

泡沫少、清洗效果稳定,且刺激性小,无异味及腐蚀性,在充分达到清洗效果的同时几乎没有不良影响。

综上所述,含氯消毒液预浸处理后再联合多酶清洗液冲洗可以提高医疗器械清洗的效果,含氯清洗剂先做大部分细菌的消毒处理,接着使用多酶清洗液在处理油脂及附着蛋白的过程中进一步进行细菌等微生物的消毒隔离措施,两种洗剂的联合应用值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 史巧云,郭彦平,张亚利,等.不同清洗介质对医疗器械清洗效果的影响[J].国际护理学杂志,2011,30(4):619-620.
- [2] 张静,冯秀兰.不同清洗方法对医疗器械清洗效果的研究[J].中国护理管理,2011,11(1):17-19.
- [3] Bonenfant NR, Sokocevic D, Wagner DE, et al. The effects of storage and sterilization on de-cellularized and re-cellularized whole lung[J]. Biomaterials, 2013, 34(13): 3231-3245.
- [4] 李竹,邹玉敏,李丹红,等.不同浓度多酶清洗液在超声波清洗机中的应用研究[J].黑龙江医药科学,2012,35(4):100-101.
- [5] Baldwin MK, Rodriguez MI, Edelman AB. Lack of insurance and parity influence choice between long-acting reversible contraception and sterilization in women post-pregnancy[J]. Contraception, 2012, 86(1): 42-47.
- [6] 李竹,詹俊杰,邵宇飞,等.不同浓度多酶清洗液清洗复用医疗器械的效果研究[J].中华医院感染学杂志,2012,22(22):5071-5072.
- [7] Ferraris S, Pan G, Cassinelli C, et al. Effects of steriliza-

tion and storage on the properties of ALP-grafted biomaterials for prosthetic and bone tissue engineering applications[J]. Biomed Mater, 2012, 7(5): 94-102.

- [8] 陈静.消毒供应室医疗器械清洗质量影响因素及对策[J].齐鲁护理杂志,2011,17(27):117-118.
- [9] Phillip E, Murthy NS, Bolikal D, et al. Ethylene oxide's role as a reactive agent during sterilization; effects of polymer composition and device architecture[J]. J Biomed Mater Res B Appl Biomater, 2013, 101(4): 532-540.
- [10] 俞丽云.多酶清洗液在再生医疗器械清洗中的应用[J].中华医院感染学杂志,2012,22(20):4568.
- [11] 焦丽玲,刘文红,赵俊霞.医院消毒供应中心实施手术医疗器械清洗包装的效果评价[J].中国实用护理杂志,2012,28(14):1-3.
- [12] Borrelli M, Reichl S, Feng Y, et al. In vitro characterization and ex vivo surgical evaluation of human hair keratin films in ocular surface Reconstruction after sterilization processing[J]. J Mater Sci Mater Med, 2013, 24(1): 221-230.
- [13] 朱茹英,胡娜,兰淑云.次氯酸钠加多酶对供应室器械清洗效果的观察[J].中华医院感染学杂志,2013,23(3):621-622.
- [14] Zamyadi A, Fan Y, Daly RI, et al. Chlorination of microcystis aeruginosa: toxin release and oxidation, cellular Chlorine demand and disinfection by-products formation[J]. Water Res, 2013, 47(3): 1080-1090.

(收稿日期:2013-08-26 修回日期:2013-10-29)

系统护理干预在初产妇阴道分娩后出血及尿潴留的效果分析

莫丽萦(海南省农垦总医院妇产科,海口 570311)

【摘要】目的 探讨系统护理干预在初产妇阴道分娩后出血及尿潴留中的临床疗效。方法 选取海南省农垦总医院 2011 年 3 月至 2013 年 3 月收治的阴道分娩初产且产后发生尿潴留的产妇 100 例,按照入院的先后顺序分为干预组和对照组各 50 例,治疗组给予产妇系统护理干预措施。对照组给予产科常规护理。结果 干预组患者有效率为 94%,显著优于对照组的 70%。干预组产后出血例数及产后 24 h 出血量明显少于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 系统护理干预对预防产妇产后出血及尿潴留效果显著,尿潴留治愈率明显提高,减轻产妇痛苦,值得临床推广和应用。

【关键词】 系统护理干预; 阴道分娩; 初产妇; 产后出血; 尿潴留

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.08.057 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)08-1124-03

现代管理理论认为组织是一个开放的社会技术系统,不仅包括组织结构和技术的因素,而且包括管理、心理和社会方面的因素。系统性护理干预就是把患者个体、群体、组织等看成是整体的要素,彼此既相互联系,又互为条件。在护理干预过程中,这些要素都不是单个人或某种孤立群体的个别行为,而是经过社会系统加工了的,所以表现出来的都是社会行为、组织行为和群体行为,它都是借助人们的交往或人际关系进行彼此加工和相互影响的结果,即都是系统的产物。因此在系统性护理干预过程中,必须从各种角度、层次去揭示患者的活动规律性,从而得出全面正确的结论,科学地指导患者配合治疗和

