

治疗慢性乙型肝炎的病毒学应答研究[J]. 中国生化药物杂志, 2012, 33(6): 880-882.

[8] 徐庆杰, 和振坤. 阿德福韦酯联合 α -2b 干扰素治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎的临床研究[J]. 中国基层医药, 2013, 20(18): 2843-2845.

[9] 沈菲, 梁玉记. 薄芝糖肽与胸腺五肽分别联合重组人干扰素 α 2b 治疗 HBeAg 阳性的慢性乙型肝炎的临床观察[J]. 中国药房, 2017, 28(8): 1120-1123.

[10] 谢志伟, 周福元, 周元平. 干扰素 α 和恩替卡韦治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎疗效的预测因素[J]. 南方医科大学学报, 2013, 33(6): 878-881.

[11] 梁伊乐. 干扰素 α -2b 联合阿德福韦酯治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎患者 50 例临床疗效[J]. 中国实用医药, 2015, 10(22): 136-137.

[12] Toru T. Interleukin 28B genetic polymorphism and hepatitis B virus infection[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(34): 12026-12030.

[13] 何艳, 唐晓鹏, 郑宣鹤, 等. 干扰素联合核苷(酸)类似物治疗慢性乙型肝炎的疗效观察[J]. 临床肝胆病杂志, 2013, 29(2): 114-116.

[14] 杜辉, 周海华, 张俊霞. 凯因益生伴侣颗粒在重组人干扰素 α 2b 联合核苷类抗病毒药物治疗慢性乙型肝炎中的辅助治疗作用[J]. 徐州医学院学报, 2015, 35(5): 331-334.

[15] 彭福江, 张天晓, 袁美蓉, 等. 干扰素联合阿德福韦酯治疗 HBeAg(+)慢性乙型肝炎疗效观察[J]. 中国药师, 2014, 17(6): 984-986.

(收稿日期: 2017-02-02 修回日期: 2017-04-12)

• 临床探讨 •

中医临床护理路径联合产后延续性护理对自然分娩产妇的影响

王思思, 李 静, 杨 林

(哈尔滨医科大学附属第二医院中医科, 哈尔滨 150000)

摘 要:目的 分析中医临床护理路径联合产后延续性护理对自然分娩产妇的影响。方法 收取该院 2015 年 2 月至 2016 年 7 月自然分娩产妇 100 例, 按护理方法不同分为观察组(中医临床护理路径联合产后延续性护理)和对照组(常规护理), 每组 50 例。记录两组产妇住院时间、产后并发症、抑郁自评量表(SDS)分值、焦虑自评量表(SAS)分值, 对比健康教育成绩、护理满意率。结果 护理后, 观察组 SAS 及 SDS 评分明显低于对照组; 观察组住院时间短于对照组, 健康教育成绩得分高于对照组, 护理满意率(94.0%)高于对照组(78.0%); 观察组产妇产后并发症发生率(20.0%)低于对照组(40.0%), 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 中医临床护理路径联合产后延续性护理能有效改善产妇情绪, 避免产后抑郁; 能提高健康教育效果, 减少产后并发症, 提高护理满意度, 值得推广。

关键词: 延续性护理; 临床护理路径; 自然分娩; 并发症
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.20.048 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)20-3099-03

自然分娩前后采用临床路径管理能有效提高护理工作效率, 减少护理失误, 提高护理质量, 促进康复。分娩前后使用中医护理可促进产妇身心恢复, 减少并发症。延续性护理则是将院内护理延伸至院外的一种护理方式, 能提高产妇自我护理能力。而目前关于中医临床护理路径联合延续性护理计划的研究甚少, 这两种方法联合应用对产妇康复速度、产妇不良情绪的影响有待研究^[1]。因此笔者将该方法用于 50 例自然分娩产妇中, 并与行常规护理的 50 例自然分娩产妇进行对比研究, 旨在为今后提高产妇护理质量提供可靠依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月至 2016 年 7 月本院自然分娩的产妇 100 例, 按护理方法不同分为观察组和对照组, 每组 50 例。观察组: 年龄 20~29 岁, 平均(26.3±2.1)岁; 孕周 38~41 周, 平均(38.7±0.6)周; 初产妇 35 例, 非初产妇 15 例; 单胎 45 例, 多胎 5 例。对照组: 年龄 23~33 岁, 平均(26.5±1.9)岁; 孕周 38~40 周, 平均(38.9±0.5)周; 初产妇 32 例, 非初产妇 18 例; 单胎 47 例, 多胎 3 例。排除不愿参与本研究者, 肝、肾、心、脑疾病患者; 排除精神疾病史、听力障碍、语言障碍; 剖宫产产妇; 新生儿先天不足^[2-3]。所有产妇均为足月妊娠自然分娩, 均能完成健康教育, 独立完成问卷调查。两

