

化和雾化装置。护理人员应定时向加热加湿器内加入适量灭菌蒸馏水,保持吸入气体的温度在 32~36℃,100%的相对湿度。根据患者病情遵医嘱定时使用沐舒坦等药物雾化吸入以稀释痰液、消炎解痉。用 10 ml 注射器抽吸无菌生理盐水或雾化稀释液 10 ml 分离呼吸机与气管插管接头,脱下注射器针头在患者吸气时缓慢沿气管插管壁注入以湿化气道,然后接上呼吸机。

③保持气道通畅:观察患者 SpO₂ 变化,随时听诊双肺呼吸音情况,倾听导管内有无痰鸣音,观察有无痰液,注意把握吸痰时机,避免盲目吸痰。若监测 SpO₂ 下降、气道压力升高报警、患者有呼吸困难征象时应立即吸痰。吸痰时要掌握吸痰技巧和方法,每次吸痰时间不宜超过 15 s,动作轻柔,防止损伤气管黏膜,痰液黏稠不宜吸出者可先向气管内注入 3~5 ml 的湿化液,并协助患者翻身、扣背后再行吸痰。吸痰过程中注意观察患者血压、SpO₂、心率变化,若 SpO₂ 过低应立即停止吸痰,立即给予纯氧吸入。

3.4 PEEP 护理 使用 PEEP 呼吸机期间,护理人员应注意观察和监听呼吸机的频率和音响,随时根据患者血气分析的氧合情况、肺顺应性、气道阻力等病情变化及治疗需要及时调节 PEEP 水平、FiO₂ 和氧流量机各参数。保持呼吸机工作稳定,观察有无机械通气故障,如出现无法排除的机械通气故障时立即更换 PEEP 呼吸机,并及时通知医生进行处理。

3.5 预防感染 呼吸道气管插管或气管切开后,其生理功能发生改变,外界空气未经呼吸道的加温、加湿、净化处理直接经过气道达到肺泡,易引起肺分泌物聚积,引起肺部感染。治疗过程中严格遵守无菌技术操作原则,尤其是吸痰时严格执行消毒隔离制度,严密观察患者痰液颜色、性状和黏稠度的变化,及时采集标本进行痰细菌培养,观察患者有无并发呼吸道感染。遵医嘱按时合理使用抗生素,密切观察体温变化,如发现患者痰液黄稠、白细胞升高、体温升高等异常及时报

告医生进行处理。

4 结论

急性肺水肿分为心源性肺水肿和 NCPE 两大类。NCPE 是由于胸膜腔负压骤然改变后形成肺复张性肺水肿,可导致严重通气/血流比例失调而产生严重的低氧血症,患者可出现严重的呼吸困难,若及时采取措施可很快转危为安,否则将威胁到患者的生命。RM 是在实施肺保护性通气策略的基础上,通过间歇性的在可接受气道峰值压范围内给予较高的复张压,打开塌陷的肺泡,增加患者的功能残气量,降低通气/血流比例失衡,提高肺顺应性而改善通气和氧合,纠正低氧血症。在对 RM 治疗 NCPE 患者的重症监护中,即使是处于镇静状态下的患者亦应及时给予心理护理,以减轻患者的恐惧情绪,促使其积极配合治疗和护理;加强病情监测、严格气道护理是 ICU 护理的重要环节,严格执行无菌技术操作、熟练掌握吸痰的技巧与方法、把握吸痰时机、避免盲目吸痰,加强 PEEP 护理,增强护理人员的无菌观念,严防感染等并发症的发生才能保证治疗的安全性和有效性,提高治疗效果。

参考文献:

- [1] 周晓芬,于荣国,龚书榕,等.呼气末正压通气递增肺复张法治疗创伤性湿肺 15 例[J].福建医药杂志,2010,32(1):40-42.
- [2] 刘涉洪,冉景兵,林峰,等.肺复张法治疗非心源性肺水肿 21 例分析[J].临床肺科杂志,2012,17(5):916-917.
- [3] 尧国胜,李军,李永新,等.肺保护性通气策略治疗急性呼吸窘迫综合征临床体会[J].右江民族医学院学报,2012,34(1):19-20.
- [4] 张爱萍.输液引起非心源性肺水肿 5 例的抢救及护理[J].中国误诊学杂志,2012,12(2):477.
- [5] 王天铎.喉科手术学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2007:83-84.

