

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.

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

- [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)

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 Mas-sino 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。

表 2 两组患者不同护理措施干预后疼痛程度和满意度比较(n)

组别	术后 24 h				术后 48 h				术后 72 h				满意 [n(%)]
	1~2 分	3~5 分	6~8 分	9~10 分	1~2 分	3~5 分	6~8 分	9~10 分	1~2 分	3~5 分	6~8 分	9~10 分	
对照组	11	28	34	6	45	28	7	1	61	19	1	0	75(92.6)
干预组	29	33	16	3	59	21	2	0	75	6	0	0	81(100.0)

1~2 分为术后良好,基本无角膜刺激症状;3~5 分为术后不适,有轻微角膜刺激症状,能睁眼;6~8 分为疼痛,角膜刺激症状较明显,但能睁眼;9~10 分为非常疼痛,角膜刺激症状明显,异物感强烈,不能睁眼^[6]。

1.2.3 满意度问卷调查表 自制满意度调查问卷,在患者术后 1 周来院复查时填写,内容包括对术后视力恢复、疼痛程度、疼痛解决方法和效果、医护人员的医德医风、就医环境等。

1.3 护理措施

1.3.1 常规组护理方法 (1)术前护理:热情接待患者,建立良好的护患关系。完善术前检查,讲解手术时间、方式、过程、介绍手术医生,将手术的各项注意事项的印刷资料发放给患者。对 EPQ 评估敏感者,加强沟通,进行常规心理护理。(2)术中护理:LASEK 采用表面麻醉,整个手术过程患者完全清醒,需要其积极配合。在进行冲洗眼睛做术前准备时,再次叮嘱患者手术中要注视绿灯,眼球不要转动。手术台上当患者紧张不配合时,指导患者深呼吸,调节紧张的情绪,减少恐惧感,积极配合确保手术顺利进行。(3)术后护理:嘱患者术后不要用力挤眼、揉眼,术后 5 d 取保护眼镜,复诊时间,常规按医嘱滴用典必殊、普萘洛尔、金因舒、玻璃酸钠眼药水,正确指导患者滴眼药方法,注意眼部卫生。告知术后眼部 1~3 d 出现不适和轻微的疼痛是属于眼部术后的正常反应,不要紧张和担忧。必要时服用止痛药或镇静剂。(4)健康指导:用眼卫生,注意休息,用药指导,1 个月内禁止游泳等注意事项。

1.3.2 心理干预组护理方法 在常规护理的基础上进行心理干预。对 EPQ 问卷 T 分在 38.5 分以下或 61.5 分以上的典型患者,加强沟通和心理护理,给予更多的耐心和关怀。(1)根据得出的 EPQ 量表结果,与患者沟通,进一步了解患者的性格特征,以便全面地评估患者术后疼痛,让患者主动参与疼痛管理。(2)加强心理护理,告知患者术后由于眼角膜上皮水肿出现眼部不适是正常反应过程,术后 6~8 h 会出现眼睛轻微卡痛和流泪、异物感等刺激症状,极少数敏感的患者术后 3 d 还有眼部刺激症状,请患者不要担心影响术后视力,增进他们控制疼痛的信心。(3)发放疼痛评分卡,讲解如何进行评分,内容包括疼痛的时间、性质、程度、减轻或加重疼痛的因素等,让患者掌握疼痛评估的方法,及时准确报告疼痛,增强术后疼痛控制能力,消除对疼痛的焦虑恐惧心理。(4)指导患者采取各种放松和分散注意力的方法减轻疼痛,如听音乐、回忆愉快的经历等。研究表明,由于音乐刺激引起听觉中枢的兴奋而造成对痛觉中枢的抑制,音乐信息会刺激脑垂体分泌内啡肽增加,而内啡肽有明显的镇痛作用^[7]。(5)做好家属的健康指导和沟通,护士是疼痛患者及家属的教育者和指导者^[3],护士主动向患者家属讲述手术情况,告之术前、术后的注意事项,取得他们的支持配合,帮助患者营造舒适愉快的家庭环境。(6)电话回访,手术后 6 h 开始做电话回访,尽量要求患者本人接听,询问患者术眼

