

视。心理护理是指在护理的全过程中,护理人员运用医学心理学知识,以积极的态度、恰当的方法、美好的语言等对患者的精神痛苦、心理顾虑、思想负担、疑难问题等进行疏导。用启发、诱导、说服、解释、安慰、劝解及调整环境等方法,帮助患者摆脱不良心理,使其达到最适宜的身心状态。由于疾病的治疗效果和转归与患者心理因素关系密切,因此,对患者进行心理护理格外重要。心理护理的主要目的在于:消除患者紧张、焦虑、悲观、抑郁等不良情绪,增强战胜疾病的信心;通过正确、及时的健康教育,使患者尽早适应病情及住院环境;帮助患者建立新的人际关系,特别是医患关系,以适应新的社会环境^[14-16]。

本研究表明,心理护理干预和常规护理干预均可有效降低孕妇 SDS、SAS 评分,使孕妇焦虑、抑郁心理状态得到一定程度的缓解,且心理护理干预对孕妇焦虑、抑郁心理状态的缓解效果优于常规护理干预。心理护理干预也有助于降低剖宫产率,说明心理护理干预对于孕妇对分娩方式的选择也有一定的作用。多数孕妇在心理护理干预后,主要选择自然分娩的方式进行分娩。与此同时,心理护理干预也有利于建立良好的护患关系,提高孕妇对护理工作的满意度。

综上所述,有效的心理护理干预可明显缓解孕妇的焦虑、抑郁心理,有效降低剖宫产率,提高孕妇对护理工作的满意度,值得临床推广应用。

参考文献

[1] Gorayeb RP, Gorayeb R, Berezowski AT, et al. Effectiveness of psychological intervention for treating symptoms of anxiety and depression among pregnant women diagnosed with fetal malformation[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2013,121(2):123-126.

[2] Uguz F, Gezginc K, Yazici F. Are major depression and generalized anxiety disorder associated with intrauterine growth restriction in pregnant women? A case-control study[J]. Gen Hosp Psychiat, 2011,33(6):640-645.

[3] 郝晖,金庆英. 产妇心理健康及分娩自我效能感与分娩疼痛的相关性分析[J]. 中国妇幼保健, 2013,28(27):4461-

4463.

[4] 余翠萍,李汉群. 产妇心理状态对分娩质量的影响程度与护理干预[J]. 护士进修杂志, 2013,28(14):1330-1331.

[5] 李金凤,卢毅力. 产前护理的必要性及要点[J]. 中国现代医学杂志, 2012,22(36):109-110.

[6] 丁国红,刘又红. 产前健康教育干预对孕妇分娩方式及产后泌乳的影响[J]. 中国妇幼保健, 2011,26(29):4505-4506.

[7] 孙珂,高玲玲,李毅,等. 产前心理教育对初产妇社会支持和抑郁症状的影响[J]. 中山大学学报:医学科学版, 2011,32(1):90-95.

[8] 吕俊健,周伟. 产前抑郁状态对新生儿健康的影响[J]. 中国妇幼保健, 2012,27(29):4539-4541.

[9] 王媛媛,马旭. 出生缺陷干预从产前优生服务到孕前保健的模式转变[J]. 中国计划生育学杂志, 2012,20(8):573-575.

[10] 朱海,陆智杰,缪雪蓉,等. 初产妇焦虑状态与痛阈关系对分娩镇痛的影响[J]. 第二军医大学学报, 2011,32(12):1382-1384.

[11] 吴庆珠. 认知行为干预对剖宫产产妇焦虑、抑郁情绪的影响[J]. 护士进修杂志, 2011,26(15):1422-1423.

[12] 徐峰. 心理护理及健康指导在剖宫产产妇护理中的应用[J]. 全科护理, 2012,10(2):376-377.

[13] 叶永芬,胡秀,黄明秀. 影响产房护理安全的因素与对策[J]. 检验医学与临床, 2013,10(6):751-752.

[14] 武晓丹,顾春怡,张铮,等. 助产护士产前门诊对初产妇心理状态、满意度及分娩结局的影响[J]. 中华护理杂志, 2012,47(7):581-584.

[15] 张宠英. 自然分娩产妇产程与心理、生理及社会支持的相关性研究[J]. 中国妇幼保健, 2012,27(15):2277-2279.

