

理模式对于降低心血管外科 ICU 患者焦虑具有一定意义。这主要由于研究组全面落实责任制护理制度,将 PDCA 循环管理方案贯穿入临床,重点关注患者的心理状况,使其以积极乐观的情绪面对疾病与医疗操作,这对于降低患者焦虑情况具有积极意义^[13]。

从护理满意度来看,研究组总满意率为 99.33%,高于对照组的 96.00%,这与许多报道结果一致^[14-15]。结果提示,PDCA 循环管理不仅强化了护理人员处理问题及发现问题的能力,还可以提高护理人员的专业知识与技能,规范日常行为习惯,继而使患者能够接受到全面的护理。此外,PDCA 循环管理工作的核心是一切从患者角度出发,尽可能地满足他们的需求,进一步改善护患关系,提高护理服务质量。

综上所述,PDCA 循环管理模式可以有效降低心血管外科 ICU 患者的不良反应,改善满意度,应用效果确切,适于推广。

参考文献

[1] 张晓霞,郑雪梅,魏玮,等. DCA 循环在我院静配中心感染管理中的应用[J]. 西北药学杂志,2014,10(2):212-214.

[2] 王力红,赵霞,张京利,等. 追踪方法学与 PDCA 循环管理在医院感染管理质量控制中的应用[J]. 中华医院感染学杂志,2014,22(6):1539-1541.

[3] 王变丽,王江波,张丽娟. PDCA 循环管理模式在感染性股动脉假性动脉瘤破裂护理中应用[J]. 中华医院感染学杂志,2014,12(3):703-705.

[4] 罗光英,游灿青,李凌竹,等. PDCA 循环法在手卫生依从性管理中的应用[J]. 中华医院感染学杂志,2014,6(11):2839-2841.

[5] 黄艳,王波,杨洪波. PDCA 循环管理法在我院抗菌药物管理中的应用效果分析[J]. 中国药房,2014,35(21):

• 临床探讨 •

2014-2016.

[6] 顾掌生,吴巍. 医疗质量管理中 PDCA 循环运用[J]. 医院管理论坛,2014,45(8):35-38.

[7] 杨菊花,贺伟,彭守华. 应用 PDCA 循环对妇科肿瘤术后患者实施镇痛管理[J]. 护士进修杂志,2012,15(5):421-422.

[8] 李晓青. 谈以 PDCA 循环为视角的图书馆服务质量管理[J]. 图书馆工作与研究,2012,25(5):45-48.

[9] 孔旭辉,崔雪华,王玲,等. 运用 PDCA 循环管理控制呼吸机相关性肺炎感染[J]. 中华医院感染学杂志,2010,11(17):2642-2643.

[10] 毛辰蓉. PDCA 循环在静脉化疗风险管理中的应用[J]. 护士进修杂志,2011,12(2):123-124.

[11] 王秀娟. PDCA 循环法在传染科医务人员手卫生管理中的作用[J]. 中国消毒学杂志,2013,5(1):88-89.

[12] 孙树英. PDCA 循环法在门诊输液安全管理中的应用[J]. 实用医学杂志,2011,6(17):3256-3257.

[13] Vogel P, Vassilev G, Kruse B, et al. Morbidity and mortality conference as part of PDCA cycle to decrease anastomotic failure in colorectal surgery [J]. Langenbecks Arch Surg, 2011,396(7):1009-1015.

[14] Vogel PA, Vassilev G, Kruse B, et al. PDCA cyclus and morbidity and mortality conference as a basic tool for reduction of wound infection in colorectal surgery [J]. Zentralbl Chir, 2010,135(4):323-329.

[15] 徐绍莲,甄文,谢菲,等. PDCA 循环理论在危重患者应激性高血糖控制中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(36):109-111.