护理。产后尿潴留是指产妇在分娩后 6~8 h 膀胱有尿而不能自行排出,残余尿量大于 100 mL,小腹胀痛,多发生于初产妇,是产科较为常见的并发症之一。一般阴道分娩者产后尿潴留的发生率约为 12%,而手术助产者可高达 25%~30%^[1]。由于膀胱过度充盈可以影响子宫复旧,导致阴道出血量增多,因此,产后尿潴留是产后大出血的一个常见诱因;同时可引起泌尿系统的感染率增加,进而引发产褥感染,对产妇分娩后的身心健康具有较大的影响^[2]。作者通过对本院 2011 年 3 月至 2013 年 3 月收治的产妇进行系统护理干预,取得满意的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2011 年 3 月至 2013 年 3 月收治的阴道分娩初产妇产后发生尿潴留的患者 100 例, 年龄 21~35 岁, 平均 25 岁, 总产程 9~21 h, 平均(14±3)h。按照入院的先后顺序分为干预组和对照组各 50 例, 干预组年龄 22~34 岁, 平均 26 岁, 总产程 9~20 h, 平均(13±3)h。对照组年龄 21~35 岁, 平均 24.5 岁, 总产程 10~20 h, 平均(14±6)h。所有产妇均无泌尿系统疾病、神经系统疾病及其他系统疾病史。两组产妇在孕周、年龄、分娩方式以及总产程方面差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组给予产科常规护理, 无其他干预措施。干预组在对照组护理基础上, 给予护理干预, 在患者入院护理评估开始, 利用每天查房、检查、健康教育、实施治疗等机会随时进行。对照组根据医嘱行常规护理, 包括体位、饮食护理, 切口护理、功能锻炼指导, 由主管护师完成。干预组除接受常规护理外, 再由专职护士进行产后尿潴留的系统护理干预, 即每日评估→制订干预计划→实施干预→评价干预效果。给予产妇心理护理、诱导排尿法、指压穴位法、肛门注入开塞露等护理干预措施。系统护理干预时间为患者入院至出院。具体护理干预方法如下。

1.2.1 心理护理 护士对产妇产前的生理以及心理状况进行详细全面评估, 进行耐心的解释工作。对情绪紧张、担心排尿会引起会阴伤口裂开及疼痛的产妇, 向其解释会阴以及尿道的解剖位置, 消除因害怕蹲位排尿而导致伤口裂开的顾虑; 并且说明产后排空膀胱的重要性, 使产妇知晓排尿能促进子宫收缩, 减少产后出血, 增加产妇信心, 帮助产妇克服紧张心理。鼓励产妇于产后 4 h 之内排尿, 因尽早自排尿, 有利于促进排尿功能的恢复, 减少产后出血量。

1.2.2 诱导排尿法 采取治疗性护理干预措施, (1)听流水声法: 让产妇取习惯性的排尿姿势, 护士可手持盛水的杯子, 从高处往下倒水, 或打开水龙头开关, 使其发出哗哗的流水声, 以达到促进排尿的目的。(2)边洗边听法: 嘱产妇取半蹲位, 用含 0.5% 高锰酸钾的温热水清洗会阴部, 边洗边发出滴滴的流水声, 此法不仅有滴水声, 又有温热刺激, 因此效果相对较好。(3)腹壁冲水法: 让产妇取习惯性的排尿姿势, 微挺腹, 头稍后仰, 用温水从脐往下冲洗至外阴部, 利用流水声以及热刺激, 来达到促进排尿的目的。由于此法滴水位置相对较高, 所以滴水声也就相对较强, 且为温水, 能长时间刺激腹部以及尿道口, 因此比上述两种方法效果更为显著。(4)热气熏蒸外阴部: 嘱产妇取蹲位, 把放有适量开水的水盆放于产妇的会阴部下方, 利用水蒸气刺激尿道周围神经感受器来促进排尿^[3]。

1.2.3 指压穴位法 让产妇取蹲坐位, 左手扶在产妇的腰部, 右手以拇指按压关元穴, 并由腹部向后、向下按压, 力度应由轻到重; 同时嘱产妇放松下腹部, 并用力自排小便, 直到尿液排空, 才能停止按压。

1.2.4 针刺治疗 取任脉和足太阴脾经配之足太阳膀胱经穴为主。任脉取穴中极、关元、气海、足太阴脾经取穴双侧三阴交、阴陵泉, 膀胱经取穴双侧腰阳关、肾俞。局部皮肤常规消毒, 针灸针高压灭菌, 留针 20~30 min, 毫针刺, 用泻法促使排尿。

