

H, et al. A randomized trial of 48 versus 24 weeks of combination pegylated interferon and ribavirin therapy in genotype 6 chronic hepatitis C[J]. J Hepatol, 2012, 56(5):1012-1018.

[13] 龚卫峰, 张养民, 郭晓波. 陕西地区丙肝患者分型与疗效分析[J]. 昆明医科大学学报, 2018, 39(8):64-68.

[14] RAO H, WEI L, LOPEZ-TALAVERA J C, et al. Distri-

bution and clinical correlates of viral and host genotypes in Chinese patients with chronic hepatitis C virus infection[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2014, 29(3):545-553.

(收稿日期:2018-10-14 修回日期:2018-12-26)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.07.036

个性化护理程序计划单在手术室麻醉患者中的效果观察

林 翠, 宋小芬, 李顺群[△]

(四川省泸州市龙马潭区中医医院手外科 646000)

摘要:目的 探讨个性化护理程序计划单用于手术室麻醉患者的临床效果。方法 选取 2016 年 5 月至 2017 年 12 月该院收治的 106 例手术室麻醉患者作为研究对象, 随机分为常规组和试验组, 每组各 53 例。常规组给予常规护理, 试验组给予基于个性化护理程序计划单的护理。比较两组患者麻醉用药前 10 min 及术后苏醒 2 h 时的焦虑抑郁情况, 比较两组患者麻醉用药前(T_0)、手术开始前 10 min(T_1)、手术开始后 10 min(T_2)、手术结束即刻(T_3)的心率(HR)及平均动脉压(MAP), 以及围麻醉期不良事件发生情况。结果 两组患者术后苏醒 2 h 时的焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)评分均明显低于麻醉用药前 10 min, 试验组患者麻醉用药前 10 min 及苏醒 2 h 时 SAS、SDS 评分均明显低于常规组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。HR 及 MAP 在组间、时间、交互方面差异均有统计学意义($P < 0.05$); 除 T_0 与 T_2 外, 试验组组内其余时间点每 2 个时刻 HR 及 MAP 比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 常规组组内每 2 个时刻 HR 及 MAP 比较差异均有统计学意义($P < 0.05$); 除 T_0 外, 试验组 HR 及 MAP 其余各时间点均明显低于常规组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。试验组围麻醉期总不良事件发生率明显低于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 个性化护理程序计划单可明显改善手术室麻醉患者负性情绪, 保持生命体征平稳, 并且可明显减少不良事件发生率。

关键词:个性化护理程序计划单; 手术室; 麻醉; 心率; 平均动脉压

中图法分类号:R472.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)07-0980-04

外科手术前麻醉是临床常用的方法, 但麻醉易使患者出现精神紧张、焦虑、恐惧等负性情绪, 导致血压升高及心率加快, 影响手术进行及预后, 因此, 对手术室麻醉患者实施有效的护理措施至关重要^[1]。个性化护理程序计划单是指医护人员根据临床实践经验、咨询专家及查阅相关文献资料等而制定的护理方案, 具有内容全面、简明直观的特点, 可使护理人员及时了解患者病情变化并给予相应的护理措施, 避免护理遗漏^[2]。本研究对个性化护理程序计划单在手术室麻醉患者中应用效果进行探讨分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 5 月至 2017 年 12 月本院收治的手术室麻醉患者 106 例作为研究对象, 采用随机数字表法分为常规组和试验组, 每组各 53 例。常规组男 30 例, 女 23 例; 年龄 16~62 岁, 平均(40.87±10.64)岁; 体质量指数 18.52~24.86 kg/m², 平均(21.35±2.38)kg/m²; 美国麻醉医师协会(ASA)分级: I 级 26 例, II 级 27 例; 全身麻醉 29

例, 蛛网膜下腔阻滞麻醉 13 例, 硬膜外麻醉 11 例; 手术类型: 骨科 12 例, 普外科 19 例, 妇科 6 例, 泌尿外科 10 例, 其他 6 例。试验组男 28 例, 女 25 例; 年龄 18~65 岁, 平均(42.39±10.88)岁; 体质量指数 18.56~24.85 kg/m², 平均(21.38±2.35)kg/m²; ASA 分级: I 级 28 例, II 级 25 例; 全身麻醉 27 例, 蛛网膜下腔阻滞麻醉 14 例, 硬膜外麻醉 12 例; 手术类型: 骨科 11 例, 普外科 20 例, 妇科 6 例, 泌尿外科 9 例, 其他 7 例。两组患者男女比例、年龄、体质量指数等一般资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 均为行手术治疗者, 均需实施麻醉, 无心脏病、高血压等心血管疾病者, 无认知障碍者, ASA 分级为 I~II 级, 患者均知情同意并签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 严重肝、肾衰竭者, 伴有神经及精神疾病者, 伴有脑血管疾病患者, 麻醉药物过敏者, 伴

[△] 通信作者, E-mail: 674052981@qq.com.

