

白内障摘除术在Ⅳ、Ⅴ级硬核白内障中有以下优点:(1)具有超声乳化一样的小切口,组织损伤小,术后闭合好,无需缝合。(2)对角膜内皮损伤小,术后视力恢复快,散光轻微。(3)手术时间短,手术成本低廉,操作简单^[9]。(4)易于掌握,安全,植入后符合生理要求,非常适合在经济欠发达的基层医院开展。

参考文献

[1] 王新. 老年人白内障超声乳化术后低视力临床分析[J]. 眼科新进展, 2009, 29(12): 931-932.
 [2] 罗光辉. 小切口白内障手术和超声乳化白内障摘除术的临床疗效对比分析[J]. 中国医药指南, 2010, 8(8): 36.
 [3] Johansson B, Lundstrom M, Monton P, et al. Capsule complication during cataract surgery: Long-term outcomes; Swedish Capsule Rupture Study Group report 3[J]. J Cataract Refract Surg, 2009, 35(10): 1694-1698.
 [4] Jakobsson G, Montan P, Zetterberg M, et al. Capsule complication during cataract surgery; Retinal detachment after cata-

ract surgery with capsule complication; Swedish Capsule Rupture Study Group report 4[J]. J Cataract Refract Surg, 2009, 35(10): 1699-1705.
 [5] 李启红. 小切口或中小切口白内障摘除术在基层医院的应用[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2011, 13(14): 124.
 [6] 何守志, 杨贵舫. 超声乳化白内障手术学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 156-174.
 [7] 吴萍. 小切口非超声乳化白内障摘除术中并发症分析[J]. 中国医药指南, 2010, 8(1): 74-75.
 [8] 张效房, 吕勇, 马静, 等. 介绍一种小切口非超声乳化人工晶状体植入手术[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2000, 22(5): 501-502.
 [9] 刘祖国, 罗丽辉, 张振平, 等. 超声乳化白内障吸除术后泪膜的变化[J]. 中华眼科杂志, 2002, 38(5): 274-277.

(收稿日期: 2014-06-03 修回日期: 2014-10-06)

沟通技巧在留置胃管中的应用

江 霞¹, 余 霞^{2△}, 张宝华¹, 郎拥军³(重庆市丰都县人民医院: 1. 科教科; 2. 重症监护室; 3. 行政办 408200)

【关键词】 沟通技巧; 留置胃管; 应用

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 03. 065 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)03-0431-02

在临床诊疗过程中, 给患者留置胃管的主要目的是排除患者胃肠道内积液、积气, 减轻腹胀、腹痛症状, 并达到治疗作用; 有利于手术视野的暴露; 某些消化系统手术后, 起支撑作用和减少胃、肠消化液对吻合口的腐蚀作用, 有利于吻合口的恢复, 如: 肠梗阻患者、食管癌根治术、食管破裂修补术、胃十二指肠手术等; 某些需经胃肠道营养的患者^[1]。文献检索和临床调查发现, 护患沟通现状不容乐观, 其中护士的沟通能力尚需提高^[2]。给予留置胃管时需要患者的理解和配合, 如果医务人员在为患者留置胃管时的方法不当或语气、动作生硬, 都会给患者造成一种紧张和恐惧心理, 使其配合度降低, 成功率也降低。为了提高留置胃管的成功率, 减轻反复安置胃管给患者带来不必要的痛苦, 在留置胃管的各个环节找出影响沟通的因素, 应用好沟通技巧, 调动好患者配合的积极性是关键。

1 影响留置胃管护患沟通的因素

1.1 环境因素 包括物理环境、心理环境、语言环境^[3]。由于医院的特定环境和留置胃管的操作过程, 使患者容易产生紧张、恐惧、抗拒, 从而引起家属的担心、焦虑和不理解, 如果护士的语言生硬, 导致沟通受限。

1.2 患者因素 特别是学龄前儿童、山区老年农民, 由于年幼和年老, 知识缺乏, 理解能力差, 短时间内难以接受留置胃管的操作方法。有的患者由于进行过其他创伤性治疗后, 对所有治疗都产生抵触情绪。另外, 患者及其家属对留置胃管的目的、意义等认识不够, 或某些患者比较娇气, 极度不配合, 都会导致胃管不能顺利置入。

