

MCI 作为被国际公认的 AD 前期状态,成为早期发现 AD 和早期干预的切入点^[11]。而这些早期症状往往被一些患者和家属忽视,常被误认为是正常衰老,忽略了疾病的治疗和日常生活的训练。延伸护理作为一种新型的护理模式,使轻度认知功能障碍患者在院外得到及早发现,护理人员通过采用电话随访、家访面对面交流,对患者病情进行评估,制订切实可行的训练计划,制作简单易懂的图册和健康宣教手册,教会患者防治引起轻度认知功能障碍的危险因素(控制血压,治疗心脏疾病,控制血脂、血糖及血液黏滞度,清除氧自由基),指导患者及其家属掌握护理康复训练技术,可延缓或阻止病情进展。

因此,建议对社区护士培训相关知识,建立患者档案,对 MCI 患者进行早期干预,对提高老年人的生活质量、减轻家庭和社会负担、节约社会资源等都具有重要意义。

参考文献

- [1] 范静波,卢国华,张兰娥,等.农村老年人群轻度认知功能障碍状况调查分析[J].护理研究,2014,28(11):1314-1315.
- [2] 杨莘,乔雨晨,吴晓光,等.不同护理干预方法在轻度认知功能障碍患者中的应用效果[J].中华护理杂志,2012,47(1):77-79.
- [3] Garand L, Dew MA, Eazor LR, et al. Caregiving burden and psychiatric morbidity in spouses of persons with mild cognitive impairment[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2005, 20(6):512-522.
- [4] Petersen RC, Smith GE, Waring SC, et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome [J].

ArchNeurol, 1999, 56(3):303-308.

- [5] 陈霞,张献文,张银玲,等.积极心理干预对帕金森患者抑郁及认知功能障碍的影响[J].护理学报,2012,19(23):64-66.
- [6] 国桂云,李翠利,谭国英,等.承德市社区老年人轻度认知功能障碍的干预调查[J].河北医学,2013,19(11):1734-1736.
- [7] 靳慧,丁斌蓉,杨霞,等.北京版 MoCA 在长沙地区缺血性脑血管病人中的应用及长沙版 MoCA 的形成[J].中国神经精神疾病杂志,2011,37(6):349-353.
- [8] Yu J, Li J, Huang X. The Beijing version of the Montreal Cognitive Assessment as a brief screening tool for mild cognitive impairment: a community-based study[J]. BMC Psychiatry, 2012(12):156.
- [9] 高中宝,王炜,尚延昌,等.蒙特利尔认知量表中文版诊断老年轻度认知功能损害的应用研究[J].中华保健医学杂志,2011,13(3):225-227.
- [10] Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment [J]. J Am Geriatr Soc, 2005, 53(4):695-699.
- [11] 沈红仙,殷淑琴,方玉红.老年轻度认知功能障碍患者社区护理的干预效果[J].解放军护理杂志,2013,30(16):23-25.

(收稿日期:2015-05-26 修回日期:2015-07-06)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.34.051

应用品管圈降低会阴侧切率的实践*

杨 靓¹, 陈志美^{1△}, 吴小青¹, 李仁兰¹, 甘秀妮²

(重庆医科大学附属第二医院:1. 产科;2. 护理部 400010)

[中图分类号] R717

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)34-4883-04

会阴位于阴道口和肛门之间。通常约 3~4 cm 长,但分娩时可以拉伸至 10 cm 左右长^[1]。初次分娩时,会阴的拉伸是比较困难的。会阴侧切术是在会阴部做一斜形切口,用于预防产妇产会阴撕裂伤,尤其是会阴Ⅲ°裂伤。根据会阴裂伤判断标准^[2],Ⅲ°裂伤是指阴道口裂伤、会阴裂伤以及肛门括约肌裂伤,严重时甚至达到直肠壁,可造成大便失禁。现在中国开展会阴侧切术的原因包括生理原因和医疗事故顺产侧切的倒举制度。无保护会阴接生法指的是孕妇会阴弹性好同时积极配合的条件下,不会对会阴采用人工保护干预措施,以控制胎头娩出的速度,扩张会阴助娩胎儿。其核心理念是助产士的手不再向会阴部和(或)胎儿头部施压,而是顺其自然,尽量减少医疗干预^[3]。其核心内容之一就是减少非医学指征的会阴侧切。一方面可减少孕妇对顺产的恐惧感,有效保护产妇产会阴美观,极大减轻了孕妇的痛苦,为孕妇提供一个人性化的分娩服务;

