

因其反复发作,治疗进展缓慢,患者极易产生焦虑、抑郁、紧张、孤独、恐惧等负面情绪。现今,人们对心血管疾病与焦虑抑郁的关系进行了大量的研究,其结果显示冠心病伴有焦虑抑郁的老年患者的临床特点有:(1)心血管疾病可引起或加重老年患者抑郁情绪;(2)焦虑与抑郁又反过来诱发或加重心血管疾病。所以,在对冠心病进行躯体治疗外,还需要采取一系列有效措施消除或减轻冠心病患者的精神心理症状,促进康复,提高生活质量^[6-7]。本次对老年冠心病伴有焦虑抑郁患者采取温馨护理,疗效明显,经验总结如下。

3.1 加强心理支持 在常规药物治疗基础上,从老年人心理问题入手,床位护士在日常护理工作中,采取爱心、精心、热心、耐心、细心、诚心的温馨护理,积极主动帮助患者解决生活上及有关疾病知识方面的问题和疑问,态度诚恳,站在患者的角度,设身处地为患者着想,耐心倾听患者需求,鼓励其主动倾诉,引导其以积极的心态面对疾病,主动配合治疗及护理工作。

3.2 行为疗法 对老年冠心病患者可针对其本身的焦虑抑郁情绪的严重程度,帮助其掌握一些简单的行为放松疗法,如深呼吸、听音乐广播等松弛反应训练,通过帮助其进行自我调整,由身体放松而达到整个身心放松。通过确定目标、自我监察、自我强化等手段消除患者的不良生活及饮食习惯^[8],建立健康的生活方式。

3.3 加强社会支持系统 管床护士还应做好患者家属思想工作,使其正确地认识导致患者情绪改变的原因,理解患者,包容患者,指导其在生活上照顾、在情感上安慰患者,让患者感受到来自亲人的关怀,从而缓解其焦虑抑郁情绪,减轻孤独、无助感,建立起治疗疾病的信心。

综上所述,对老年冠心病伴焦虑抑郁的患者采取以心理支

持为主导、重建其正常的行为认知模式的温馨护理,临床效果明显,值得推广。

参考文献

- [1] 梁湘琦,庞明,李维,等. 护理干预对老年冠心病合并抑郁症病人的影响[J]. 护理研究,2010,24(29):2668-2669.
- [2] 陈雪,陈瑰丽. 健康教育联合心理疏导对冠心病伴焦虑抑郁患者心理状态的影响[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(6):68-69.
- [3] De GM, Soledad L, Figueras BJ, et al. Effect of depressive symptoms on the diurnal rhythm of heart rate variability three days and six months after an acute coronary syndrome[J]. IFMBE Proc, 2009, 25(4):300-303.
- [4] 蒋义生. 冠心病伴焦虑抑郁的诊治进展[J]. 国际精神病学杂志,2012,39(2):111-115.
- [5] 彭维. 110 例老年冠心病患者应用健康信念护理模式的分析[J]. 中国医药导报,2011,8(25):96-97.
- [6] Gallagher R, Mckinley S. Anxiety, depression and perceived control in patients having coronary artery bypass grafts[J]. J Adv Nurs, 2009, 65(11):2386-2396.
- [7] 杨卫红,许之民,康建强,等. 老年冠心病伴焦虑抑郁的心理干预研究[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(27):3274-3275.
- [8] 马凤茹,王竹,赵颖. 老年冠心病伴焦虑抑郁患者评估及综合干预研究[J]. 中国医药科学,2013,3(10):193-194.

(收稿日期:2014-03-07 修回日期:2014-05-12)

循证护理在肠造口皮肤黏膜分离护理中的作用

谢春燕(海南省海口市农垦总医院普通外科 570311)

【摘要】 目的 探讨循证护理在肠造口皮肤黏膜分离患者中的应用效果。**方法** 将海口市农垦总医院 2010 年 9 月至 2013 年 4 月收治的 92 例肠造口皮肤黏膜分离患者分为对照组及观察组,每组各 46 例。对照组患者给予常规护理,观察组给予循证护理,护理 1、3 个月 after 比较两组患者治疗有效率及生活质量评分。**结果** 观察组患者总有效率(100.00%)明显高于对照组(73.91%),差异有统计学意义($P<0.05$);护理 1、3 个月 after,观察组患者生活质量评分明显优于对照组和治疗前;护理后 1、3 个月时,观察组患者肠造口皮肤黏膜分离相关知识掌握程度高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 将循证护理应用于肠造口皮肤黏膜分离的过程中,可明显提高临床疗效,改善患者预后,提高生活质量,值得临床推广和应用。

