

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

治疗时有舒适感觉和治疗效果,患者应选择合适体位^[6]。本组大部分患者选择半卧位。(2)选择合适面罩。面罩与患者直接接触,为患者与呼吸机的界面,故选择合适面罩对患者的治疗效果有举足轻重的作用。本组患者选择的是沙立文多功能双水平无创呼吸机面罩,面罩角度可调节,紧贴面部,并配有额垫和硅胶。(3)建立非语言交流。护理人员应教会患者交流方式。在本组中点头表示同意,摇头表示不同意,击掌表示鼓励^[7]。(4)心理护理。本组多数患者为初次使用呼吸机治疗,信心难免不足,故护理人员需耐心讲解无创呼吸机治疗意义,治疗期间注意事项等,以增强患者信心。

1.3.2 无创呼吸机治疗时护理 (1)选择合适环境。为保证治疗效果,治疗室应保证安静通风,室温控制在 21~25℃,湿度控制在 60%左右。(2)呼吸机参数选择。在治疗前需了解患者病情并检查呼吸机各项功能是否完好;测量患者脉搏,呼吸和血氧饱和度,并选择合适通气模式;每 10 分钟调节参数,从 5 cm H₂O 开始上调直到患者感到舒适,同时注意潮气量、漏气量情况^[8]。(3)参数监护及观察病情变化。实时检测患者呼吸、心率及指脉氧变化;并注意患者呼吸情况,如烦躁、呼吸困难等,若患者呼吸道分泌物增多,护理人员应协助患者咳出。

1.3.3 无创呼吸机治疗后护理 (1)病情观察。治疗后护理

人员需观察患者各项生命体征,并注意是否有头晕眼花、烦躁不安等情况。(2)呼吸机功能锻炼。本组患者膈肌低平,活动度较差,肺通气量下降,故加重了 CO₂ 潴留及缺氧情况,所以应加强患者呼吸机功能的锻炼,使患者学会缩唇呼吸及腹式呼吸。(3)呼吸管路的消毒。口鼻面罩应专人使用,并需每日消毒,一般用 1 000 mg/L 氯制剂浸泡 30~40 min,再用清水冲洗。吸气过滤器、过滤片均为一次性使用,湿化罐内液体需每日更换 1 次。定期检查呼吸机运行状况,并对其做好必要的维护^[9]。

1.4 效果观察 两组患者护理干预前后观察指标:(1)口腔干燥、胃胀气及皮肤损伤等并发症情况;(2)动脉血 pH、二氧化碳分压(PaCO₂)、动脉氧分压(PaO₂)、一秒用力呼气容积(FEV1)及 FEV1/FVC;(3)上机时间及住院时间。

1.5 统计学处理 应用 SPSS19.0 进行数据统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 来表示数据,采用 *t* 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者动脉血气情况 3 项指标干预前后差异均有统计学意义(*P* < 0.05);干预后试验组与对照组 3 项指标差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组患者动脉血气情况($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血动脉 pH		PaCO ₂ (mm Hg)		PaO ₂ (mm Hg)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	49	7.31±0.11	7.48±0.41	86.12±20.34	57.43±14.16	56.01±16.43	87.32±15.65
对照组	49	7.29±0.09	7.37±0.34	85.89±19.78	51.32±12.32	55.98±15.89	81.19±12.32
<i>t</i>		4.432	7.612	4.123	7.564	4.561	7.154
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者肺功能情况 两组患者 FEV1 和 FEV1/FVC 情况,见表 3。FEV1 与 FEV1/FVC 这两项指标干预后和干预前差异有统计学意义(*P* < 0.05);干预后试验组这两项指标均较对照组为高,且差异具有统计学意义(*P* < 0.05)。