另一方面降低产褥感染率,减少对产妇产会阴盆底肌肉的损害和产后会阴痒痛感,减少产时出血。为降低会阴侧切的发生率,本院于 2014 年 3~8 月开展以“好孕圈”为圈名,“降低会阴侧切率”为主题的品管圈(QCC)活动,取得较为显著的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院产科于 2014 年 3 月采取自愿报名的方式成立品管圈小组,包括圈员 9 名、辅导员 1 名、圈长 1 名、秘书 1 名。圈长的职责是对 QCC 活动统筹安排并进行管理;而辅导员职责是对 QCC 活动进行监督与指导;秘书跟随圈长管理及统筹此次品管圈的整个过程,记录每次圈会内容,为下次品管圈活动奠定人才基础;项目负责人职责是负责某一计划的安排和实施,圈员参与活动中每个步骤的实施。

1.2 方法

1.2.1 确定主题 经过圈员集思广益和投票表决,确定了“好孕圈”为本次品管圈的圈名及圈徽;依据上级政策、重要性、迫切性、圈能力作为选题四要素原则,采用“5、3、1分”的打分形式,选定“降低会阴侧切率”为本期品管圈活动的主题。

1.2.2 拟定活动计划 第1~2周:主题选定与拟定活动计划;第3~9周:现况把握、目标设定、问题解析、对策拟定;第10~24周:对策实施、效果确认、标准化、检讨与改进及成果发表。

1.2.3 现况把握 国外现况:1996年,WHO提出“分娩爱母行动”计划,同时建议会阴侧切率在20%左右,最好能达到5%^[4]。2004年美国会阴切开率为23%,瑞典则为10%。国内现况:中国会阴侧切率高达90%^[5]。本院现况:本院产科从2013年8月开始实施无保护接生(即减少会阴侧切),2013年8~12月会阴侧切率由80%降至40%。为了更好地减少非医学指征的会阴侧切,全体圈员依据“5W1H”原则,遵循从产妇因素、胎儿因素、助产士/医生因素、方法因素等方面进行查找影响会阴侧切的因素,制订“降低会阴侧切率查检表”,本院产科回顾性地收集2014年1~3月在本院住院顺产的产妇,顺娩224例,其中,会阴侧切90例,会阴侧切率为40%。其中,会阴侧切评估不到位、第二产程延长(偏长)、巨大儿为其主要影响因素,发生频次分别是90例、42例、19例,分别占47.1%、21.9%、10%。根据“二八”定律,运用柏拉图分析数据(图1),将会阴侧切评估不到位、第二产程延长(偏长)、巨大儿作为降低会阴侧切率的改善重点。

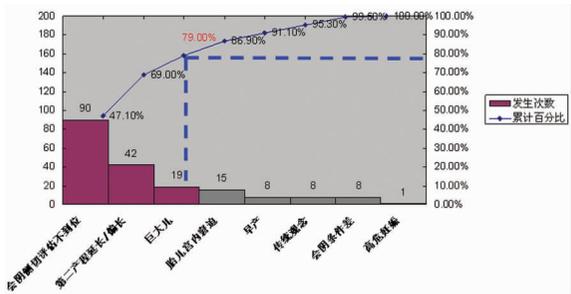


图1 改善前影响会阴侧切因素柏拉图

1.2.4 目标设定 依据目标设定公式:目标值=现况值-(现况值×圈能力×改善重点)。计算出2014年6~8月降低会阴侧切率的目标值=40%-(40%×60%×79%)=21%。

