助下结直肠肿瘤根治术的手术配合[J]. 全科护理,2009,7(5):390-390.
[7] 高婧,朱桂玲. 腹腔镜直肠癌根治术术前个体化护理策略的应用及评价[J]. 国际护理学杂志,2013,32(8):1633-1636.
[8] 孔令珍. 腹腔镜下结直肠癌根治术的围术期护理[J]. 中国实用医刊,2012,39(24):125-126.

(收稿日期:2014-12-11 修回日期:2015-02-11)

肝癌介入栓塞术后舒适护理对患者并发症的预防

杨 云(北京市电力医院导管室 100073)

【摘要】 目的 探究舒适护理在肝癌介入栓塞术后患者中的作用,为临床优质医疗积累实战性经验。**方法** 选取该院肿瘤科 2011 年 1 月至 2011 年 12 月收治的 32 例接受肝癌介入栓塞术治疗患者为对照组,实施传统护理服务;选取 2012 年 1 月至 2012 年 12 月收治的 36 例患者为研究组,在常规护理基础上开展舒适护理模式。记录两组患者术后并发症发生率及护理满意度。**结果** 研究组胃肠道反应、血肿、发热、腹痛、肝功能异常及尿潴留发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。研究组患者护理满意度为 97.2%,对照组满意度为 81.3%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 舒适护理应用于肝癌介入栓塞术患者,相较于传统护理能有效预防并发症发生率,提高护理满意度,值得在临床上进一步推广。

【关键词】 肝癌介入栓塞术; 舒适护理; 并发症; 预防
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)10-1482-03

肝癌是临床上常见的消化系统恶性肿瘤,其发病率仅次于胃癌及食管癌,近年来随着人类生存环境及生活节奏的改变,发病率呈现逐渐升高趋势^[1]。由于分布于肝脏组织周边的神经末梢较少,导致肝癌早期患者无明显不适感,一般来院就诊者病情大多已进展至中晚期,这给治疗带来了极大挑战^[2]。中晚期肝癌治疗手段包括手术切除、放射治疗、化学药物治疗、生物治疗及中西医结合治疗等,但上述治疗虽能在一定程度上改善病情预后,但由于治疗的有创性,会引起机体出现一系列不良症状,导致患者治疗依从性不高,而被迫中止疗程^[3]。随着医疗技术水平的提高,借助各类影像学设备在临床上的广泛应用,再与手术、化疗等多种治疗方案相结合,有关学者专家提出了介入栓塞术疗法,且取得了较为可观的效果。但该治疗手段与传统方案无异,患者在接受治疗时,同样会因化疗药物的影响出现一系列不可避免不良事件。因此,如何开展一套行之有效的护理策略以预防相应并发症的发生,对患者治疗可及性具有重大的临床价值^[4]。舒适护理模式是在全面综合患者生理、心理及社会功能的整体状态,以尽可能满足其各类要求,提高心理舒适度。笔者设计本次对照研究,拟在了解舒适护理与传统护理在防治并发症方面的差异,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院肿瘤科 2011 年 1 月至 2011 年 12 月收治的 32 例接受肝癌介入栓塞术治疗患者为对照组,其中男 18 例,女 14 例,年龄 47~79 岁,平均(59.3±3.5)岁;其中肝细胞癌 11 例,胆管细胞 12 例,混合癌 9 例;Child-Pugh 肝功能分级 A 级 10 例,B 级 13 例,C 级 9 例。选取 2012 年 1 月至

2012 年 12 月收治的 36 例患者为研究组,其中男 20 例,女 16 例,年龄 59~80 岁,平均(61.5±3.6)岁。其中肝细胞癌 14 例,胆管细胞 10 例,混合癌 12 例;Child-Pugh 肝功能分级 A 级 12 例,B 级 14 例,C 级 10 例。纳入标准:患者不存在其他心、肝、肾等重要脏器疾患;不存在介入栓塞术禁忌证者;无认知功能障碍;无原发性或继发性痴呆;对本研究知悉并签署同意书。两组在性别、年龄、疾病种类及 Child-Pugh 肝功能分级方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 两组患者均开展肝癌栓塞介入术。患者取平卧位,选取一侧股动脉,并行常规铺巾及消毒处理,采取 Seldinger 法穿刺,同时借助影像学检查结果定位肝动脉或腹腔动脉实施插管,直到导管完全到达固有动脉后方才进行栓塞;对于未达固有动脉者,需先利用大块吸收性明胶海绵 闭塞十二指肠动脉开口处再行栓塞治疗。栓塞处方构成为:30~60 mg 阿霉素,12~16 mg 丝裂霉素,1~1.25 g 氟尿嘧啶,20~30 mg 羟基喜树碱。