组产妇年龄、孕周、产次、分娩方式、胎儿情况差异无统计学意义($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法 对照组采用常规护理, 包括询问病史、体检、产程观察、介绍医院环境及相关知识、照顾婴儿等。观察组行中医临床护理路径联合延续性护理。中医临床护理路径: (1) 严格根据优质、经济、高效原则设计临床护理路径。前期加强护士临床护理路径培训, 使其了解临床护理路径的意义, 在护理中严格按临床护理路径进行操作。(2) 在产妇准备分娩前嘱咐产妇放松思想, 产妇信任医生并极力配合以缩短产程。(3) 产程情志干预。通过交谈等方式转移产妇注意力, 根据其情绪给予安抚措施, 轻抚产妇额头, 谈一些关于婴儿出生后温馨的场景, 转移产妇对疼痛的注意力。讲解产程中正确用力避免出现尿潴留。(4) 产后情志干预, 清静养神。打造舒适的养身环境, 让产妇抚摸婴儿, 消除产后自身家庭角色改变带起造成不良心理冲击; 移情易性, 播放柔和的音乐使其身心放松, 并引导其体会音乐中的意境, 并投其所好, 例如引导其家属与产妇谈论如何布置温馨的婴儿房或挑选舒适漂亮的婴儿服装, 转移其对宫缩痛的注意力; 顺情解郁, 护士充分理解宫缩痛给产妇带来的痛苦, 积极回应产妇心理及物质需求, 使其获得满足感后消除抑郁、焦躁情绪。(5) 产后并发症预防及处理。乳汁缺乏给予药

膳,饮食可增加鲫鱼汤、猪蹄汤、甲鱼汤催乳。护士按摩产妇中极穴、关元穴 5~10 min,以预防尿潴留;预防尿潴留取三阴穴、气海穴、关元穴、中极穴针刺,中度刺激平泻、平补,肾阳虚者加命门、肾俞穴,气虚则加足三里穴,血虚则加阴陵泉^[4]。虚症者均用补针法,留置针 5~10 min 后排便。便秘者使用大承气汤通便,生大黄 15 g,厚朴 10 g,枳实 10 g,若便秘严重可加 20 g 芒硝,煎煮 100~200 mL 药液,温度为 40 ℃后装入盐水瓶,输液器与肛管连接,插入肛门 10~15 cm,输注完毕后收紧肛门括约肌 30 min 后排便^[5]。延续性护理:制作产后评估表并发给产妇,使其能自我评估宫缩情况、睡眠情况等、产后饮食起居合理性及新生儿照顾能力;建立 QQ 群、微信群,使用电话随访等完成随访,解决问题;指导其家属营造良好的家庭气氛,给予产妇心理支持,预防产后抑郁;指导产妇缩肛运动,讲解安全、有效的避孕方法,便于今后使用。

1.3 观察指标 记录两组产妇住院时间、产后并发症、抑郁自评量表(SDS)分值、焦虑自评量表(SAS)分值,对比健康教育成绩,调查护理满意率。SDS≥50 分为抑郁,SAS≥50 分为焦虑,分值越低越好^[6]。本院内专家自制护理满意度调查表,包括健康教育、心理安抚、护理技术、护理流程等,共 100 分,≥70 分为满意。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件分析数据,计数资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计量资料以 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组产妇护理前后焦虑值、抑郁值对比 护理前,两组产妇焦虑值、抑郁值比较差异无统计学意义($P>0.05$);护理后,观察组焦虑值及抑郁值明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组产妇护理前后焦虑值、抑郁值对比($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	<i>n</i>	护理前		护理后	
		焦虑值	抑郁值	焦虑值	抑郁值
观察组	50	42.25±8.01	38.43±8.21	30.32±4.23	29.42±3.94
对照组	50	43.10±9.20	39.32±7.92	39.03±6.52	36.92±4.08
<i>t</i>		0.49	0.56	7.92	9.35
<i>P</i>		0.6233	0.5824	0.0000	0.0000

2.2 两组产妇护理后恢复情况、健康教育成绩得分、护理满意率对比 观察组住院时间短于对照组,健康教育成绩优于对照组,护理满意率高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组产妇护理后恢复情况、健康教育成绩得分、护理满意率对比				
组别	<i>n</i>	住院时间 ($\bar{x} \pm s$,d)	健康教育成绩 得分($\bar{x} \pm s$,分)	护理满意率 [<i>n</i> (%)]
观察组	50	5.10±1.62	95.26±6.98	47(94.0)
对照组	50	7.50±2.84	75.24±8.24	39(78.0)
<i>t</i> 或 χ^2		5.19	13.11	10.58
<i>P</i>		0.00	0.00	0.00