1.2.5 问题解析 全体圈员首先运用鱼骨图,从人、物、方法方面,对所有可能造成会阴侧切的原因进行查找(图2)。其次,作者将鱼骨图上的原因进行要因分析,圈员利用评价法对每一个小原因按照重要程度(重要=5分,一般=3分,不重要=1分)进行评价打分,然后统计出每个小原因的总得分,排序后,按照“二八定律”选定排名靠前的20%原因为要因。要因分别是未有完善的会阴侧切评估程序,孕妇不能有效使用腹压、不配合,孕妇营养过剩(孕期质量增长大于推荐孕期总增重),产力不足,孕妇有糖尿病或有妊娠期糖尿病,未合理规划活动与休息,体力消耗过多,前不均倾位,持续性枕后位、枕横位。接着对这些要因进行真因验证,真因验证的对象为本科2014年4月,会阴侧切例数24例。最后得出真因未有完善的会阴侧切评估程序,孕妇不能有效使用腹压、不配合,孕妇营养过剩(孕期质量增长大于推荐孕期总增重)。

1.2.6 衡量标准 目前,孕妇不能有效使用腹压的评判标准在国际上尚无统一的标准,因此,本院产科拟定符合临床判断有效使用腹压评判标准,宫口开全时,孕妇每次宫缩时闭气用

力,胎先露下降,含阴膨隆。针对孕妇营养过剩的评估方法采用围产营养管理系统进行评估,即将孕妇的孕前信息(如:身高、体质量等)给予个性化建议,使其获得良好的妊娠结局^[6]。如果该孕妇孕期体质量增长大于此系统评估增长体质量的上限值,则该孕妇营养过剩。

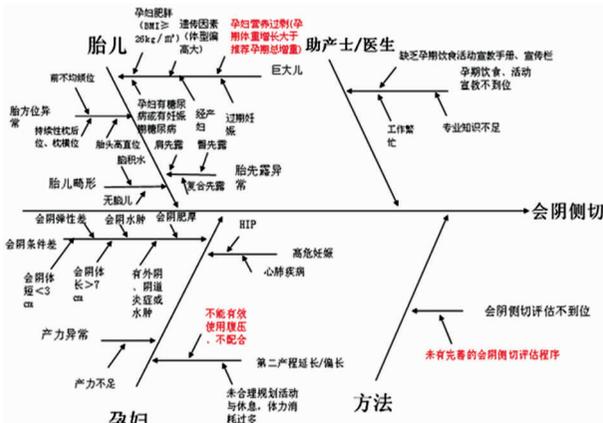


图2 会阴侧切评估不到位、第二产程延长(偏长)、巨大儿原因分析

1.2.7 对策拟定 通过鱼骨图可见,导致会阴侧切评估不到位的真因为未有完善的会阴侧切评估程序;第二产程延长(偏长)的真因为孕妇不能有效使用腹压、不配合;巨大儿的真因为孕妇营养过剩(孕期体质量增长大于推荐孕期总增重)。首先,采用头脑风暴法,根据“5W1H”原则,圈员针对真因,找出解决问题的对策;同时就每一评价项目,依据可行性、经济性、圈能力,运用“5、3、1分”打分标准,行对策选定,每项对策的满分为150分。选择总分大于120分的对策进入对策实施,然后将选定措施合并,最后确定5个对策群:完善的会阴侧切评估程序;制作有效使用腹压的宣传手册(视频);组织产科医护人员学习有效使用腹压的方法,并予以考核;门诊医生、住院部责任护士及助产士指导孕妇有效使用腹压;开展妊娠管理门诊及助产士门诊。

1.2.8 对策实施与检讨 采用计划(plan)、实施(do)、检查(check)、行动(action)的管理循环(PDCA)工作程序,对策实施及其效果进行确认,如效果不佳,则及时反馈。