[16] 钟莲. 孕妇产前心理状况与分娩方式的关系研究[J]. 中国妇幼保健, 2013,28(17):2709-2711.

(收稿日期:2014-01-16 修回日期:2014-04-22)

重症急性胰腺炎患者经鼻空肠置管肠内营养护理研究

陈志林,王海花,郭彩虹(海南医学院附属医院重症监护病房,海口 570102)

【摘要】 目的 探讨重症急性胰腺炎(SAP)患者经鼻空肠置管肠内营养的护理方法。**方法** 对 68 例经鼻空肠置管肠内营养的 SAP 患者进行全面护理,包括置管前心理护理,置管中密切观察和配合,以及置管后完善护理记录、预防管路脱出和堵塞、防止感染等护理措施。**结果** 68 例患者均置管成功,带管时间平均 13.6 d。发生留置管脱出空肠 12 例次。置管后腹痛 8 例、腹泻 6 例,均给予对症处理后症状缓解;无发生感染、肠穿孔的患者。68 例患者对护理工作满意 65 例、基本满意 2 例、不满意 1 例,满意率 97.7%。**结论** 经鼻空肠置管肠内营养应用于 SAP 患者安全、有效。良好的护理不仅能够保证患者的营养支持,也有助于减少并发症的发生。

【关键词】 重症急性胰腺炎; 经鼻空肠置管; 肠内营养; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.17.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)17-2462-03

重症急性胰腺炎(SAP)患者因处于高代谢、高应激状态,易因并发多脏器功能衰竭而死亡。因此,SAP 治疗过程中的早期肠内营养应用较为广泛^[1]。早期肠内营养能够减少患者全身性炎症,控制或延缓多脏器功能衰竭的发生^[2]。经鼻空肠置管早期肠内营养对改善机体免疫力、营养状况,促进患者康复及减少并发症的发生作用显著,已应用于 SAP 患者的治

疗^[3-6]。本院重症监护病房(ICU)于 2010 年 6 月至 2013 年 2 月对 68 例 SAP 患者采用经鼻空肠置管早期肠内营养治疗,效果显著。现将患者治疗过程中的护理方法及效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 6 月至 2013 年 2 月于本院 ICU 行经鼻空肠置管早期肠内营养治疗的 SAP 患者 68 例。所有患者

根据临床表现、体征,以及血清淀粉酶、B 超及 CT 等检查结果确诊为 SAP,符合 2007 年颁布的《重症急性胰腺炎诊治指南》^[7]。68 例患者中,男 42 例、女 26 例,年龄 38~79 岁,平均(58.6±16.4)岁。

1.2 方法

1.2.1 经鼻空肠置管方法 经征得患者同意后,所有患者均在入院后 24~72 h 采用 R-200 型胃肠造影机(德国西门子公司)实施经鼻空肠置管。将 76%泛影葡胺用清水按 1:1 比例稀释,患者口服 50 mL 泛影葡胺,胃肠造影机下观察胃轮廓;患者取半卧位,将螺旋形鼻肠管及配套导丝(荷兰纽迪西亚制药公司)经鼻轻轻插入胃内,在胃肠造影机引导下进入贲门、胃底,于胃底旋转导管,顺利通过胃底、胃体交界区,到达胃窦,待幽门开放后,推进幽门管,进入十二指肠,在导丝引导下置入空肠,拔出导丝,导管外端固定。

