

[3] 刘国莲,宁艳花,杨书萍,等. 银川市社区家庭访视护理需求与服务现状调查分析[J]. 中国实用护理杂志,2011,27(2):1-3.

[4] 辛琼林,李玉玲. 质性研究资料分析方法应用的调查[J]. 中国护理管理,2007,7(10):16-18.

[5] 沈沁,杨珺,黄亚芳,等. 北京市社区卫生服务机构卫生人力资源现状研究[J]. 中国全科医学,2009,12(23):2169-2172.

[6] 李晓波,顾健,仇华,等. 社区慢性病管理过程中双向转诊的促进措施[J]. 中国卫生事业管理,2013(8):566-567.

[7] 葛一音. 国内外家庭护理现状及分析[J]. 护士进修杂志,2011,26(18):1704-1706.

[8] 王芳,朱晓丽,丁雪. 我国基层卫生人力资源配置现状及公平性分析[J]. 中国卫生事业管理,2012,29(2):108-110.

[9] 钟宁,吴克明,刘德安. 建立全科服务团队社区卫生服务评价指标体系的构想[J]. 中国全科医学,2010,13(28):3233-3234.

[10] 岳延棉,朱丽萍. 国内产后家庭访视服务现状[J]. 中国妇幼保健,2011,26(31):4951-4952.

(收稿日期:2015-07-12 修回日期:2015-08-02)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.31.050

舒适护理模式实施优质护理在内镜下逆行胰胆管造影术患者中的应用

米娜,李洪艳,禹艳,杨玉芳,覃梅,魏玲玲
(第三军医大学新桥医院肝胆外科,重庆 400037)

[中图分类号] R473 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2015)31-4459-03

随着医学模式转变、社会发展,以及新技术的应用,肝胆系统疾病的护理模式也相应的发生着变化。接受内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)术和内镜乳头括约肌切开术(EST)治疗的患者,由于 ERCP 开展时间较短,对该项新技术的治疗手段、手术效果、术后并发症的发生及术后护理的不了解,导致产生对治疗的恐惧,对手术效果、术后并发症发生情况等的担心,影响患者对治疗的配合^[1-2]。而良好心理状态能充分调动人的内在康复能力,增强机体的免疫力^[3]。因此适合此类患者的优质护理服务就显得尤为重要,如何护理接受 ERCP 或 EST 治疗的患者,满足患者的需求是目前护理工作的研究热点。舒适护理模式是 1998 年由台湾萧丰富先生提出,又称“萧氏双 C 护理模式”,是一种整体的、个体化的、有效的创新型的护理模式,已广泛用于临床并取得了不错的效果^[1]。目前,将舒适护理模式用于行 ERCP 和 EST 的患者研究报道甚少,还处于探索阶段。因此作者将舒适护理模式应用于行 ERCP 和 EST 患者,通过统计学分析探讨对患者的作用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究采纳了本科室 2013 年 1 月至 2013 年 12 月行 ERCP 和 EST 术的 400 例患者,将 400 例患者分组为观察组和对照组,每组 200 例。对患者的年龄层次、性别、职业、受教育程度、婚姻状况、家庭收入等进行了统计分析,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理干预方法 观察组按照已建立的舒适护理模式及护理规程,从有效治疗、环境舒适、心理舒适、身体舒适、家属满意、配合医技等方面进行人性化、整体化、系统化、程序化的优质护理。对照组进行常规护理,遵医嘱给予患者服药、输液等治疗。

1.2.1 营造舒适环境 (1)着力营造整洁、舒适且安静的住院环境,每天至少 3 次定时开窗通风,调节温度、湿度。避免噪音,严禁在病房内大声喧哗;(2)患者住院后护士热情接待,耐心介绍住院环境、管理制度、主治医生、责任护士等,以消除患者陌生感;(3)将轻重患者、男女患者分开,无关人员限制出入,

并悬挂家属探视制度。(4)对待患者一视同仁,做好护患沟通,建立并维护良好和谐的护患关系。

1.2.2 术前舒适护理 (1)护士在术前做好患者及家属宣教及沟通工作,向患者详细说明 ERCP 术的方式特点,过程中可能出现的不适等,使患者了解检查治疗的必要性并对可能发生的情况做好心理准备,以保持术前和术中良好的心理状态;(2)术前给予患者心理支持及必要的疏导,认真听取患者的问题,并给予正确的引导和解释。

1.2.3 术中舒适护理 操作前向患者讲解操作的目的、意义及必要性,协助患者摆好体位,在不影响操作的前提下,尽量保护患者隐私。连接心电监护仪,术中密切观察患者生命体征变化,配合医生操作同时,用亲切语言安慰患者并指导患者配合医生进行治疗,尽量缩短操作时间^[4-6]。