收稿日期:2014-06-30

疼痛护理在促进骨科术后早期康复的研究

吴少娴

(广东省佛山市大沥医院骨一科,广东 佛山 528200)

摘要:目的 研究分析疼痛护理在促进骨科术后早期康复的价值。方法 选取 2012 年 6 月~2013 年 6 月我院骨科收治的 60 例行骨科手术治疗后的患者作为分析对象,将所有患者随机分为对照组和观察组两组,每组患者均为 30 例。对照组的患者给予常规护理,观察组患者在常规护理的基础上给予疼痛护理,观察比较两组患者的护理前后的疼痛评分及住院时间。结果 护理前两组疼痛评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。护理后两组疼痛评分比较差异有统计学意义($P<0.001$)。两组住院时间比较差异有统计学意义($P<0.001$)。结论 疼痛护理在促进骨科术后早期康复的价值较高,能够降低术后疼痛,促进术后功能康复,减少住院时间,值得推广应用。

关键词:疼痛管理;手术后医护;康复护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: C

文章编号: 1001-5817(2015)01-0164-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.01.071

骨科手术患者术后多会出现疼痛的情况,患者在疼痛时会产生烦躁、焦虑、失眠、恶心呕吐、血压升高、心率加快、免疫功能下降、尿潴留等一系列的症状,从

而导致患者手术的预期和术后早期康复产生不利影响。疼痛护理作为骨科术后护理的重点内容,对患者术后早期康复具有重要的指导意义。疼痛护理是护理

服务中的一项重要措施,是以患者为中心,给患者提供舒适、安全、满意的优质护理服务,以减轻患者疼痛的护理措施^[1]。本文旨在研究分析疼痛护理在促进骨科术后早期康复的价值,以期为骨科临床护理提供参考,具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 6 月~2013 年 6 月间我院骨科收治的 60 例骨科手术治疗患者,将这 60 例患者随机分为对照组和观察组各 30 例。对照组中男 14 例,女 16 例,年龄 18~71 岁,平均年龄为(49.5±8.5)岁,其中 5 例患者为肱骨骨折,11 例患者为胫腓骨骨折,9 例患者为尺桡骨骨折,5 例患者为髌骨骨折。观察组男 13 例,女 17 例,年龄 19~72 岁,平均年龄为(50.2±8.8)岁,30 例患者中有 4 例为肱骨骨折,10 例患者为胫腓骨骨折,10 例患者为尺桡骨骨折,6 例患者为髌骨骨折。两组患者在数量、性别、年龄、病情等一般资料方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予常规性的护理。包括患者教育、体位护理、物理治疗(冷敷、热敷、按摩)、放松疗法、心理疏导,按医嘱药物治疗。

1.2.2 观察组 在常规护理的基础上给予疼痛护理。

1.2.2.1 疼痛评估 患者入院后即行首次疼痛评估,相关护士应该详细记录患者疼痛时间、部位、原因、性质、疼痛评分、情绪影响、睡眠影响情况、用药情况、治疗依从性、不良反应、护理措施。首次疼痛评估后每日早上 9 点进行疼痛评估,对于疼痛评分大于 5 分的患者,应及时向医生报告,在给予相应镇痛处理后再次进行 1 次评估,之后每 4 h 进行一次评估。采用“数字等级评定量表(NRS)”进行疼痛评估;对于交流困难的患者(如 3~5 岁的幼儿、老年患者以及不能用言语准确表达或者是意识不清者),则可以采用 Wong-Baker 面部表情量表进行评估。除了对患者的静息状态进行评估外,还应当对患者进行综合的评估,包括患者咳嗽时、下地行走时、深呼吸时、康复锻炼时的疼痛情况以及对睡眠影响的程度等。

1.2.2.2 非药物镇痛 给患者提供整洁、舒适、安静的住院环境,及时调节病房温湿度,及时对病房进行通风换气,使患者的心情愉悦,缓解紧张心理,以减轻疼痛。给患者提供舒适的体位,正确的体位能够有效降低术后疼痛,术后有效制动能够减少局部组织损伤,减轻术后疼痛。术后将患肢抬高,取外展中立位,能够促进血液循环,减轻肿胀疼痛。对患者局部肿胀部位进行冰敷,能够减轻肿胀。对患肢进行热敷、按摩能够使肌肉痉挛减轻,促进局部供血,缓解疼痛。在患者出现疼痛时给其播放音乐,以音乐疗法来平稳患者的情绪波动,使患者血压稳定,疼痛减轻。也可在患者疼痛时,指导其进行慢呼吸运动,使肌肉收缩减轻来缓解疼痛。