1.2.2 护理方法 (1)置管前护理:了解患者有无经鼻空肠置管指征;向患者说明空肠置管的必要性和优势,讲解注意事项,取得患者的配合,缓解患者的焦虑、紧张等不良情绪。置管前备好鼻肠管、导引钢丝等器械。(2)置管中配合:嘱咐患者在置管过程中保持平静呼吸,避免过度紧张。当鼻肠管推进至咽喉部时,嘱咐患者做吞咽动作,减少对咽喉部的刺激,避免引起恶心、呕吐等不适。密切配合手术医师的操作,协助观察胃肠道显影,确保鼻肠管远端置入 Treitz 韧带以下超过 30 cm。记录置管长度,并在置管后妥善固定。(3)置管后护理:置管后询问患者有无腹痛、腹胀、咽喉部疼痛等不适,向患者解释咽喉部出现异物感是正常现象。嘱咐患者在置管后 6~8 h 内做吞咽动作,避免干呕和咳嗽,以利于导管进入空肠,防止导管脱出。置管 6~8 h 后,经导管注入温开水或生理盐水 500~1 000 mL,待出现肛门排气后,给予能全力或艾伦多等营养剂,输入量由少到多逐渐增加。患者每日营养需要量由营养师会诊后,根据患者年龄、性别、身高、体质量等具体情况确定。营养液温度维持 37~40 ℃,输注速度均匀,避免过快或过慢,一般维持 60~80 mL/h。每间隔 4 h 以温开水 30~50 mL 冲管 1 次。如发生营养液胃食管反流,应停止输入,并嘱咐患者采用左侧卧位,防止误吸入气道。每日进行口腔护理,定期对管壁进行消毒,必要时进行更换,预防感染的发生。留置管应妥善固定,保持通畅,防止扭曲、受压、堵塞或脱出。每天观察并记录体外导管留置长度,观察患者有无腹痛、腹泻、腹胀、肠穿孔等不良反应。对于出院后仍需保留置管的患者,对患者家属进行家庭喂养指导。

2 结 果

68 例患者均置管成功,带管时间 7~28 d,平均 13.6 d,平均换管 2.6 次。发生留置管脱出空肠 12 例次,均再次置管后继续行肠内营养。6 例患者需在胃镜下协助置管至空肠。置管后腹痛 8 例、腹泻 6 例,均给予对症处理后症状缓解;未出现发生留置管感染、肠穿孔的患者。68 例患者中,对护理工作满意 65 例、基本满意 2 例、不满意 1 例,满意率为 97.7%。

3 讨 论

SAP 起病急、病程进展快、患者病死率高,而营养状况对患者的预后有着直接影响。SAP 患者早期需禁食以减少胰液、胃酸等消化液的分泌。因此,早期营养支持是 SAP 的重要治疗手段之一。经鼻空肠置管肠内营养能够将营养液经导管直接输入空肠,不会对胰腺产生刺激作用,同时又利用了患者自身的肠道功能,在实现 SAP 早期肠内营养的同时,又避免了经腹部造瘘空肠置管的手术创伤,是对 SAP 患者进行营养支

持的有效、安全、无创的手段^[8-11]。

加强 SAP 患者经鼻空肠置管肠内营养的护理,对延长患者带管时间、保证营养支持、减少并发症、提高疗效和改善预后至关重要^[12]。现结合临床护理工作经验,将 SAP 患者经鼻空肠置管肠内营养的护理注意事项分析如下。

首先,应对护士进行相关知识的培训,使其熟练掌握操作过程,了解注意事项,以及常见并发症和处理措施,同时能够为每位患者制订详细的护理计划。置管前,应对患者进行适当的心理护理干预。由于 SAP 患者病情重、疗程长、治疗费用高,对经鼻空肠置管肠内营养缺乏了解,使其存在不同程度的焦虑、紧张、恐惧、悲观等不良情绪,担心置管的疗效、安全性及舒适性。因此,在护理工作中,应将心理疏导纳入整体护理计划,通过讲解 SAP 相关知识,强调营养支持的重要性,在做好心理疏导的同时,缓解患者思想压力,使其保持良好的心态,配合治疗和护理^[13]。在置管前,应做好物品准备,保证鼻肠管通畅和仪器、设备的性能良好,同时应向患者说明主要操作过程、可能带来的不适感及配合要点。

其次,护士在置管过程中的密切观察和配合,对保证导管成功置入合适位置以及减少意外情况的发生至关重要。例如,在胃肠造影的实时监测下,应随时观察置管位置及方向,从而保证置管准确性。贲门-胃底、胃体-胃窦交界处曲度较大,导管通过时容易受阻。因此,在导管推进至上述部位时,应反复进退导管及导丝,在胃肠造影的监测下保证正确的进管方向。在导管到达胃窦时,因空腔较大且幽门管容易痉挛,以导致导管扭曲、打转。此时,应避免急于进管,应嘱咐患者做吞咽动作,待幽门管开放时,找准时机快速推进导管。此外,应注意鼻肠管的置入位置不宜过浅,一般需超过 Treitz 韧带至少 30 cm,否则有可能导致导管滞留在胃窦或幽门,并且增加了置管后导管脱出空肠的风险,既达不到空肠营养的目的,也增加了对胰腺的刺激作用,不利于病情的控制。由于 SAP 患者病情普遍较重,加之患者耐受能力降低,因此在置管过程中应严密观察患者生命体征,尽可能减少患者的不适。一旦患者出现心率、血压、呼吸频率的大幅度波动,应暂缓操作。置管过程中,也应防止患者误吸,如出现口腔分泌物,应及时吸出。