1.2.4 术后舒适护理 (1)病情观察:确保患者术后卧床休息,密切观察患者的意识、面色、体温,监测血压、心率,必要时予以心电监护;同时注意观察患者有无剧烈腹痛、腹胀、恶心、呕吐、发热等症状;2 h 准确留取标本测定血尿淀粉酶、血常规等,及时发现异常情况,通知医生处理。(2)饮食护理:遵医嘱术后禁食、禁饮 24 h,以免引起胰腺分泌增加从而引发胰腺炎。待血淀粉酶结果正常后,可由清淡饮食逐步过渡到低脂流食,再到低脂半流食,要求少量多餐。(3)鼻胆管护理:对患者及家属进行管道维护指导,说明鼻胆管的重要性及必要性。加强鼻胆管的管理,采用双重固定法固定,防止脱落,保持通畅,并详细记录引流液的量、颜色、形状并做好口、鼻腔的护理^[7]。(4)并发症的观察:ERCP 术后并发症常见的有急性胰腺炎、化脓性胆管炎、出血、穿孔、一过性血淀粉酶升高等,其中以急性胰腺炎最常见。主要与手术中胰管直接损伤及胰管内压力升高有关,而后者主要由于十二指肠乳头切开结石嵌顿、乳头水肿、出血后血凝块阻塞所致^[8]。

1.3 观察方法 采用询问法收集整理患者主诉,家属主诉症状,并进行临床研究、分析、填写评估表等进行资料收集及分析。评估表采用自制表格,制定专人负责填写,表格内容包括

术前常见心理问题、术中舒适程度(由专门负责置管护士完成)、术后鼻胆管护理情况及并发症发生情况等。

1.4 观察指标 (1)比较两组患者术前常见心理问题、术中舒适程度、术后并发症情况和平均住院天数;(2)对于术后满意度评价采用 WHO 生活质量调查简表(QOL-BREF)中文版,该量表已在多个国家多种疾病中得到了应用,具有良好的信度和效度^[9-12]。该评价从 4 个领域包括生理领域(7 条)、心理领域(6 条)、社会关系领域(3 条)、环境领域(8 条)及自身生活质量总体主观感受、自身健康状况总体主观感受,总共 6 个方面 26 个条目,每个条目分为 5 个分数等级,科学的对患者的生活质量进行了评价。得分越高,生活质量越高。专科护士分别在入院手术前及术后 2 周内通过随访问方式进行调查填写,每次评估约 15 min 完成。

1.5 统计学处理 采用 SPSS15.0 软件进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间差异性比较采用 t 检验,参数之间的相关性分析运用 Pearson 相关分析和线性回归进行分析;计数资料采用率表示,比较运用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

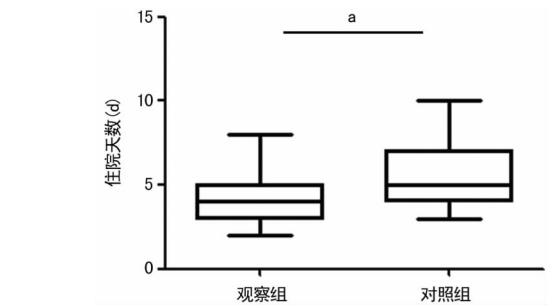
2 结 果

2.1 两组患者术前常见心理问题的比较 在舒适护理模式的干预下,在对患者行 ERCP 前出现心理问题的统计学分析研究中发现,观察组患者出现焦虑、紧张、担忧、睡眠不佳等术前常见心理问题较对照组患者明显降低($P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组患者术前常见心理问题的比较(n)					
组别	n	焦虑	紧张	担忧	睡眠差
观察组	200	59	61	106	101
对照组	200	83	90	138	133
χ^2		6.29	8.95	10.76	10.54
P		0.012	0.003	0.001	0.001

表 4 两组患者优质护理干预前后生活质量评分比较												
生活质量	干预前				干预后				观察组(<i>n</i> =200)		对照组(<i>n</i> =200)	
	观察组(<i>n</i> =200)	对照组(<i>n</i> =200)	<i>t</i> ₁	<i>P</i> ₁	观察组(<i>n</i> =200)	对照组(<i>n</i> =200)	<i>t</i> ₂	<i>P</i> ₂	<i>t</i> ₃	<i>P</i> ₃	<i>t</i> ₄	<i>P</i> ₄
生活质量总分	80.13±3.51	79.50±3.56	0.827	0.408	84.74±2.81	80.4±3.26	0.716	0.015	0.884	0.024	0.841	0.373
环境领域	28.45±1.34	27.93±1.66	1.252	0.861	31.26±2.6	26.81±1.82	1.076	0.011	1.152	0.037	1.384	0.072
生理领域	21.97±1.17	22.69±1.84	1.139	0.917	26.37±1.45	23.18±1.65	1.259	0.027	1.374	0.001	1.277	0.462
心理领域	13.72±0.86	12.68±0.92	1.473	0.483	16.59±1.01	14.17±1.38	1.438	0.043	1.512	0.035	1.381	0.048
社会关系领域	9.86±0.52	10.33±0.63	1.523	0.748	11.03±0.69	10.72±0.63	1.515	0.678	1.483	0.043	1.551	0.819
生活质量感受	4.11±0.19	3.94±0.22	1.767	0.582	4.71±0.13	4.04±0.15	1.663	0.048	1.695	0.058	1.738	1.000
健康状况感受	3.89±0.25	4.02±0.28	1.742	0.831	4.64±0.25	4.15±0.22	1.718	0.041	1.681	0.029	1.774	0.936