1.2.2.3 疼痛处理 疼痛评分 ≤ 3 分即轻度疼痛,给予非药物镇痛。疼痛评分 4~6 分则是中度疼痛,在对患者给予非药物镇痛的同时应当按医嘱进行弱阿片类药物、非固醇类抗炎药联合镇痛。疼痛评分 ≥ 7 分则

是重度疼痛,应当对患者给予非药物镇痛的同时按医嘱给予强阿片类药物、非固醇类抗炎药联合镇痛^[2]。多模式镇痛:给予患者使用镇痛泵、口服、静脉给药相结合的镇痛措施。

1.2.2.4 健康教育 术前护理人员要做好对患者以及家属有关疼痛知识方面的健康教育,让患者及其家属了解疼痛对患者早期康复的危害,非药物镇痛的措施,及常见镇痛药物的不良反应等。多与患者及患者家属进行沟通交流,使其正确认识疼痛,积极主动配合治疗,引导患者自我护理。

1.3 观察项目 观察比较两组患者的护理前后的疼痛评分及住院时间。

1.4 统计学方法 数据结果采用 SPSS 17.0 统计学软件进行分析处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验进行组间比较,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 护理前后两组患者的疼痛评分情况 护理前两组患者疼痛评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后观察组的疼痛评分明显优于对照组比较差异有统计学意义($P < 0.001$),见表 1。

表 1 护理前后两组疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	护理前	护理后
对照组	30	6.5±2.6	4.5±1.3
观察组	30	6.4±2.7	2.3±0.8
<i>t</i>		0.146	7.894
<i>P</i>		0.884	<0.001

2.2 两组住院时间比较 观察组住院时间明显短于对照组,两组比较差异具有统计学意义($t = 4.309, P < 0.001$),见表 2。

表 2 两组住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	<i>n</i>	住院时间
对照组	30	18.6±3.2
观察组	30	15.5±2.3

3 讨论

疼痛是骨科术后患者最为常见的主诉,且患者的疼痛较重,创伤、治疗、体位、固定、功能锻炼等均可导致患者出现疼痛,对骨科术后患者实施疼痛护理,能够有效缓解疼痛,减少疼痛对其身心产生的影响,使患者能在无痛、微痛中获得治疗、功能锻炼,促进机体早期康复。对骨科术后患者实施疼痛护理,进行有效的疼痛评估,实施正确的疼痛干预措施,进行科学、规范的镇痛,使患者的疼痛缓解,有利于患者肢体功能的恢复,减少并发症的发生,缩短了住院时间^[3]。本研究显示,在护理后的疼痛评分及住院时间方面比较,在常规护理的基础上给予疼痛护理的观察组患者明显优于给予常规护理的对照组患者。

综上所述,疼痛护理在促进骨科术后早期康复的价值较高,能够降低术后疼痛,促进术后功能康复,减

少住院时间,值得推广应用。

参考文献:

[1] 张宏岭. 疼痛护理干预在创伤骨科患者中的应用[J]. 吉林医学, 2013, 34(36): 7745.

[2] 马玉莲. 疼痛护理干预在骨科患者中的应用分析[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(23): 201-202.

[3] 陈丽芳, 翁留宁. 疼痛护理管理模式在创伤骨科病房中的应用[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(24): 20-22.

收稿日期: 2014-07-23

包干责任制护理在经皮冠状动脉介入治疗患者中的实施效果

黄秀杰

(广西百色市人民医院, 右江民族医学院附属西南医院, 广西 百色 533000 E-mail: xiaobiao50@163.com)

摘要: **目的** 探讨包干责任制护理对冠心病经皮冠状动脉介入治疗(PCI)患者的临床效果。**方法** 选取 2011 年 1~7 月在我科治疗冠心病 PCI 术的 132 例患者作为研究对象。随机分为对照组和观察组, 每组 66 例。对照组施予常规护理, 观察组采用优质护理中的包干责任制护理, 比较两组患者不同时段的焦虑(SAS)状态、术后并发症、护理满意度情况。**结果** 两组患者在入院时 SAS 评分差异无统计学意义($t=0.271, P>0.05$); 术前及术后 1 d SAS 评分比较差异有统计学意义($t=14.729; t=21.657, P$ 均 <0.001); 观察组术后并发症发生率均低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.001$); 观察组的护理满意度(98.48%)高于对照组(77.27%), 差异有统计学意义($P<0.001$)。**结论** 包干责任制护理对住院冠心病患者 PCI 术的焦虑、术后并发症明显减轻, 患者对护士的满意度提高, 体现了开展优质护理活动的成效。