1.3 护士因素 护士的工作责任心、知识面及操作能力是影响护患沟通的直接因素。如护士专业操作、沟通技巧不熟练, 掌握的专业及沟通知识面狭窄, 表达能力差, 精神面貌及情绪不稳定, 无法满足患者的要求, 难以得到患者的信赖, 为此, 将妨碍护患之间的良好沟通。

2 沟通技巧

沟通是人与人之间的信息传递和交流过程。良好的护患沟通能帮助护士全面了解患者, 缩短护患之间的距离, 增加患者的信任感, 有效的沟通能提高护理质量^[4]。沟通前应了解患者的个人经历、文化层次、兴趣、价值观、感受和情绪。理解、关怀患者, 正确把握好沟通的时间、环境, 让其觉得被尊重和重视^[5]。用通俗易懂的语言、保持微笑、从容、和蔼可亲、诚恳、同情、关怀、体贴的态度, 争取患者的注意, 获得患者的了解, 得到患者的接纳, 赢得患者的信任, 缩短护患之间的距离, 能被患者接受和理解。并因人而异采取不同的沟通方式与患者进行沟通。对老年人患者, 沟通交谈时应使用尊重、关心、体贴的语言, 并辅以积极有效的倾听方式。对小儿, 应在平静气氛中进行, 采取耐心、哄骗、溺爱、表扬等方式。从而增强交流效果, 达到最佳沟通的目的。

2.1 留置胃管前的沟通 首先要创造一个轻松、温馨的环境, 让患者消除紧张、恐惧的心理。认真倾听患者讲述恐惧留置胃管的原因, 表示对患者同情、关心, 并耐心地用通俗易懂的语言给予讲解留置胃管的目的、必要性, 讲解、说明留置胃管的每一个步骤及配合方法, 使患者能理解和掌握, 以取得同意和最佳

△ 通讯作者, E-mail: 1074668941@qq.com.

的配合状态接受此操作。

2.2 留置胃管中的沟通 当患者同意接受留置胃管后,护士应尽快准备好留置胃管的所需用物,以最熟练、快捷的动作随着患者的吞咽动作缓缓地将胃管置入所需长度,当检查安置到位后,给予妥善固定。患者的情绪直接影响到留置胃管的效果,所以在安置胃管操作过程中,要亲切地给予患者鼓励,并给予夸奖,让患者有一种期盼成功的心理和喜悦。一旦发现胃管安置失败,应立即取出胃管,让患者休息片刻,安慰和鼓励患者,做好充分的心理准备后,再给予重新置入,以求得最佳效果^[6]。安置胃管时,切勿动作生硬及神情慌张、表情消极或冷漠。要让患者体会到医务人员是带着关心、体贴、理解、同情的心情在为其操作,这样可使患者情绪稳定,达到最佳配合效果。

2.3 留置胃管后的沟通 安置胃管无论成功与否,都应给予患者夸奖和鼓励,切勿怨恨和指责患者配合不当,以免加重患者的心理负担和恐惧心理,导致拒绝胃管的再次安置。

随着人们物质生活和精神生活文明程度的不断提高,患者的价值观念、健康意识日益增强,对护理质量的期望值越来越高,护患矛盾日趋突出,护患纠纷的发生呈逐步上升趋势。护患沟通是一门艺术,要掌握好这门艺术,要求护理人员不仅具备专业知识,而且还要具备广博的人文社会科学知识和良好的护患沟通能力^[8]。在留置胃管护理沟通过程中,首先要创造良好的气氛,建立护患间的融洽关系,杜绝说教式、任务式及不恰

当的方式与患者进行沟通。使患者对护士处于最佳信任心理,接受和配合留置胃管的操作,提高成功率。

总之,在安置胃管的每个环节,不仅做到认真细致,操作熟练,动作轻柔,富有耐心、爱心和同情心,还要有敏锐的观察力,更重要的是具备良好的沟通技巧,让患者心情舒畅,保持最佳状态接受和配合胃管置入。