P_1 为干预前观察组和对照组的比较; P_2 为干预后观察组和对照组的比较; P_3 为干预前观察组和干预后观察组的比较; P_4 为干预前对照组和干预后对照组的比较。



$a: P < 0.01$ 。

图 1 患者住院天数比较

2.2 两组患者术中生命体征及疼痛评分比较 经统计学分析,经舒适护理模式干预的观察组患者术中舒适程度明显优于对照组患者,观察组患者出现收缩压升高、心率增快、术中疼痛情况较对照组患者明显改善,差异有统计学意义($P < 0.05$)。其中疼痛评估采用 NRS 数字分级法(成人适用):0~10 分;0 为无痛,10 为最强烈的疼痛。在舒张压、呼吸、血氧饱和度、体温等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者术中生命体征及疼痛评分比较				
项目	观察组($n=200$)	对照组($n=200$)	t/χ^2	P
收缩压($\bar{x} \pm s$, mm Hg)	130.00 \pm 13.84	144.00 \pm 16.21	0.476	0.028
舒张压($\bar{x} \pm s$, mm Hg)	83.00 \pm 7.37	86.00 \pm 9.79	0.261	0.073
心率($\bar{x} \pm s$, 次/min)	79.00 \pm 5.73	88.00 \pm 7.86	0.344	0.036
呼吸($\bar{x} \pm s$, 次/min)	19.00 \pm 2.82	21.00 \pm 2.45	0.215	0.297
血氧饱和度($\bar{x} \pm s$, %)	96.00 \pm 2.13	95.00 \pm 1.88	0.183	0.472
体温($\bar{x} \pm s$, $^{\circ}$)	36.80 \pm 0.65	37.10 \pm 0.43	0.282	0.352
疼痛评分[n (%), 分]				
0	24(0.12)	13(0.07)	13.97	0.001
1~3	164(0.82)	142(0.71)		
4~6	12(0.06)	40(0.20)		
7~10	0(0)	6(0.03)		

2.3 两组患者并发症发生率比较 观察组发生并发症 13 例,对照组 18 例,经统计学分析两组患者并发症发生率差异无统计学意义($\chi^2 = 2.147, P = 0.061$),见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率的比较[n (%)]			
组别	n	发生	未发生
观察组	200	13(6.5)	187(93.5)
对照组	200	18(9.0)	182(91.0)

2.4 两组患者优质护理干预前后生活质量评分比较 经统计学分析,观察组患者优质护理干预后生活质量评分较对照组患者明显提高,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

2.5 两组患者住院天数比较 观察组 200 名患者平均住院天数(4.12 \pm 0.01)d,对照组 200 名患者平均住院天数(5.13 \pm 0.02)d,经研究发现,采取优质护理的观察组患者平均住院日明显缩短,差异有统计学意义($P < 0.01$),见图 1。

3 讨 论

ERCP 及 EST 是一种诊治肝、胆、胰系统疾病的微创方法,具有创伤小、恢复快、疗效肯定等优点,但由于开展时间较短,患者对其缺乏了解,导致对治疗手段的恐惧,对手术效果、发生后并发症等的担心,影响患者对治疗的配合。因此,从护理的角度上需要采用一套相适宜的护理模式。舒适护理是使人在生理、心理、社会上达到最愉快的状态,缩短、降低其不

愉快的时间、程度,是一种整体的、个体化的、创造性的、有效的护理模式^[1]。将舒适护理引入 ERCP 的护理过程中,期望能体现优质护理服务的理念,使医疗服务的有效性和护理服务的舒适性有机结合,让患者在接受治疗时增强信心、减少痛苦、提高满意度,使患者主动配合治疗及护理^[13-14]。作者在 ERCP 中引入舒适护理,明确开展舒适护理对接受 ERCP 治疗患者的术后恢复、满意度提升有确切效果。