【关键词】 肠造口; 皮肤黏膜分离; 循证护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.20.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)20-2937-03

肠造口是腹部外科常用的手术方式,可有效治疗急腹症,挽救患者生命,造口皮肤黏膜分离是指肠造口处肠黏膜与腹壁皮肤的缝合处分离,是肠造口手术后的早期并发症之一,严重影响了造口袋粘贴困难、粘贴不牢;患者有不安情绪,增加患者痛苦^[1]。随着现代生活水平的提高,民众医疗理念进一步由“生命保全”向“功能优化”转变;因而,造口皮肤黏膜分离患者的治疗目标不仅是造口的愈合程度,而更重要是预后的生活质量。临床研究显示,循证护理在疾病的治疗与预后中具有重要作用^[2]。本研究以 92 例肠造口皮肤黏膜分离患者为对象,对比研究循证护理干预的效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 9 月至 2013 年 4 月收治的肠造口皮肤黏膜分离患者 92 例为研究对象,分为观察组及对照组。观察组 46 例,其中男 28 例,女 18 例;年龄 55~75 岁,平均(65.8±6.01)岁;乙状结肠造口 30 例;横结肠造口 13 例;回肠造口 3 例。对照组 46 例,其中男 29 例,女 17 例;年龄 55~75 岁,平均(66.1±6.14)岁;乙状结肠造口 30 例,横结肠造口 14 例,回肠造口 2 例。两组患者性别、年龄、造口类型等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。具有可比性。

1.2 方法 对照组给予常规护理,观察组给予循证护理模式。

1.2.1 常规护理 (1)心理护理:护士针对患者情况进行有效心理疏导,以改善患者的负性情绪,提高治疗效果;(2)饮食指导:指导患者多食富含多聚不饱和脂肪酸及可溶性纤维的饮食,保证热量摄入;(3)用药指导:指导患者遵医嘱服药,不可随意增减药物及有效预防感染;(4)基础护理:保持病房内干净、整洁、空气清新,并定期对病房进行消毒,观察患者的病情进展情况^[3-4]。

1.2.2 循证护理 (1)建立循证护理小组:小组成员包括 2 名教授级肠造口医生,中、高级以上职称的护理人员 6 人,初级护士 5 人,护士 10 人,护理实习生 7 人。采用基础资料调查表了解患者的基本情况,对患者进行全面评估,并根据肠造口皮肤黏膜分离患者的具体情况提出临床问题。检索相关文献,制定科学的护理计划^[5],本研究共计检索 52 篇相关文献,并对文献进行评价,结合护理经验、患者的病情特点,制定出切实可行的护理方案;(2)健康教育:由循证护理小组成员及临床经验丰富的医生,制定造口皮肤黏膜分离相关知识的阅读材料,并由专家审核定稿后,发放给患者阅读。

1.2.3 循证护理实施 (1)护士分组。将本科的 32 张床位分成 7 个护理组,每组 6~7 张床,每个护理组配备 1 名护理组长,由中高级以上职称的护士担任;同时配备 1~2 名初级护士,1~2 护士及 1~2 名护理实习生。初级护士以所管床位患者为中心,对其进行综合评估,确立患者亟待解决的问题,并找出患者存在的潜在风险,给予针对性护理。护士组长配合初级护士进行护理工作;(2)换药材料的选择。肠造口的换药对促进造口愈合,降低皮肤黏膜分离发生率有重要价值。本研究根据湿润愈合理论,同时兼顾创面愈合及换药成本,选择藻酸盐作为敷料填充,藻酸盐敷料具有高吸收性、促进自体溶解清创、可无创性取出的特点。对于表浅皮肤黏膜分离,0.9%氯化钠清洗后抹干,局部使用溃疡粉或溃疡贴,或取适当大小藻酸盐填充条堵塞与皮肤平,外层涂抹防漏膏,最后粘贴造口袋。深层皮肤黏膜分离:感染切口,彻底清除坏死组织,用 0.9%氯化钠清洗,抹干后使用爱康银抗菌敷料,感染控制后改用藻酸盐敷料填充,再贴裁剪合适的凸面底盘并套造口袋。根据敷料被浸湿污染的情况,每天更换 1~2 次,以有效促进伤口愈合;(3)专科护理。术后合理选择造口袋,根据创面及造口最大横径及患者有无感染选择暴露创面疗法和封闭创面疗法治疗。并教会家属造口袋的更换技巧,指导家属定期观察造口袋是否渗漏。术后 3~4 d 在家属学习的同时,让患者观看和触摸造口。术后 5~8 d 指导患者参与清洗、换袋,指导正确取袋的方法。同时注意造口袋底板必须将切口全部覆盖,防止肠内容物污染切口,必要时使用防漏膏;(4)加强医务人员与患者沟通。

