

切口疼痛的发生。本研究观察组非切口疼痛发生率明显低于对照组,而且术后各时间点 VAS 评分明显低于对照组,说明循证护理有效降低非切口疼痛发生率,减轻非切口疼痛的强度。实践中发现,研究人员的科研能力和外语水平不高,限制了循证护理的実施和效果,需要进一步提高护理人员的综合素质,才能为患者提供更优质、高效的服务。

综上所述,循证护理可明显改善妇科腹腔镜手术患者的焦虑、抑郁状态,促进心理健康,降低术后非切口疼痛的发生率,减轻非切口疼痛的强度,值得在临床推广应用。

参考文献

[1] 谭晓艳,许超,刘晓虹,等. 个体化舒适护理在妇科腹腔镜手术患者中的应用[J]. 现代临床护理, 2011, 10(5): 44-46.

[2] 谭国珠,李铮,林团体,等. 体位干预对妇科患者腹腔镜术后发生非切口疼痛的影响[J]. 现代临床护理, 2010, 9(4): 14-15.

[3] 仇成华,林娟,蔡艳平. 循证护理在乳腺癌手术患者心理护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(17): 106-107.

[4] Aakhus E, Flottorp SA, Oxman AD. Implementing evidence-based guidelines for managing depression in elderly patients; a Norwegian perspective[J]. Epidemiol Psychiatr Sci, 2012, 21(3): 237-240.

[5] Lawton R, McEachan RR, Giles SJ, et al. Development of an evidence-based framework of factors contributing to

patient safety incidents in hospital settings; a systematic review[J]. BMJ Qual Saf, 2012, 21(5): 369-380.

[6] 陆金美,赵文芳,徐守琴. 妇科腹腔镜术后非切口疼痛护理措施的改进[J]. 护理学杂志, 2012, 27(14): 38-39.

[7] 丁荣英,姜慧萍,陆美英. 早期下床活动和膝胸卧位对宫外孕腹腔镜术后非切口疼痛的影响[J]. 护理与康复, 2012, 11(5): 458-459.

[8] Berger B, Gerlach A, Groth S, et al. Competence training in evidence-based medicine for patients, patient counselors, consumer representatives and health care professionals in Austria; a feasibility study[J]. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes, 2013, 107(1): 44-52.

[9] Agbenorku P, Fugar S, Akpaloo J, et al. Management of severe burn injuries with topical heparin; the first evidence-based study in Ghana. Int J Burns Trauma, 2013, 3(1): 30-36.

[10] Ramsdale E, Dale W. Evidence-based guidelines and quality measures in the care of older adults[J]. Virtual Mentor, 2013, 15(1): 51-55.

[11] 陆梅,袁美华. 循证护理对急诊留观患者心理的影响[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(15): 134-135.

[12] 黄苒. 循证护理在妇科腹腔镜手术后非切口疼痛护理中的应用[J]. 河南外科学杂志, 2010, 16(3): 16-17.

(收稿日期:2013-02-25 修回日期:2013-05-13)

延续性护理干预对出院糖尿病患者口服降糖药的影响

丁玉艳(江苏省射阳县人民医院十六病区 224300)

【摘要】 目的 探讨延续性护理干预对出院糖尿病患者口服降糖药物的影响。**方法** 选择 2011 年 10 月至 2012 年 10 月 80 例实施延续性护理干预的出院糖尿病患者作为观察组,选择 2010 年 6 月至 2011 年 5 月 80 例常规护理的出院糖尿病患者作为对照组,对照组进行常规出院指导;观察组建立糖尿病患者健康档案,给予电话随访,进行健康讲座。**结果** 两组糖尿病患者出院时血糖相关参数、依从性比较差异无统计学差异($P>0.05$);两组随访(8.23±2.11)个月;观察组空腹血糖(6.79±1.20)mmol/L、餐后血糖(8.85±1.74)mmol/L、糖化血红蛋白(7.11±1.06)%低于对照组的(7.58±1.31)mmol/L、(9.98±1.91) mmol/L、(8.25±1.21)%($P<0.05$);治疗依从性好占 83.75%、护理满意占 97.50%、糖尿病知识掌握占 92.65%高于对照组的 72.50%、87.50%、66.25%($P<0.05$)。**结论** 为出院糖尿病患者提供延续性护理干预指导,能够提高患者用药依从性及降糖药物疗效。

【关键词】 糖尿病; 降糖药物; 依从性; 延续性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)22-3060-03