2.3 两组产后并发症发生情况对比 观察组产妇产后并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组产妇产后并发症发生情况对比[<i>n</i> (%)]					
组别	<i>n</i>	尿潴留	奶水不足	便秘	宫缩痛
观察组	50	2(4.0)	2(4.0)	2(4.0)	4(8.0)
对照组	50	4(8.0)	4(8.0)	5(10.0)	8(16.0)

3 讨 论

临床路径是综合性的、跨学科的护理模式,根据每日护理计划或患者需求为患者提供护理,并形成住院期间护理路线表格,指导护理工作^[7]。在借鉴国内外研究成果基础上,笔者将中医与临床路径合为一体,为产妇提供更有效、安全、全面的护理服务,使护理有序进行,减少护理漏洞,加快产妇康复。

本次观察组护理中,护士通过产妇产前、产中、产后不同时间的护理需求,制订中医临床护理路径路线,更人性化考虑产妇需求,将工作重心转移到产妇需求上,及时为产妇提供相应护理,提高了护理满意度。本次研究中观察组产妇护理满意率(94.0%)高于对照组(78.0%),差异均有统计学意义($P<0.05$)。产后产妇家庭角色的变化、宫缩痛是导致产后焦虑、抑郁的主要因素;情志护理是中医常用护理方法,能有效改善患者心理以促进康复^[8]。本研究中通过清静养神干扰产妇情绪的因素,使其在舒适的环境中逐渐适应产后身份变化;通过移情易性有效转移产妇对宫缩痛的注意力;通过顺情解郁满足产妇心理需求,发泄情绪,缓解焦虑、抑郁情绪^[9]。观察组 SDS、SAS 分值均明显降低,且低于对照组护理后的 SDS、SAS 分值,差异有统计学意义($P<0.05$)。产后,观察组中护理有明显中医特色,将工作重点转移到并发症预防及处理上。针对乳汁缺乏开出药膳,指导产妇饮食,增加乳汁分泌量。通过按摩穴位预防尿潴留。观察组尿潴留发生率低于对照组,针对不同体质的产妇进行尿潴留穴位护理补针,能有效补肾、益气,调和气血阴阳^[10]。根据便秘程度采用不同方式调理,提高了护理有效性。以上护理措施使观察组产后并发症发生率明显低于对照组,且住院时间明显缩短,差异有统计学意义($P<0.05$)。延续性护理将健康教育延伸至院外,能协助产妇护理自身,协助家属护理婴儿,掌握更多健康知识,例如产后缩宫运动能增强盆底肌功能,促进身体恢复,而产后避孕知识是许多产妇今后需要的知识,指导其正确避孕使其受益终身。观察组产妇健康教育成绩优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,中医临床护理路径结合延续性护理能改善产妇心理状态,促进身体康复,缩短住院时间,增加健康知识,值得应用。

参考文献

[1] 揭春华,杨清华. 中医临床护理路径在正常分娩产妇中的应用与研究[J]. 中国医药指南,2015,24(28):206-207.
[2] 张凤喜,郭琼斌. 临床护理路径对产褥期产妇产后恢复及护理满意度的影响[J]. 国际护理学杂志,2013,32(6):1268-1270.
[3] 李秀清,唐芳,徐银清,等. 中西医结合临床护理路径在产

科病房中的应用效果评价[J]. 广州医药, 2014, 45(3): 76-77.

[4] 黄春艳. 临床护理路径及整体护理在产科的应用及效果评价[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(5): 154.

[5] 张巧莹, 尹春霞, 刘亚红, 等. 浅谈临床护理路径在产科护理管理中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(26): 116-117.

[6] 郭真真. 延续性护理对产妇产后抑郁及自理能力的影响[J]. 国际护理学杂志, 2014, 14(4): 901-903.

[7] 夏改秀, 邵长军. 延续性护理对出院产妇产后康复的影响[J]. 国际护理学杂志, 2014, 27(11): 2946-2949.

[8] 贺晓敏, 骆灵, 杨敏, 等. 中医穴位按摩配合产时综合护理干预对初产妇分娩质量的影响[J]. 西部中医药, 2015, 28(7): 132-136.

[9] 揭春华, 杨清华. 中医临床护理路径在正常分娩产妇中的应用与研究[J]. 中国医药指南, 2015, 17(28): 206-207.

[10] 姚芸, 陈慧, 刁秀凤, 等. 分娩过程中心理干预及疼痛护理对产程进展的影响[J]. 西部中医药, 2014, 15(4): 134-135.

