

患者进行临床护理^[6]。该健康教育主要在以往单纯督促患者的基础上,进展为督促并指导患者做到规范,对于患者的康复计划而言,这才将康复计划切实实施了,当然其临床的效果也是非常显著的^[7-8]。

就本文的研究结果来看,实施新型健康教育的观察组患者平均住院时间明显低于对照组;患者对护理服务的满意度明显高于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。由此可见,在患者病症不一、治疗和康复计划大都不同的骨科病房,对常规护理进行改革,实施责任+常规护理兼并的模式,责任护士对各自责任患者进行针对性护理、督促和指导,能有效促进患者早日康复,缩短住院时间,提升患者对护理服务的满意度,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 张小娟. 互动护理模式在骨科病人健康教育中的应用[J]. 全科护理, 2013, 11(28): 2608-2609.
[2] 刘明莉. 骨科病人的阶段性健康教育[J]. 全科护理, 2013,

11(25): 2393-2394.

- [3] 罗小红, 张雪霞, 邓海平. 人性化优质护理在骨科病房的实施体会[J]. 中外医学研究, 2013(8): 95-96.
[4] 满玉皎, 吕晓峰, 王丹. 健康宣教对骨科患者康复的影响[J]. 中外健康文摘, 2013(32): 151-152.
[5] 余敏. 优质护理服务在骨科病房中的应用效果分析[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(2): 321-322.
[6] 张华, 伍悦, 丁姗. 健康宣教单在骨科优质护理服务示范病房中的应用与效果[J]. 中外健康文摘, 2013(13): 350-351.
[7] 苏胜梅. 人性化护理、健康教育在骨科病房的作用[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(21): 253-254.
[8] Rohit Rambani, Warren Viant, James Ward, et al. Computer-Assisted Orthopedic Training System for Fracture Fixation[J]. Journal of Surgical Education, 2013, 70(3): 304-308.

收稿日期: 2014-06-17

临床护理路径在腹腔镜联合胆道镜保胆取石术后的应用效果分析

费学娥, 蒋明丽

(江苏省沭阳县人民医院普外科, 江苏 沭阳 223600 E-mail: efeitxue@126.com)

摘要: **目的** 分析临床护理路径在腹腔镜联合胆道镜手术患者中应用价值。**方法** 选择本科 2011 年 1 月~2013 年 10 月间行腹腔镜联合胆道镜保胆取石手术患者 60 例作为研究对象,并按入院先后顺序分为观察组和对照组,每组 30 例。观察组根据临床护理路径表进行标准化、针对性、系统性的治疗护理,对照组进行常规治疗与护理。从患者住院天数、术后疼痛程度、心理状况及并发症的发生率 4 个方面对两组数据进行统计、比较和分析。**结果** 观察组与对照组的住院天数、心理评分及疼痛评分相比,明显降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$),而并发症的发生率两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 实施临床护理路径进行治疗护理,能够明显减少手术的住院天数,缓解病人疼痛,减轻焦虑症状,促进护理质量的提高,加快患者的康复,提高生活质量。

关键词: 腹腔镜联合胆道镜;保胆取石手术;临床护理路径

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2014)06-0947-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.06.070

胆囊结石是外科最常见的疾病之一,手术治疗为其最好的治疗方式。胆囊具有储存、浓缩胆汁,促进消化的作用,另外还有分泌和免疫功能。研究发现:胆囊切除不仅影响胆汁的储存和调节功能,同时还会发生复杂的生理功能改变;胆囊切除过程中容易损伤胆管或者其他组织,导致术后胆总管结石发生率明显升高;胆囊切除者结肠癌发病率也增高^[1]。腹腔镜、胆道镜联合行保胆手术具有安全、创伤小、恢复快、并发症少、结石残留率低等优点^[2]。然而“三分治疗,七分护理”,在患者康复过程中,护理工作起着非常重要的作用。