1.2.2 护理方法 对照组开展常规护理方案。栓塞术后,护士指导患者卧床休息,并检查各项生命体征,并及时给予对症护理。研究组患者在常规护理基础上实施舒适护理模式。

1.2.2.1 情绪管理 护患交流以换位思考作为指南,利用开放式及诱导式发问等心理学技巧,逐步走入患者内心世界,并在消除患者警戒心理基础上,开展个性化干预。术后情绪焦虑者,护士可指导患者开展全身肌肉放松方法,以缓解负性情绪。具体操作:患者取平卧位,依次舒展肌肉,逐步从头面部、颈部、

上胸部、双上肢、背部、臀部及双下肢肌肉开展舒张再缓慢收缩,每次训练 20 min,早晚各 1 次。对于性格较为内向患者,护士可为患者营造一个较为隐蔽私人空间,并指导患者对着录音机进行情感宣泄,以此缓解焦虑。

1.2.2.2 病室环境管理 病房温湿度的调控需咨询患者主观感受,使温湿度尽可能满足其生理诉求,进而能使其达到较为平稳的生命体征状态,利用术后病情的稳定。护士在病房中需注意更多的细节,并妥善管理好病友之间关系,为患者制造一个较为安静的内部环境。

1.2.2.3 细节管理 护士每次行床旁治疗时,应仔细观察患者面部表情变化,并加问一句,“您是否存在恶心、呕吐、腹痛、尿潴留”等并发症。若患者主诉存在上述不良反应,护士应及时向医生汇报,以降低并发症发生率。

1.2.2.4 穿刺部位护理 由于股动脉血压较高,术后患者因体位变更,常会出现局部血肿、渗血等症状。因此,护士应定时观察穿刺部位皮肤颜色、温度计足背动脉搏动等情况,并确保

绷带压力适当。

1.3 观察项目 (1)记录两组患者术后 48 h 并发症发生情况,囊括胃肠道反应、血肿、发热、腹痛、肝功能异常及尿潴留。(2)两组患者均于术后第 3 天接受自制护理满意度问卷,其信效度良好,选项采取封闭式答案,分别为非常满意、满意和满意。满意度计算公式:满意度(%)=(非常满意例数+满意例数)/本组研究总例数×100%。

1.4 统计学处理 利用 SPSS19.0 软件进行统计分析,计量资料 $\bar{x}\pm s$ 为统计描述,组间比较采取两独立样本 *t* 检验;计数资料以率作为统计描述,采取 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 两组患者术后并发症发生率比较 研究组胃肠道反应、血肿、发热、腹痛、肝功能异常及尿潴留发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	胃肠道反应	血肿	发热	腹痛	肝功能异常	尿潴留
研究组	36	11(30.6)	2(5.6)	15(41.7)	8(22.2)	3(8.3)	1(2.8)
对照组	32	22(68.8)	5(15.6)	22(68.8)	13(40.6)	10(31.3)	8(25.0)
χ^2		5.781	6.084	8.974	10.889	4.250	7.573
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者护理满意度比较 研究组患者护理满意度为 97.2%,对照组满意度为 81.3%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者护理满意度比较(n)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度(%)
研究组	36	23	12	1	97.2
对照组	32	14	12	6	81.3
χ^2					7.863
<i>P</i>					<0.05

3 讨 论

舒适护理是由西方学者 Kolcaba 于 1995 年首次提出,并经国内学者萧丰富进一步完善该理论而来[5]。该护理模式立足当代新型医疗模式,从患者生理、心理及社会功能方面进行全方位干预,力求使患者保持在较为舒适的健康状态,这也是现代护理所追求的目标[6]。肝癌介入栓塞术是治疗肝癌有效的方案,且近年来在临床上的推广越发频繁,亦深受学者青睐重视。虽然该治疗方案具有其他治疗手段无法替代的医疗优势,但与其他方案相似,不良事件的发生亦是治疗过程中所需正视的难题[7]。因为化疗药物具有一定的药理毒性,会使患者出现胃肠道反应及肝功能异常,再加上股动脉穿刺会引起局部血肿及全身血源性感染,这会增加患者对自身预后担忧,并降低治疗依从性,进而被迫中止治疗。这些术后不良事件是主要护理难题,而护理效果的好坏,直接影响患者预后康复[8]。因此,有学者提出将舒适护理模式应用于肝癌介入术患者,通过个性化、创造性及整体性的护理计划,尽可能降低患者不愉悦情绪,使其生理、心理及社会功能达到最佳状态。当前在临床上就传统护理与舒适护理应用于肝癌介入术的效果对比研究仍为数不多,笔者借助本调研拟进一步完善相应临床数据,为循证医学提供证据支撑。