(收稿日期:2016-03-11 修回日期:2016-05-22)

舒芬太尼与地佐辛对胃肠外科手术后静脉自控镇痛效果的比较

詹 甦,夏长荣

(湖北省武汉市第八医院麻醉科 430010)

摘 要:目的 比较舒芬太尼与地佐辛两种药物在患者进行胃肠外科手术后采用自控镇痛系统的临床效果。方法 将 2012 年 6 月至 2014 年 9 月该院收治的 134 例胃肠道外科手术患者随机分为观察组与对照组,两组患者均采用静脉自控镇痛系统,对照组采用舒芬太尼,观察组采用地佐辛,比较两组患者的镇静效果、镇痛效果,以及胃肠鸣音和肛门排气的恢复时间。结果 观察组患者在 0.5~48 h 不同时间点的 Ramsay 镇静评分与对照组基本一致,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组患者 6、12、24、48 h 的镇痛评分均明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者肠鸣音恢复及肛门排气时间均明显低于对照组,两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者 24 h 内 PCA 按压次数明显少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),且观察组患者恶心、呕吐及嗜睡的不良反应发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在胃肠外科手术后采用静脉自控镇痛系统的镇痛方案中,舒芬太尼与地佐辛对于患者的镇静效果基本一致,但地佐辛可以明显地改善患者的疼痛症状,并且地佐辛可以缩短患者胃肠道鸣音及肛门排气的恢复时间,值得推荐使用。

关键词:舒芬太尼; 地佐辛; 静脉自控镇痛

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.19.041 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)19-2801-03

胃肠道手术后的患者,常因疼痛引起交感神经亢进,迷走神经兴奋性降低,胃肠道反射性抑制,从而导致肠麻痹,继而引起恶心、呕吐等症状,这些病理生理改变常影响患者术后康复^[1]。因此,选择合理的镇痛方案非常必要。地佐辛兼有 κ 受体激动剂和 μ 受体拮抗剂的药理特性,不产生 μ 受体的依赖性,可以松

弛胃肠道平滑肌,进而减少患者恶心、呕吐的发生率^[2]。因此,本研究拟比较地佐辛与舒芬太尼对胃肠外科手术后静脉自控镇痛的效果,为该类药物选择提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 6 月至 2014 年 9 月在本医院治疗

的 134 例胃肠道外科手术患者,采用数字随机表法将患者均分为两组,每组各 67 例,其中观察组男 37 例,女 30 例,年龄 19~74 岁,平均(53.6±11.7)岁,体质量 44~81 kg,平均(63.2±8.7) kg;对照组男 36 例,女 31 例,年龄 20~74 岁,平均(54.1±13.6)岁,体质量 45~81 kg,平均体质量(64.1±7.6) kg。所有患者无严重肝肾疾病及血液系统疾病,无长期服用阿片类、安定类药物史。两组患者的年龄、性别、体质量等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获本院医学伦理委员会批准,并与患者签署知情同意书。

1.2 观察指标 所有患者均采用静脉复合麻醉。入室后监测患者血压(BP)、脉搏血氧饱和度(SPO₂)及心电图(ECG)。麻醉诱导前 10 min 静脉注射盐酸戊乙奎醚,剂量为 0.5 mg,采用咪达唑仑(0.1 mg/kg)、芬太尼(4 μg/kg)、顺式阿曲库铵(0.15 mg/kg)和依托咪酯(0.2 mg/kg)诱导。手术中采用丙泊酚(5 mg/kg/h)、瑞芬太尼(10 μg/kg/min)持续进行麻醉,30~45 min 静脉给药阿曲库铵 0.05 mg/kg,维持肌肉松弛。手术结束前 30 min 给予阿扎司琼 10 mg,结束前 5 min 停止使用异丙酚和瑞芬太尼。观察组采用地佐辛 35 mg 加入到 100 mL 生理盐水中,对照组患者采用舒芬太尼进行麻醉,采用舒芬太尼 100 μg 加入到 100 mL 生理盐水中^[3]。两组患者在手术后清醒,待各项生命体征平稳之后,给予 10 mL 的负荷剂量镇痛后,开始使用静脉自控镇痛系统,基础量为 2 mL/h,每次追加量为 0.5 毫升/次。