临床护理路径(CNP)又称临床程序,是一种新型护理模式。它主要指的是医院通过对患者开展标准化、流程化、个性化的临床护理治疗方案,对患者提前开展针对性、有效性、科学性地恰当护理措施,从而有效提高患者的护理效果,减少医疗资源浪费^[3]。

1 资料与方法

1.1 临床资料 所有患者资料均来自于 2011 年 1 月~2013 年 10 月间行腹腔镜联合胆道镜保胆手术患者 60 例,男 35 例,女 25 例,年龄 30~58 岁,无症状者 15 例,病史 3 个月至 4 年,均择期手术。术前 B 超检测胆囊收缩功能均正常,报告胆囊结石 57 例,胆囊结石伴息肉 3 例。按入院顺序分为观察组 30 例,

对照组 30 例。60 例患者在年龄、性别、病症类型等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组即常规护理组,在相应临床治疗基础上对患者进行常规入院护理、健康宣教、围手术期护理等。

1.2.2 观察组 观察组结合本科腹腔镜联合胆道镜保胆取石手术治疗和护理的特点,由管床医生、护士长及护士制订出临床护理路径表。该组病人从入院就严格按照制定好护理路径表的标准化流程对其进行护理,同时将心理干预和健康教育贯穿于护理的全过程^[4]。

入院当天,遵医嘱予以 II 级护理,低盐低脂饮食。予以入院评估(生理和心理),介绍环境、本科医护人才队伍建设及特色,生命征测量,佩戴腕带,讲解疾病相关知识,心理护理,安全指导(老弱病残孕予以床头悬挂防坠床防跌倒警示牌),协助完善相关检查。

术前日(入院第 2~3 d),遵医嘱予以 II 级护理,低盐低脂饮食。术前准备:核对病人、腕带及病历信息,术前 12 h 禁水 8 h 禁食,予以备血,备皮,呼吸道准备,影像资料的准备;指导患者术前沐浴、更衣、取下假牙及饰品,术前康复干预(练习深呼吸有效咳嗽增加肺通气量,减少肺炎、肺不张的发生^[5])。踝泵

运动,抬臀运动等),促进睡眠(环境及药物),心理干预(加强术前访视,讲解手术名称、方式及麻醉方式,列举成功病例,同病友安慰等)。

手术当日(入院第2~4d),遵医嘱予以I级护理,禁食,补液。术晨:再次检查术前准备情况,并与手术室护士双人核对后送病人手术。术后低流量氧气吸入、心电图氧监测6h。术后返回病房予全麻术后护理常规及术后相关知识指导;密切观察病情变化(神志,生命体征,伤口敷料,周围皮肤,腹部体征等),清醒后无症状者可取自由体位,再次指导深呼吸有效咳嗽,翻身拍背,踝泵运动,抬臀运动等预防并发症发生,讲解相关疾病知识、并发症的预防措施,安全指导,心理疏导(告诉病人手术成功)。

术后第1~2d(入院第3~6d),遵医嘱予以II级护理,流质饮食,补液,抗感染。病情观察(伤口敷料,周围皮肤,生命体征,腹部体征等),饮食,活动,预防并发症(督促早期下床活动,以促进胃肠蠕动,协助拍背、有效咳嗽预防肺部感染,卧床期间指导踝泵运动预防下肢深静脉血栓形成),术后安全知识,心理疏导。

出院当日(入院第4~10d),遵医嘱予以II级护理,普通饮食,补液。指导办理出院手续,讲解伤口相关知识。饮食指导(建立规律饮食习惯,合理营养,多喝水,忌食肥甘油腻,戒烟限酒,讲卫生),生活指导(控制体重,高血糖患者控制血糖,勤锻炼增强抵抗力),用药指导(消炎利胆片服用1个月,熊脱氧胆酸每晚睡前口服,服用6个月,预防结石的形成^[6]),心理疏导(讲解保留胆囊手术的优点,营造积极情绪,树立信心),复查(术后第1、3、6个月及1年应及时复查,有腹痛、呕吐等及时就诊)。

