

业危害重在防护,防护做到位,危害不仅可以减轻甚至可以避免<sup>[5]</sup>。药物配置环节是护士操作和执行给药的重要环节,也是静脉给药不可忽视的重要环节,护士规范操作尤为关键。随着静脉给药方式的普及,风险也随之而来。有数据表明,肠外输液在没有加药、加入 1 种药、加入 2 种药的污染率分别为 0.40%、0.78%、1.51%;另外在加入药物后、开始输液时和输液结束时污染率分别为 1.90%、7.10%、3.10%<sup>[1]</sup>。因此,配置环境和频率与风险息息相关。医院要加强管理,建立集中式管理模式和健全的管理制度,提出明确的化疗药物配置操作流程<sup>[6]</sup>,护士只有规范给药,方可做好自身职业防护,保障患者用药安全。

**3.4 加强和改善医院静脉配置管理有助于提升医院专项管理水平。**医院在病区建立了分散式静脉药物配置中心<sup>[7]</sup>,相对中心配置而言,减少物流环节,特别是在重症监护病房、冠心病重症监护病房、急诊科针对临时医嘱也可采用此配置环境,为护士提供了外在条件。如化疗药物在开放的环境中配置,护士不正确使用生物安全柜,使用前不检查其压力,事前不提前开风机,有的甚至嫌生物安全柜内操作麻烦而放弃使用均有悖于药物安全使用原则。建立安全的配置环境、具备良好的防护条件、制定并严格遵守规范的技术操作,落实细化个人防护要求,正确使用药物及暴露后的处理方法,建立安全的医疗废弃物处理装置及规范都是科学有效的举措。

危险性药物在临床使用日益广泛,医院临床护士是危险性药物暴露易发的职业人群,医院基础防护的环境设施及相关的物品保障,体现了医院感染最基本的管理水平,同时也是医学现代化的要求,为防止院内感染提供了可靠保障<sup>[8]</sup>。因此,医

· 临床护理 ·

## 舒适护理在无痛消化内镜检查术中的应用

吴小红,王霞,何淑波

(海南省儋州市省农垦那大医院高压氧科 571700)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.08.043

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)08-1006-03

无痛消化内镜已广泛应用于临床,该项诊疗技术已得到众多医者及患者的认可,但即便是“无痛”,在实际操作过程中由于内镜本身的局部刺激和机体生理反应等,仍会给患者带来一定的痛苦感或不快感。为减轻患者的痛苦,对该类患者采取一定的护理措施是十分必要的。舒适护理是一种“以人为本,以患者为中心”的护理模式,该模式正是“生物-心理-社会”现代医学模式的完美体现,以达到最大限度降低医源性操作给患者带来的心理、生理痛苦的目的<sup>[1-3]</sup>。本研究旨在探讨舒适护理在无痛消化内镜检查术中的应用效果。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2009 年 6 月至 2012 年 6 月在本科住院诊疗的 122 例行无痛消化内镜检查术的患者,其中男 71 例,女 51 例;年龄 22~76 岁,平均(50.8±11.4)岁;胃镜检查 85 例,肠镜检查 37 例;内镜下诊断为慢性消化道炎 47 例,恶性肿瘤 11 例,消化性溃疡 54 例,食管静脉曲张 6 例,血吸虫肠病 4

例。根据入院先后顺序编号,采用随机数字表法分成两组,每组 61 例,分别为常规护理模式组(对照组)及舒适护理模式组(研究组),两组患者在年龄、性别等方面,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 参考文献:

- [1] 蒋述科,李春风,徐铺男,等. 118 例次医务人员职业暴露的监控结果与分析[J]. 中华医院感染学杂志,2012,22(23):5328-5330.
- [2] 罗利雄. 静脉化疗药物配置中的职业防护[J]. 中国急诊学杂志,2012,12(10):2458-2459.
- [3] 吴立红,许萍,苏纯音,等. 五年制高职护生职业防护教育的效果[J]. 中华现代护理杂志,2012,18(30):3674-3677.
- [4] 徐波. 肿瘤护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:210-217.
- [5] 张翠萍,吴静. 肿瘤科护士化疗职业防护培训现状的调查研究[J]. 护理实践与研究,2012,9(8):145-146.
- [6] 吴静,张翠萍. 护士在配制化疗药物时职业防护情况调查[J]. 全科护理,2012,10(6):555-556.
- [7] 周燕萍,唐淑琼,杨晓蓉,等. 我院病区分散式静脉药物配置中心的输液配置质量分析[J]. 中国药房,2012,23(37):3535-3537.
- [8] 谭绮琼,高丽萍,夏坚祯. 护理职业暴露及防护的研究进展[J]. 护理实践与研究,2012,9(9):122-124.

