

见病均适合应用临床护理路径<sup>[5]</sup>。临床护理路径有诸多优点,首先能够提高护理人员的工作效率,因为路径内容将医疗护理过程程序化,将患者检查、治疗、输液等时间均进行了统一安排,有效避免了时间浪费。同时护士在患者住院期间对氧疗、雾化、吸入、排痰等均进行了正确的指导,患者能够掌握康复治疗方法,因而能够将住院时间缩短<sup>[6]</sup>。

临床护理路径是整体护理模式的深入,将临床护理路径与整体护理模式相结合应用于慢性阻塞性肺疾病患者的护理过程当中,进一步简化护理程序,不仅可以将护理人员编制不足等问题解决,而且可以将“以患者为中心”的人性化护理充分体现出来<sup>[7]</sup>。应用临床护理路径后,患者就可以在入院当时即可对住院期间整个护理流程有充分的了解,利于缓解医院环境及疾病本身给患者带来的紧张、焦虑等情绪<sup>[8]</sup>。护士在护理过程中根据统一的表格逐项进行护理服务,更加有序化,能够有效提高工作效率及避免工作失误,进一步降低医患纠纷发生率。由于患者及其家属对整个治疗、护理过程有了明确的了解,因而可以将住院时间及住院费用有一个大概了解,因此可以提前做好费用及时间上的安排<sup>[9-11]</sup>。临床护理路径的实施增加了护士的责任感,护士根据路径内容与患者进行充分的沟通交流,提前进行健康教育及心理护理,增加了患者对医师、护士以及整个医院的信任感,利于疾病的恢复<sup>[12-13]</sup>。本文实验组平均住院时间为(6.9±2.4)d。其次护理路径的实施能够将医疗资源合理利用,规范了临床用药及检查项目,避免了过度医疗的发生。患者住院时间的缩短也能降低护理诊查费及床位费,因而能够降低住院费用。本文实验组平均住院费用为(7 324.7±2 013.5)元。再次,所有患者均采用相似的治疗方法 & 护理方法,使治疗过程更加标准化及公开化,患者对所有治疗知情同意,进而能够降低医疗纠纷的发生,所以对护理工作的满意率也相应增加。本文实验组患者对护理工作的满意率为 98.0%。最后,通过对某一病种实施临床护理路径,利于患者自身掌握其所患疾病的基本知识,对疾病有着更深一步的了解,进而提高治疗依从性,患者还能在自身生活习惯、饮食习惯等方面进行自我约束,利于疾病的治愈。本实验观察组慢阻肺相关知识考核成绩平均为(85.5±12.6)分,显著高于对照组。

总之,临床护理路径使护士有一个标准化的、共同认可的护理流程,降低了工作的盲目性,也使患者以及患者家属能够了解整个住院治疗的主要护理流程,能够主动地参与到护理的过程中,是一种切实可行的护理方案<sup>[14]</sup>。