1.3 临床效果评价 对住院天数、心理状况、疼痛评分、并发症的发生进行评价,心理状况采用焦虑自评量表进行评分。焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)是由Zung于1971年编制而成的,从量表构造的形式到具体评定的方法,与抑郁自评量表十分相似,它也是一个含有20个项目,分为4级评分的自评量表,总分乘以1.25取整数,即得标准分,分值越小越好,分界值为50。焦虑总分低于50分为正常;50~60分提示轻度焦虑,61~70分提示中度焦虑,70分以上提示重度焦虑。疼痛则使用NRS疼痛数字评价量表(numerical rating scale)进行测评,0分代表无疼痛,1~3分为轻度疼痛(疼痛不影响睡眠),4~6分为中度疼痛,7~9分为重度疼痛(不能入睡或者睡眠中痛醒),10分为剧痛。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0软件进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料的组间比较采用两独立样本 t 检验。两样本率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组比较,观察组与对照组住院天数、心理评分及疼痛评分相比,明显降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$);而并发症的发生率两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组住院天数、疼痛、心理评分及并发症发生率比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	住院天数(d)	心理评分	疼痛评分	并发症发生率(%)
观察组	30	5.93±1.21	42.92±5.69	3.07±1.79	3.33
对照组	30	7.67±1.47	60.63±4.19	4.53±2.12	10.00
t/χ^2		5.006	13.727	2.882	1.071
P		<0.001	<0.001	0.006	0.301

3 讨论

传统开腹手术创伤大,患者痛苦大、恢复慢^[7]。腹腔镜联合胆道镜保胆手术创伤小,保留胆囊,术后患者可以正常饮食,很大程度上提高患者生活质量。然而护理方式的不同对患者生活、心情有着很大区别。

临床护理路径属于整体护理中一项重要的工作方法,即通过对患者的入院指导、接诊的诊断与检查、护理和治疗、饮食和活动以及出院指导等相关情况制定一系列的时间计划,并且严格按照此日程表进行有规律的护理^[8-9]。腹腔镜联合胆道镜保胆取石术的临床护理路径的实施能调动护士工作的积极性和主动性,按照有条不紊的、系统性的临床护理路径表逐一实施护理措施,避免护理工作的盲目性和混乱性,提高工作效率,提高护理质量,且全科护理人员使用相同的路径表也便于同事之间工作质量及效率的相互监督,便于患者对护理工作的客观评价,便于护士长对护士的质量考核。本结果显示,观察组病人心理状况、疼痛方面明显优于对照组($P < 0.05$),说明观察组病人通过腹腔镜联合胆道镜保胆取石术临床护理路径的应用,让患者慢慢学会放松心态,以积极情绪看待自身疾病,主动配合各项治疗护理,同时缓解了对手术的焦虑和恐惧心理,减轻了术后切口带来的疼痛,有效地促进了病人的康复。腹腔镜联合胆道镜保胆取石术临床护理路径的应用明显减少了住院天数,减轻了病人的经济负担,增加了病人对医护人员及医院的好感。而本研究显示采用临床护理路径进行护理之后并发症的发生率并没有较常规护理差异有统计学意义,可能原因是腹腔镜联合胆道镜保胆取石手术的优势,这种手术术后并发症发生概率小,有研究显示与传统胆囊切除术相比,此种手术术后发生肺部感染、下肢深静脉血栓、腹泻、肠梗阻、反流性胃炎等并发症发生的概率明显降低,但荣万水等^[10]调查随访胆石症手术者10449例,其中胆囊切除术6750例,内镜微创保胆取石术3699例。保胆手术组除有9.76%胆囊结石复发外,其余并发症和不良反应(胆道功能障碍、肝外胆管损伤、胆汁漏、术后肠梗阻、肝外胆管结石、结肠癌、术后腹泻、反流性胃炎、反流性食道炎)发生率均显著低于胆囊切除术组(分别为0.84%比11.5%,0比0.61%,0.03%比1.90%,0.27%比2.01%,1.65%比5.67%,0.16%比0.84%,1.95%比12.19%,2.14%比5.72%,1.03%比3.84%), P 均 < 0.01 。因此病人无论术后还是出院回家,要避免胆囊结石的复发,我们健康宣教应着重在此。