(收稿日期:2013-10-27 修回日期:2013-11-30)

例。根据入院先后顺序编号,采用随机数字表法分成两组,每组 61 例,分别为常规护理模式组(对照组)及舒适护理模式组(研究组),两组患者在年龄、性别等方面,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 护理方法** 对照组采用传统护理模式,术前禁食 12 h,禁水 6 h,进行肠镜检查者做好肠道准备,检查询问既往病史、药物过敏史、尤其是镇静类药物过敏史等情况,协助医师做好各项检查的术前准备,常规监测患者的各项生命体征。

研究组采用舒适护理模式,首先保持舒适的检查环境,对办公环境进行管理,保持整洁安静,定时开窗通风换气,保证空气新鲜,室内温度湿度适宜,光线柔和,器械及抢救药品摆放整齐有序。并辅以心理护理,护士接诊时对患者的态度应和蔼,语言亲切,主动与其交流沟通,耐心向患者及家属解释检查的必要性、重要性、流程及相关注意事项;根据患者的实际情况有针对性地进行心理辅导,促进医患互动,增强患者对医护人员

员的信任。另外在检查过程中,护理人员协助患者摆放正确的体位,带义齿患者取下妥善保管,张口咬住牙垫,以患者感觉舒适为宜;建立有效静脉通道,密切监测生命体征,常规吸氧,并向患者耐心解释吸氧、心电监护的必要性;行静脉注射丙泊酚麻醉时,注射速度应缓慢,在注射的同时应密切观察患者的反应情况,产生积极情况或不良反应时及时处理。检查结束后,认真清洁患者面分泌物及呕吐物,密切监测患者心率、血压、脉搏等基本生命体征情况,待患者生命体征平稳,取出患者口中牙垫,继续观察直至患者完全清醒,仔细询问患者的临床表现,同时做好检查后的健康宣教工作,建议患者 2 h 后方可进食水,检查当天进流质、半流质饮食,避免辛辣刺激性食物。

**1.3 观察指标** (1)比较两组患者护理前后的焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS),评价患者焦虑和抑郁情况,具体方法参照文献[4-6]。(2)记录检查中及检查后心率和血压情况。(3)采用世界卫生组织的疼痛 4 级标准评价患者术中疼痛程度[6]。(4)自制护理满意度调查表,满分为 100 分,其中包括检查环境、护士服务态度、检查前舒适度、术中舒适度及术后舒适度 5 项指标,每项 20 分,≥90 分为非常满意,80~89 分为满意,70~79 分为不满意,患者的满意度=(非常满意+满意)/总例数。

表 2 两组患者护理检查中、后心率和血压比较( $\bar{x} \pm s, n=61$ )

组别	心率(次/min)		收缩压(mm Hg)		舒张压(mm Hg)	
	检查中	检查后	检查中	检查后	检查中	检查后
对照组	84.4±8.6	83.2±8.2	145.3±16.4	132.5±15.1	75.3±11.5	69.2±12.4
研究组	72.4±7.3 <sup>a</sup>	71.7±7.9 <sup>a</sup>	128.6±14.2 <sup>a</sup>	122.7±13.6 <sup>a</sup>	63.1±10.4 <sup>a</sup>	62.1±9.5 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>: $P<0.05$ ,与对照组比较。

**2.3 两组患者疼痛程度比较** 研究组与对照组患者的疼痛级别相比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3。

表 3 两组患者疼痛程度的比较[ $n(\%)$ ,  $n=61$ ]

组别	0 级	I 级	II 级	III 级
对照组	1(1.64)	13(21.31)	37(60.66)	10(16.39)
研究组	9(14.75) <sup>a</sup>	36(59.02) <sup>a</sup>	13(21.31) <sup>a</sup>	3(4.92) <sup>a</sup>

<sup>a</sup>: $P<0.05$ ,与对照组比较。

**2.4 两组患者满意度比较** 研究组的满意度较对照组明显升高,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 4。

表 4 两组患者满意度比较( $n=61$ )