### 参考文献

- [1] Nussbaumer-Ochsner Y, Rabe KF. Systemic Manifestations of COPD[J]. Chem, 2011, 139(1): 165-171.
- [2] Yamaguti WP, Paulin E, Salge JM, et al. Diaphragmatic dysfunction and mortality in patients with COPD[J]. J Bras Pneumol, 2009, 35(12): 1174-1181.
- [3] Demedts IK, Bracke KR, Van Pottelberge G, et al. Accumulation of dendritic cells and increased CCL20 levels in the airways of patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. Am J Respir, 2007, 175(10): 998-1005.
- [4] 薛军, 黄先涛, 王佃国, 等. 临床路径用于胆囊结石腹腔镜胆囊切除术单病种质量控制的研究[J]. 腹腔镜外科杂志, 2009, 14(12): 955-957.
- [5] 蒋冬梅, 王曙红, 张其健, 等. 临床路径在单病种质量管理中的应用[J]. 现代护理, 2004, 10(12): 1079-1081.
- [6] 冯蕾, 王艳梅, 蔺波. 临床护理路径国内研究进展[J]. 国际护理学杂志, 2007, 26(9): 902-905.
- [7] 马静, 陈燕春. 临床护理路径在白内障复明手术中的效果研究[J]. 现代预防医学, 2010, 37(13): 2459-2460.
- [8] 杨桂英. 临床路径健康教育对消化性溃疡患者饮食的影响[J]. 海南医学, 2009, 20(4): 130.
- [9] 黄雪梅. 临床护理路径在胃大部切除围手术期健康教育中的应用[J]. 白求恩医学院学报, 2008, 6(1): 50-51.
- [10] 刘晓芳, 颜玲, 张维, 等. 临床护理路径在手外科手术患者中的应用效果分析[J]. 实用手外科杂志, 2008, 22(2): 125-126.
- [11] 莫应萍. 临床护理路径在手术治疗子宫肌瘤中的应用体会[J]. 中国全科医学, 2007, 10(3): 229-230.
- [12] 林俊, 李君, 林戈亮. 临床路径在断指再植患者中的应用研究[J]. 实用全科医学, 2007, 5(2): 130-131.
- [13] Cheah J. Development and implementation of a clinical pathway programme in an acute care general hospital in Singapore [J]. Int J Qual Health Care, 2000, 12(5): 403-412.
- [14] Saint S, Hofer TP, Rose JS, et al. Use of critical pathways to improve efficiency: a cautionary tale[J]. Am J Manag Care, 2003, 9(11): 758-763.

(收稿日期: 2013-05-14 修回日期: 2013-09-10)

## 综合护理干预对原发性青光眼患者生活质量的影响

王菊珍<sup>1</sup>, 谢秋菊<sup>1</sup>, 刘 华<sup>2</sup>(重庆市黔江中心医院: 1. 眼科; 2. 科教科 409099)

**【摘要】 目的** 研究综合护理干预对原发性青光眼患者生活质量的影响。**方法** 研究对象为 120 例原发性青光眼患者, 患者随机分为试验组和对照组两组, 每组 60 例, 对照组采用常规的一般护理方法, 试验组在对照组的基础上采用综合护理干预措施, 对护理干预后两组患者生活质量进行比较分析。**结果** 在综合护理干预措施下, 试验组的焦虑自评定量(SAS)评分明显低于对照组, 试验组的睡眠质量明显优于对照组。**结论** 原发性青光眼患者经过综合护理干预, 患者的焦虑情绪得到缓解, 睡眠质量和生活质量有明显改善。

**【关键词】** 原发性青光眼; 生活质量; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 01. 057 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)01-0114-03

随着现代生活节奏的加快, 人们的工作生活压力越来越大, 青光眼的发病率也呈逐年上升趋势<sup>[1]</sup>。青光眼的特征为视

神经萎缩及视野缺损, 目前公认为心身性疾病之一。其主要危险因素为眼压增高, 治疗不当或治疗延误会导致患者失明, 严

重影响患者的生活质量。原发性青光眼的发病原因除患者解剖结构上眼部出现病变及患者自身遗传因素以外,患者心理因素也成为原发性青光眼发病的主要原因<sup>[2]</sup>。焦虑与原发性青光眼密切相关,患者紧张、焦虑心理会导致眼压升高,加重患者病情,患者的治疗效果及生活质量受到严重影响。为研究综合护理干预对原发性青光眼患者生活质量的影响,对 120 例原发性青光眼患者进行护理比较分析,现报道如下。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选择 2010 年 1 月至 2013 年 4 月在本院眼科住院的 120 例原发性青光眼患者,其中男 43 例,女 77 例,年龄 45~82 岁,平均 58 岁。120 例患者均确诊为原发性青光眼,且排除以下情况病例<sup>[3]</sup>:患者同时并发有其他影响视功能的眼部疾病;患者存在严重的全身性疾病,如高血压、心脏病、糖尿病等;患者无行为能力不能配合心理护理和疏导者。随机将患者分为试验组和对照组两组,每组患者 60 例,其中试验组高中以上文化 18 例,高中以下文化 42 例;对照组高中以上文化 15 例,高中以下文化 45 例。两组患者在年龄、性别、病情、家庭经济状况和文化教育情况等方面比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 护理方法