表 3 两组患者肺功能情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FEV1(L)		FEV1/FVC(%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	49	1.51±0.49	1.89±0.71	48.34±6.54	59.57±8.91
对照组	49	1.53±0.51	1.62±0.61	48.21±6.21	54.54±6.21
<i>t</i>		3.542	8.012	3.201	7.412
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组并发症比较 试验组口腔干燥、胃胀气、皮肤损伤发生率分别为:3 例(6.1%)、4 例(8.2%)、2 例(4.1%),明显低于对照组[11 例(22.4%)、9 例(18.4%)、10 例(20.4%)],差异有统计学意义(χ^2 值分别为 8.431、7.901、9.412, *P* < 0.05)。

2.4 两组患者上机时间与住院时间比较 试验组患者上机时间和住院时间分别为(7.9±1.2)和(15.6±2.5)d,均少于对照组[(15.2±3.1)和(21.9±5.4)d],差异有统计学意义(*t* 值分别为 9.651、8.312, *P* < 0.05)。

3 讨 论

各类呼吸疾病可引起患者血氧饱和度下降,交感神经张力

增高,副交感神经张力降低,胸内负压及血液 CO₂ 浓度升高和血液 pH 值降低,严重影响患者各类重要器官的功能,尤其是患者心血管和脑功能。目前临床上对呼吸疾病治疗主要方法为用无创呼吸机治疗,它有操作简单,体积小和便于携带等优点^[10]。

在本研究中,两组患者经无创呼吸机治疗后动脉血 pH、PaCO₂、PaO₂、FEV1 和 FEV1/FVC 均恢复正常,经护理干预后试验组指标与对照组比较差异有统计学意义(*P* < 0.05);且试验组患者上机时间与住院时间也显著少于对照组(*P* < 0.05),这说明护理干预可促进患者的恢复。本研究结果还显示,试验组患者各项并发症的发生率低于对照组,且差异具有统计学意义(*P* < 0.05),这说明护理干预可减少患者无创呼吸机治疗时发生并发症。

综上所述,护理干预可提高无创呼吸机治疗 COPD 合并呼吸衰竭患者的临床效果,并可减少并发症的发生,值得在临床上推广。

参 考 文 献

[1] 王义阳,郭兵. BiPAP 呼吸机辅助治疗 COPD 伴 II 型呼吸衰竭的护理体会[J]. 临床肺科杂志, 2006, 11(3): 419.
 [2] 赵凌燕. BiPAP 呼吸机辅助治疗慢性阻塞性肺疾病患者的护理体会[J]. 实用心脑血管病杂志, 2008, 16(7): 77-78.

[3] 吴小青,叶良玉,徐效峰,等.老年慢性阻塞性肺疾病伴呼吸衰竭早期应用无创双正压通气的监测及护理[J].齐鲁护理杂志,2004,10(12):903-905.

[4] 王美锦,杜娟.无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的护理[J].贵阳医学院学报,2011,36(5):542.

[5] 王剑. BiPAP 呼吸机加用加热湿化器后无创通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭疗效评价[J]. 内蒙古中医药,2011,30(11):54-55.

[6] 胡志雄,周海英,张熙,等. 克拉霉素联合噻托溴铵治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)疗效[J]. 中国人兽共患病学报,2011,27(2):120-123.

[7] 姚坚,陈金亮,陶一江. 噻托溴铵治疗 COPD 疗效观察

[J]. 临床肺科杂志,2012,17(12):2204-2205.

[8] Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease Gold executive summary[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2013, 187(4):347-365.

[9] 王芳,姜超美. 无创呼吸机治疗老年慢性阻塞性肺病合并早期呼吸衰竭患者的护理[J]. 中国实用护理杂志,2011,27(19):30-31.

[10] 张利平. 综合护理干预对 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者无创正压通气治疗效果的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(27):23-25.

