

纪大、体质差的专家,在出诊期间护理人员应加强巡视和关心,及时帮助老专家解决诊疗工作以外的问题,减轻老专家的工作负担;此外护理人员还需重视和老专家交流,了解其身体和心理状况以及对工作的习惯和建议,根据老专家情况调整工作量和改进工作方法。

6 小 结

门诊是医院面向社会的重要窗口,是服务患者的重要场所。而专家门诊更是作为医院发展过程中打造的一张名片,其管理水平高低,服务质量优劣,直接关系到医院的声誉与效益。为此,加强专家门诊整体管理,提高护理人员综合素质,不断提升医疗服务质量是专家门诊护理工作的首要任务。本院通过实施门诊新的护理管理综合模式以来,受到了医、患多方好评,专家门诊患者满意度及门诊患者量不断上升,本院的社会声誉也进一步得到提升,取得了良好的社会效益及经济效益。

参考文献:

[1] 钟红铃,刘春生.大型综合性医院建立“一站式”门诊服务模式探索与实践[J].重庆医学,2010,39(10):1305-1306.

[2] 宋久华.试论对“号贩子”倒卖“专家号”行为的刑法规制·临床护理·

[J].知识经济,2010(2):27-28.

[3] 姚峥,吉训明,刘德海.大型综合医院专家门诊管理探讨[J].中国医院,2010,14(1):72-74.

[4] 芦树鹏.排队式远程挂号——有效遏制“号贩”倒号行为[J].医院管理论坛,2006,118(8):38-40.

[5] 张雪梅,李超,杨露.专家门诊的管理及体会[J].护士进修杂志,2008,23(11):990-992.

[6] 刘艳花,杨玲,叶冬花.专家门诊现状与思考[J].延安大学学报:医学科学版,2008,6(2):70-71.

[7] 王屏.浅谈医院专家门诊存在的问题及护理对策[J].医院管理论坛,2007,123(1):44-46.

[8] 王路.肢体语言[M].北京:海潮出版社,2005:41.

[9] 孙素萍.沟通艺术与构建和谐护患关系的探索[J].现代医药卫生,2008,24(4):591-592.

[10] 郝红霞.加强门诊管理 提高医疗质量[J].中国医院管理杂志,2005,25(11):95-96.

(收稿日期:2011-04-05 修回日期:2011-05-19)

聚乙二醇电解质散在电子结肠镜检查前肠道准备中的应用

王家兰,鹿安琴

(重庆市綦江县人民医院 401420)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.30.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)30-3116-02

结肠镜检查是目前诊断结肠疾病并进行治疗的重要手段,而高质量的肠道准备是结肠镜检查顺利完成的重要条件,直接影响结肠镜检查的成功与否。肠道准备应做到安全、迅速、简便、患者痛苦小、肠腔清洁度高^[1]。本研究通过对口服复方聚乙二醇电解质散行肠道准备与传统的口服甘露醇及潘泻叶联合肥皂水灌肠比较,取得了良好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 3~8 月行结肠镜检查的门诊及住院患者 180 例,随机分为 3 组,聚乙二醇组(A 组)60 例,其中男 33 例,女 27 例,年龄 18~81 岁,平均 45.6 岁;甘露醇组(B 组)60 例,其中男 29 例,女 31 例,年龄 20~78 岁,平均 47.3 岁;潘泻叶联合肥皂水灌肠组(C 组)60 例,其中男 35 例,女 25 例,年龄 19~83 岁,平均 45.8 岁。所有患者均排除肠梗阻及消化道出血。3 组患者的年龄、性别、健康教育指导及病情资料差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 (1)A 组检查前 1 d 正常饮食,检查前 6 h 口服复方聚乙二醇电解质散(深圳万和制药有限公司,商品名和爽,规格:每包 137.15 g,内含聚乙二醇 118 g,无水硫酸钠 11.37 g,碳酸氢钠 3.37 g,氯化钠 2.93 g,氯化钾 1.48 g)溶于 2 000 mL 温水中,搅拌均匀,嘱患者 2 h 内饮完;(2)B 组检查前 1 d 少渣饮食,检查前 6 h 口服 20%甘露醇 500 mL,15 min 内饮完,接着饮开水 2 000 mL;(3)C 组检查前 1 d 流质饮食,20:00 潘泻叶 20 g 开水浸泡 30 min 后饮服,检查前 4 h 0.2%肥皂水 1 000 mL 清洁灌肠。