本研究结果显示,研究组术后并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。肝癌介入栓塞术主要不良事

件包括胃肠道反应、血肿、发热、腹痛、肝功能异常、尿潴留等方面。其中胃肠道反应主要是由于化疗药物所致,因此,护士在护理过程中应更关注患者胃肠道反应,合理调整饮食结构,一般在介入术后 2 h 可给患者进食清淡易消化食物,于术后第 2 天可给予高蛋白、高蛋白及高维生素饮食,并指导患者少食多餐;对于存在胃肠道反应严重者,应做禁食处理,或给予止吐药。患者术后出现发热症状,主要是由于肝癌细胞大面积坏死所致,一般好发于术后 2~3 d,护士需及时安慰患者情绪,指导患者多饮水,对于体温升高过快者,应给予物理降温,必要时可行药物治疗[9]。腹部疼痛的出现主要是由于栓塞部位因局部缺血缺氧引起癌肿坏死,周边肝组织水肿引起体积增加引发神经压迫所致。护士应运用多重心理学技巧向患者介绍症状出现的原因,消除负性情绪,并及时向医生汇报给予药物镇痛干预。术后局部血肿、出血是由于股动脉穿刺操作不当所致,若任由病情进展,会引起全身性血源感染,而绷带若束缚过紧,则会引起患侧缺血导致功能障碍[10]。护士应对术后血肿引起足够重视,定时进行检查和询问以了解实时病况,同时还需仔细观察患者足背动脉搏动、皮肤颜色及温度等情况,确保绷带压力束缚适中,并指导患者术后活动规律,以免不当躯体运动导致穿刺处出血、血肿[11]。术后由于排尿环境的改变及心理压力影响,会导致尿潴留出现。护士应术前锻炼患者肛提肌,并通过水流声刺激患者排尿,同时借助心理诱导鼓励其主动排尿[12]。通过系统化及个性化的干预护理,能使患者生理、心理得到极大的满足,利于遵医行为配合度的提高,促进病情预后。同时对两组患者护理满意度进行调查,结果显示研究组满意度高于对照组,这进一步反映舒适护理对患者主观认知方面所产生的临床效果,利于医患信任的有效建立[13]。

综上所述,对于行介入栓塞术治疗的肝癌患者,开展舒适护理模式能有效降低并发症发生率,并提高其护理满意度,取得较为满意的临床效果。

参考文献

[1] 童雅萍,尤国美,朱云霞,等.肝癌介入栓塞术后并发肝脓肿的原因分析及护理[J].护士进修杂志,2010,25(24):2275-2276.

[2] 周建伟,周建芳.肝癌破裂出血急行介入栓塞的围术期护理[J].中国医药指南,2013(32):265-266.

[3] 李慧,蒙健华.肝癌介入栓塞术后舒适护理对患者并发症的预防作用[J].国际护理学杂志,2014,33(2):343-345.

[4] 董人平,陈文华,高雪娟.肝癌患者介入治疗的护理干预[J].实用临床医药杂志,2012,16(10):12-14.

[5] 许小霞,杜增利,李红艳.肝癌动脉介入栓塞和灌注化疗术后的临床护理管理[J].中国当代医药,2014,21(9):131-133.

[6] 陈小玲.晚期肝癌动脉介入栓塞化疗的护理[J].海南医学,2004,15(3):90-91.

[7] 张海鹏.CT 引导下肝肿瘤射频消融术患者的护理[J].中国实用护理杂志,2009,25(18):70.

[8] 廖秀杰,黄蓉芳,赵子鄰,等.微波消融联合 131I-chTNT 瘤内注射治疗原发性肝细胞癌的护理[J].解放军护理杂志,

2012,29(10):55-56.

[9] Hayashi H,Beppu T,Shirabe K,et al. Management of thrombocytopenia due to liver cirrhosis: A review[J]. World J Gastroenterol,2014,20(10):2595-2605.

