·临床护理· doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.07.055

护理路径在脑卒中手术患者的可行性和实施效果分析

廖余佳

(重庆市第九人民医院手术室 400700)

[中图分类号] R472 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2015)07-1000-02

目前,随着医学模式的改变,人们对护理工作也提出了更高要求,原来的以疾病为中心的护理模式已经不再适应新的形势,尽早康复、减轻患者经济负担已经成为目前护理工作重要内容之一[1]。临床护理路径是一项新的护理措施,其对提高护理质量及减轻患者经济与精神负担均有重要作用。本文选取脑卒中手术患者 49 例,采用护理路径进行护理,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2011 年 5 月至 2013 年 7 月在本院行脑卒中手术患者 98 例纳入研究,分为对照组与实验组各 49 例。对照组 49 例患者,其中,男 27 例,女 22 例;年龄 46～86 岁,平均(66.7±1.4)岁;体质量 56～85 kg,平均(64.75±10.23)kg。实验组 49 例患者,其中,男 28 例,女 21 例;年龄 45～78 岁,平均(68.2±1.3)岁;体质量 55～86 kg,平均(64.47±10.12)kg。两组患者的一般临床资料经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$),组间相关的数据具有良好可比性。

1.2 方法 对照组患者给予常规护理:术前进行各项常规检查和术前准备,术中配合手术医生和麻醉师操作,术后做好基础护理。(1)患者入院后,由责任护士热情接待,主动与患者进行沟通,对其心理与身体状况进行评估,并根据患者具体情况给予针对性的心理疏导与健康宣教,以缓解患者不良情绪,增加其治疗信心。(2)常规术前准备。(3)术后密切观察患者病情变化情况,按医嘱给予疼痛护理、生活与饮食指导、出院指导等。实验组患者采用护理路径进行护理:包括护理路径的制订、实施。(1)护理路径制订:首先成立临床路径小组,由科主任、护士长、管床医师和责任护士组成,制订《脑卒中手术临床路径表》。大家共同讨论,依据国内外已实施疾病护理常规与标准以及市场调查分析等指标,并结合本院具体情况,制订出切实可行的护理路径表格,其内容包括诊疗计划、医嘱、护理程序等,上述内容按时间顺序排列在一张表格上,将其作为医生与护士共同使用的护理路径表。(2)护理路径实施方法:患者入院后,将护理路径挂于患者床头,由责任护士向患者讲解每项护理路径的内容及将达到的医疗与护理目标。经管医生与责任护士每天均按照路径表格上的内容逐项给予患者实施治疗与护理,在完成的项目前打"√",并签上执行医生或护士的名字。若有变异时,在未完成项目前打"×",并详细记录变异原因以及干预措施等。护理长与科主任每天都要检查护理路径的实施与患者治疗、护理情况,若发现不当之处,及时纠正、修改,以保证患者治疗安全与护理路径顺利实施。(3)护理内容:术前观察并记录患者意识、生命体征、瞳孔、呼吸道、颅内高压症状、言语、肢体活动等,遵医嘱进行开放气道、吸痰、吸氧、建立静脉通道、给药等急救操作。术后医生和责任护士进行查房,观察并评估患者手术情况、并发症,确认下一步治疗方案;指导患者进食半流质饮食,并根据患者病情实施康复护理方案。

1.3 评价指标 采用自制调查表来评价患者的满意度,包括患者对获得护理服务与医疗满意度,分值为 1～3 分:不满意为 1 分;基本满意为 2 分;满意为 3 分,分值越高表明患者满意度越高[2]。根据脑卒中临床神经功能缺损评分标准对两组患者于护理干预后神经功能缺损评分减少百分数进行计算,从而判断患者神经功能缺损改善情况。评判标准:显效为护理干预后评分减少大于 80%;有效为评分减少 60%～80%;好转为评分减少 20%～60%;无效为评分减少小于 20%或未改善[3]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件对数据进行分析与整理,定量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

实验组患者住院时间明显少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);实验组患者护理效果和满意度明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者住院时间、护理效果及满意度比较

组别	住院时间($\bar{x}\pm s$,d)	护理总有效率[n(%)]	满意度($\bar{x}\pm s$,分)
实验组	5.81±1.54	46(93.88)	2.8±0.2
对照组	9.19±3.22	31(63.27)	2.0±0.4

3 讨 论

近年来,随着人们生活节奏的加快和饮食结构的变化,脑卒中的发病率逐年递增,70%以上的患者可遗留不同程度的功能障碍[4],部分患者治疗不及时可引起死亡。临床常采用手术治疗,但还需要实施相应的护理干预,以提高手术效果。

临床护理路径是依据标准护理计划为患者设定的护理服务程序,对某一疾病的诊断和治疗做出最适当的护理计划,重视顺序性和时间性,以减少康复延迟,避免医疗资源的浪费。同时可充分满足患者的知情权,采用表格方式按护理与治疗先后将其有序排列,医生与护士按表格内容逐项落实[5-6]。患者入院后,即可清楚整个护理与治疗全过程,不但缓解了患者不良情绪,而且患者参与到临床治疗与护理中,每天患者都清楚该做哪项治疗、哪项检查、哪项护理,有效地提高了患者的主观能动性与治疗依从性,使之能够以积极的态度配合临床治疗与护理,达到了较好的效果[7]。