1.3 肠道清洁效果评价 所有结肠镜均由操作熟练、经验丰

富的内镜医生操作,采用双盲法,根据肠道清洁的效果进行评价。肠道清洁程度分级标准^[2],I 级:肠道准备满意,肠腔无粪便残渣,无粪水滞留,肠液清亮,操作顺利并观察良好;II 级:肠道准备比较满意,肠腔无粪便残渣,肠腔有污浊粪水,操作比较顺利,观察基本清晰;III 级:肠道准备不满意,肠腔有粪便残渣或粪块,操作不顺利,甚至因肠道准备不足而被迫终止检查。I 级和 II 级均判定为肠道准备符合要求。

1.4 不良反应观察 观察患者在肠道准备过程中的恶心、呕吐、腹痛、腹胀等不适症状及直肠黏膜损伤情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS11.0 软件进行统计分析,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 3 组患者在肠道清洁效果方面比较 A 组与 B 组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。C 组肠道清洁满意率,与 A 组及 B 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 3 组患者肠道准备清洁度比较(n)

组别	I 级	II 级	III 级	满意率(%)
A 组	46	12	2	96
B 组	43	13	5	93
C 组	33	15	12	80

2.2 3 组患者在不良反应方面比较 A 组与 B、C 组相比,不良反应发生率低($P < 0.05$)。B 组与 C 组比较,差异无统计学

意义($P>0.05$),见表 2。

表 2 3 组患者在不良反应方面的比较(n)

组别	腹痛	腹胀	恶心	呕吐	直肠黏膜损伤	发生率(%)
A 组	2	3	4	1	0	16
B 组	4	6	5	3	0	30
C 组	4	4	2	2	8	33

3 讨 论

肠道的清洁程度直接决定结肠镜检查的成败,若肠道准备不充分,粪便可掩盖黏膜病变,进而影响诊断和治疗。理想的肠道清洁方法应该是安全、迅速、清洁效果好,患者容易接受、痛苦少、使用方便。

复方聚乙二醇电解质散为复方制剂,其聚乙二醇 4 000 为长链线性聚合物解,通过氢键结合水分子,能有效增加肠道体液成分,刺激肠蠕动,引起水样腹泻,达到清洗肠管的目的。梁晓梅等^[3]的动物实验结果显示:聚乙二醇电解质液口服后,聚乙二醇在肠道内吸收甚少。因聚乙二醇电解质散内含有与肠腔内环境相似的电解质成分,可补充电解质成分,在清洁肠道的同时不引起水电解质紊乱,不易产生乏力等不适,同时,患者服用该药不需快速大量饮水,亦不易发生呕吐,患者服药的依从性好。聚乙二醇不会被结肠的细菌代谢产生气体,肠腔内不会积气,不易引起腹胀,所以安全性高,且不用限制饮食,患者容易接受。

口服甘露醇法清洁肠道的原理为甘露醇不被肠道吸收,在肠道内形成高渗环境,肠腔内水液的增加刺激肠蠕动而导致下泄^[4]。该法必须同时大量饮水才能达到泄下清肠的目的,而大量饮水可引起腹胀、恶心、呕吐等不良反应,患者耐受性较差。且口服甘露醇使肠腔内产生易爆炸性沼气和氢,限制了肠道手术如息肉电灼等的进行^[3]。