1.3 疗效判定标准 比较两组镇痛方案的镇静评分,采用 Ramsay 镇静评分系统^[4]。1 分为焦躁不安;2 分为安静合作;3 分对指令反应敏感,但是患者发音开始模糊;4 分为嗜睡,但可以通过呼唤叫醒;5 分为嗜睡,对呼唤反应迟缓;6 分为深度睡眠,即麻醉状态。比较两组镇痛方案的镇痛效果^[5],采用疼痛视觉模糊模拟(VAS)评分系统评估镇痛效果,无痛为 0 分,1~10 分代表疼痛的 10 个级别,分数越高,代表患者的疼痛越严重。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据处理及统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用配对 t 检验,计数资料以率表示,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 两组患者不同时间点 Ramsay 镇静评分比较 观察组患者在 0.5~48.0 h 不同时间点的 Ramsay 镇静评分与对照组基本一致,两组比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组患者不同时间点 Ramsay 镇静评分比较($\bar{x} \pm s$,分)						
组别	<i>n</i>	0.5 h	6 h	12 h	24 h	48 h
观察组	67	2.8±0.4	3.4±0.8	2.8±0.4	2.1±0.5	1.8±0.3
对照组	67	2.7±0.3	3.5±0.7	2.7±0.4	2.0±0.3	1.9±0.2
<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 两组患者不同时间点 VAS 评分比较 两观察组患者 6、12、24、48 h 的 VAS 评分均明显低于对照组($t=2.983、3.123、3.529、2.779,P<0.05$),表 2。

表 2 两组患者不同时间点 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)						
组别	<i>n</i>	0 h	6 h	12 h	24 h	48 h
观察组	67	1.1±0.3	1.5±0.5	1.9±0.3	2.1±0.5	1.7±0.4
对照组	67	1.1±0.2	2.1±0.7	2.3±0.8	2.3±0.7	2.0±0.6
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者肠鸣音恢复时间及肛门排气时间比较 观察组患者肠鸣音恢复及肛门排气时间明显低于对照组($t=3.685、2.698,P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者肠鸣音恢复时间及肛门排气时间比较($\bar{x} \pm s$,h)			
组别	<i>n</i>	肠鸣音恢复时间	肛门排气时间
观察组	67	48.6±6.5	64.5±4.3
对照组	67	61.1±7.1	74.9±5.8
<i>P</i>		<0.05	<0.05

2.4 两组患者 24 h 内 PCA 按压次数比较 两组患者 24 h 内 PCA 按压次数比较结果见表 4,观察组患者 24 h 内按压次数为(13.6±2.1)次,明显低于对照组(20.5±3.2)次,两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 两组患者 24 h 内 PCA 按压次数比较($\bar{x} \pm s$,次)			
组别	<i>n</i>	按压次数	实际有效次数
观察组	67	13.6±2.1	6.9±1.2
对照组	67	20.5±3.2	12.4±2.8
<i>P</i>		<0.05	<0.05

2.5 两组患者不良反应发生率比较 两组患者的不良反应以恶心、呕吐和嗜睡为主,其中观察组恶心、呕吐和嗜睡的发生率均明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($\chi^2=10.36、8.02、9.15,P<0.05$)。

表 5 两组患者不良反应发生率比较[<i>n</i> (%)]				
组别	<i>n</i>	恶心	呕吐	嗜睡
观察组	67	3(4.5)	1(1.5)	1(1.5)
对照组	67	16(23.9)	10(14.9)	11(16.4)
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

手术后疼痛是一个困扰医学手术的难题,人们一直在寻找可以完全解决这个难题的方案,但对于不同的患者,最小的有效镇痛浓度存在个体差异,所以要达到镇痛效果,同时又避免过度麻醉,具有很大的挑战性。传统的肌肉注射、静脉注射等均无法达到上述要求^[6]。随着技术的进步,静脉自控镇痛系统开始应用于临床,它由患者自己来决定镇痛药物的剂量,在持续起效的同时,可以降低药物的用量,也就降低了药物相关的不良反应,具有重要的意义。