**1.2.1 对照组** 对照组患者采用常规的眼科护理和功能恢复性治疗。

**1.2.2 试验组** 试验组患者在眼科常规护理的基础上给予综合护理干预。

**1.2.2.1 心理护理干预** 医护人员在接待患者时要热情、和蔼,对病情、治疗方法进行讲解,排除患者的陌生感和孤独感<sup>[4]</sup>。详细了解患者的心理状态,在患者精神条件允许的情况下,护理人员指导患者每天适当做放松运动,配合优美、舒缓的音乐,逆转调节患者负面情绪。

**1.2.2.2 环境护理干预** 为患者营造一个安静、舒适、温馨的住院氛围,保持病房通风良好、整洁、舒适、光线柔和,让患者感受到温馨和舒适。根据患者视力受损情况增加病房内的辅助设施,如床围挡和手杖等安全设施。

**1.2.2.3 认知护理干预** 科室采取定期组织青光眼的健康讲座、专家座谈、宣传画、健康教育处方等,在病房及走廊的墙壁醒目位置张贴有关青光眼的宣传画,讲解疾病的预防和治疗常识,宣传画册要考虑到患者视力情况。为患者进行多种形式的健康教育,让患者及其家属详细了解青光眼疾病的相关知识,包括青光眼的发病机制、发病原因、治疗方法、健康指导、出院注意事项等。

**1.2.2.4 行为护理干预** 让患者保持情绪稳定、避免情绪过分激动。帮助患者改变不良的生活方式:提倡食用富含纤维素和维生素的食物,保持大便畅通,防止因便秘导致眼压升高;控制每日水的摄入量在 1 000~1 500 mL,一次饮水不要超过 300 mL<sup>[5]</sup>,因为一次大量饮水会使眼压升高;禁烟限酒,不摄入含咖啡因较多的食物和饮品,防止因交感神经兴奋房水循环障碍而引起的眼压升高;患者要保证充足的睡眠和较高的睡眠质量。

**1.2.2.5 健康信念干预** 要根据患者年龄差异、病情不同、文化层次不同等特点,有针对性的做好心理疏导工作,使患者坚定战胜疾病的信心。对患者进行健康信念教育,使患者坚信掌握健康知识、改变不良行为对疾病康复和预防的积极作用,使其树立健康行为,改变不良生活方式,促进早日康复。

**1.3 评价标准** 通过调查问卷的方式调查患者焦虑自评量表(SAS)评分对患者的焦虑情绪进行评估<sup>[6]</sup>。SAS 表包括 20 个项目,应用分级评定的方法,分级为 1~4 级,对应分值范围为 20~80 分。对患者的睡眠质量进行评估:按照睡眠质量的主观感觉进行评分,满分 10 分,分数越高说明患者的睡眠质量越高<sup>[7]</sup>。

**1.4 统计学处理** 本次研究数据将采用 SPSS18.0 统计软件进行分析和处理,数据资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,差异性比较采用  $t$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 患者焦虑情况** 护理干预后,两组患者的 SAS 评分都有所降低。SAS 评分试验组比对照组低,组间差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者护理干预前后 SAS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
试验组	60	35.26±2.15	24.95±1.56	45.3321	<0.05
对照组	60	35.35±2.16	32.74±2.09	29.3731	<0.05
<i>t</i>		2.1221	32.1232		
<i>P</i>		>0.05	<0.05		