糖尿病患者由于治疗时间长、用药时间复杂、自我形象紊乱,导致许多患者不能坚持长期用药,病情反复^[1]。本科护理人员于 2011 年开始对出院糖尿病患者开展电话随访及健康讲座,使医院护理延续到家庭护理中,并取得良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 10 月至 2012 年 10 月 80 例实施延续性护理干预的出院糖尿病患者 80 例作为观察组,男 46 例,女 34 例;年龄 45~79 岁,平均(62.24±12.06)岁;病程 2~27 年,平均(10.42±5.43)年,应用降糖药 1~4 种,平均(1.70±0.26)种;2010 年 6 月~2011 年 5 月 80 例常规护理的出院糖尿病患者作为对照组,男 45 例,女 35 例;年龄 39~80 岁,平均(63.12±12.23)岁;病程 2~29 年,平均(11.01±

5.55)年,降糖药 1~4 种,平均(1.68±0.24)种,两组患者年龄、性别、糖尿病病程、降糖药种类、出院时血糖参数、依从性等比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 (1)对照组进行常规出院指导;(2)观察组建立糖尿病患者健康档案,登记患者一般资料、并发症、出院降糖药物、随访结果等,发放电话联系卡,随时解答患者咨询的糖尿病相关问题;根据糖尿病特点及综合患者的需要确立随访的时间、方法和内容,由病区的责任护士或经验丰富的高年资护士专人随访,每周给予 2~3 次电话随访;每月举行 1~2 次健康讲座;对于有特殊情况的糖尿病患者,则由随访护士根据实际情况增加随访次数并适当调整、增加相关随访内容。

1.2.1 糖尿病知识教育 向患者宣传糖尿病、降糖药物知识,使患者了解糖尿病的发生、发展过程,介绍糖尿病的治疗原则

和方法,详细说明未坚持治疗会造成血糖波动引起相应的并发症增加,使患者充分认识到坚持、规律药物治疗的重要性,从而积极配合治疗^[2]。

1.2.2 降糖药物应用指导 提醒患者严格按照医嘱用药,不可盲目服用,随意使用或增或减药物剂量,要向患者或家属反复、详细耐心交代服药时间、方法和不良反应等有关注意事项,叮嘱患者定期复查,发现不适及时就诊;介绍所选药物的不良反应及在使用时可能出现的不良反应,使患者在出现药物不良反应时,不致惊慌而导致停止药物治疗^[3]。

1.2.3 自我血糖监测 指导患者及家属正确测量血糖的方法,连续血糖监测并记录,有助于判断糖尿病的严重程度,了解其血糖昼夜节律,每次就诊携带记录,可作为医生调整药量或选择用药的依据,告知测血糖时的注意事项^[4]。

1.2.4 心理护理 关心体贴患者,积极了解患者的心理变化,以亲切温和的语言和文明规范的行为,对患者进行耐心细致的心理沟通和帮助,以帮助其消除思想负担,使患者以愉快轻松的心理状态去积极地配合治疗,坚持合理用药,提高自我保护意识^[5]。

1.2.5 注意与临床医生交流沟通 护士将延续性护理过程中所掌握情报及时提供反馈给临床医生,建议临床医生简单化、个体化给药,结合经济情况制订治疗方案,将用药方案的复杂

性降低到最低程度,尽量采用每天 1 次剂量的控释或缓释制剂,确保糖尿病、长期、综合治疗及个体化治疗,以提高用药依从性,减少并发症发生^[6]。

1.3 观察指标 (1)血糖变化情况。(2)依从性评判时参照 Karnofsky 等推荐的标准;能否按照医生要求每天服药的次数服药;能否按照医生要求的量服药;能否按照医生要求的时间定时服药;能否按照医生的要求完成治疗过程。4 个问题回答全部“是”为依从性好,否则为依从性差。(3)护理满意及糖尿病知识掌握程度。

1.4 统计学处理 采用 SPSS11.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料应用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组糖尿病患者出院时血糖相关参数、依从性比较均差异无统计学意义($P > 0.05$);两组随访 6~12 月,平均(8.23±2.11)个月;观察组空腹血糖(6.79±1.20)mmol/L、餐后血糖(8.85±1.74)mmol/L、糖化血红蛋白(7.11±1.06)%低于对照组的(7.58±1.31)mmol/L、(9.98±1.91)mmol/L、(8.25±1.21)%($P < 0.05$);治疗依从性好占 83.75%、护理满意占 97.50%、糖尿病知识掌握占 92.65%高于对照组的 72.50%、87.50%、66.25%($P < 0.05$)。见表 1、2。