长期以来,对 ERCP 术患者护理多采取常规护理,或有提出开展舒适护理,但多是在护理过程中采取“打补丁”的方式,对护理过程、操作进行“随心所欲、由目所见”所触发的较随意的、零散的修正及补充。本研究发现,针对 ERCP 术患者建立一套系统的、全面的、细致的护理模式及规程,能够有效缓解患者在 ERCP 术前的焦虑、紧张、担忧等负面情绪,降低患者术中的不适感受和紧张情绪,明显提高患者在整个手术前后的生活质量,以及缩短患者恢复期、减少住院天数^[15]。

由此可以看出,优质舒适护理在 ERCP 患者中的应用前景广阔。舒适护理概念需要真正地融入每一项护理工作中,使护理过程更完整、更规范、更人性化,提高全体护理人员的职业素养和护理服务的整体质量,并能为其他的针对性护理提供参考价值。

参考文献

[1] 王增,姚礼庆,王龙妹.现代内镜护理学[M].上海:复旦大学出版社,2009:201-209.

[2] Bruesehoff MP. ERCP;much ado about blockages. Update your knowledge about the diagnostic and therapeutic uses for endoscopic regrograde cholangiopancreatography[J]. Nursing,2010,40(9):46-50.

[3] 张仕梅,胡荣梅,汤春梅,等.舒适护理在慢性肺心病急性加重期患者中的应用[J].中国医药导报,2007,4(19):67-68.

[4] 萧丰富.萧氏舒适护理模式[M].6版.台湾:华杏出版有限公司,1998:9.

[5] 孙江陵,成亚农.LC 联合 EST 治疗胆囊结石合并继发胆

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.31.051

总管结石的临床体会[J].实用临床医药杂志,2010,14(7):99-100.

[6] 石鑫,陈政,林斌,等.内镜联合腹腔镜与开腹胆道探查治疗胆囊胆总管结石疗效分析[J].实用临床医药杂志,2010,14(7):49-51.

[7] 杨义芳,罗茂华,何德蓉,等.鼻胆管引流在 ERCP 术后的临床意义与护理[J].护士进修杂志,2007,22(17):1599-1600.

[8] 郑娟.ERCP 及 EST 的手术配合及护理[J].护理实践与研究,2008,5(7):91-93.

[9] Harper A,Power M,Whoqol G. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of Life assessment[J]. Psychol Med,1998,28(3):551-558.

[10] Saxena S,Carlson D,Billing TR,et al. The WHO quality of Life assessment instrument (WHOQOL-BREF): the importance of its items for cross cultural research[J]. Qual Life Res,2001,10(8):711-721.

[11] Yao G,Chung CW,Yu CF,et al. Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiw an version[J]. J Formos Med Assoc,2002,101(5):342-351.

[12] 郝元涛,方积乾,Power MJ,等. WHO 生存质量评估简表的等价性评价[J].中国心理卫生杂志,2006,20(2):71-75.

[13] 林淑梅,赵忠凤.舒适护理在胸腔穿刺病人中的应用[J].国际护理学杂志,2006,25(11):894-895.

[14] 马晓伟.在全国“优质护理服务示范工程”重点联系医院 32 作会议上的讲话[J].中国护理管理,2010,10(4):5-7.

[15] Parikh ND,Issaka R,Lapin B,et al. Inpatient weekend ERCP is associated with a reduction in patient length of stay[J]. Am J Gastroentero,2014,109(4):465-470.

(收稿日期:2015-07-13 修回日期:2015-08-06)

分级口腔护理模式改善伴吞咽障碍脑梗死患者预后分析

曾冬梅¹,宋彩萍^{2△},张怀蓉¹

(1.第三军医大学西南医院急救部,重庆 400038;2.第三军医大学新桥医院护理部,重庆 400037)

[中图分类号] [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2015)31-4461-03

脑梗死是严重危害人类健康和生命安全的常见的脑血管疾病之一,存在着明显三高(发病率高、致残率高、病死率高)现象^[1-2]。口腔及肺部感染是主要并发症之一,口腔的细菌定植与医院获得性肺炎等发生密切相关,尤其是脑梗死合并吞咽反射障碍患者感染率增加更明显,给生命造成极大威胁,增加家庭及社会负担^[3-4],需要采取有效措施预防感染的发生。研究表明,精心完善的护理对患者的治疗效果、后期恢复影响重大。

因此,通过对本院 30 例脑梗死患者进行口腔护理模式的全新探索,总结出一套切实可行、有效的脑梗死后口腔护理措施,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1~12 月在第三军医大学西南医院住院的脑梗死患者 30 例(均符合全国第 4 次脑血管学术会议制订的诊断标准并经头部 CT 或 MRI 证实),年龄 48~92 岁,

作者简介:曾冬梅(1981—),主管护师,本科,主要从事急救护理及护理管理工作。 △ 通讯作者,Tel:13983713065;E-mail:scp1974@163.com。