[10] Fiorentini G,Aliberti C,Mulazzani LA,et al. Chemoembolization in colorectal liver metastases: the rebirth[J]. Ant Res,2014,34(2):575-584.

[11] Sofocleous CT, Sideras P, Petre EN. How we do it-A Practical Approach to Hepatic Metastases Ablation Techniques[J]. Tech Vasc Interv Radiol, 2013, 16(4): 219-229.

[12] Christoph N,Ernst-michael J,Schreyer AG,et al. Palliative treatment of presacral recurrence of endometrial cancer using irreversible electroporation: a case report [J].J Med Case Rep,2013,7(1):128.

[13] Mahnken AH,Pereira PL, de Baère T. Interventional oncologic approaches to liver metastases [J]. Radiology, 2013,266(2):407-430.

(收稿日期:2014-10-28 修回日期:2015-01-10)

层级管理模式对血液透析室护理质量的应用研究

裴思丽,赖金香,傅小蓉(中国人民解放军第一八〇医院肾内科,福建泉州 362000)

【摘要】 目的 探究层级管理模式对血液透析室护理质量的影响。**方法** 将 2010 年 3 月至 2011 年 12 月透析总人次 13 760 例划分为普通护理组;2012 年 1 月至 2013 年 11 月透析总人次 28 636 例为层级护理组。普通护理组按照传统护理方式进行,层级护理组施行层级护理管理;比较两组的护理质量。**结果** 普通护理组血液透析时患者缺陷率为 0.170%;层级护理组缺陷率为 0.035%。两组比较差异有统计学意义($\chi^2=20.85, P<0.05$)。实行层级管理模式后患者的满意度高于实行前,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 层级管理模式能够提高血液透析室的护理质量。

【关键词】 管理; 血液透析室; 层级管理模式
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)10-1484-02

血液透析治疗往往给患者和家属带来巨额经济压力和巨大精神压力。因此,患者具有较复杂的心理,如何全面掌握透析患者的身体情况,达到让每名患者满意的服务目标,这就需要保持相对固定的护理人员使工作更加得心应手^[1]。为更好地提高护理质量,扩大管理效能,现将本院层级管理工作介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院透析科具有透析设备 27 台,护理人员 16 名,其中主管护师 2 名、护师 4 名、护士 9 名、助理护士 1 名,2012 年 1 月起层级管理模式在本院血液透析室开始,将 2010 年 3 月至 2011 年 12 月透析总人次 13 760 例划分为普通护理组;2012 年 1 月至 2013 年 11 月透析总人次 28 636 例为层级护理组。每个小组统一配备主管护师 1 名,护师 2 名,护士 3 名。未归入小组的人员进行其他辅助工作,小组成员主要职能是完成透析患者日常透析护理。组长由主管护师担任,其主要任务是负责本小组护士以及需要透析患者的管理,小组人员轮换周期为半年一次。

1.2 方法

1.2.1 明确各护理人员职能 组内成员分工协作。组长职能要点是从护理质量、安全管理方面进行控制;实施有一定难度

的内瘘穿刺;对下级护士的培训与指导。护师主要职能是对患者的接机、下机进行透析、置管的护理,完成特殊的治疗和护理,对患者进行健康指导^[2];护士除了上、下机的工作之外,另外对患者的生命体征进行监测、透析过程中对患者生活进行照顾,透析机的消毒与保养等一系列工作。各级人员严格按照岗位职责要求,遵守标准化流程规定来完成各自相应的护理工作。

1.2.2 细化工作内容并将质量考核标准具体 对工作质量进行定期考核及评价。保证每名患者完成治疗方案并且保证透析安全,就是透析室护理人员主要工作内容。所以透析室护理小组对各层次护士每月进行 1 次综合评价与核算,包括对患者透析时消毒隔离与监护的能力、对患者健康指导、护理文书书写、护理安全管理、进行培训与考核 6 个方面^[3]。

1.2.3 实行组长负责制,固定查对流程。对预冲后的透析机、管路及机器的工作状态由组内的主管护师或护师在每日接机前完成初次查对;上机后由主管护师确定透析机的运转参数和超滤量的设定、检查透析液离子浓度和温度、抗凝剂用量,主管护师需与护士一并核对透析医嘱,确保治疗参数与医嘱符合度一致。各区透析患者每日的监护管理全程由组组长负责。

1.2.4 组长负责召开小组会议,提高各组工作质量。每次例