的疼痛情况,根据患者的心理特点给予恰当的解释、鼓励和支持。在回访过程中仔细倾听患者的倾诉,语气和蔼亲切。特别是 EPQ 问卷 T 分在 38.5 分以下或 61.5 分以上的典型患者,给予更多关怀关注。(7)根据电话回访患者提供的信息掌握第一手资料,排除异常情况,给予相应处理。当疼痛程度小于或等于 5 分时,护士选择权限范围以内的方法止痛,指导患者不要用力挤眼,闭目休息,听听音乐,转移注意力等,并报告医生;当疼痛程度大于或等于 6 分时,护士立即报告医生并使用有效的止痛药物^[8]。对于疼痛程度 6 分以上患者采取认知干预、行为干预、情绪干预,不回避手术后眼部的疼痛,鼓励其表达内心的感受,将情绪释放出来,帮助消除心理上的痛苦反应^[9]。(8)疼痛评估:手术次日,患者来院复查时,查看患者填写的疼痛评估卡,并提出建议,让患者能自我评估疼痛变化,掌握缓解疼痛的方法,主动参与疼痛管理。(9)满意度调查:术后 1 周,患者复查时填写满意度调查表,希望患者给医务人员提出中肯的意见和建议。

2 结 果

两组患者术后疼痛分级、满意率比较,见表 2。

干预组患者的中重度疼痛率明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预组患者满意度高于对照组,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

3 讨 论

术前 EPQ 结果表明,40% 以上的患者心理处于敏感状态,这与 LASEK 患者大多是青年人,很少有手术经历,缺乏手术相关知识,对疼痛的控制能力较差相关,所以,作者在术前、术中配合、术后患者的恢复、疼痛的控制等护理实践中设计了以心理干预为主的工作流程,对减轻敏感患者的术后疼痛感和手术的成功起到了至关重要的作用。

通过实验,依据患者心理特征进行有效心理干预,建立良好的沟通和护患关系,特别对于情绪低落、自控能力差、对疼痛敏感患者给予更多关怀,让其大胆地表述疼痛,主动参与疼痛控制,指导进行心理舒缓,使他们术后疼痛感明显减轻,满意度达到 100%。因此,在 LASEK 术护理实践中,加强心理干预是保证手术顺利进行和术后减轻疼痛和提高患者满意度的有效手段。

实验表明,患者的术后疼痛反应与心理因素相关,通过以心理干预为主的护理措施可以有效减轻敏感患者的术后疼痛感,提高患者的满意度。

参考文献

- [1] Astle WF, Huang PT, Ingram AD, et al. Laser-assisted subepithelial keratectomy in children[J]. J Cataract Refract Surg, 2004, 30(12): 2529-2535.
- [2] Komilovsky IM. Clinical results after subepithelial pho-

torefractiv ekeratectomy (LASEK) [J]. J Refract Surg, 2001,17(2):S222-223.

- [3] 赵继军. 疼痛护理学[M]. 北京:人民军医出版社,2002:16-18.
- [4] 龚耀先. 修订艾森克个性问卷手册[M]. 长沙:湖南医学院出版社,1983:2-31
- [5] 庄心良,曾因明,陈伯盛. 现代麻醉学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2004:2457.
- [6] 易虹,王渝龙,裴文莹. Epi-LASEK 与传统 Epi-LASIK 的临床应用对比分析[J]. 国际眼科杂志,2011,27(8):1439-

1441.

- [7] 高天. 音乐治疗导论[M]. 北京:世界图书出版公司北京公司,2008:53.
- [8] 赵继军,崔静. 护士在疼痛管理中的作用[J]. 中华护理杂志,2009,44(4):383-384.
- [9] 任秀芹,吴贤翠,沈新梅. 分级心理干预对肿瘤患者 PICC 置管成功率和疼痛的影响[J]. 护理学报,2012,19(48):74-76.