有呼吸道损伤或肺功能障碍者,孕妇或哺乳期妇女。

1.3 方法

1.3.1 常规组 实施常规护理:麻醉前例行常规检查,询问患者过敏史,准备麻醉药物,告知患者术中可能出现的不适症状,确认患者已更换手术服且排空膀胱,摆好患者体位,监测患者生命体征,术中全程陪同,发现患者异常情况及时给予对症处理,术后待患者苏醒后送回病房,告知手术结果,询问患者手术麻醉后的疼痛情况,给予处理。

1.3.2 试验组 实施基于个性化护理程序计划单护理。麻醉前护理程序及对应措施:(1)基本准备。患者常规检查(血、尿、大便、肝肾功能、凝血功能、血型、乙肝 5 项、输血 4 项等)、胃肠道排空(术前 12 h 禁食禁水)、膀胱排空(进入麻醉室前),有义齿者摘下,有装饰物者摘下,并准备 1 份完整纸质病历资料。(2)核对信息及评估。核对患者姓名、性别、年龄、现病史、既往史、过敏史、烟酒嗜好等基本资料及手术名称、部位、主治医师医嘱、麻醉方式等,评估患者对麻醉和手术的耐受能力。(3)麻醉、抢救药物及基本设施准备。常用麻醉药物、常用调节水电解质平衡的输液药物及支气管扩张剂、血管活性药物、抗心律失常药物等急救药物,呼吸机、除颤仪、负压吸引器、氧气瓶、心电监护仪、动静脉穿刺针、引流管等基本设施。(4)调节手术室温度($22 \sim 25\text{ }^{\circ}\text{C}$)及湿度($40\% \sim 60\%$)。(5)调节患者心理情绪。与患者诚恳交流,告知患者麻醉目的、方式、麻醉时感觉及术中可能会出现的不适情况,给予患者安慰及鼓励,列举成功案例,播放轻松、舒缓的音乐。(6)准备麻醉前用药。常用麻醉前用药有镇静催眠药物、镇痛药物、抗胆碱能药物及组胺受体拮抗剂等,待患者用药后记录血压、呼吸及脉搏等。(7)根据手术方式摆放患者麻醉体位,建立静脉通道,协助麻醉师给药。麻醉时护理程序及对应措施:(1)查对患者病历资料,积极与患者交流,使患者处于放松状态。(2)监测动态生命体征。监测体温、脉搏、呼吸、血压等,若患者心搏骤停、呼吸停止,则立即行心脏按压、人工呼吸、注射肾上腺素、机械通气等。(3)观察过敏现象。若发现药物过敏,告知麻醉师,并协助医生给予安定、面罩给氧、脂肪乳等对症处理。术中护理程序及对应措施:(1)根据病情变化给予对症处理。严密监护患者,及时发现异常并提醒麻醉师,积极配合麻醉师给予处理,若患者体温明显下降,则使用保温毯,输入加温液体;若患者失血过多,在医生指导下,给予输血、输液;若患者出现头痛、呕吐、瞳孔散大等颅内压增高症状,给予甘露醇;若患者出现瞳孔缩小,给予阿托品;若患者出现呼吸抑制,则清除呼吸道分泌物,进行气管插管并连接呼