组别	非常满意 [ $n(\%)$ ]	满意 [ $n(\%)$ ]	不满意 [ $n(\%)$ ]	满意度(%)
对照组	10(16.39)	37(60.66)	14(22.95)	77.05
研究组	53(86.89)	6(9.84)	2(3.28)	96.72 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>: $P<0.05$ ,与对照组相比较。

### 3 讨论

随着科学技术的发展,消化内镜已广泛应用于临床。然而由于患者体质上的差异,对疼痛耐受能力的不一及医师操作水平的差异,部分患者会出现不同程度的腹胀、腹痛等不适症状,使得患者难以接受,导致患者拒绝操作,甚至产生不良情绪,严

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS13.0 软件进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,两组间比较采用  $t$  检验及信度检验;计数资料以率表示,组间率的比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者的 SAS、SDS 评分比较** 护理前,两组患者的 SAS、SDS 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ );护理后,研究组的 SAS、SDS 评分均较对照组明显降低,且差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者的 SAS 评分比较( $\bar{x} \pm s, n=61$ )

组别	SAS 评分		SAD 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	57.43±9.42	55.64±8.64	56.16±9.11	56.88±8.32
研究组	58.24±9.86	41.87±6.26 <sup>a</sup>	55.78±9.63	42.63±7.17 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>: $P<0.05$ ,与对照组护理后相比较。

**2.2 两组患者检查中及检查后心率和血压比较** 检查中及检查后研究组患者的心率和血压均较对照组患者明显降低( $P<0.05$ ),见表 2。

重者会加重患者的基础疾病。为减少内镜诊疗不适感和不耐受率,国内外学者提出了舒适护理,这是一种整体的、个性化的、创造性的、有效的护理模式,通过各种方式与患者进行沟通,准确了解、发现患者的各种需求,进而采取各种舒适护理措施满足患者的需求,使人在生理、心理、社会、灵魂上达到最愉快的状态,或缩短、降低不愉快的程度[7-8]。本研究通过不同护理方式的比较发现,舒适护理方式的焦虑与抑郁程度较传统护理方式明显减轻。舒适护理使患者感觉舒适、愉快和信任,以减少恐惧、焦虑、抑郁等不良心理,从而提高患者的心理稳定程度。除了和心理方面的良好效果外,舒适护理在保持患者良好的生理状态方面也发挥着重要作用。检查中及检查后研究组患者的心率和血压均较对照组患者明显降低( $P<0.05$ ),对患者的心率、血压影响较小。且研究组患者的疼痛程度较对照组患者明显降低,具有较高的满意度。

综上所述,舒适护理不仅能够减轻患者的抑郁、焦虑心理及痛苦,还能最小程度地影响患者的心率及血压情况,可进一步提高内镜检查效率及护理质量,值得临床应用。

### 参考文献:

[1] 王晓伟,赵毅.食管支架置入治疗贲门失迟缓症的舒适护理[J].护士进修杂志,2009,24(14):1275-1276.  
 [2] 邱小蕾.无痛消化道内镜技术的应用[J].中国消化内镜,2008,5(4):30-32.

- [3] 刘路秀,彭艳梅,易红艳,等.舒适护理在手术室整体护理中的应用分析[J].中国医药导刊,2011,13(7):1258-1259.
- [4] 荣秋华,李晶.舒适护理对无痛消化内镜检查患者心理状况及护理质量的影响[J].中华现代护理杂志,2012,18(27):3294-3296.
- [5] 庞惠玲,何赛琴.不同护理模式在无痛消化内镜检查术中的应用效果比较[J].中国实用护理杂志,2010,26(13):39-40.
- [6] 俞圣月.不同护理模式在改善无痛消化内镜检查患者状态中的综合效果比较[J].河北医科大学学报,2011,32(3):328-329.
- [7] 陈国玉,毛金葵,张琼,等.舒适护理在消化道息肉内镜切除手术患者中的应用[J].海南医学,2009,20(3):251-253.
- [8] 胡慧,曾等娣,盛传玲,等.舒适护理在消化内镜诊疗中的临床应用[J].九江学院学报:自然科学版,2011,26(3):91-93.