潘泻叶为刺激性泻药,其所含的蒽醌苷可刺激肠肌丛,使

· 临床护理 ·

肠道蠕动增强并减少水和电解质的吸收^[5]。但前 1 d 需限制饮食,且服用在夜间,影响患者的睡眠。肥皂水灌肠可造成肠黏膜损伤,结肠镜检查时可发现明显的黏膜充血、水肿、渗出,严重时甚至发生黏膜出血性病变,且老年患者灌肠效果差^[6]。赵德美等^[7]认为传统灌肠法经常达不到老年患者清洁肠道的目的,反而会诱发某些疾病。

本研究显示,复方聚乙二醇电解质散作为一种非渗透性、非吸收性、非爆炸性的肠道灌洗液进行结肠镜检查前的肠道准备,清肠效果好,不良反应少,安全性高,使用方便,患者易于接受。可替代传统的口服甘露醇及潘泻叶联合肥皂水灌肠,值得在临床推广。

参考文献:

- [1] 谢金彪. 大肠癌防与治[M]. 西安:西安交通大学出版社, 2010:34.
- [2] 王军勋,刘玉华. 三种肠道准备方法清洁效果的对比研究[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(6):53-54.
- [3] 梁晓梅,吴咏冬,刘新光,等. 聚乙二醇电解质口服溶液清洁肠道的有效性和安全性的多中心、随机、对照研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2007, 24(3):202-204.
- [4] 龙晓英,熊弦,刘同英. 结肠镜检查前肠道准备清洁效果比较[J]. 护士进修杂志, 2008, 12(23):2288-2290.
- [5] 杨琳,姚姗姗,刘希双,等. 复方聚乙二醇电解质散在结肠镜术前肠道准备中的应用[J]. 中国药房, 2007, 18(8):605-606.
- [6] 张啸. 消化内镜诊治并发症的原因、预防与处理[M]. 杭州:浙江科学技术出版社, 2009:167.
- [7] 赵德美,梁俊玲,李秀珍. 结肠镜下老年人灌肠法改进后的效果观察[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(6):22-23.

(收稿日期:2011-04-09 修回日期:2011-05-18)

小儿静脉输液失败因素及对策

邓 陵,赵艳秋[△]

(第三军医大学野战外科研究所大坪医院儿科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.30.045

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)30-3117-01

静脉输液是临床医疗的一种重要手段。静脉穿刺是临床护理工作中最重要、最基本的一项护理技术操作。小儿静脉穿刺的难度是不容置疑的。小儿因对“打针”的恐惧而不配合,护理人员的技术、家长的配合、血管因素等,都是造成小儿静脉输液失败的因素。通过对小儿输液失败原因记录,归纳分析各种失败因素;并对因制定对策,失败率明显下降,提高了家长对护理质量的满意度。

1 临床资料

以门诊输液患儿为研究对象。由输液护理人员负责记录每天输液失败患儿的例数及原因,以穿刺顺利至输完液体为成功。2009 年 10 至 12 月共记录 7800 例门诊输液患儿,输液失败 598 例,失败率 7.67%。其中护理人员因素失败 264 例,患

儿因素失败 226 例,家长造成失败 168 例。对因制定对策后,2010 年 3 至 5 月同样记录 7800 例门诊输液患儿,输液失败 349 例,失败率 4.47%。失败率明显下降,其中护理人员因素失败 115 例,患儿因素失败 129 例,家长造成失败 105 例。

2 讨 论

2.1 小儿静脉输液失败原因 (1)护理人员因素:护理人员的穿刺技术、心理因素,以及在输液时血管选择不当、固定不牢均会导致静脉输液失败。(2)家长因素:家长配合不好,不按护理人员示范的方法固定,特别是行头皮静脉穿刺输液时,头部左右晃动,即使穿刺到位,也会功败垂成。(3)患儿因素:肥胖儿,以及高热、腹泻患儿输液时穿刺难度大。以上列举的输液失败因素为多见原因,并非是作者统计的全(下转第 3119 页)

[△] 通讯作者, Tel:13527499402; E-mail:710295083@qq.com.