

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1d 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<sup>[1]</sup>。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<sup>[2]</sup>。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<sup>[3-4]</sup>, 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<sup>[5]</sup>。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<sup>[6]</sup>。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,

如有疑问责任护士现场予解答。利用多种教育形式,使患者及家属了解 PCI 术的注意事项及配合要点,做好术前训练。④术后护理:严密观察穿刺处有无渗血、肿胀、皮肤颜色及温度改变。术后 6~8 h 饮水 1 500~2 000 ml,防止造影剂肾病。若有憋气、胸痛立即处理,警惕出血、冠脉并发症的发生。指导患者当压力改变时按压穿刺点。股动脉穿刺者 12 h 内床上协助排尿、排便,防止发生尿潴留;经桡动脉穿刺介入治疗患者,由于桡动脉压力较低,手术结束后可立即拔除鞘管,采用定时减压止血法,每 2 h 松开 1 次,每次放松 1~2 min,6 h 后可完全放松,取下桡动脉止血器,再用纱布包扎 24 h<sup>[7]</sup>。禁止在患肢测血压、输液,术肢勿负重。⑤出院指导 责任护士了解患者对冠心病的认知能力、治疗的依从性等。告知出院办理流程,发放专家门诊及随访时间表,针对不同患者实施个性化的服务,强调坚持服药、戒烟控酒、清淡饮食、休息与运动、定期复查及冠脉造影的重要性,直到患者掌握、遵循为止。责任护士每月电话随访 2 次,了解病情动态,督促患者保持健康的生活行为。

1.4 评价标准 ①采用 Zung 焦虑自评量表(SAS)进行评价。该表共 20 个条目,每个条目分 4 个等级,对应 1、2、3、4 分,求得 20 个条目的总分,将总分×1.25 即为标准分,标准分越高,患者的焦虑情绪越严重<sup>[8]</sup>。②两组患者出院时由专人发放并统一收回满意度调查表,共发放并当场收回 132 份,该表由我院护理部组织临床护理专家讨论、修改,鉴定后统一使用,其信度、效度较好。满意度=满意+较满意。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件包进行统计分析,计数资料的组间比较采用  $\chi^2$  检验,计量资料的组间比较采用  $t$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 SAS 评分比较 两组患者入院时 SAS 比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );进行包干责任制护理后,两组介入术前、术后 1 d SAS 比较观察组评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.001$ ),见表 1。

表 1 两组患者 SAS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	入院时	术前 1 d	术后 1 d
对照组	66	49.07±5.54	49.01±6.79	48.92±7.83
观察组	66	48.75±7.84	28.25±9.22	20.31±7.34
t		0.271	14.729	21.657
P		0.787	<0.001	<0.001

2.2 两组患者术后并发症比较 观察组术后并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.001$ ),见表 2。

表 2 两组患者术后并发症比较 (n,%)

组别	n	局部出血、血肿	拔管综合征	尿潴留	总发生率
对照组	66	15(22.73)	9(13.64)	3(4.55)	27(40.91) <sup>a</sup>
观察组	66	2(3.03)	1(1.52)	0(0)	3(4.55)

注:a: $\chi^2=24.847, P < 0.001$

2.3 两组患者对护理工作满意度比较 总满意率观察组 98.48% 高于对照组 77.27%,差异有统计学意义( $P < 0.001$ ),见表 3。

表 3 两组患者对护理工作满意度比较 (n,%)

组别	n	满意	较满意	不满意	总满意率 <sup>a</sup>
对照组	66	28(42.42)	23(34.85)	15(22.72)	51(77.27)
观察组	66	60(90.91)	5(7.58)	1(1.52)	65(98.48)

注:a: $\chi^2=13.940, P < 0.001$

3 讨论

PCI 治疗冠心病是安全、有效的。但由于住院患者受到疾病威胁、身处陌生环境、对医院工作流程、医护技术不了解、缺乏该病及介入知识,易出现紧张、焦虑心理,这种心理负担可引发诸多并发症,严重影响患者的生活质量。