表 1 两组患者出院时及随访时血糖变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	空腹血糖(mmol/L)		餐后血糖(mmol/L)		糖化血红蛋白(%)	
		出院时	随访时	出院时	随访时	出院时	随访时
观察组	80	6.53±1.12	6.79±1.20	8.12±1.63	8.85±1.74	6.05±1.12	7.11±1.06
对照组	80	6.56±1.09	7.58±1.31	8.22±1.59	9.98±1.91	6.11±1.08	8.25±1.21
<i>t</i>	—	<i>t</i> =0.16	<i>t</i> =2.98	<i>t</i> =0.13	<i>t</i> =3.03	<i>t</i> =0.09	<i>t</i> =3.11
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:—表示无数据。

表 2 两组患者依从性、护理满意度、糖尿病知识掌握程度比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	口服降糖药物依从性		随访时护理满意度		随访时糖尿病知识掌握程度	
		出院时	随访时	不满意	满意	掌握	不掌握
观察组	80	80(10.00)	67(83.75)	2(2.50)	78(97.50)	74(92.50)	6(7.50)
对照组	80	80(10.00)	58(72.50)	10(12.50)	70(87.50)	53(66.25)	27(33.75)
χ^2	—	$\chi^2=0.00$	$\chi^2=4.87$	$\chi^2=4.23$	—	$\chi^2=12.32$	—
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	<0.05	—	<0.05	—

注:—表示无数据。

3 讨 论

用药的依从性是患者遵守医师制订的药物治疗方案,服从用药指导,药物治疗的效果不仅决定于医师正确用药,更决定于患者依从性^[7]。糖尿病一旦确诊需要终身服药,患者在住院期间有护士指导和监督,依从性好,患者在病情稳定后出院回家,大部分的治疗需要在长期的日常生活中进行,而在传统意义上,患者出院便意味着患者与医院的治疗关系结束。出院后患者只能通过回院复诊才能得到相关的健康信息,患者的健康需求难以得到满足。随着时间的推移对医护人员的嘱托将逐渐淡忘依从性降低而导致治疗失败,不良反应增加,甚至危及生命,增加患者的经济负担和精神负担。因此,应提高患者对糖尿病患者降糖药物治疗依从性。

不依从性可以发生在药物治疗各个环节,护士的职责是促进健康、预防疾病、减轻痛苦、协助康复,护理人员有责任、有义务通过护理干预实行督导用药,提高患者依从性,有效提高治疗率和控制率,提高患者的生存质量^[8]。护理服务已经不再局限于医院,而是延续至社会、家庭,为患者提供全程、整体的健康服务是护理的目标,延续性护理干预通过电话随访、健康讲座在护士和家庭成员间建立有目的的互动,不仅可以了解到患者的服药情况,也可以对糖尿病患者治疗中遇到的问题给予指导,及时的纠正错误的服药方法,以促进和维护患者的健康,是一种医院走向社会且可以节省人力资源的延伸访视形式^[9];出院后实施延伸护理,定期开设健康讲座,进行有针对性的健康教育,使患者及家属对糖尿病相关知识的掌握得到巩固和延

续,使糖尿病及相关知识普及,患者了解糖尿病及降糖药物,正确的认识糖尿病的治疗方法。结果显示观察组糖尿病知识掌握 92.65% 高于对照组的 66.25% ($P<0.05$);随访(8.23±2.11)个月,观察组空腹血糖、餐后血糖、糖化血红蛋白低于对照组、治疗依从性好高于对照组 ($P<0.05$);延续性护理干预有利于建立良好的护患关系,观察组护理满意(97.50%)高于对照组的 87.50% ($P<0.05$)。

综上所述,开展糖尿病的延续性护理干预工作,不能仅局限在医院,而应伸展到社区和家庭,使患者出院后还能得到医院的服务,是对患者持续支持;可以帮助患者自我护理,达到更好地控制疾病的目的,提高糖尿病患者用药依从性,从而有效控制血糖水平,提高其生存质量,提高护理满意程度。因此,医院应迎合需求,加强糖尿病延续服务制度的建立,帮助糖尿病患者出院后更好的控制病情。

参考文献

[1] 朱红云,金艳.糖尿病患者药物治疗遵医行为影响因素分析[J].江苏卫生保健,2012,14(5):53-54.
[2] 程捷,万斌,李雯霞,等.影响 2 型糖尿病患者血糖监测依从性相关因素调查分析[J].护士进修杂志,2012,27

