

者围术期应用体会[J]. 中国实用医药, 2011, 6(33): 65-66.

[2] 姜玲, 于金华, 冷灵. 神经外科颅脑损伤患者机械通气临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(4): 63-65.

[3] 温兰. 机械通气治疗重型颅脑损伤的护理进展[J]. 右江医学, 2012, 40(2): 261-265.

[4] 陈玲, 周贤英, 何智, 等. 重度颅脑损伤的气道监测护理干预[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(25): 4848-4850.

[5] 孙玉姣, 高敏, 张银. 两种气道湿化方法对呼吸机相关性肺炎发生率的影响[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(9): 784-786.

[6] 盛茜, 刘汉. 呼吸机相关性肺炎的集束化护理[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(11): 1039-1041.

(收稿日期: 2013-01-23 修回日期: 2013-04-29)

急性闭角型青光眼围术期的护理体会

夏震 (南京医科大学附属无锡市人民医院眼科, 江苏无锡 214023)

【摘要】目的 探讨急性闭角型青光眼围术期的护理方法。**方法** 选取 2010 年 3 月至 2012 年 9 月在该院眼科住院治疗的急性闭角型青光眼患者 42 例, 随机分为观察组和对照组各 21 例。对照组给予常规护理, 观察组在此基础上给予舒适护理, 比较两组护理效果。**结果** 经过不同方法护理后, 观察组患者治疗依从性、视力提高、眼压控制及并发症发生率均明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 对急性闭角型青光眼患者采用舒适护理, 可以提高患者治疗依从性, 降低眼压, 提高患者的视力, 且并发症少, 值得在临床上应用和推广。

【关键词】 急性闭角型青光眼; 围术期; 眼压

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.071 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)22-3071-02

急性闭角型青光眼是一种眼压急剧升高, 同时伴有视神经、视野损害的一种常见致盲性眼病^[1-2]; 多见于 50 岁以上的妇女, 男女发病比例约为 1:2, 多为双眼同时或先后发病, 与遗传因素有关^[3]。近年来由于高负荷的工作、长时间用眼过度以及生活不规律, 急性闭角型青光眼的发病率明显上升, 已经成为仅次于白内障的第二大致盲性眼病。急性闭角型青光眼的发病机制和病理生理过程还不清楚, 仍然是眼科治疗的难点之一^[4]。近年来, 随着人工晶体植入联合小梁切除术的应用, 使急性闭角型青光眼的手术治疗获得了突破性进展^[5]。本文对 2010 年 3 月至 2012 年 9 月在本院眼科住院治疗的 42 例急性闭角型青光眼患者采用舒适护理, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 3 月至 2012 年 9 月在本院眼科住院治疗的急性闭角型青光眼患者 42 例, 随机分为观察组和对照组各 21 例。观察组男 8 例, 女 13 例, 共 23 眼, 年龄 26~78 岁, 平均 (59.2 ± 9.6) 岁, 视力 0.05~0.3, 平均眼压 (32.50 ± 8.60) mm Hg; 对照组男 7 例, 女 14 例, 共 22 眼, 年龄 25~76 岁, 平均 (58.3 ± 10.7) 岁, 视力 0.05~0.3, 平均眼压 (33.55 ± 7.20) mm Hg。所有患者均符合急性闭角型青光眼的诊断标准: 有不同程度的房角粘连, 前房中轴变浅, 局部缩瞳剂治疗无效, 局部睫状肌麻痹剂治疗后病情缓解, 并排除脉络膜出血和渗出、晶状体半脱位和单纯瞳孔阻滞。两组患者性别、年龄、视力、眼压及病情程度等其他一般资料相比差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 所有患者术前给予 20% 甘露醇静脉点滴后充分散瞳, 2% 利多卡因球后麻醉, 按摩眼球。术后第 2 天局部应用散瞳药、激素、抗菌药物及非甾体类眼药水, 包扎 3 d。对照组给予常规护理, 观察组在此基础上给予舒适护理。