术后疼痛及其引起的应激反应,是术后并发症的主要原因,特别是胃肠道手术的患者。疼痛可以加剧交感神经亢进,引起胃肠道反射性抑制,降低平滑肌张力,提高括约肌张力,从而导致肠麻痹,继发性地引起恶心、呕吐等症状,个别患者还会延迟胃肠道的营养恢复,可能会引发继发性的感染。有文献报道,胃肠外科手术属于中等以上的急性疼痛,所以采用阿片类药物进行镇痛非常有必要,但同时也要减低恶心、呕吐及呼吸抑制等不良反应的发生^[7]。

地佐辛是一种 κ 受体激动剂,也是 μ 受体拮抗剂,属于阿片类镇痛药物,其镇痛的强度与持续时间要好于吗啡,至少与吗啡相当,由于地佐辛不产生 μ 受体的依赖性,所以它可以松弛胃肠道的平滑肌,进而减少患者恶心、呕吐的发生率^[8]。舒

芬太尼也是一种阿片受体激动剂,可以明显导致胃肠道平滑肌和括约肌的痉挛,抑制消化液分泌,同时,舒芬太尼会降低患者肠道排气和排便的感觉,这可能与肛门排气时间延迟有关。

本文重点研究了舒芬太尼与地佐辛两种药物在患者进行胃肠外科手术后采用自控镇痛系统的临床效果。对本院入 院治疗的 134 例胃肠道外科手术患者进行研究,对照组采用舒芬太尼,观察组采用地佐辛,比较两组患者的镇静效果、镇痛效果,以及胃肠鸣音和肛门排气的恢复时间。研究表明,两组患者在 0.5~48.0 h 不同时间点的 Ramsay 镇静评分基本一致,但采用地佐辛麻醉的观察组患者 6、12、24、48 h 的 VAS 评分均明显低于对照组,且观察组患者肠鸣音恢复及肛门排气时间均明显低于对照组,且观察组按压次数更少,恶心、呕吐等不良 反应发生率更低。

总之,胃肠外科手术后采用静脉自控镇痛系统的镇痛方案 中,地佐辛可以明显地改善患者的疼痛症状,并且可以缩短患 者胃肠道鸣音及肛门排气的恢复时间,好于舒芬太尼,值得在 这类手术自控镇痛系统中推荐使用。

参考文献

[1] 应隽,钱燕宁,张国楼. 术后镇痛与手术患者康复的研究 • 临床探讨 •

进展[J]. 临床麻醉学杂志,1999,15(7):2141-2143.
[2] 刘翔宇,谌永毅,何国平. 术后自控镇痛泵的临床应用效 果与评价[J]. 护理研究,2009,23(1):256-257.
[3] 孙振涛,李阿丽,韩雪萍. 地佐辛与舒芬太尼对胃肠外科 手术后自控镇痛效果的比较[J]. 中国医院药学杂志, 2012,32(7):539-540.
[4] 赵贤,冯智英,叶素娟. 氟比洛芬脂复合曲马多术后镇痛 的疗效观察[J]. 临床麻醉学杂志,2007,23(12):501-502.
[5] 刘英. 氟比洛芬酯或曲马多复合舒芬太尼术后镇痛的观 察[J]. 实用中西医结合临床杂志,2008,8(1):38-39.
[6] 罗爱伦. 患者自控镇痛[M]. 北京:北京医科大学、中国协 和医科大学联合出版社,1999.
[7] 吴世民,张咸伟,温伟浩. 氟比洛芬酯复合芬太尼用于术 后静脉镇痛的效果观察[J]. 医药导报,2008,27(6):658- 660.
[8] 雷李培,王传光,吴炜. 地佐辛不同用药方法预防瑞芬太 尼麻醉术后痛觉过敏 120 例[J]. 中国药业,2012,21(1): 75-76.