1.2.8.1 完善会阴侧切评估程序 (1)制订会阴侧切评估流程。目前,会阴侧切评估流程在国际上尚无统一的标准,本院产科结合临床实践上报医院审核,拟定统一的判断会阴侧切评估流程。助产士根据孕妇产程进展进行评估,分别为产前评估、胎头着冠时评估、会阴阻滞麻醉后评估。然后根据会阴侧切评估量表(表1)评分选择符合该孕妇的接生手法。(2)组织人员学习并考核会阴侧切评估流程及相关知识。

1.2.8.2 制作有效使用腹压的宣传手册(视频) (1)制作爱力呼吸法(拉玛泽呼吸法)宣传手册;(2)制作爱力呼吸法视频;(3)制作爱力呼吸宣传栏。爱力呼吸法,也叫做心理预防式的分娩准备法,是应用“心理预防”和“反射-制约”的原理结合自然分娩法与和精神预防性无痛分娩法,从而提出的有助于自然分娩的方法^[7]。此分娩训练的方法,从孕28周开始持续到分娩结束。通过学习对神经肌肉控制和产前体操以及呼吸技巧训练,可以有效地让孕妇在分娩的时候将注意力转移到控制自己呼吸上面,达到转移疼痛,放松肌肉,使孕妇充满信心的效果。从而使孕妇在产痛和分娩过程中保持镇定,有助于加快产程进展并让新生儿顺利娩出。Shih等^[8]研究发现,与传统的

表 1 会阴切开评估量表

一级指标	二级指标	三级指标	赋值(分)
会阴条件	长度	小于 3 cm; 大于 7 cm; 3~7 cm	□0; □1; □2
	弹性	差; 一般; 好	□0; □2; □4
	颜色	苍白、发亮; 红; 暗红	□0; □1; □2
	厚度	肥厚型; 普通型; 瘦薄型	□0; □1; □2
	炎症	有外阴、阴道炎症; 无外阴、阴道炎症	□0; □2
	水肿/水肿	无外阴、阴道水肿/水肿 水肿(水肿)小不影响胎头拨露 水肿(水肿)较大影响胎头拨露	□2 □1 □0
胎儿情况	胎儿大小	>3500 g; 3000~3500 g; <3000 g	□0; □1; □2
	羊水情况	Ⅱ°; Ⅰ°; 0°	□0; □1; □2
配合程度	腹压的使用	不能有效使用腹压, 不配合	□0
		较好地使用腹压, 较配合	□1
		有效地使用腹压, 配合好	□2
产力	宫缩强度	过弱; 过强; 适中	□0; □2; □4
会阴切开意向	会阴切开选择	要求会阴切开; 助产士评估后确定	□0; □1
孕妇健康情况	妊娠合并症	有 HIP、ICP、心肺疾病等; 无	□0; □2
总分:			

16~24 分对有 5 年工作经验以上的助产士可以保护; 0~15 分应行会阴侧切, 必要时请更高年资以上的助产士评估。当胎儿宫内窘迫时, 可不行评估, 行会阴侧切; 患者有妊娠合并症、并发症等适当放松会阴侧切指征。

护理孕妇方法比较, 爱力呼吸分娩法视频教育在生产方面可以更加有效地提高孕妇的知识、态度和生育的实践。因此, 本科决定采用爱力呼吸法来帮助孕妇有效使用腹压。

1.2.8.3 组织产科医护人员学习有效使用腹压的方法、并予以考核 组织产科医护人员学习爱力呼吸法、并予以考核。

1.2.8.4 门诊医生、责任护士及助产士指导孕妇有效使用腹压 (1) 在孕妇学校开展专题讲座“爱力呼吸”。(2) 责任护士对孕妇进行“一对一”产前宣教。(3) 临产后助产士对孕妇进行“一对一”产时宣教。

1.2.8.5 开展妊娠管理门诊及助产士门诊 (1) 开展妊娠管理门诊, 使用围产营养管理系统。(2) 每周一、四开展助产士门诊。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析处理, 所有计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料采用 χ^2 检验, 组间比较行 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 有形成果 成立品管圈活动后, 会阴侧切率较前有明显下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2、图 3。