综上所述,通过对对照组与观察组临床数据的比较分析,腹腔镜联合胆道镜保胆取石术的临床护理路径使用能减少住院天数,及时调整心理状态,以积极心态面对手术和术后生活,缓解疼痛提高生活质量,利于护理质量的提高,利于医院美好形象的树立。

参考文献:

- [1] 朱丽娅,稽振岭,赵刚. 完全腹腔镜联合胆道镜保胆手术的护理配合[J]. 现代医学,2014,42(2):194-198.
- [2] 陈辉文,黄军利,李文岗,等. 腹腔镜联合胆道镜保胆取石术的临床分析[J]. 中国临床医学,2013,20(4):505-506.
- [3] 王玉萍,赫玲玲,李蕾. 临床护理路径在腹腔镜胆囊切除术患者护理中的应用[J]. 中国医药指南,2012,14(5):3119-3125.
- [4] 任保连,梁玲玉,霍桂雷. 临床护理路径在胆石症手术病人中的应用[J]. 护理研究,2014,28(5):1884-1885.
- [5] 马娜. 腹腔镜保胆取石术的护理体会[J]. 腹腔镜外科杂志,2013,18(8):624,627.
- [6] 骆助林,陈理国,苗建国,等. 保胆取石术后口服牛磺熊去

- 氧胆酸胶囊预防结石复发的临床观察[J]. 中国循证医学杂志, 2011, 11(6): 644-646.
- [7] 戴红芹. 腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石术 16 例手术配合[J]. 右江民族医学院学报, 2013, 35(6): 894-895.
- [8] 武春. 我国临床护理路径的应用现状[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 12(6): 1-2.
- [9] 潘胜红, 陈劲梅. 肝胆科手术患者疼痛的心身护理[J]. 内蒙古中医药, 2010, 29(4): 153-154.
- [10] 荣万水, 吴建华, 曾庆敏, 等. 胆囊切除与保胆术治疗胆囊结石的比较[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20(8): 814-817.

收稿日期: 2014-06-09

护理干预对肝硬化腹水患者预后影响的分析

左玉兰, 褚霞

(江苏省淮安市第四人民医院, 江苏 淮安 223002 E-mail: zuoyulanzuo@126.com)

摘要: **目的** 分析护理干预手段对肝硬化腹水患者预后的影响, 为进一步提升护理水平与质量提供参考。**方法** 选择本科 2011 年 1 月~2013 年 12 月间收治的 80 例肝硬化腹水患者作为本文研究对象, 并按入院顺序分为两组。常规护理组 ($n=40$), 行常规临床护理; 护理干预组 ($n=40$), 在常规护理组基础上, 予以心理护理、穿刺护理、饮食护理等综合护理干预手段。观察两组肝硬化腹水患者预后情况。**结果** 护理干预组患者经临床护理后, 其生命质量评分明显高于常规护理组, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 护理干预组患者平均住院时间明显少于常规护理组, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 护理干预组患者满意度 (100%) 与常规护理组 (85.00%) 比较, 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 对肝硬化腹水患者进行综合护理干预, 积极采取对相关影响预后因素早期预判以及心理护理、饮食护理等护理措施, 可有效提升肝硬化患者的临床治疗效果, 并提高患者满意度。

关键词: 肝硬化; 腹水; 预后; 护理干预; 影响因素

中图分类号: R473.57

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2014)06-0949-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.06.071