1.2.5 肛门注射开塞露 可利用排便促使排尿的神经系统反射, 采用肛门注射开塞露来预防产后尿潴留的发生。其方法为: 取开塞露 2 支 40 mL, 挤入肛门, 嘱产妇取侧卧位, 一般可于 15 min 后自行排便、排尿。指导产妇正确地利用腹压, 使尿

液能顺利的自行排出, 如产妇没有排尿, 可重复数次, 此方法操作简便、效果快速有效。

若使用上述方法均无效时, 应在严格无菌操作下实行导尿管及时排出尿液, 防止因膀胱过度充盈而影响子宫的收缩, 导致产后出血的发生。必要时留置导尿管 1~2 d, 并给予抗生素预防感染。

1.3 疗效评价 观察两组产妇产后尿潴留的临床治疗效果, 及产后出血情况。产后出血标准: 胎儿娩出后 24 h 内出血量超过 500 mL 者称为产后出血。尿潴留判断标准^[4]: 产妇术后腹胀症状消失, 治疗 1~3 次尿液能够自行排出为显效; 腹胀症状减轻, 治疗 3~6 次尿液能够自行排出为有效; 治疗 5 次及以上尿液仍不能够自行排出, 症状无变化为无效。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。在患者出院前 1 d 对产妇进行疗效评价。

1.4 统计学处理 所得数据采用 SPSS17.0 统计软件进行分析, 两组临床疗效比较采用 χ^2 检验, 两组产后 24 h 出血量比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 干预组的有效率为 94%, 显著优于对照组的 70%, 两组比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	显效(n)	有效(n)	无效(n)	有效率(%)
干预组	50	27	20	3	94
对照组	50	14	21	15	70

2.2 两组产后出血例数及产后 24 h 出血量比较 两组比较, 干预组产后出血例数及产后 24 h 平均出血量明显少于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组产后出血例数及产后 24 h 平均出血量比较

组别	n	产后出血(n)	产后 24 h 平均出血量(mL)
干预组	50	1	387.62±42.95
对照组	50	3	509.56±47.65

3 讨论

尿潴留是产妇产后常见的并发症之一, 对产妇心理和生理造成不安和痛苦, 不仅影响子宫复旧, 还会引起产后出血, 甚至导致泌尿道炎症, 直接影响到产妇身体的康复。产后出血的主要原因有子宫收缩乏力、软产道裂伤、胎盘因素和凝血功能障碍。产后出血不仅影响产妇的身心健康, 增加经济负担; 而且, 短时间内大量失血可迅速引起失血性休克, 严重者危及产妇生命, 休克时间过长可引起脑垂体失血坏死。因此, 在尿潴留的发生前做好预防工作在临床上显得十分重要^[5-8]。

系统护理干预是指由专职护士进行产后尿潴留的系统护理干预, 即每日评估→制订干预计划→实施干预→评价干预效果。由于产后尿潴留发生原因很多, 多发生于初产妇。主要有以下几个方面: (1)阴道分娩, 产程相对较长, 使膀胱以及尿道受到胎儿通过的压力过久, 导致膀胱及其尿道周围组织肿胀、黏膜充血水肿, 致使许多产妇对膀胱胀满的敏感度降低, 因而发生尿潴留。(2)分娩后一方面由于妊娠时腹壁长期持久扩张后松弛, 腹直肌分离, 腹壁腹压下降, 逼尿肌收缩乏力, 敏感性降低, 致使无力排尿。另外, 产妇出现宫缩乏力、第二产程延长

及对分娩过程的焦虑、紧张等也会影响产妇分娩后的排尿^[9-10]。产后尿潴留的临床症状主要表现为产妇有强烈排尿感,且伴有膀胱区疼痛,但尿液不能自行排出。产后尿潴留对产妇的产后恢复极为不利,可造成产妇泌尿系统的感染,延长住院时间,增加患者经济负担,在临床上已引起医务人员的高度重视。本研究结果显示,干预组患者采用系统护理干预,治疗有效率为 94%,显著优于对照组的 70%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。本研究结果还显示,干预组产后出血例数及产后 24 h 平均出血量明显少于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。通过系统护理干预可以针对产妇每天发生的具体情况,随时更新护理干预计划,并及时实施,评价干预效果,可以起到有针对性的作用。

综上所述,对产妇采取早期护理干预可提高尿潴留的治疗有效率,可缓解产后出血情况的发生,最大限度地减轻产妇的痛苦,避免因尿潴留引发的不适及相关并发症,以利于产妇的产后恢复,有利于提高护理质量,促进产妇早日康复,值得临床推广和应用。

参考文献

[1] 程红缨. 留置导尿管所致尿路感染与预防措施的研究进展[J]. 解放军护理杂志, 2009, 26(10): 36-37.