表 2 改善前、后发生会阴侧切及会阴撕裂伤情况比较[n(%)]

组别	顺娩数 (n)	发生会阴侧切	会阴 I° 裂伤	会阴 II° 裂伤	会阴 III° 裂伤
改善前	224	90(40)	100(44.6)	10(4.5)	0(0)
改善后	281	58(20.6)	180(64)	15(5.3)	0(0)

2.2 无形成果 采用问卷形式, 根据 QCC 手法运用、思维发

展能力、团队精神、解决问题能力和专业等方面, 对圈员进行无形成果调查。每项最高为 10 分、最低为 1 分。结果显示, QCC 手法运用成长最多, 其平均分由改善前的 4 分增长到改善后的 8 分。

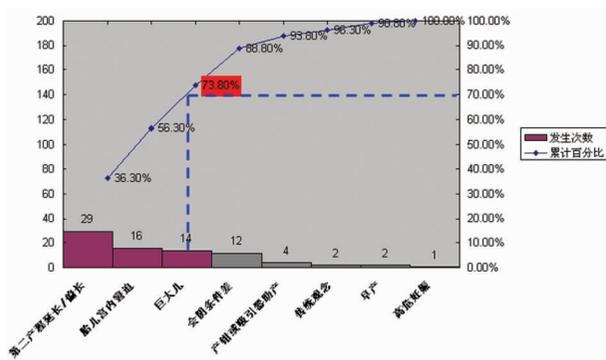


图 3 改善后影响会阴侧切因素柏拉图

3 讨 论

3.1 实行标准化流程, 提供优质护理服务, 提升医护人员综合实力 本研究将品管圈护理模式引入降低会阴侧切率的管理中, 从针对未有完善的会阴侧切评估程序, 孕妇不能有效使用腹压、不配合, 孕妇营养过剩(孕期体质量增长大于推荐孕期总增重)这 3 个改善重点出发, 采取一系列措施, 逐步形成降低会阴侧切率的护理作业指导书, 降低会阴侧切率, 可以提高产妇生活质量[9]。调动护士的创新性, 改变护士传统的思维方式, 为护理团队培养管理人才提供了科学的方法, 有效地提高了孕产妇及其家属对护理工作的满意率, 同时改善了护患关系。提供高质量的护理服务, 提升医院的影响力。其中, 其重要的指

导意义在于:(1)将开展前单一的会阴侧切指征逐渐转变为从孕妇及胎儿整体出发,通过会阴侧切评估量表来分析该孕妇是否需要会阴侧切;(2)广泛开展“爱力呼吸法”实际应用于产科临床工作中,对孕妇及家属建立了从门诊产检到住院部分娩的有效使用腹压的护理宣教流程。

3.2 面对不足,持续质量改进 在此次品管圈中也存在一些不足。比如,对巨大儿的评估通常从孕妇的宫高、腹围,以及胎儿的孕周、双顶径、腹围、股骨长等进行评估,但与临床实际值有误差,造成了在会阴侧切评估上有一定的偏差^[10]。在今后的临床工作中应持续进行质量改进。

参考文献

- [1] 陈惠梅. 风险管理在急诊剖宫产患者护理中的应用[J]. 重庆医学, 2014, 43(14): 1819-1820, 1824.
- [2] 夏海鸥, 顾焯. 妇产科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 133.
- [3] 廖化敏, 夏钦红. 孕妇学校培训对促进产妇自然分娩的效果[J]. 重庆医学, 2011, 40(22): 2263-2264.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.34.052