(收稿日期:2016-02-26 修回日期:2016-04-29)

超声乳化白内障吸除及人工晶状体植入术治疗超高度近视 合并白内障围术期处理观察

万丽萍,李晓玲

(陕西省西安市第四医院眼科 710004)

摘 要:**目的** 探讨超声乳化白内障吸除及人工晶状体植入术治疗超高度近视合并白内障围术期的临床疗效。**方法** 选择 2014 年 1 月至 2015 年 1 月接受治疗的 150 例(240 只眼)超高度近视合并白内障患者。对患者进行超声乳化白内障吸除及人工 晶状体植入术治疗,对患者术后 1 年内的屈光度、裸眼视力、矫正视力及术后并发症等情况进行定期临床随访,对随访成功的患者 信息进行统计,并进行手术前后对比。**结果** 将术前与术后 1 个月、3 个月、半年及 1 年信息对比,发现术后屈光度明显优于术 前,差异有统计学意义($t=4.21,4.38,5.33,6.74,P=0.04,0.02,0.03,0.04$);术后裸眼视力明显优于术前,差异有统计学意义 ($\chi^2=2.52,3.56,3.31,5.22,P=0.04,0.03,0.02,0.02$);术后矫正视力明显优于术前,差异有统计学意义($\chi^2=2.71,3.42,3.75, 4.79,P=0.04,0.04,0.03,0.01$);眼轴长度大于 30 mm 时相应的矫正视力均具有明显的改善效果,与术前相比差异有统计学意 义($t=1.85,2.44,3.26,3.79,P=0.01,0.03,0.04,0.04$)。对手术前后的不良反应和并发症进行统计分析,差异无统计学意义 ($\chi^2=1.89,P=0.92$)。**结论** 超声乳化白内障吸除及人工晶状体植入术治疗超高度近视合并白内障围术期的总体临床疗效较 为理想,具有创伤小、视力改善明显、屈光稳定、并发症少及维持时间久等良好特征,具有十分重要的临床应用和推广价值。

关键词:超声乳化白内障吸除; 人工晶状体植入术; 超高度近视; 白内障

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.19.042 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)19-2803-03

超高度近视通常会伴有视网膜、角膜和晶状体等方面的病 变,易引发白内障^[1]。近年来临床上超高度近视合并白内障的 病例逐渐增多,传统主要是采用白内障囊外摘除手术治疗,但 逐步研究发现该方法易出现手术创伤大、角膜水肿、视网膜脱 落、维持时间短及术后并发症多等现象,达不到理想的修复效 果^[2-3]。随着超声乳化技术研究、手术设备、修复材料及人工晶 状体植入技术突飞猛进的发展,超声乳化白内障吸除及人工晶 状体植入术的临床效果也日益改善,此技术具有创伤小、视力 改善明显、屈光稳定、并发症少及维持时间久等优点^[4-5]。为进 一步探索该技术治疗超高度近视合并白内障围术期的更好方 案,选取 2014 年 1 月至 2015 年 1 月接受治疗的 150 例(240 只 眼)超高度近视合并白内障患者为研究对象,长期观察与分析 其手术前后修复的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 1 月至 2015 年 1 月于本院接受 治疗的 150 例(240 只眼)超高度近视合并白内障患者,所有患 者的体格检查、视力检查及眼部常规检查等方面信息均完善。 男 77 例(128 只眼),女 73 例(112 只眼),年龄 55~75 岁,平均 (60.4±4.5)岁,所有患者均自愿参与本次研究,均签署知情同 意书,本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 手术前检查 采用眼科超声仪预先了解患者玻璃体情 况,用 A 型超声仪检测眼轴长度和角膜曲率,并进行屈光状 态、晶状体后囊破裂、角膜水肿、视网膜脱落、眼压高及黄斑囊 样水肿等常规眼部检查。
1.2.2 手术方法 术前 30 min 用滴眼液促进散瞳,术前 15