吸机,给予吸氧等;若患者血压明显下降,则给予静脉补液及血管收缩药物;若患者出现反流或误吸,则立即使用吸引器吸出胃肠道分泌物等。(2)术中全程陪伴。若患者出现烦躁、激动、害怕等情绪时,给予患者安抚,对其行为进行表扬,或与其轻声交谈,转移注意力。(3)做好各项记录工作。记录麻醉药物、血管活性药物、M 胆碱受体阻滞药物等使用情况,以及出血量、尿量、补液量、输血量,具体时间点患者病情改变及对应处理方案等。术后护理程序及对应措施:(1)让患者平卧,未清醒者头偏向一侧,病床安装防护栏,呼唤患者名字,患者清醒后,护理人员告知手术效果,并同麻醉师一起将患者送回病房,与病房护士做好交接工作。(2)加强生命体征监测,观察患者是否出现麻醉相关的并发症,及时处理,向患者及家属解释,并给予健康指导。(3)麻醉药物药效消失后,患者可出现术后疼痛,告知患者咳嗽排痰、翻身及早期活动的正确方式,并给予镇痛药物或使用镇痛泵。(4)留置胃管、引流管、导尿管者,妥善固定,保持管道通畅。(5)若患者病情危重、术后情况不稳定,则送入重症监护病房继续观察治疗。完成情况均以是或否来判定。

1.4 观察指标

1.4.1 焦虑抑郁情绪 采用焦虑自评量表(SAS)^[3]评分及抑郁自评量表(SDS)^[3]评分对患者麻醉用药前 10 min 及术后苏醒 2 h(患者呼之能应,能说出自己姓名、年龄及所处位置等)时的焦虑、抑郁情绪进行评价,SAS 及 SDS 评分均有 20 个项目,按 1~4 级评分,焦虑、抑郁程度与分数呈正相关。

1.4.2 心率(HR)及平均动脉压(MAP) 比较麻醉前(T_0)、手术开始前 10 min(T_1)、手术开始后 10 min(T_2)、手术结束即刻(T_3)的 HR 及 MAP。

1.4.3 不良事件发生情况 统计两组患者围麻醉期不良事件发生情况,并计算总不良事件发生率,总不良事件发生率=不良事件发生人数/总人数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学处理 采用 SPSS23.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,采用 χ^2 检验;重复测量计量资料采用重复测量方差分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者焦虑抑郁情绪比较 见表 1。两组患者术后苏醒 2 h 时的 SAS 及 SDS 评分均明显低于麻醉用药前 10 min,试验组麻醉用药前 10 min 及术后苏醒 2 h 时的 SAS 及 SDS 评分均明显低于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组患者不同时刻 HR 及 MAP 比较 见表 2。HR 及 MAP 在组间、时间、交互方面差异均有统计学意

义($P<0.05$)。除 T_0 与 T_2 时刻外,试验组组内其余时间点每 2 个时刻 HR 及 MAP 比较差异无统计学意义($P>0.05$);除 T_0 与 T_2 时刻外,常规组组内每 2 个时刻 HR 及 MAP 比较差异有统计学意义($P<0.05$);除 T_0 外,试验组 HR 及 MAP 其余各时间点均明显低于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者焦虑抑郁情绪比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	SAS 评分		SDS 评分	
		麻醉用药前 10 min	术后苏醒 2 h	麻醉用药前 10 min	术后苏醒 2 h
常规组	53	66.14±5.23	54.87±5.34*	69.87±5.69	55.33±5.64*
试验组	53	60.27±5.18△	45.29±6.12*△	63.43±4.96	47.42±4.03*△
t		5.805	8.587	6.211	8.307
P		0.000	0.000	0.000	0.000

注:与同组麻醉用药前 10 min 比较,* $P<0.05$;与常规组比较,△ $P<0.05$

表 2 两组患者不同时刻 HR 及 MAP 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	HR(次/分)				MAP(mm Hg)			
		T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃
常规组	53	78.13±8.27	85.69±9.06*	88.96±7.53*#	82.45±6.95*#▲	86.94±8.54	93.91±6.83*	96.56±6.42*#	91.09±7.06*#▲
试验组	53	75.24±8.12	77.93±8.69△	79.42±8.25*△	78.11±9.28△	84.37±6.69	86.03±7.12△	88.26±7.09*△	86.83±8.54△
F		$F_{\text{组间}}=5.326, F_{\text{时间}}=3.981, F_{\text{交互}}=4.762$				$F_{\text{组间}}=6.039, F_{\text{时间}}=4.238, F_{\text{交互}}=5.346$			
P		$P_{\text{组间}}=0.000, P_{\text{时间}}=0.004, P_{\text{交互}}=0.000$				$P_{\text{组间}}=0.000, P_{\text{时间}}=0.001, P_{\text{交互}}=0.000$			

注:与同组 T_0 时刻比较,* $P<0.05$;与同组 T_1 时刻比较,# $P<0.05$;与同组 T_2 时刻比较,▲ $P<0.05$;与常规组比较,△ $P<0.05$