[2] 姜莉, 窦娜. 早期护理干预对预防产后尿潴留的临床研究[J]. 中国医药导刊, 2011, 13(1): 145-146.

[3] 顾炜, 李小妹, 李雪玲, 等. 松弛疗法对分娩的影响[J]. 中华护理杂志, 2002, 37(10): 15-17.

[4] 曹智玲. 护理干预对产后尿潴留的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2011, 4(16): 46-47.

[5] 张丽扬. 综合治疗产后尿潴留 36 例疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(29): 3580-3581.

[6] 梁伟霞, 黄琨. 留置尿管所致尿路感染危险因素与预防措施研究进展[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(19): 104-105.

[7] 陈晓菲, 张小芬, 虞慧君. 护理干预对助产质量及产后出血的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2009, 25(27): 40-41.

[8] 谭创, 黄秀良. 留置导尿管与尿路感染的监测分析及护理[J]. 中华医院感染学杂志, 2009, 19(13): 1671-1672.

[9] 姜梅. 产后尿潴留的护理干预体会[J]. 海南医学, 2009, 20(2): 121-122.

[10] 韦咏坊. 留置导尿与尿路感染相关因素的研究进展[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(3): 206-208.

(收稿日期: 2013-08-19 修回日期: 2013-12-29)

对无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺病实施护理干预的临床效果分析

徐 兰, 黄伟霞(重庆市璧山县人民医院内四病区 402760)

【摘要】 目的 分析行无创呼吸机治疗时护理干预对慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者治疗的临床效果。**方法** 对 2009 年 6 月至 2012 年 6 月璧山县人民医院收治的慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者进行回顾性分析。将患者分为试验组与对照组, 均进行无创呼吸机治疗。其中对照组患者采用常规护理方法, 而试验组患者采用有针对性的综合护理干预措施, 并观察护理干预效果。**结果** 静脉血 pH、二氧化碳分压(PaCO₂)、动脉氧分压(PaO₂)、一秒用力呼气容积(FEV1)和 FEV1/FVC 干预后与干预前差异均有统计学意义($P<0.05$), 且干预后试验组 5 项指标均高于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$)。试验组患者各项并发症发生率、上机时间及住院时间均小于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 护理干预可提高无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的临床效果, 并可减少并发症的产生, 值得在临床上推广。

【关键词】 慢性阻塞性肺病; 呼吸衰竭; 护理干预; 效果分析

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 08. 058 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)08-1126-03

慢性阻塞性肺病(COPD)发病病程较长, 病死率较高, 常见并发症有呼吸衰竭, 给患者及其家属带来严重影响^[1-2]。目前临床上对此类患者采用无创呼吸机进行治疗, 这种方法可改善患者通气, 纠正其机体缺氧情况, 并达到促进 CO₂ 排除的效果^[3]。作者对 2009 年 6 月至 2012 年 6 月本院收诊的 COPD 合并呼吸衰竭患者进行回顾性分析, 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 6 月至 2012 年 6 月本院收诊的 COPD 合并呼吸衰竭患者 98 例, 均符合相关 COPD 及呼吸衰竭诊断标准。将患者随机分为两组, 其中试验组患者 49 例, 男 35 例, 女 14 例, 年龄 56~79 岁, 平均(65.4±1.2)岁, 病程 2~8 年, 平均(5.6±0.8)年; 对照组患者 49 例, 男 36 例, 女 13 例, 年龄 56~78 岁, 平均(65.3±1.3)岁, 病程 2~8 年, 平均(5.6±0.7)年。两组患者在性别、年龄及体质等方面差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.2 治疗方法 两组患者均常规止咳祛痰、平喘、抗炎、营养

支持、呼吸兴奋剂及纠正电解质和酸碱紊乱^[4], 并用 BiPAP 呼吸机无创正压通气治疗。根据患者情况采用 S/T 模式面罩式通气, 吸气压力 8~12 cm H₂O, 呼气压力 4~6 cm H₂O, 吸氧浓度 35%~45%, 持续通氧气, 间断吸痰并保持呼吸道通畅, 并检测患者各项生命体征, 血气及血氧饱和度等^[5]。

1.3 护理方法 对照组患者采用常规护理方法, 而试验组患者采用有针对性的综合护理干预措施。

表 1 两组患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	pH	血气分析(mm Hg)	
			PaCO ₂	PaO ₂
试验组	49	7.31±0.11	86.12±20.34	56.01±16.43
对照组	49	7.29±0.09	85.89±19.78	55.98±15.89
P		>0.05	>0.05	>0.05

1.3.1 无创呼吸机治疗前护理 (1) 选择合适体位。为保证