**2.2 患者睡眠质量情况** 两组患者进行分组护理后,试验组的睡眠质量[(8.21±1.21)分]明显优于对照组[(6.23±1.09)分],差异有统计学意义( $t = 13.233 2, P < 0.05$ )。

## 3 讨论

原发性青光眼患者在疾病发作前大多有较大的情绪波动或心理创伤。因为心理因素使眼压升高,导致原发性青光眼的发生。本院经临床实践总结:通过心理护理干预、环境护理干预、认知护理干预、行为护理干预、健康信念干预综合性护理对提高原发性青光眼患者的生活质量具有十分积极的作用。进行心理护理的主要目的是为缓解患者的负面情绪。当患者的心理状态处于稳定、愉悦时,会促使整个躯体处于良好状态,最终形成良性循环,使原发性青光眼患者的眼压得到有效控制,并且促使眼部功能逐渐恢复。医护人员在与患者沟通时语调要温柔,操作时动作要轻柔,适时多与患者沟通交流,关心体贴患者,耐心解答患者提出的疑问,热心帮助解决患者遇到的困难,让患者切身感受到医护人员对他(她)的关爱,消除患者的紧张陌生感。让患者接受青光眼为终身性疾病这一事实,作好长期与疾病抗争的心理准备。同时,根据患者病情、治疗方案、心理状态等进行个体化健康指导<sup>[4]</sup>:如科学饮食、戒烟限酒、保证睡眠时间,正确用眼,避免视疲劳,保持情绪稳定、避免在暗处久留、不要一次性大量饮水、减少青光眼急性发作等<sup>[5]</sup>。对患者进行自我管理教育,教会患者自我管理疾病的知识和技能<sup>[8]</sup>,指导患者要控制好眼压,做好对眼压的定期自测和记录,防止眼压升高,使青光眼进一步发展,再度损伤视力。指导患者正确用药,包括滴眼药的时间、用药次数和不良反应。提高患者的青光眼相关知识水平及自我护理能力。平常的饮食要以清淡易消化的食物为主,但是要保证营养,提高自身机体的抵抗力。失眠也会导致青光眼的加重,治疗、护理工作要集中进行,防止不必要的打扰影响患者休息。对于失眠严重的患者要加强舒适护理,睡前温水泡脚使患者放松心情,尽快入睡。在患者住院期间要保证患者的基本生活需要、保证患者的舒适与安全,遵医嘱及时完成各项治疗、护理措施,减轻患者的不

适。并且医护人员应与患者家属进行有效的沟通,同时加强患者家属的健康教育,以取得家属的理解、信赖、支持与配合。鼓励患者亲友及同事来院探望,取得社会关系人员的支持,消除患者因疾病而产生的焦虑感,减少其对治疗的抵触情绪,提高患者对治疗的依从性,使患者更好地配合治疗。研究证明,心理应激反应是原发性青光眼的主要发病机制之一,其可导致患者眼压升高从而使视神经受到压迫,损害患者的视力和视野,影响患者的生活质量。

综上所述,原发性青光眼患者经过综合护理干预,患者的焦虑情绪得到缓解,睡眠质量和生活质量得到明显改善。

参考文献

[1] 崔从先,王磊,王卫红.对青光眼病人围术期的综合护理干预[J].护理研究,2012,12(26):3390-3391.

[2] 俞叶.青光眼术后高眼压原因分析及护理干预[J].实用临床医药杂志,2010,14(8):73-74.

[3] 罗海燕,杨帆.原发性青光眼患者术前焦虑及护理干预研究进展[J].护理学报,2010,17(9A):21-23.

[4] 蔡虹萍,俞孝芳.健康信念模式在社区老年高血压患者健康教育中的应用[J].护理与康复,2012,11(9):890-891.

[5] 李凤鸣.中华眼科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2005:1596.

[6] 王佳薇,覃竞燕,张艳,等.临床路径用于2型糖尿病患者健康教育的效果观察[J].护理与康复,2012,11(6):594-595.

[7] 刘海燕.综合护理干预对原发性青光眼患者生活质量的影响[J].当代护士,2013(1):69-71.

[8] 舒苏凤.自我管理教育提高青光眼病人遵医行为的效果评价[J].护士进修杂志,2011,26(1):45-46.