肝硬化是临床常见的一种慢性肝病, 也是各种慢性肝病的最终结局; 且病程长、易反复发作; 晚期常伴有大量腹水形成^[1]。临床对肝硬化腹水患者的治疗以及相应的护理干预均会对患者的预后产生较大影响; 因此, 科学、合理的护理干预是有效降低肝硬化腹水患者病死率的有效手段之一。通过近 3 年来对 80 例肝硬化腹水患者的护理研究发现, 科学、有效的综合护理干预可极大地提升肝硬化腹水患者的临床治病效果, 降低病死率。现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 所有患者资料均源自本科室 2011 年 1 月~2013 年 12 月间收治的 80 例肝硬化腹水患者。其中男性 62 例, 女性 18 例, 年龄 31~75 岁, 平均年龄 (56.8±4.7) 岁。80 例患者均经 B 超或 CT 检查以及临床检查予以确诊。其中 77 例有慢性乙肝病史, 3 例由酒精性肝硬化引起。按患者入院顺序将其分为常规护理组和护理干预组, 每组 40 例, 且两组患者的一般临床资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具可比性。

1.2 方法

1.2.1 常规护理组 常规护理组患者在相应的临床治疗基础之上, 予以常规护理, 如观察患者血压、脉象、神志、呕吐物以及排泄物颜色、性质等。

1.2.2 护理干预组 护理干预组在常规护理组基础之上给予以下综合护理干预措施:

1.2.2.1 心理护理干预 由于肝硬化腹水患者易产生一些负面心理, 如抑郁、焦虑、不安、烦躁、恐惧等; 因此, 护理人员须及时了解患者客观情况, 及时热情、诚挚地与其进行良好沟通。并通过沟通全面掌握患者情绪与心理上的变化; 同时, 护理人员还可以“认知-行为”疗法, 将肝硬化腹水等相关疾病知识、治疗常识等进行宣教, 让患者对疾病有一个更深刻的了解与认知, 让患者可以更好地表达出自身对疾病的正确认知, 并帮助

患者提高其心理应对能力, 及时帮助患者矫正、改善原有的负面心理; 使之树立起战胜疾病的决心与信心^[2]。

1.2.2.2 体位干预 肝硬化腹水患者应严格卧床休息, 以有效增加肝血流量。因此, 对患者的体位干预则尤为重要。患者体位应以平卧位为佳, 可有效增加水钠排泄; 若患者伴有呼吸困难、心悸时, 则可取半卧位, 使其横膈下降, 增加患者肺活量, 以促进对氧的吸取来减轻身体的不适^[3]。另外, 对于长期卧床、少动的患者则要帮助其活动四肢、翻身叩背, 避免发生褥疮或动静脉栓塞等。若患者腹水症状较轻或症状得以有效改善之后, 则可指导患者下床进行适当的小范围活动。

1.2.2.3 饮食护理干预 饮食的科学性和合理性往往会直接影响到肝硬化腹水患者的病情稳定; 因此, 护理人员应加强对肝硬化腹水患者的饮食护理工作。可嘱患者多进行高维生素、蛋白质、低盐、低脂肪的食物, 且忌干、硬、生冷和刺激性食物; 同时, 也应嘱患者可采取少食多餐法, 以 4~5 次/天为宜^[4]。患者进食时, 忌过饱或食物过热; 并以小口进食为宜, 以有效避免伴有食管静脉曲张患者因大口进食时导致食管静脉被撑破, 造成上消化道出血等。另外, 还应限制患者钠、水的摄入量, 水的摄入量应控制在 1 000 ml/d; 钠的摄入量应控制在 800~1 500 mg/d; 且避免进食酱油、海产品、含钠味精等; 并嘱患者绝对禁酒、洋葱、黄豆、韭菜等易胀气食物^[5]。

1.2.2.4 细节护理干预 首先, 护理人员必须做好患者腹腔穿刺术前、术中以及术后的相关护理工作。嘱患者排空膀胱, 避免在穿刺过程中误伤; 并在穿刺过程中, 严密观察患者的生命体征、神志以及腹水性状、颜色以及量等, 若发现异常须立即配合医生予以及时处理; 穿刺后, 护理人员应及时采用腹带为患者进行包扎, 并仔细观察患者穿刺部位是否有溢液或其他不适^[6]。其次, 在大量腹水放出后, 易导致患者出现电解质紊乱、蛋白质丢失, 因此, 护理人员应及时予以补液、营养支持等; 同时还要避免发生继发感染。第三, 对腹腔置管患者, 护理人