在护理过程中,主动与患者进行沟通,并介绍主治医生给患者认识,提高患者治疗依从性;(5)健康教育。患者出院前发放肠造口皮肤黏膜分离相关知识的阅读材料,以加强患者对肠造口皮肤黏膜分离相关知识的了解,以便提高患者的自我护理能力,改善患者预后;(6)问题跟踪与总结。护理组长除管好自己负责的患者外,每天要巡视并全面掌握本组患者病情,检查初级护士的护理措施落实情况,就患者现存护理问题进行跟踪。护士长负责对 32 张床位的整体护理质量进行监控,并根据护理人员所反馈的问题,查找相关的证据,应用科学的评价方法,及时修正和更新护理措施。

1.3 观察指标 (1)疗效评价:愈合为肠造口处黏膜与腹壁皮肤愈合完整,无分离,无水肿,无渗液,无造口回缩及狭窄,且肠造口黏膜色泽红润;好转为肠造口黏膜分离深度变浅,周径缩小,水肿减轻,渗液减少;无效为肠造口黏膜分离浓度和周径、水肿及渗液均无明显变化,甚至加重。治疗总有效率=(愈合+好转)/总例数×100%。(2)生活质量:分别于患者入院时、护理后 1、3 个月为观察点,采用世界卫生组织生存质量测定量表(QUL)评价患者的生活质量^[6],QUL 主要包括生理领域、心理领域和社会关系 3 方面。每个指标有 5 个备选答案,分别为 1~5 分。1 分表示最差,5 分表示最好。满分为 60 分,分数越高说明生活质量越好。(3)肠造口皮肤黏膜分离相关疾病掌握情况:采用本科自制的肠造口皮肤黏膜分离相关知识掌握情况调查表测评患者对肠造口皮肤黏膜分离相关知识的掌握情况,问卷内容主要包括造口袋护理、并发症管理、药物治疗、饮食方案 4 方面,每项 20 题,每题 0~5 分,每项总分 100 分。分数越高说明患者的自我管理行为越好。本问卷一致性信度系数 Cronbach's α 为 0.77。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者的疗效比较 观察组患者愈合 44 例,好转 2 例,无效 0 例,总有效率为 100.00%;对照组愈合 28 例,好转 6 例,无效 12 例,总有效率为 73.91%。观察组患者的总有效率明显优于对照组($\chi^2 = 4.095, P = 0.015$)。观察组患者平均住院时间为(5.32±1.05)d,明显短于对照组的(8.47±2.01)d,差异有统计学意义($t = 5.026, P = 0.003$)。

2.2 两组患者的生活质量比较 入院时两组患者生活质量各指标及 QUL 总分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组患者各项指标均有明显升高;且在变化幅度上,观察组各项指标明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者生活质量比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	时间点	QUL 总分	生理领域	社会关系	心理功能
观察组	入院时	42.18±3.60	40.98±4.12	39.04±3.10	38.31±4.56
	护理后 1 个月	47.88±3.12 ^{ab}	45.80±4.55 ^{ab}	47.71±3.62 ^{ab}	45.70±4.75 ^{ab}
	护理后 3 个月	57.40±3.43 ^a	55.31±4.60 ^a	59.29±1.34 ^a	57.91±3.50 ^a
对照组	入院时	41.92±3.74	41.02±3.89	38.88±3.43	38.35±4.63
	护理后 1 个月	43.79±4.03	42.25±3.86	41.16±4.09	40.07±4.11
	护理后 3 个月	48.36±3.74 ^b	47.03±41.61 ^b	50.96±3.71 ^b	49.44±4.50 ^b

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$;与本组入院时比较,^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者的肠造口皮肤黏膜分离相关知识掌握情况 入院时,两组患者肠造口皮肤黏膜分离相关知识掌握情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$);出院 1、3 个月后,观察组患者

明显优于对照组和入院时,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 肠造口皮肤黏膜分离相关知识掌握情况($\bar{x}\pm s$,分)

组别	时间点	造口袋护理	并发症管理	药物治疗	饮食方案
观察组	入院时	69.64±11.30	67.10±11.39	70.62±9.09	68.05±11.14
	出院后 1 个月	75.15±8.16 ^{ab}	74.54±8.40 ^{ab}	80.60±7.11 ^{ab}	81.21±6.20 ^{ab}
	出院后 3 个月	85.20±7.36 ^a	81.35±6.53 ^a	88.56±4.14 ^a	90.16±4.03 ^a
对照组	入院时	70.91±10.57	66.29±11.48	70.59±10.07	67.06±11.46
	出院后 1 个月	72.92±11.29	69.15±10.55	72.68±6.11	71.06±7.24
	出院后 3 个月	75.02±6.31 ^b	77.97±7.44 ^b	78.49±6.17 ^b	78.67±7.31 ^b