(收稿日期:2013-05-29 修回日期:2013-09-12)

# 经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生症的优质护理

李贤英,张立冬<sup>△</sup>,唐为民(重庆市开县人民医院泌尿科 405400)

**【摘要】目的** 观察经尿道前列腺电切术(TURP)治疗前列腺增生症(BPH)的围术期护理效果。**方法** 对452例行TURP治疗的BPH患者围术期采取优质护理措施,术前疾病相关知识健康教育,充分术前准备,尿管护理及膀胱冲洗,预防并发症。**结果** 452例BPH的患者术后排尿通畅,满意度高,无尿道口、肺部感染,无深静脉血栓形成,无压疮,顺利康复出院。平均住院时间、膀胱冲洗时间短,术后出血、膀胱痉挛、尿失禁、尿道狭窄、TURP、尿路感染并发症率低。术后门诊随访6个月,国际前列腺症状评分、生活质量评分明显改善,最大尿流率明显提高( $P < 0.01$ )。**结论** 精心的围术期优质护理,使患者安全康复,减少并发症。

**【关键词】** 前列腺增生症; 经尿道前列腺电切术; 围术期

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)01-0116-03

前列腺增生症(BPH)是老年男性患者的常见病,手术是主要的治疗方式。近年来,经尿道前列腺电切术(TURP)治疗良性BPH因创伤小、恢复快而广泛开展。但老年患者基础疾病复杂,围术期发生并发症的风险增加,加强围术期护理帮助患者安全度过手术危险期尤为重要。本科室自2010年12月至2012年6月施行TURP治疗BPH患者452例,实施优质护理,临床效果满意。现将围术期护理体会报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2010年12月至2012年6月在本科室施行TURP治疗的BPH患者452例,年龄49~93岁,平均(69.5±3.20)岁。病程1~20年。均有明显尿频、排尿困难症状,根据国际前列腺症状评分(I-PSS)、生活质量评分(QOL)、前列腺肛门指检、B超和尿流率检查明确诊断,其中合并有尿潴留病史189例,有心、脑、肺疾患265例,糖尿病7例。73例合并膀胱结石。直肠癌Miles手术后1例,左肾肿瘤术后1例,肺癌1例。置入心脏起搏器1例。其中前列腺I度增生49例,II度增生214例,III度增生153例,IV度增36例。术前IPSS评分为(30.5±1.5)分,QOL评分为(5.0±0.5)分,最大尿流率( $Q_{max}$ )为(8.5±1.5)mL/s。

**1.2 手术方法** 采用连续硬脊膜外麻醉或腰硬联合麻醉,患者取截石位。采用日本奥林巴斯电切镜26F,调节电切功率为100~120 W,电凝功率为70~80 W。4%甘露醇或5%葡萄糖

液持续低压灌注。电切方法:采用“定点切割,分段分区法”进行电切。BPH合并膀胱结石患者,先予经尿道电切镜下钬激光碎石术。术毕留置20~22 F三腔尿管,气囊注水40~50 mL。用生理盐水持续冲洗1~3 d,冲洗液滴速60~80滴/分,根据冲洗液颜色调整滴速和时间。颜色变淡后停止冲洗,术后3~7 d拔除尿管。

## 1.3 围术期优质护理

### 1.3.1 术前

**1.3.1.1 疾病相关知识健康教育** 患者因担心术后疼痛、手术效果、并发症、伤口愈合情况,以及陌生环境产生的焦虑情绪。术前评估患者一般情况,结合视频资料向患者进行健康教育和心理指导。向患者讲解手术的原理、方法及国内外现状,解释治疗的必要性。让患者与病区已手术者交流。

**1.3.1.2 充分术前准备,控制基础疾病,提高手术耐受性** BPH患者均为老年患者,都合并有不同程度的基础疾病,原发性高血压病,糖尿病,肺气肿,冠心病等,为了使患者更好地耐受手术,术前需控制好基础疾病。术前2周戒烟,防治感冒,鼓励排痰,肺功能锻炼。密切监测血压,控制血压。糖尿病患者,血糖控制在4.4~6.7 mmol/L。冠心病患者行心脏彩超检查,请心血管内科会诊,协助治疗。近期有心脑血管意外的患者,先药物治疗,病情稳定6个月手术后。有尿潴留、肾功能不全患者需保留导尿,恢复肾功能。带尿管、造瘘管入院者行膀胱

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail:530393353@qq.com.