1.2.1 环境舒适 在患者居住的病房内摆放绿色植物, 悬挂风景画等, 为患者提供安全、舒适、温馨、整洁的治疗环境, 使患者在住院期间保持最佳的心理状态。

1.2.2 心理舒适 护理人员应耐心倾听患者的倾诉, 加强与患者的沟通与交流, 增加患者对医护人员的信赖, 消除紧张、焦

虑的不良情绪, 树立战胜疾病的信心, 积极主动地配合治疗过程。

1.2.3 眼部舒适 手术后给予患者佩戴合适的眼罩, 轻柔擦拭眼部分泌物; 对于术后眼压较高的患者, 可教会其眼球按摩方法, 适度按压 5 s 停 5 s, 重复 8~10 次, 每天 2~3 次, 切记用力过猛。

1.2.4 睡眠舒适 创造良好的睡眠环境, 将监护仪器等设备的声音尽量减到最低; 根据患者病情、情绪状况、睡眠状况等合理安排病房, 避免患者间的相互干扰; 夜间护理工作应该尽量避免在患者有效睡眠时间内进行。

1.2.5 饮食舒适 建立规律的饮食习惯, 给予高蛋白、富含维生素 A、B、C、E 等抗氧化类食物, 维持机体日常的消耗; 科学饮水, 避免喝浓茶、咖啡、吸烟、酗酒, 以免对眼部造成刺激。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析。组间比较采用 *t* 检验, 计数资料用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗依从性比较 观察组患者完全依从 13 例, 部分依从 6 例, 不依从 2 例, 依从率为 90.5%; 对照组患者完全依从 9 例, 部分依从 5 例, 不依从 6 例, 依从率为 71.4%。观察组依从率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者视力、眼压恢复及并发症情况 观察组患者视力提高、眼压控制及并发症发生率均明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者视力、眼压恢复及并发症情况 [$n(\%)$]

| 组别 | <i>n</i> | 视力提高 | 眼压 (10~21 mm Hg) | 并发症 |
|-----|----------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| 观察组 | 21 | 19(90.5) [#] | 20(95.2) [#] | 1(4.8) [#] |
| 对照组 | 21 | 14(66.7) | 16(76.2) | 4(19.4) |

注: 与对照组相比, [#] $P < 0.05$ 。

3 讨论

急性闭角型青光眼是一种严重的致盲性眼病, 属于眼科急

症,患者临床表现为头目胀痛、恶心呕吐、视力骤降,具有浅前房、窄房角和眼轴短等特点^[6-7]。该病好发于老年女性患者,且起病急、发展快,如果不及时治疗,易造成失明,是眼科疾病治疗比较棘手的问题之一^[8]。因此,老年人尤其要警惕急性闭角型青光眼的发生。

舒适护理模式是一种整体的、个体化的、有效地、创造性的新型护理模式,它可以使患者真正从心理、生理、社会以及精神方面达到舒适,使患者尽快地适应社会^[9]。与常规护理相比,舒适护理的核心内涵是强调人性化,科学专业的查找患者不舒适的原因,及时关注患者病情的变化,直至最终使患者达到满意的舒适状态。经过不同方法护理后,观察组患者治疗依从性、视力提高、眼压控制及并发症发生率均明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,对急性闭角型青光眼患者采用舒适护理,可以提高患者治疗依从性,降低眼压,提高患者的视力,且并发症少,值得在临床上应用和推广。

参考文献

- [1] 王春风,徐承华.急性闭角型青光眼行小梁切除术的护理[J].中国现代医生,2008,46(3):115.
- [2] 龚永建.急性闭角型青光眼双眼急性发作的诱因分析

[J].中国当代医药,2012,19(27):177-178.

- [3] 高昌卫,沈肇萌,李志国.晶体超声乳化联合房角粘连分离术治疗急性闭角型青光眼的远期效果观察[J].浙江实用医学,2012,17(4):280-282.
- [4] 李辉,李媛,侯习武.白内障青光眼联合手术治疗急性闭角型青光眼的临床效果[J].中国医药指南,2012,10(23):52-53.
- [5] 唐丽君.前房穿刺术结合小梁切除术治疗急性闭角型青光眼高眼压持续状态的临床分析[J].临床和实验医学杂志,2012,11(9):680-681.
- [6] 姜中铭.复合式小梁切除术治疗急性闭角型青光眼 54 例体会[J].山东医药,2011,51(31):103-104.
- [7] 郑天红.32 例急性闭角型青光眼病人的围术期护理[J].全科护理,2012,10(22):2068-2070.
- [8] Sungur GK, Hazirocun D, Yalvac IS, et al. Incidence and prognosis of ocular hypertension secondary to viral uveitis [J]. Int Ophthalmol, 2010, 30(2): 191-194.
- [9] 张厚丽,李银生.急性闭角型青光眼 218 例围术期护理[J].吉林医学,2011,32(19):4021-4023.