第三,置管后的护理对保证营养液的输入及减少并发症意义重大。首先,应当选择合适的输注液及输注速度。对于经鼻空肠置管的 SAP 患者,置管后 24~48 h 内,以注入温开水、平衡盐液及葡萄糖溶液等晶体液为主。随后,根据患者肠道功能恢复情况,在肛门正常排气后,逐渐过渡到能全力等营养剂。同时,应根据患者生理需求计算营养液日用量,保证足够的营养支持。营养液的输注速度不宜过快或过慢,一般维持 60~80 mL/h,并且最好采用持续泵入的方法。输注速度过快容易引起胃食管反流,导致营养液外溢,严重时可导致误吸;输注速度过慢则容易造成管路堵塞。此外,营养液的温度以保持 37~40 ℃为宜。这有利于减少因营养液对患者胃肠道黏膜的刺激而导致的不良反应。经鼻空肠置管的主要并发症包括管路脱出、堵塞、感染、腹泻、肠穿孔等。因此,置管后应做好护理记录,包括外置管的长度、有无堵塞等。如发现导管脱出,需要重新置管。对于导管反复脱出或置管位置不当的患者,可选择在胃镜协助下置管,以提高置管成功率^[6]。护士需熟悉经鼻空肠置管可能导致的并发症及其临床表现,从而及早发现和处理。本研究中发生导管脱出空肠 12 例次,主要原因包括患者剧烈呕吐、喂食不当、导管位置过浅等。因此,SAP 患者在经鼻空肠置管后,必须注意避免剧烈呕吐,并通过使患者保持半

卧位,避免导管脱出空肠和再次置管。本研究中的 68 例患者均未发生留置管感染、肠穿孔等严重不良反应,患者对护理工作的满意率也较高。

综上所述,经鼻空肠置管肠内营养能有效保证 SAP 患者的营养支持,是适用于 SAP 患者的营养支持手段之一。经鼻空肠置管肠内营养的护理要点主要包括:置管前准备充分、心理疏导;置管过程中严密配合、仔细观察;置管后喂食指导,密切观察有无导管脱出及并发症的发生。护理难点在于如何预防导管脱出。整体而言,经鼻空肠置管肠内营养应用于 SAP 患者安全、有效;良好的护理不仅能够保证患者的营养支持,也有助于减少并发症的发生。

参考文献

[1] 王兴鹏.应大力提倡重症急性胰腺炎患者实施早期肠内营养[J].中华内科杂志,2011,50(5):364-365.
[2] 刘群亮,葛卫宁,孙国志,等.早期肠内营养对重症急性胰腺炎炎症反应综合征的影响[J].中华临床营养杂志,2012,20(2):119-120.
[3] 秦文波,黄寨.经鼻空肠管肠内营养在急性重症胰腺炎治疗中的作用[J].中国医药指南,2013,11(14):112-113.
[4] 张丽红,陈智敏.经鼻空肠早期营养降低急性重症胰腺炎并发症观察[J].现代临床医学,2013,39(1):78-80.
[5] 吴秋珍,姚建国,刘建东,等.经胃镜鼻空肠置管肠内营养