- [4] 林姿华. 爱母分娩行动十点措施[J]. 中国妇幼保健, 1997, 21(6): 40.
- [5] 翟巾帼, 黄美凌, 罗太珍, 等. 品管圈活动在降低初产妇会阴侧切率中的应用[J]. 护理学报, 2012, 19(23): 32-34.
- [6] 李桂平, 周萍萍. 围产营养软件在孕期体重管理中的应用[J]. 临床护理杂志, 2013, 12(3): 33-35.
- [7] 刘慧艳. 爱力呼吸法的临床研究现状与展望[J]. 中医临床研究, 2011, 3(17): 117-118.
- [8] Shih HC, Lee TY, Chen WH, et al. The effectiveness of the video-based Lamaze method on prenatal mothers' knowledge, attitudes, and practice [J]. Hu Li Za Zhi, 2005, 52(2): 27-38.
- [9] 马良坤. 避免会阴侧切的孕妇教育[J]. 中国社区医师, 2011, 25(12): 28.
- [10] 庞战军, 周君桂. B超参数法预测巨大胎儿的准确性评估[J]. 实用医学杂志, 2009, 25(22): 3827-3829.

(收稿日期: 2015-05-08 修回日期: 2015-07-08)

无创辅助通气治疗高龄慢性肺源性心脏病合并心力衰竭患者疗效观察

曾颖, 刘茜[△], 秦燕, 江漫春

(重庆市第三人民医院老年病科 400014)

[中图分类号] R47

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)34-4886-02

慢性肺源性心脏病是在慢性肺部疾患基础上发生的以右心室及右室流出道结构与功能改变为主要特征的特殊心脏病类型, 合并心力衰竭的高龄患者因病因复杂、临床并发症及合并症多、病情危重, 及时积极治疗具有积极意义^[1]。本研究旨在探讨短期使用无创辅助通气联合常规治疗慢性肺源性心脏病合并心力衰竭患者的疗效, 以期对临床治疗提供参考及证据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2014 年 1~12 月本院老年病科收治的 85 例患者为观察对象, 完成研究者共 81 例, 所有病例均符合慢性肺源性心脏病合并心力衰竭的诊断标准。将患者随机分为无创正压通气联合常规治疗组(BiPAP 组)和常规治疗组(对照组)。BiPAP 组 40 例, 其中, 男 22 例, 女 18 例, 平均年龄(82.0±7.2)岁; 对照组 41 例, 其中, 男 22 例, 女 19 例, 平均年龄(85.1±6.5)岁。两组患者年龄、性别、病情资料等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。排除标准: pH<7.35、PCO₂>70 mm Hg、肺性脑病、急性心肌梗死、恶性肿瘤、严重肾功能不全者。

1.2 方法

1.2.1 BiPAP 组 在常规治疗(包括持续性低流量氧疗、抗感染、祛痰、平喘等口服或雾化吸入治疗)基础上加用飞利浦伟康公司生产 BipapVision 呼吸机, 治疗时间 2 周, 通气模式 S/T, IPAP 由 8 cm H₂O 开始, 经过 15~20 min 逐渐增至合适的水

平, 一般不超过 20 cm H₂O; EPAP 设置 4~8 cm H₂O; 呼吸频率设置 12~18 次/分, 吸呼比 1.0:1.5, 吸氧浓度设置为 35%~45%, 合理谨慎地调整呼吸机参数, 以患者能够耐受及坚持为临床标准, 患者除饮食、咳嗽时间外均使用呼吸机。

1.2.2 NT-proBNP 水平测定 重庆市临床检验中心全自动电化学发光仪(罗氏 E411, 产地: 德国)。

1.2.3 肺动脉收缩压测定 心脏彩超检测仪(飞利浦 IU22, 产地: 荷兰)。

1.2.4 血气分析测定 血气分析仪(西门子 RAPIDPOINT 405, 产地: 德国)。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行分析处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 治疗后各指标与治疗前比较采用配对 t 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者无创辅助通气治疗前、后心功能相关指标及肺动脉压变化比较 治疗后, 两组患者 B 型利钠肽前体 II、肺动脉压均有不同程度下降, 但 BiPAP 组降幅大于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者无创辅助通气治疗前、后血气分析的变化比较 治疗后, 两组患者 PaO₂、SaO₂ 均有不同程度升高, 同时 PaCO₂ 降低, 但 BiPAP 组与对照组比较变化更大, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 2。