参考文献

- [1] 刘迎龙,莫绪明. 小儿心脏外科监护学[M]. 北京:科学出版社,2009:134-135.
- [2] 王延恒. 护患沟通的现状及其对策探讨[J]. 医学理论与实践,2012,25(3):366-367.
- [3] 马桂芝. 影响护患沟通的因素及对策[J]. 中外医疗,2011,17(17):144.
- [4] 桑敏. 沟通技巧在护理工作中的应用[J]. 中国民康医学,2008,20(16):1871.
- [5] 湛永毅,方立珍. 护患沟通技巧[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2004:26.
- [6] 何颖. 加强医德教育和医患沟通能力培养减少医疗纠纷发生[J]. 检验医学与临床,2007,4(12):1227-1228.

(收稿日期:2014-07-18 修回日期:2014-09-17)

(上接第 419 页)

3 讨 论

在口腔颌面外科常遇到患者需要进行困难气管插管,但插管如有偏差则会使患者的咽喉破损,喉痉挛或者发生心搏骤停的现象,这也是医护人员在麻醉阶段处理不当而造成的普遍问题^[7]。口腔颌面外科的患者容易因为自身生理或者病情的发展形成气管插管困难,继而影响麻醉的难度和随后手术的正常进行,同时给患者也带来很大的不便,威胁患者的生命安全和正常恢复。本研究是采用盲探气管插管技术针对口腔颌面外科的相关患者使用^[8]。48例患者中,鼻腔气管导管插入成功45例,其中包括一次性插入8例,多次插入24例,经过慢诱导的形式进行自主呼吸插管。在鼻盲探气管插管不能完成时选用光索盲探气管插管方式13例,在鼻盲探引导管插到患者食管既定部位时,将光索插入到引导管中由此进入气管,总体插管成功率较高。另外插管引起鼻腔出血现象6例,咽喉不适8例,声音嘶哑3例,麻醉和复发病均没有出现,气管插管也是目前较理想的方法,对患者的后期恢复无较大影响。

需要注意的是在术前需提醒医护人员加强对患者分门别类的寻访,认真记录归纳患者是否存在这样气管插管的困难问题,患者对麻醉的禁忌和各类病理问题^[9]。建立静脉通道,并检查各项设备,评估患者心功能和血压等,协助麻醉师工作,监测患者血压和中心静脉压。做好插管各项准备,遵医嘱使用相应药物急救,包括麻醉药物的剂量和用法,对患者加强观察和检测,尤其是心电图和血压等方面的变动,配合医护人员对患者做好心理辅导,间接提高困难插管的成功率,防止意外麻醉等风险。

参考文献

- [1] 姜虹,黄燕,朱也森. 围术期困难气道的危险因素及预测

模型研究[J]. 中国临床医学,2008,15(4):540-542.

- [2] Murphy T, Landymore RW, Hall RI. Midazolam-sufentanil vs sufentanil-enflurane for induction of anaesthesia for CABG surgery [J]. Can J Anaesth, 1998, 45 (12): 1207-1210.
- [3] 曾因明,邓小明. 危重病医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:5-6.
- [4] 张伟波,宋剑乔,严火柴,等. 盲探气管插管装置在困难气道的应用[J]. 浙江医学,2008,30(10):1124-1125.
- [5] Stammberger HR, Kenney DW. Paranasal sinuses: anatomic terminology and nomenclature[J]. Ann Oto Rhinol Laryngol, 1995, 167(Suppl):7-16.
- [6] Wu XL. 45 patients with senile dementia: clinical analysis and treatment of [J]. J University Med Sci, 2008, 36(2): 273-274.
- [7] 姜虹,朱也森,张志愿. 四种插管技术解决气道困难的比较研究[J]. 中国口腔颌面外科杂志,2003,1(1):22-24.
- [8] Ezri T, Szumk P, Evron S, et al. Difficult airway in obstetric anesthesia: a review [J]. Obstet Gynecological Survey, 2001, 56(10):631-641.
- [9] 朱也森,姜虹. BTLL 光导食管引导插管用于插管困难病人的评价[J]. 口腔颌面外科杂志,2000,10(4):193-195.

(收稿日期:2014-06-29 修回日期:2014-10-18)