在实际护理工作中,护士依照护理路径表给予患者实施有

作者简介:廖余佳(1980－),主管护师,本科,主要从事临床护理研究。

序、主动的标准化护理服务，完成护理任务后，只需在项目前的方框内打“√”并签名确认即可，在减轻护理工作压力的同时，提高了工作效率，并且避免护士因个人知识水平差异与能力不足而造成的护理操作失误。护理路径的实施充分体现了患者知情权，患者在治疗前有充分的生理、心理准备，并且能够主动参与到整个护理过程中，让医、患、护三者的关系达到了和谐统一，患者在治疗过程中享受到了快捷、愉快、舒适的优质护理服务，自然满意度会提高[8-10]。

从本研究结果可以看出，实验组患者住院时间较短，治疗效果和满意度高于对照组，充分说明了护理路径应用于脑卒中手术患者护理中，使临床护理不再只是盲目地执行医嘱，而是有计划地实施护理操作，并且患者也能参加到护理与治疗活动中，利于改善护患间的关系，对促进患者早日康复具有重要作用。

参考文献

[1] 伍伟锋，赵劲民，唐卫中，等. 临床路径管理的实践与思考[J]. 中国医药指南，2011，9(12)：170-171.

[2] 李艳平，贾淑文，冯莉. 临床路径在实际操作中存在的问题及解决方法初探[J]. 中国医药指南，2013，11(14)：394-395.

[3] 张雪，郭威，黄芬，等. 神经内科护士脑卒中偏瘫康复护理认知和活动现状及其影响因素分析[J]. 中国护理管理，2013，13(2)：38-42.

[4] 龚素芬，邢凤梅，唐惠艳，等. 护士及家属对脑卒中患者功能康复训练知识认知的研究进展[J]. 中国老年学杂志，2011，31(6)：1075-1076.

[5] 邓石凤，肖姗，万丽红，等. 高血压合并脑卒中患者健康知识与健康行为的现状及其相关性[J]. 现代临床护理，2013，21(11)：1-4，5.

[6] 王香，李凤英，马小香，等. 临床护理路径在首次脑卒中患者康复护理中的应用[J]. 护理与康复，2009，8(1)：35-36.

[7] 付亚力. 临床护理路径在脑卒中患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志，2008，14(21)：103-104.

[8] 陈敏. 护理路径在重型颅脑损伤急救阶段应用研究[J]. 护士进修杂志，2012，28(18)：1685-1686.

[9] 邢小丽. 临床护理路径在脑卒中患者中的应用及效果评价[J]. 华西医学，2009，20(12)：3239-3240.

[10] 朱洁珍. 临床护理路径在脑卒中院前急救中的应用[J]. 内科，2010，5(2)：207-209.

（收稿日期：2014-10-21　修回日期：2014-12-19）

·临床护理·　doi：10.3969/j.issn.1671-8348.2015.07.056

心理干预在减轻 LASEK 患者术后疼痛中的护理实践

宋　君[1]，刘春宏[2△]，王渝龙[1]，陈宗惠[1]，刘恩霞[1]

（1. 重庆市第三人民医院眼科　400014；2. 重庆市工程职业技术学院校医院　400039）

［中图分类号］ R473.6　　**［文献标识码］** C　　**［文章编号］** 1671-8348(2015)07-1001-03

LASEK 又称 EK，是由意大利 Rovigo 医院眼科中心 Massino 于 1997 年在屈光手术过程中发明的一种针对高度数，角膜相对较薄的一种新的准分子激光近视眼治疗手术[1]。LASEK 基本原理是通过应用 20%乙醇浸泡角膜上皮，使角膜上皮的基底细胞层与角膜前弹力层分离[2]，制作角膜上皮瓣。由于乙醇对角膜上皮的刺激，患者术后疼痛感普遍较重，尤以术后 72 h 之内更明显。有研究表明，除了手术及手术过程中的物理刺激，患者的精神状态、个性人格、注意力等心理因素是影响疼痛的重要因素[3]。为此，本文从缓解和减轻患者术后疼痛的角度出发，对 LASEK 手术患者进行以心理疏导为主的护理干预，并进行术后疼痛测评和满意度调查，取得很好效果，现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选择 2012 年 10 月至 2013 年 10 月重庆市第三人民医院眼科行 LASEK 手术的近视患者 162 例作为研究对象，年龄 18～41 岁，平均 24 岁；其中，男 98 例，女 64 例；术前球镜度－1.25～－8.00 D，柱镜度为－0.25～－4.50 D。将 162 例患者分为常规护理对照组与心理干预实验组，每组 81 例。两组患者年龄、性别、屈光度数、最佳矫正视力等一般资料比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。

1.2　评价工具

1.2.1　艾森克人格问卷（EPQ）[4]　所有患者在检查后确定手术时，采用 EPQ 进行心理评估。告知受试者填写调查问卷的目的和方法，每题需作出“是”或“否”的回答。根据受测者在量表上获得的总分，据常模换算出标准分（T 分），分析受测者的个性特点。各量表 T 分 43.3～56.7 分为中间型，T 分 38.5～43.3 分或 56.7～61.5分为倾向型，T 分在 38.5 分以下或 61.5 分以上为典型型。两组患者术前 EPQ 中的因子比较差异无统计学意义（$P>0.05$），结果见表 1。

表 1　两组患者 EPQ 心理评估 T 分比较（n）

组别	<38.5	38.5～43.3	43.3～56.7	56.7～61.5	>61.5
对照组	12	19	37	16	7
实验组	14	16	32	14	5

1.2.2　视觉模拟评分法（VAS）进行疼痛评估　术后 3 d 采用 10 分视觉模拟量表评分法[5]，统计患者术后主观疼痛感，1 分表示仅有异物感而没有疼痛，10 分表示无法忍受的剧烈疼痛。

作者简介：宋君（1972－），主管护师，本科，主要从事临床护理工作。　△　**通讯作者**，Tel：18680813404；E-mail：530180322@qq.com。