(收稿日期:2014-10-08 修回日期:2014-12-25)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.07.057

护理干预对肺结核患者治疗依从性及生活质量的影响分析

张晓蓉¹,樊安芝^{2△}

(重庆市公共卫生医疗救治中心:1. 结核四科;2. 结核一科 400036)

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)07-1003-02

肺结核是结核分枝杆菌引起的肺部慢性传染性疾病,结核杆菌可以侵犯所有的脏器,以肺结核多见^[1]。结核分枝杆菌的生物学特性具有多形性、抗酸性、生长缓慢、抵抗力强、菌体结构复杂的特点^[2]。当前,全球 1/3 的人感染结核分枝杆菌,每年有 800 万新发结核病患者,有 300 万人死于结核病,是全世界由单一致病菌导致死亡人数最多的疾病^[3]。目前,肺结核在中国仍是一个需要重点关注的社会问题和公共卫生问题^[4]。作者选取本院 2011 年 8 月至 2013 年 6 月收治的符合肺结核诊断标准(WS288-2008)的患者共 76 例,进行了 6 个月护理干预,对患者的治疗依从性和生活质量都有一定的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 8 月至 2013 年 6 月该院收治的符合肺结核诊断标准(WS288-2008)的患者共 76 例,其中,男 43 例,女 33 例,年龄 22~64 岁,平均(46.82±6.37)岁。分成对照组和观察组各 38 例,两组患者在年龄、性别及病情方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 入院后所有患者均接受常规抗结核药物治疗,通过对观察组患者进行 6 个月护理干预后,采用统计学方法及 WHOQOL-BRIEF 评分对两组患者的治疗依从性及生活质量进行对比分析。

1.3 护理措施

1.3.1 一般护理

1.3.1.1 休息与活动 (1)肺结核活动期、咯血、有高热等严重结核毒性表现或大量胸腔积液者,应卧床休息;恢复期可适当增加户外活动,如散步、打太极拳等,加强体育锻炼,增进免疫功能。(2)轻症患者在坚持化疗的同时,可照常工作,但应避免劳累和从事重体力劳动,保证充足的睡眠和休息,做到劳逸结合。

1.3.1.2 饮食护理 结核病是一种慢性消耗性疾病,由于体

内分解代谢加速和抗结核药物的不良反应,使胃肠功能障碍、食欲减退,导致营养代谢的失衡和机体抵抗力下降,促使疾病恶化。因此,应高度重视饮食护理:(1)应向患者及家属宣传饮食营养的重要性,制订全面的饮食摄入计划,提供高热量、高蛋白、富含维生素的饮食。(2)鼓励患者多喝水,补充足够的水分,保持体内水、电解质平衡,促进毒素的排泄。(3)每周测量并记录体质量 1 次,判断患者营养状况是否改善。

1.3.1.3 宣传 积极宣传结核病的传播与预防知识。肺结核为空气传播疾病,痰菌阳性患者具有传染性^[5]。控制传染源是预防传染的最主要措施。因此,应向患者及家属宣传结核病的传播途径及消毒、隔离的重要性。

1.3.2 心理护理 (1)建立良好的护患关系,耐心给患者及家属讲解肺结核的有关知识。告知患者,肺结核虽然病程较长,但是可以治愈的。部分患者对结核病缺乏正确认识,担心影响工作和生活,常有自卑和焦虑感^[6],可通过借鉴获得成功治疗的患者经验,缓解或消除焦虑情绪。(2)告知患者肺结核是一种慢性呼吸道传染病,讲明隔离治疗的重要性,指导患者采取正确的隔离方法,争取家属或朋友对患者的理解与关心,消除孤独感。(3)鼓励患者树立战胜疾病的信心,让患者和家属参与制订治疗和护理方案,取得其配合,帮助患者和家属寻求合适的社会支持。

1.3.3 健康教育

1.3.3.1 宣传结核病的传播与预防知识 (1)控制传染源:早期发现、彻底治疗患者,尤其是痰涂片阳性排菌患者。(2)切断传播途径:宣传消毒隔离的意义、方法及注意事项,严禁随地吐痰,做好结核病患者的消毒、灭菌工作。最好实施分餐制,不饮用未消毒的牛奶,以切断传播途径。(3)保护易感人群:给未受过结核菌感染的新生儿、儿童及青少年接种卡介苗(无毒牛型结核菌活菌疫苗),使人体产生获得性免疫力。

1.3.3.2 治疗方案调整 指导患者定期复查胸部 X 线片和