在重症急性胰腺炎的应用研究[J].中华消化内镜杂志,2009,26(11):594-595.
[6] 陈一奇,张竝,咎建宝,等.急性胰腺炎空肠置管的新方法[J].中华消化外科杂志,2011,10(2):140-141.
[7] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组.重症急性胰腺炎诊治指南[J].中华外科杂志,2007,45(11):727-728.
[8] 贾红云.急性重症胰腺炎患者早期肠内营养临床观察[J].中国实用医药,2012,7(18):158-159.
[9] 朱习琴.螺旋型鼻肠管实施肠内营养在急性重症胰腺炎患者中的应用[J].山西医药杂志,2012,41(11):1165-1166.
[10] 尚品杰.鼻空肠管在急性重症胰腺炎患者中的应用[J].中国现代药物应用,2013,7(8):40-41.
[11] 吴秋珍,姚建国,刘建东,等.经胃镜鼻空肠置管肠内营养在重症急性胰腺炎的应用研究[J].中华消化内镜杂志,2009,26(11):594-595.
[12] 胡古月.急性重症胰腺炎肠内营养的护理[J].中国医药指南,2013,11(3):330-331.
[13] 刘广丽.经鼻空肠管肠内营养在重症急性胰腺炎治疗中的作用及护理[J].临床护理杂志,2013,12(2):44-45.

(收稿日期:2014-01-20 修回日期:2014-04-26)

预见性临床护理路径在糖尿病视网膜病变患者中的应用效果研究

吴海英(海南省农垦总医院内分泌科,海口 570311)

【摘要】 目的 探讨预见性临床护理路径在糖尿病视网膜病变患者中的应用效果。**方法** 于 2011 年 10 月至 2013 年 4 月,将 80 例糖尿病视网膜病变患者随机分为观察组(40 例)和对照组(40 例)。对照组给予常规护理干预措施,观察组给予预见性临床护理路径干预措施。采用世界卫生组织生存质量简表(WHO QOL-BREF 量表)和 Morisky 用药依从性问卷对护理干预前后患者的生存质量和用药依从性进行评估和比较。**结果** 护理干预 1 个月后,观察组患者用药依从性评分为(15.54±3.59)分,高于对照组的(11.48±3.54)分($P<0.05$);观察组患者生存质量各维度的评分分别为生理领域(19.64±6.26)分、心理领域(18.16±5.52)分、社会领域(18.09±4.96)分、环境领域(18.65±5.81)分,均高于对照组患者的相应评分(14.42±4.40)分、(13.43±4.33)分、(14.89±4.27)分、(13.93±4.98)分($P<0.05$)。**结论** 在糖尿病视网膜病变患者中实施预见性临床护理路径干预,可以有效提高患者护理的依从性,提高患者生存质量,值得临床推广。

【关键词】 预见性临床护理路径; 糖尿病视网膜病变; 用药依从性; 生存质量
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.17.056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)17-2464-03

糖尿病视网膜病变是糖尿病患者最常见的并发症之一,发病机制尚未完全阐明,也缺乏有效的治疗方法。早期发现、早期治疗对延缓糖尿病视网膜病变的进展至关重要,可使大多数患者的视力不受影响^[1]。预见性临床护理路径是指护士运用护理程序,对患者进行全面、综合的分析与判断,提前预知可能存在的护理风险,并通过及时采用有效的护理措施,避免护理并发症的发生,提高护理质量和患者的满意度。笔者在临床工作中通过结合不同患者的生理、心理特点以及病情需要,因人而异地采取预见性临床护理路径干预措施,提高了患者治疗的依从性,达到了早期康复或防止病变进一步恶化的目的,取得了良好效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 10 月至 2013 年 4 月本科室收治的糖

尿病视网膜病变患者 80 例,男 44 例、女 36 例,年龄 41~69 岁,均符合糖尿病视网膜病变诊断标准,均签署知情同意书。排除标准:(1)合并青光眼、葡萄膜炎、视网膜脱离、视神经疾病及其他明显影响眼底检查的疾病;(2)正在参加其他药物临床试验。采用区组随机分组法,按时间顺序,将所有患者分为观察组和对照组。观察组患者 40 例,男 24 例、女 16 例,年龄 42~68 岁。对照组患者 40 例,男 26 例、女 14 例,年龄 41~69 岁。根据《糖尿病视网膜病变分期标准》,观察组患者分期包括Ⅰ期 14 例、Ⅱ期 13 例、Ⅲ期 10 例、Ⅳ期 2 例、Ⅴ期 1 例、Ⅵ期 0 例,对照组患者分期包括Ⅰ期 15 例、Ⅱ期 12 例、Ⅲ期 9 例、Ⅳ期 4 例、Ⅴ期 0 例、Ⅵ期 0 例^[2]。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法