2.3 两组患者不良事件发生情况比较 两组患者均顺利完成手术,试验组患者围麻醉期有 1 例体温下降,3 例苏醒延迟,总不良事件发生率为 7.55%;常规组患者有 2 例体温下降,2 例术中躁动,1 例术中呛咳,1 例恶心呕吐,5 例苏醒延迟,1 例术后疼痛剧烈,总不良事件发生率为 22.64%。试验组患者围麻醉期总不良事件发生率明显低于常规组,差异有统计学意义($\chi^2=4.711, P=0.030$)。

3 讨 论

麻醉能够减轻患者痛苦,为手术治疗创造条件。但麻醉用药及手术创伤均具有一定的损害作用,若围麻醉期护理工作不到位,可造成患者心理及身体上的损伤,降低患者手术耐受性及抵抗力,增加不良反应发生风险,不利于手术开展,影响患者术后恢复^[4-5]。因此,需积极探讨一种高效的护理服务方式,以提高麻醉安全性,促进手术顺利进行,取得良好预后。

本研究结果发现,两组患者术后苏醒 2 h 时的 SAS 及 SDS 评分均明显低于麻醉用药前 10 min,试验组患者麻醉用药前 10 min 及术后苏醒 2 h 时的 SAS 及 SDS 评分均明显低于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$),提示基于个性化护理程序计划单的护理可明显改善手术室麻醉患者焦虑、抑郁情绪。常规护理能够满足患者基本护理需求,可在一定程度上缓解患者焦虑、抑郁情绪,但未对患者进行心理状态评估及针对性干预,对不良情绪的改善作用有限^[6]。个性化护理程序计划单是专业护理人员根据既往临床经验、查阅书籍、检索文献及询问专家等而

制定的,并根据患者具体情况进行修改,具有简明直接、内容丰富全面的特点^[7]。根据手术室麻醉患者的心理特征,麻醉前护理人员通过简明、易懂的方式积极告知患者麻醉及手术相关知识,使患者有一个初步认识,并通过播放轻音乐等使患者处于安静状态,从而消除患者对麻醉及手术的焦虑及恐惧;麻醉时通过与患者交谈,并告知出现的某些不适属于正常情况,缓解患者紧张情绪;术中全程陪同,针对患者出现的不良情绪给予安抚,并给予鼓励及表扬,术后患者苏醒后及时告知手术结果,减轻其心理压力,并给予镇痛药物或镇痛泵等,缓解疼痛刺激,保持情绪稳定^[8-10]。因此,个性化护理程序计划单对围麻醉期不同时间段患者情绪变化制定相应的护理措施,可有效改善手术室麻醉患者焦虑、抑郁情绪。

本研究结果显示,除 T_0 与 T_2 外,试验组组内其余时间点每 2 个时刻 HR 及 MAP 比较差异无统计学意义($P>0.05$);常规组组内每 2 个时刻 HR 及 MAP 比较差异均有统计学意义($P<0.05$);除 T_0 外,试验组其余各时间点 HR 及 MAP 均明显低于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$),提示基于个性化护理程序计划单的护理有利于保持手术室麻醉患者生命体征平稳。个性化护理程序计划单对围麻醉期患者可能出现的病情变化进行全面评估,使护理人员对患者病情有一个全局掌控,能够指导其提前做好预防护理工作,制定对应干预措施^[11]。积极调节患者心理情绪,减少心理应激对血压及 HR 的影响,全程监测生命体征平稳,观察麻醉药物及手术对患者 HR 及血压的影

响,针对血压上升或下降及心律不齐等情况及时给予处理,从而维持生命体征平稳,有利于手术进行^[12-13]。

本研究结果发现,试验组围麻醉期总不良事件发生率明显低于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$),提示基于个性化护理程序计划单的护理可明显减少不良事件发生率。个性化护理程序计划单针对患者心理状态制定对应护理措施,建立良好的护患关系,增强患者对护理人员的信任感,从而提高患者依从性,有利于患者积极配合护理人员工作,并针对可能出现的突发状况,提前准备各种抢救物品,避免因工作繁重、琐事繁多而出现护理疏忽及遗漏等。时刻观察患者变化,给予对症处理,详细记录患者术中病情变化情况,完善术后交接工作,加强术后监管,给予有效防护,健康宣教,从而减少不良事件发生^[14-15]。因此,个性化护理程序计划单对提高手术室麻醉患者配合度及减少不良事件的发生有良好作用。