3.1 包干责任制护理有别以传统的功能制护理 包干责任制护理是实施优质护理服务后的一项重要举措。优质护理是指对于患者的尊重、理解、同情和关爱,在进行护理服务中注重礼貌、礼仪、礼节,讲究仪表、言谈,执行规范操作<sup>[9]</sup>。优质护理不单纯注重基础护理,而是为患者提供人性化的护理服务,满足患者需求,为患者提供最贴心、最及时、最准确的服务。传统的功能制护理分工不明确、工作毫无目的性,注重治疗缺乏护理,更谈不上优质服务。

3.2 提升护士的责任感,保障患者安全 实施包干责任制护理以来,注重素质培养、强化专科知识、技能、法律法规的培训,以患者的需求为导向,优化服务流程,做到人尽其才,才有所用。由于责任到人,护士的责任价值感及主动服务意识明显提升,能在第一时间获悉自己患者的需求、心理及病情变化并解决实际问题,特别是特殊时段及薄弱环节的质量控制,保证各项护理措施落实到位,确保了医疗护理质量,保障了患者的安全,杜绝医疗纠纷的发生,赢得了患者的满意。

3.3 包干责任制护理应用效果 表 1 显示,两组患者入院时 SAS 评分差异无统计学意义( $t = 0.271, P > 0.05$ ),运用包干责任制护理后,观察组术前术后焦虑评分、并发症均低于对照组( $P < 0.001$ )。护理工作满意度观察组均优于对照组( $P < 0.001$ )。可见包干责任制护理不仅降低了住院冠心病 PCI 术的患者焦虑、抑郁情绪,让患者满意、家属放心,降低负性事件,甚至在出院后不良生活行为都会因住院及随访中的持续影响得到相应的改善。

总之,结合的责任制护理是从患者入院到出院都有一位责任护士向患者提供护理服务的模式<sup>[10]</sup>,使护士护理工作更细致,条理分明;患者有问题能找到负责的护士,患者对自己的用药、饮食、疾病认知程度明显上升,从而提升满意度。由于本研究观察时间较短,责任护士受到工作资历、护理经验等影响,有些优质护理的质量标准无法达到,且此护理模式对院外患者的心理变化指数、健康生活行为等研究不足,我们将在以后的研究中进一步探索。

## 参考文献:

- [1] 来彩霞,杨吟. 预见性护理在不稳定型心绞痛患者中的应用[J]. 护理实践与研究,2012,9(16):31-32.
- [2] 黄金莲. 循证护理对冠心病 PCI 术后患者血管并发症及生活质量的影响[J]. 海南医学,2013,24(4):616-618.
- [3] Sayen A, Hubert I, Berrod JP. Age related macular degeneration[J]. Rev Prat,2011,61(2):159-64.
- [4] 牛素英,卢艳娥,李娜,等. 心理护理对急性冠状动脉综合征病人焦虑抑郁情绪的改善作用[J]. 护理研究,2010,24(4C):1076-1077.
- [5] 刘瀛萍. 护士长在优质护理服务示范工程中的作用[J]. 中国当代医药,2011,18(3):109.

- [6] 孙畅,赵月. 急诊冠状动脉内支架术后无复流机制探讨与临床分析[J]. 陕西医学杂志,2012,41(4):409-411.
- [7] 黄秀练,覃顺节. 经皮穿刺桡动脉介入治疗冠心病的护理[J]. 右江民族医学院学报,2011,33(6):879-880.
- [8] 黄志华,骆谏英,欧阳玉霞,等. 心理认知行为干预对冠状动脉内支架患者焦虑影响的效果观察[J]. 国际医药卫生导报,2012,18(17):2613-2615.
- [9] 刘春英,刘森,吕媛. ADL 评估量表在开展优质护理服务中的应用[J]. 护理学杂志,2011,26(11):59-60.
- [10] 卞正霞,扬晓黎,闫莉. 责任制整体护理工作模式的构建[J]. 卫生职业教育,2011,29(1):127-128.