注:与对照组比较,^a $P<0.05$;与本组入院时比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨 论

循证护理是在循证医学影响下产生的护理观念,强调以临床实践中的问题为出发点,在实际临床护理中通过查阅大量相关文献,并结合专业技能及临床护理经验,总结出可能出现的突出问题,以推动建立医、护、患合作的“诊治联盟”,从而为患者提供最新、最科学、最有效、最经济的诊疗护理方案,以最大限度地满足患者需求^[7]。

肠造口皮肤黏膜分离是肠造口术后常见的并发症之一。近年来,随着肠造口术的广泛应用,肠造口皮肤黏膜分离的发病率不断上升,虽然临床上用于治疗肠造口皮肤黏膜分离的方法较多,且疗效均较好,但随着人们生活水平的提高,对生活质量的要求也越来越高,因而,造口的愈合程度不再是唯一评价临床疗效的有效指标。除此之外,尚需考虑患者预后的生活质量^[8]。临床研究发现,导致肠造口皮肤黏膜分离的原因可能与药物应用、感染、饮食等诸多因素有关。因而,护理干预有望成为降低肠造口皮肤黏膜分离、加速造口愈合、提高患者生活质量的有效途径。

本研究表明,护理后,观察组患者总有效率(100.00%)明显高于对照组(73.91%),差异有统计学意义($P<0.05$),这主要是给予循证护理干预后,观察组患者心理、生理需求得以满足,并掌握了肠造口皮肤黏膜分离的治疗及造口护理方法,从而有效促进了临床治疗效果的提高,这与以往研究结果一致^[9]。生活质量结果显示,护理 1、3 个月后,观察组患者生活质量评分明显优于对照组和治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$),说明循证护理加强了医患之间的沟通,提高了患者治疗依从性及自我护理能力,保证了患者由在院治疗到居家护理的平稳过渡及患者治疗资料的连续性,提高了患者自我护理能力,促进了患者的转归,从而达到有效提高患者生活质量的目的。同时研究结果还显示,出院后 1 个月患者的肠造口皮肤黏膜分离相关知识掌握程度有所提高,3 个月时大部分患者均已掌握了肠造口皮肤黏膜分离相关知识;但对照组肠造口皮肤黏膜分离相关知识掌握程度提高较慢,与观察组比较差异有统计学意义($P<0.05$),说明循证护理后,增加了患者与护理人员的沟通,且通过肠造口皮肤黏膜分离相关知识的阅

读,使患者进一步掌握了肠造口皮肤黏膜分离的相关知识,对于患者出院后的自我护理能力提高起到了明显促进作用。也使患者充分认识到自己在疾病康复过程中能起到的重要作用,提升患者的学习和治疗积极性。

综上所述,将循证护理应用于肠造口皮肤黏膜分离患者的治疗过程中,可明显提高临床疗效,改善患者预后,提高生活质量,值得临床推广和应用。

参考文献

[1] 陈秀君. 藻酸盐银离子敷料治疗重度肠造口皮肤黏膜分离的护理[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(18): 1710-1712.

[2] 施婕, 罗比可, 刘琳. 41 例肠造口患者造口皮肤黏膜分离的护理[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(46): 243-245.

[3] 马芳, 高彩霞. 开盖式伤口引流袋在造口坏死及周围皮肤黏膜分离患者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(4): 399.

[4] 刘海波, 朱卉, 胡芳. 循证护理在肠造口周围皮炎预防及治疗中的应用[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(10): 886-888.

[5] Welser M, Riedlinger I, Prause U. A comparative study of two-piece ostomy appliances[J]. Br J Nurs, 2010, 18(9): 530-534.

[6] 梁明娟, 李文滨, 吴惠文, 等. 造口皮肤黏膜分离 13 例的处理及后续护理[J]. 广东医学, 2010, 31(24): 3284-3285.

[7] Millan M, Tegido M, Biondo S, et al. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists in colorectal cancer patients: a descriptive study of 12 colorectal surgery units in Spain[J]. Colorectal Dis, 2009, 12(7): 88-92.

[8] 裴新荣, 杜月娥. 循证护理在肠造口皮肤黏膜分离护理中的作用[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(11): 46-47.

[9] 徐亚娟, 郭岚峰, 徐玉香, 等. 小儿肠造口及其周围并发症的观察与护理[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(1): 83-84.