(收稿日期:2013-08-12 修回日期:2013-10-20)

聚丙烯网塞无张力疝修补术治疗老年双侧腹股沟疝的护理

胡庆华,李志强,刘艳蕾(北京市延庆县中医医院外科)

【摘要】 目的 探讨聚丙烯网塞无张力疝修补术治疗老年双侧腹股沟疝的护理效果。方法 选取北京市延庆县中医医院 2008 年 1 月至 2011 年 12 月收治的双侧腹股沟疝老年患者 56 例,分为对照组和观察组,均行聚丙烯网塞无张力疝修补术,对照组进行常规护理,观察组行人性化护理。以患者的第一次下床活动时间、住院时间、患者满意率以及术后并发症发生情况和复发情况作为观察指标,评价治疗效果,并进行统计学分析。结果 观察组患者的第一次下床活动时间、住院时间以及患者满意率优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);同时,两组间的并发症与复发情况差异也有统计学意义($P < 0.05$)。结论 采用人性化护理可以显著缩短患者的康复时间,提高对患者护理的质量,减少并发症和复发率,是一种较好的临床护理手段,值得加以推广应用。

【关键词】 双侧腹股沟疝; 无张力疝修补术; 护理; 聚丙烯网塞

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.08.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)08-1128-03

腹股沟疝是一种常见的外科疾病,多发生于中老年人^[1-2]。尤其是双侧腹股沟疝的老年患者,一般病史较长,同时并发多种内科疾病。采用传统的双侧切口疝修补术,由于局部的张力过大,往往导致术后的并发症多,复发率高^[3]。因此,无张力疝修补术在治疗老年双侧腹股沟疝中得到了广泛的应用^[4]。本文以聚丙烯网塞无张力疝修补术治疗老年双侧腹股沟疝的护理情况为研究对象,旨在为今后该疾病的临床应用提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 1 月至 2011 年 12 月本院收治双侧腹股沟疝老年患者 56 例,其中男 31 例,女 25 例,年龄 62~74 岁,平均(67.9±3.1)岁,其中双侧直疝 8 例,双侧斜疝 34 例,一侧斜疝、一侧直疝 14 例。同时并存基础疾病:高血压患者 33 例,糖尿病患者 14 例,心律失常患者 10 例,慢性支气管炎患者 7 例,前列腺增生患者 4 例,肝硬化门静脉高压 3 例。将所有患者随机分为观察组和对照组,每组 28 例。两组患者在年龄、性别、病史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 所有患者均采用聚丙烯网塞无张力疝修补术,经硬膜外麻醉后,先游离疝囊,依据内环口的面积裁剪网片,四等分点,并缝线收紧网片形成一个锥形网塞,将其放入并堵塞内环口,缝合并固定于腹横筋膜。再将大小合适的长方形网片的四角缝合固定于腱膜组织上,内上角固定于耻骨的腱膜组织上,内下角固定于陷窝韧带上,然后缝合肌腱膜和皮肤。

双侧均使用同一种手术方法。

表 1 两组患者的基本情况比较(n)

组别	男	女	双侧直疝	双侧斜疝	一侧直疝、另一侧斜疝
观察组	15	13	4	18	6
对照组	16	12	4	16	8

1.3 护理方法 观察组在常规护理方法的基础上,辅以人性化护理。手术前以宣传教育和术前对症准备为主,对患者的全身状况进行评估,了解患者的疾病史,做好各项医学检查工作,及时有效地与患者进行沟通交流,并在此过程中观察患者的心理状态和性格特征,介绍腹股沟疝的诊疗知识,加以心理疏导,消除患者对于疾病的恐惧、忧虑等负面情绪的影响;手术过程中,配合医生进行手术操作,随时询问患者的感受,耐心解答患者的疑问,时刻注意患者的情绪变化,及时进行心理疏导,转移患者的注意力,放松患者的心情,确保手术顺利完成;手术后,密切关注患者的生命体征变化,根据医嘱进行切口护理,防止伤口感染,及时处理并发症,鼓励患者早期下床运动,同时给予患者及其家属心理支持和出院指导。对照组仅行常规护理。手术前对患者进行相应的医学检查,简单介绍腹股沟疝相关的诊疗知识和手术过程中的注意事项;手术中根据医生要求配合手术操作,及时回答患者的问题;手术后遵医嘱进行护理,及时处理患者不适,或告知医生进行相应处理。

1.4 评价指标 以患者的第一次下床活动时间、住院时间、