(18):1654-1655.
[3] 从继妍,邢秋玲,赵岳.2 型糖尿病患者疾病不确定感与自我保护行为的相关性研究[J].中华护理杂志,2011,46(7):704-706.
[4] 陈燕情,黎仙群,苏敬军,等.糖尿病患者的服药依从性及其影响因素分析[J].中国医药指南,2012,10(16):48-49.
[5] 计成,葛卫红.糖尿病患者用药依从性的多因素分析[J].中国药房,2010,21(45):4307-4309.
[6] 许卫华,王奇,梁伟雄.问卷或量表在患者依从性测量中的应用[J].中国慢性病预防与控制,2007,15(4):403-405.
[7] 潘美开,陈茜,邱月群,等.糖尿病患者对医院延续服务需求的调查研究[J].医学信息,2010,22(7):1687-1688.
[8] 黄荣青.延续护理干预对老年糖尿病出院患者远期康复的影响[J].齐鲁护理杂志,2012,18(22):40-41.
[9] 吴媛.延续性护理在糖尿病健康教育中运用的探讨[J].吉林医学,2011,32(26):5607-5609.

(收稿日期:2013-03-12 修回日期:2013-05-29)

早期消化道毒物清除的集束化护理对急性重度有机磷中毒治疗效果的影响

张 莉(北京世纪坛医院急诊病房监护室 100038)

【摘要】 目的 探讨早期消化道毒物的集束化护理对急性有机磷中毒治疗效果的影响。**方法** 对 40 例急性重度有机磷中毒患者的病例资料进行回顾性分析,并随机分为观察组和对照组各 20 例,其中观察组采用集束化护理,而对照组采用常规的护理模式。观察两组清洁肠道时间、阿托品化时间、呼吸机使用时间、患者苏醒时间、胆碱酯酶(CHE)恢复 50% 活性的时间、发生中间综合征的例数、死亡例数、住院时间以及住院费用的差异。**结果** 观察组患者清洁肠道时间、阿托品化时间、呼吸机使用时间、患者苏醒时间、CHE 恢复 50% 的时间显著小于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组患者发生中间综合征及死亡的例数为 0 例,与对照组的 5 例中间综合征和 2 例死亡相比,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组患者住院时间及费用分别为(6.7±2.5)d 和(0.4±0.2)万元,与对照组的(10.9±3.4)d 和(0.7±0.3)万元相比,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 早期消化道毒物清除的集束化护理,可明显缩短急性重度有机磷中毒患者清洁肠道时间、阿托品化时间及 CHE 恢复 50% 的时间,减少中间综合征的发生,提高抢救成功率,降低治疗成本,具有良好的经济和社会效益。

【关键词】 有机磷中毒; 消化道; 集束化护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)22-3062-03

急性有机磷中毒是内科危急重症之一,发展迅速,病情凶险,若抢救不及时,病死率极高^[1]。患者一旦口服中毒或者接触中毒时,常常伴随相关症状出现。轻度患者表现为头痛、头晕、恶心、呕吐、多汗、视力模糊、胸闷、瞳孔缩小等。中度中毒者表现为肌肉颤动、轻度呼吸困难、腹痛腹泻、流涎、瞳孔明显缩小等;而呼吸极度困难,肌肉展颤、瞳孔缩小、昏迷、大小便失禁等症者为重度中毒^[2-3]。

目前对于有机磷中毒抢救最成功的标志之一就是最大限度地减少有毒物吸收。其次就是建立静脉通路,及时合理的利用解毒剂,最大程度上恢复胆碱酯酶的活性,同时配合操作过程的护理。集束化干预是由美国健康研究所(IHI)首先提出的,集合一系列有循证基础的治疗及护理措施,来处理某种难治的临床疾病^[4-5]。目的在于帮助医务人员为患者提供尽可能优化的医疗护理服务^[6]。本院通过对急性有机磷重度患者采

用集束化护理模式,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 3 月至 2012 年 12 月收治入院的急性有机磷重度中度患者 40 例,随机分为两组,观察组 20 例,男 6 例,女 14 例,年龄 21~75 岁,平均(36.5±4.6)岁。均为口服有机磷,平均服量 50~500 mL,服毒到就诊时间 20 min 至 8 h。对照组 20 例,男 8 例,女 12 例,年龄 20~73 岁,平均(37.8±4.2)岁,均为口服中毒,平均服药量 40~480 mL,服毒到就诊时间 18 min 至 8 h。两组患者的年龄、性别、服药量、就诊时间以及临床症状差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 观察组(集束化护理) 急性有机磷中毒的集束化护理措施除常规病情观察及一般护理外,主要集中在气道护理、导管护理、心理护理及制订撤机方案^[7]。(1)患者入院后,脱去患