收稿日期:2014-08-02;修回日期:2014-09-16

## 穴位按摩联合穴位贴敷对开腹术后肠功能恢复的疗效观察

陈艳枝

(江苏省金坛市中医医院,江苏 金坛 213200 E-mail:xiaonan9860@sohu.com)

关键词:手术后医护;穴位按摩;穴位贴敷;肠功能恢复

中图分类号:R473.6

文献标识码:C

文章编号:1001-5817(2015)01-0168-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2015.01.073

开腹手术后,因手术创伤,手术时间长,麻醉药物的影响,加之活动减少,胃肠道功能恢复慢,易出现粘连性肠梗阻。增加患者痛苦,影响切口愈合。因此,如何及时促进胃肠功能恢复,促进愈合,减少术后并发症极为重要。我科2013年3月~2013年9月收治66例开腹手术,在常规护理基础上应用穴位按摩联合穴位贴敷,有效地促进了胃肠道功能的恢复,减少了胃肠道不良反应的发生。现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2013年3月~2013年9月我科收治的开腹手术66例,其中胃部手术16例,结肠手术26例,肝胆脾手术24例,均顺利完成手术。将66例患者按随机法分为对照组30例和观察组36例。观察组男24例,女12例,年龄30~80岁,平均年龄55岁;对照组男12例,女18例,年龄14~76岁,平均年龄45岁。两组患者年龄、性别、手术类型、手术原因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 术后常规护理如:禁食、胃肠减压,术后6h半卧位,协助床上活动,术后第一天协助坐起,病情允许可逐渐下床活动。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上给予穴位按摩加穴位贴敷。具体如下:①穴位按摩:术后6h开始给予穴位按摩双侧合谷、足三里穴。每穴2min,至患者感觉酸重胀麻后轻揉5~10s。然后按中脘,指腹反复按揉3min,频率80~100次/分,手法由轻到重,力度以皮肤下陷2~3mm为宜。②穴位贴敷:将每贴大小为5.5cm×3.5cm的穴位贴敷治疗贴(云南普洱金利湾生物科技有限公司生产,生产标准号YZB/滇0007-2010)贴敷于按摩后的双侧足三里、合谷、天枢穴位上,每24h更换一次,每日在敷贴敷处按摩三次,每次3min。直至首次肛门排气。按摩操作者剪短指甲,并修

剪圆润,以防损伤患者皮肤。

1.2.3 疗效标准 术后6h开始观察并记录首次肠鸣音恢复及首次肛门排气时间。每两小时对患者进行一次腹部听诊,每次3min,以首次听到肠鸣音为肠蠕动恢复时间,首次肛门排气以患者自诉为准。比较患者12h内与12h以上闻及肠鸣音和1d以内与1d以上肛门排气情况。

1.2.4 统计学方法 应用SPSS 17.0统计软件进行分析,计数资料的组间比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组患者首次肠鸣音恢复时间比较 观察组肠鸣音恢复时间明显早于对照组( $Z = -2.582, P = 0.010$ ),见表1。

表1 两组患者首次肠鸣音恢复时间比较 (n)

组别	n	12 h 以内	12~24 h	48 h 以上
对照组	30	9	13	8
观察组	36	25	8	3

2.2 两组患者首次肛门排气时间比较 观察组首次肛门排气时间明显早于对照组( $Z = -2.422, P = 0.015$ ),见表2。

表2 两组患者首次肛门排气时间比较 (n)

组别	n	1 d 以内	2 d 以内	3 d 以上
对照组	30	8	15	7
观察组	36	23	11	2

### 4 讨论

中医学认为,手术创伤损伤六腑胃肠脉络,耗损其