(收稿日期:2013-10-17 修回日期:2013-11-29)

• 临床护理 •

## 遵医行为及自我管理对腹膜透析超滤衰竭的影响研究

田 敏,唐文庄,林 仙

(海南医学院附属医院肾脏内科,海口 570102)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.08.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)08-1008-03

腹膜透析是终末期肾病患者肾脏替代治疗的有效方法之一,然而随着腹膜透析时间延长,患者的腹膜因各种原因出现结构和功能的改变,最终导致超滤衰竭(ultrafiltration failure,UFF)<sup>[1]</sup>。UFF导致腹膜透析患者容量超负荷,而容量超负荷会导致患者严重水肿、顽固性高血压、肺淤血、心血管并发症等,成为了腹膜透析患者死亡的首要原因<sup>[2]</sup>,也是大多数患者退出腹膜透析治疗的主要原因。本研究对2009年3月至2011年3月本院收治22例腹膜透析并发UFF的患者,选用《内外伤辨惑论》中的补中益气汤进行辅助治疗,与60例进行腹膜透析但未发生UFF患者进行比较,分析原因并采取相应的护理干预,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将本院2009年3月至2011年3月收治的腹膜透析合并UFF患者22例作为观察组,男13例,女9例,年龄30~74岁,平均52岁;其中原发慢性肾小球肾炎14例,高血压肾损害3例,糖尿病肾病5例。在同期收治的腹膜透析未并发UFF患者中随机抽取60例作为对照组,男35例,女25例,年龄9~71岁,平均50岁;其中原发慢性肾小球肾炎40例,高血压肾损害6例,糖尿病肾病14例。纳入标准:(1)UFF诊断标准,在水盐摄入控制的前提下,每天使用4.25%葡萄糖透析液3次及以上仍出现体液超负荷(水潴留)状态或4.25%葡萄糖透析液留腹4h后超滤量小于400mL为UFF;(2)病历资料完整,能够完成随访;(3)均无腹膜透析禁忌证。两组患者年龄、性别、疾病构成、透析处方及治疗方法等比较,差异无统计学意义( $P < 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 透析处方** 两组均采用百特公司双联腹膜透析液,透析剂量为:男8L/d,分4次;女6L/d,分3次,均进行连续性不卧床、居家腹膜透析,患者均经过培训学习掌握居家腹膜透析操作及相关自我管理。记录患者每日腹膜透析的次数、透析剂量、透析液浓度、引流液的颜色、超滤量、尿量、饮食习惯、水肿

情况、透析前后的体质量、皮肤情况、睡眠、食欲;监测血压和肝、肾功能,定时更换腹膜透析短管,进行腹膜平衡试验。

**1.3 中药治疗** 予以补中益气汤进行治疗,主要组成药物为黄芪、党参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡、生姜、大枣。每日1剂,每次200mL,早晚各1次<sup>[3]</sup>。

**1.4 观察指标** 所有患者门诊或电话随访2年,自制调查表记录患者的遵医行为及自我管理情况。其中遵医行为调查指标主要包括:是否每天都记录尿量;是否记录腹膜透析每天的超滤量;是否正确自我评估选择合适浓度的腹膜透析液;是否正确护理隧道口周围的皮肤;是否能规律应用促红细胞生成素、钙剂、骨化三醇等辅助治疗;是否规律服用降压药,血压控制在理想范围;是否遵医规律进行腹膜透析。患者自我管理调查指标包括:有无自行改变腹膜透析处方;有无食欲缺乏,存在低蛋白血症;有无发生腹膜相关性腹膜炎;有无遵医服用药物;有无重口味,嗜好含水份多的食物;有无尿量明显减少;有无原发病治疗疗效不佳。

**1.5 统计学处理** 采用SPSS13.0软件进行统计分析,计数资料以率表示,采用 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结 果

**2.1 两组患者居家腹膜透析遵医行为比较** 观察组遵医行为较对照组差,能够坚持完成各项调查指标的患者所占比例均显著低于对照组( $P < 0.01$ ),见表1。

**2.2 两组患者自我管理比较** 观察组自我管理情况明显比对照组差,所调查指标结果为“有”者所占比例均显著高于对照组( $P < 0.01$ ),见表2。

**2.3 转归** 观察组22例2年内死亡6例(27.3%),对照组无死亡病例,观察组病死率高于对照组;观察组转为血液透析7例,对照组无病例转为血液透析;观察组至今仍坚持腹膜透析9名,而对照组所有患者至今均坚持腹膜透析。