(收稿日期:2013-03-08 修回日期:2013-07-23)

临床护理路径对胃癌根治术患者术后康复和生活质量的影响

冯智华(东南大学医学院附属江阴医院胃肠外科,江苏江阴 214400)

【摘要】目的 探讨临床护理路径对胃癌根治术患者术后康复和生活质量的影响。**方法** 选择 2012 年 2 月至 2013 年 2 月 60 例胃癌根治术患者,随机分为观察组和对照组,对照组实施胃肠外科围术期常规护理,观察组采用临床护理路径护理。观察两组术后肛门排气时间、下床活动时间和住院时间,记录护理前后生活质量评分量表(QOL)评分变化。**结果** 观察组肛门排气时间、下床活动时间和住院时间明显短于对照组($P < 0.05$)。护理前,两组 QOL 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,两组评分明显增加($P < 0.05$),但观察组增加较对照组明显($P < 0.05$)。**结论** 临床护理路径明显促进胃癌根治术患者术后康复,改善生活质量。

【关键词】 胃癌根治术; 临床护理路径; 康复

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.22.072 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)22-3072-02

手术是治疗胃癌的主要方法,术后康复不仅与手术质量关系密切,而且与临床护理和患者的主动参与有关。临床研究显示,护理干预可以促进术后康复,提高手术患者的生活质量^[1]。临床护理路径(CNP)是以患者为中心的成效护理模式,能有效保证质量的医疗护理服务计划,在临床应用取得很好效果^[2-3]。本院对胃癌根治术患者实施 CNP 模式护理,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 2 月至 2013 年 2 月 60 例胃癌根治术患者,其中男 37 例,女 23 例,年龄 39~65 岁,平均(54.38±11.42)岁。将患者随机分为观察组和对照组各 30 例。病变部位:胃窦癌 33 例,贲门癌 9 例,胃体癌 15 例,胃底癌 3 例。TNM 分期:Ⅱ期 38 例,Ⅲa 期 13 例,Ⅲb 期 9 例。文化程度:中专及以上 11 例,高中 22 例,初中 18 例,小学 9 例。既往有高血压病 9 例,糖尿病 7 例,冠心病 3 例。60 例患者均在硬膜外复合全身麻醉下行胃癌根治术,主刀均为科主任。两组患者的性别、年龄、病变部位、文化程度、既往史、麻醉和手术方式等差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组实施围术期常规护理,责任护士详细介绍

围术期护理计划和患者注意事项,观察组采用 CNP 护理,责任护士按照 CNP 进行动态护理,具体护理内容如下。

1.2.1 术前 3 d 责任护士安排入科,介绍科室环境,个性化心理干预,完善术前检查。进行健康宣教,讲解快速康复外科护理理念,练习术后康复动作。术前 20:00 口服 10% 葡萄糖 800 mL,术前不放置胃管,若需要,可在术中放置。

1.2.2 手术日 术前 3 h 口服 10% 葡萄糖 300 mL,与手术室护士做好床头交接班,了解手术、麻醉、术中护理情况。吸氧,去枕平卧 6 h,监测生命体征和各种引流管道,协助患者在床上适度运动,做好口腔护理和术后镇痛泵护理。

1.2.3 术后 1~3 d 强化基础护理,做好引流袋、疼痛等护理,采取半卧位,术后第 1 天饮温开水 300 mL,第 2 天可增至 1 000 mL,协助患者术后第 1 天下床站立,缓慢移动等。

1.2.4 术后 4~7 d 肛门排气后,从鼻肠管打入少量流质,每次 30~50 mL,6~8 次/天,口腔进食清淡流质,80~100 毫升/次,5~8 次/天,逐步过渡到口腔饮食。坚持早期锻炼,适当增加床下活动量,加强生活护理和心理护理。

1.2.5 术后 8~12 d 拔除鼻肠管改口腔半流质饮食,加强拆线前后的病情护理和心理护理。进行健康教育,保持积极、阳