关键词: 冠心病; 冠脉动脉支架术; 包干责任制; 优质护理

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** C **文章编号:** 1001-5817(2015)01-0166-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.01.072

随着近年来人们生活水平的提高, 高蛋白、高脂肪饮食逐渐成为人们日常饮食习惯之一, 再加上全球老年化进程的加速, 冠心病发病率呈现逐渐攀升趋势^[1]。冠状动脉内支架术治疗冠心病具有快速缓解患者心绞痛症状, 提高患者生活质量, 延长患者寿命等诸多优点, 因此冠状动脉内支架术目前在临床上已经成为冠心病经皮冠状动脉介入治疗的首选方法^[2]。但在冠心病患者接受冠状动脉内支架术(PCI)治疗过程中, 由于多种因素的影响, 患者极易出现焦虑与抑郁情绪^[3-4], 这种负性情绪影响到治疗的效果, 而护理是从患者的入院贯穿到患者的出院, 甚至出院后的延伸服务, 所以护理质量的高低直接影响患者的康复过程, 影响医院的声誉, 是医院管理的重中之重^[5]。我科实施优质护理包干责任制以来, 取得良好效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 1~7 月在我科治疗冠心病 PCI 术的 132 例患者作为研究对象。根据护理模式的不同随机分为对照组和观察组, 每组 66 例。对照组男 45 例, 女 21 例, 平均年龄(56.86±7.91)岁, 病程 0.5~30 年; 文化程度中专及以上 44 例; 初中及以下 18 例; 文盲 4 例。观察组男 46 例, 女 20 例, 平均年龄(57.53±6.83)岁, 病程 0.8~31 年; 文化程度中专及以上 42 例; 初中及以下 20 例; 文盲 4 例。两组患者性别、年龄、病情、文化程度及穿刺径路等比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合冠心病的诊断标准。②符合冠状动脉内支架术的手术指征^[6]。排除标准: 出现严重的心律失常、心力衰竭, 患者合并神经系统疾病, 有意识障碍, 语言表达困难或合并听力缺陷者。

1.3 实施方法

1.3.1 对照组 施予常规护理方法, 护士分管患者不固定, 且一名护士分管多名患者, 管床护士向患者及家属做一般的入院介绍, 如住院须知、安全保障设施、主管医生及护士、一般检查治疗、疾病的相关知识宣教等。

1.3.2 观察组 采取了从患者入院一出院一院外的全程包干责任制护理, 分管患者相对固定。病区成立责任包干制护理组, 由责任护士或代班护士组成, 新老搭档, 高年资护士除了分管一定的患者, 还要指导、监督低年资护士开展护理工作。每位护士分管 6~8 名患者, 负责自己所管患者的一切治疗护理, 除了做好基础护理外, 还要做好入院接待、健康评估、用药指导、病情观察、心理及安全护理、并发症的预防、疾病及介入知识宣教等等, 具体措施如下: ①实施床边工作制: 责任(代班)护士所有工作在病房开展, 紧贴患者, 每天跟随主管医生查房, 做到医护患三方沟通, 掌握患者“八知道”, 实施个性化的健康指导, 及时做出评价。床边工作时边操作边讲解, 及时告知各项辅助检查、治疗结果, 让患者掌握自己的动态信息。此外, 每天帮助患者解决现存的护理问题、健康需求。②心理疏导: 动态观察患者的情绪反应, 责任护士及时做好心理疏导, 启动亲友支持, 帮助患者分析应激原, 使之了解手术的目的、方法、成功率和对不同路径介入正确的认识。帮助患者做好心理准备, 对于减轻手术焦虑、配合治疗、促进康复都是至关重要的。让患者及家属明白冠心病是一种慢性病, 该病可通过规范服药、调整心态、改变生活方式和介入治疗等防止疾病恶化。③术前健康指导: 做好术前评估, 责任护士予“一对一”进行健康教育, 发放并耐心讲解冠心病的防治手册、健康教育处方、支架植入与养护等知识, 人手一份, 患者自行保管,