综上所述,个性化护理程序计划单可明显改善手术室麻醉患者焦虑抑郁情绪,保持生命体征平稳,并且可明显降低不良事件发生率,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 彭霞. 手术室整体护理对腰硬麻醉患者护理质量及满意度的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2016, 13(4): 185-186.
 [2] 梁莉娟, 醋爱英, 杨欣萍, 等. 预防下肢深静脉血栓护理计划单的制订及应用研究[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(15): 1351-1355.
 [3] 陈青萍. 现代临床心理学[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2012: 89-91.
 [4] PERILLI V, ACETO P, SACCO T, et al. Anaesthesiological strategies to improve outcome in liver transplantation recipients[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2016, 20(15): 3172-3177.

[5] 盛丽乐, 万佳, 代艺. 护理干预对麻醉复苏期间血气分析患者疼痛的影响[J]. 护理学杂志, 2015, 30(20): 54-56.
 [6] 赵海琴. 全麻手术患者麻醉复苏期的躁动因素分析与护理[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(18): 88-90.
 [7] 杨剑, 张其红, 刘艳萍. 急诊重症监护病房个性化危重患者护理计划单的设计与应用效果研究[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(29): 2235-2238.
 [8] 洪莲, 尧永华, 黎玉梅, 等. 音乐疗法在全身麻醉苏醒期躁动病人护理中的应用[J]. 护理研究, 2015, 29(14): 1745-1746.
 [9] BAYGIN O, TUZUNER T, KUSGOZ A, et al. Effects of medical and mental status on treatment modalities in patients treated under general anaesthesia at the KTU faculty of dentistry in trabzon, turkey: a comparative retrospective study[J]. J Pak Med Assoc, 2017, 67(2): 305-307.
 [10] 黄长先, 王呖方, 陈宗梅. 气-静联合麻醉恢复期患者的心理干预[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(8): 1159-1162.
 [11] 张天锋, 杨华清, 黄国英, 等. 护理计划单的应用对于老年股骨骨折患者预后的影响[J]. 骨科, 2016, 7(1): 54-56.
 [12] GIANNOGLOU G D, KOSKINAS K C. Mental stress and cardiovascular disease: growing evidence into the complex interrelation between mind and heart[J]. Angiology, 2015, 66(1): 5-7.
 [13] 丁祎. 综合护理干预在手术室麻醉苏醒护理中的应用研究[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(6): 70-72.
 [14] 孔建忠, 敖斌, 毕聪杰, 等. 综合护理应用于神经阻滞麻醉患者的疗效评价[J]. 国际精神病学杂志, 2015, 42(2): 93-95.
 [15] 朱海娟, 吕娜, 黄丽华, 等. 创建麻醉护理一体化管理模式在麻醉后恢复室的应用[J]. 海南医学, 2016, 27(23): 3950-3952.

(收稿日期: 2018-10-16 修回日期: 2018-12-28)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 07. 037

实验室标本类型和容器错误原因分析及控制措施

罗万义, 黄玉婵

(四川省南充市仪陇县人民医院检验科 637600)

摘要:目的 对该实验室标本类型错误率和标本容器错误率进行分析。方法 通过检验科信息管理系统收集该院 2016—2017 年的检验标本数量及检验科不合格标本的登记记录, 对数据进行整理归类分析。结果 2016—2017 年该院检验标本类型错误率、标本容器错误率分别为 0.091% 和 0.035%, 符合实验室检验项目分析前质量控制要求。结论 通过对实验室标本类型和标本容器错误率质量指标的分析, 查找错误发生的原因, 提出控制措施, 建立合理有效的标本质量指标, 定期监测并持续改进, 可提高检验标本的合格率, 从而更好地服务于广大患者。

关键词: 标本类型; 容器错误; 标本错误率; 分析前质量控制; 不合格标本

中图法分类号: R331

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)07-0983-03

临床实验室检测结果的准确性和可靠性对患者的医疗决策有直接影响^[1], 目前检验全过程的差错大部分不在检验中阶段, 也不在实验室人员可控制的检

验前和检验后阶段, 而更多差错出现在实验室直接控制范围外的阶段。分析前质量控制一直是临床检验质量控制的难点^[2-3]。国家卫生和计划生育委员会发