(收稿日期: 2017-02-01 修回日期: 2017-04-11)

• 临床探讨 •

负压封闭引流对烧伤患者疼痛创面愈合影响

汪 阳, 任 杰[△]

(陕西省西安市中心医院烧伤整形科 710003)

摘 要:目的 探讨负压封闭引流术对烧伤患者疼痛症状、创面愈合时间及术后感染率的影响。方法 选取该院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的 80 例烧伤患者作为研究对象, 将这些患者分为传统换药治疗组($n=40$)和负压封闭引流术组($n=40$)两组, 对两组患者的疼痛症状、创面愈合时间及术后感染率进行统计分析。结果 负压封闭引流术组患者的应用视觉模拟评分明显低于传统换药治疗组, 植皮时间、创面清洁时间、创面愈合时间、住院时间均明显短于传统换药治疗组, 局部用药费用明显高于传统换药治疗组, 抗菌药物应用率、术后感染发生率分别为 30.0%、7.5%, 均明显低于传统换药治疗组的 47.5%、15.0%, 比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 负压封闭引流术较传统换药治疗能更有效改善烧伤患者的疼痛症状, 缩短其创面愈合时间, 降低其术后感染率。

关键词: 负压封闭引流术; 烧伤整形; 疼痛; 创面愈合时间; 术后感染率

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.20.049 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)20-3101-02

烧伤尤其是深度烧伤患者具有较高的感染率、较为严重的创面组织损伤、较高的致残率、较差的外观恢复及愈合功能。目前自体皮肤移植是临床通常采用的修复方法, 而要想促进移植皮肤成活率的提升, 关键是要将坏死组织去除, 对感染进行有效控制^[1]。近年来, 负压封闭引流术在不断进步的医学研究的作用下逐步完善, 在烧伤整形中已经成为临床采用的标准治疗模式^[2]。本研究比较了负压封闭引流术与传统换药治疗烧伤的效果, 发现前者较后者对患者的疼痛症状、创面愈合时间及术后感染率均具有更好的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的烧伤患者 80 例作为研究对象, 随机将这些患者分为传统换药治疗组($n=40$)和负压封闭引流术组($n=40$)。所有患者均知情同意。负压封闭引流术组男 20 例, 女 20 例; 年龄 17~68 岁, 平均(35.5 ± 9.1)岁; 烧伤至接受治疗时间 1 h 至 3 个月, 平均(1.6 ± 0.4)个月; 在烧伤原因方面, 热液烫伤 13 例, 火焰烧伤 13 例, 电烧伤 8 例, 热压伤 4 例, 化学烧伤 2 例; 在烧伤部位方面, 四肢烧伤 20 例, 躯干烧伤 17 例, 臀部烧伤 3 例; 在烧伤严重程度方面, II 度 26 例, III 度 14 例。传统换药治疗组男 22 例, 女 18 例; 年龄 18~68 岁, 平均(36.3 ± 9.2)岁; 烧伤至接受治疗时间 2 h 至 3 个月, 平均(1.9 ± 0.5)个月; 在烧伤原因方面, 热液烫伤 14 例, 火焰烧伤 12 例, 电烧伤 7 例, 热压伤 5

例, 化学烧伤 2 例; 在烧伤部位方面, 四肢烧伤 21 例, 躯干烧伤 15 例, 臀部烧伤 4 例; 在烧伤严重程度方面, II 度 25 例, III 度 15 例。两组患者的一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$), 有可比性。

1.2 方法

1.2.1 传统换药组 传统换药治疗组患者接受传统换药治疗, 定期换药, 每天 1 次, 对分泌物进行引流, 将坏死组织去除, 必要的情况下对患者进行麻醉, 将创面的异常分泌物及异物等彻底清除。用高渗盐水对创面进行间断湿敷, 以减轻肉芽组织水肿程度, 依据实际需求在伤口上覆盖纳米银抗菌纱布, 以对感染进行有效预防, 肉芽组织完全覆盖创面后给予患者游离植皮手术治疗, 最后加压包扎植皮区。

1.2.2 负压封闭引流术组 患者接受负压封闭引流术治疗, 将泡沫合成材料选取出来作为引流材料, 该材料的成分为聚乙烯醇, 外形为海绵, 对患者创面进行密封包装。将直径为 $0.30\sim1.00\ \mu\text{m}$ 的半透明薄膜选取出来, 对患者进行常规消毒, 彻底清洁引流并止血, 将引流管放置其中。引流前彻底清除已坏死组织, 并对感染部位进行有效处理。严格依据引流区深度、面积等对引流材料进行剪裁, 如果患者具有较大的创面, 则将多块材料选取出来。剪切过程中使多侧孔引流管端孔在引流材料中分布得到切实有效的保证, 使材料和创面的一体得到有效保持, 使患者创面的封闭状态得到切实有效的保证。然

[△] 通信作者, E-mail: renjie_3217016@163.com。