

供延续护理[J]. 护理学报, 2014, 21(18): 70-71.

[3] 杨晓丽, 张建华, 赵秀兰, 等. 品管圈在提高风湿免疫性疾病患者服用激素依从性中的应用[J]. 护理研究, 2014, 28(11): 1350-1352.

[4] 尹银定, 石晓峰, 叶婷香, 等. 难治性类风湿关节炎的免疫净化治疗及护理[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(7): 26-28.

[5] Grove AL, Meredith JO, Macintyre M, et al. Lean implementation in primary care health visiting services in National Health Service UK [J]. Qual Saf Health Care, 2010, 19(5): e43.

[6] 韩丹莹. 个性化护理对提高风湿免疫科患者满意度的影响[J]. 中国实用医药, 2014, 9(26): 240-241.

[7] 张翠兰, 邱懿, 谢晶芹, 等. 个性化护理对提高风湿免疫科患者满意度的研究[J]. 湖北民族学院学报: 医学版, 2013, 30(4): 49-50.

[8] 苏瑞芳. 风湿免疫科无痛病房中实施优质护理的探讨[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(23): 211.

[9] 马姝, 金云玉. 类风湿性关节炎的健康护理[J]. 中国组织工程研究, 2014, 5(Z1): 98.

[10] 吴茜, 毛雅芬, 施雁. 对构建医院-社区-家庭慢性病延续性护理模式的思考[J]. 中国护理管理, 2013, 13(8): 96-99.

[11] 陈慧丽, 姜明华, 王新, 等. 护理干预对类风湿性关节炎患者疼痛的影响研究[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(6): 1157-1159.

[12] 董春玲, 曹现娥, 刘红辉. 风湿科医院感染危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(15): 3747-3748.

(收稿日期: 2015-07-25 修回日期: 2015-10-05)

• 临床探讨 •

# 预适应手术室环境对外科手术患者心理应激反应的影响效果

符冰, 张志娥(海南省农垦那大医院手术室, 海南儋州 571700)

**【摘要】 目的** 探讨预适应手术室环境对外科手术患者术前焦虑及术后疼痛感的影响。**方法** 选取 2012 年 10 月至 2014 年 10 月本院收治并拟行腹腔镜胆囊切除术的 124 例患者, 按照随机数字表法将其进行随机分组, 分为观察组及对照组各 62 例。对照组术前采用常规术前访视, 观察组在对照组基础上由主管护师带领患者参观手术室并向其介绍手术室情况。分别在通知手术前 1 d(T<sub>1</sub>)、术前访视后当晚(T<sub>2</sub>)及术后 1 d(T<sub>3</sub>)这三个不同的时间点采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)对两组患者的焦虑情况进行评分, 并分别于术后 6、12、24、48、72 h 对两组患者进行疼痛评分。**结果** 观察组患者在术前访视后当晚和术后两个时间点的焦虑评分明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组的平均手术时间、平均住院时间明显短于对照组, 而满意度评分明显高于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 术前预适应手术环境对心理应激反应的优势不容忽视, 积极引导可以有效减轻行腹腔镜胆囊切除手术患者的心理应激问题, 缓解术前焦虑的程度及术后疼痛等问题, 减少不良反应, 改善预后, 提高患者的医疗意识和护理满意程度。

**【关键词】** 预适应手术室环境; 外科手术; 术前焦虑; 术后疼痛感  
**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.05.038 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)05-0670-03**

随着外科手术和麻醉技术的不断创新和发展, 患者对手术的满意度和手术成功率不断提高, 但对于缺乏医疗知识和手术常识的广大患者来说, 手术室陌生的环境、麻醉过程、术后红肿热痛及对术后并发症的焦虑等均缺乏心理准备, 从而导致患者术前术后出现焦虑等应激反应<sup>[1]</sup>。心理应激反应最常见的临床表现为焦虑, 研究发现, 术前焦虑会导致患者出现血压升高、多汗、呼吸急促、失眠、心率加快、消化不良、肠鸣音增加、躯体疼痛等症状, 从而影响患者手术效果及术后的预后和康复<sup>[2]</sup>。因此, 增加患者对手术的认识, 提高患者心理适应性, 降低心理应激反应, 缓解焦虑情绪显得尤为必要<sup>[3]</sup>。为探讨外科手术患者的应激反应, 本研究选取了 2012 年 10 月至 2014 年 10 月本院收治的拟行腹腔镜胆囊切除术的外科手术患者, 按照随机数字表法分为观察组与对照组各 62 例, 引导观察组患者术前适应手术室环境, 客观认识手术情况, 探讨预适应手术室环境对外科手术患者术前焦虑及术后疼痛感的影响, 以期能减轻患者心理应激反应, 降低焦虑的程度。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 10 月至 2014 年 10 月本院收治并拟行腹腔镜胆囊切除治疗的患者 124 例作为研究对象, 纳入

标准: (1) 患者均为择期手术; (2) 术前给予汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分且评分大于 7 分的患者; (3) 无精神疾病史或既往史, 对调查内容能正确理解并作答; (4) 无意识不清、意识障碍; (5) 知情同意。排除标准: (1) 术前有严重肝肾功能不全者; (2) 合并心、肺、造血功能障碍等内科疾病; (3) 合并癌症、淋巴瘤等肿瘤者; (4) 腹腔镜禁忌症者。通过随机数字表将 124 例患者进行随机分组, 分为观察组及对照组各 62 例, 其中对照组男 35 例, 女 27 例; 年龄 28~68 岁, 平均(35.9±3.5)岁; 小学、初中、高中、大专或大专以上学历分别为 12 例、14 例、20 例、16 例; 观察组男 34 例, 女 28 例; 年龄 28~69 岁, 平均(36.2±3.8)岁; 小学、初中、高中、大专或大专以上学历分别为 12 例、12 例、18 例、18 例。两组患者性别、年龄、学历等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 方法** 选取 2012 年 10 月至 2014 年 10 月本院收治并拟行腹腔镜胆囊切除治疗的患者 124 例作为研究对象, 纳入标准: (1) 患者均为择期手术; (2) 术前 HAMA 评分大于 7 分的患者; (3) 无精神疾病史或既往史, 对调查内容能正确理解并作答; (4) 无意识不清、意识障碍; (5) 知情同意。排除标准: (1) 术前有严重肝肾功能不全者; (2) 合并心、肺、造血功能障碍等内

科疾病；(3)合并癌症、淋巴瘤等肿瘤者；(4)腹腔镜禁忌症者。通过随机数字表将 124 例患者进行随机分组，分为观察组及对照组各 62 例，其中对照组男 35 例，女 27 例；年龄 28~68 岁，平均(35.9±3.5)岁；小学、初中、高中、大专或大专以上学历分别为 12 例、14 例、20 例、16 例；观察组男 34 例，女 28 例；年龄 28~69 岁，平均(36.2±3.8)岁；小学、初中、高中、大专或大专以上学历分别为 12 例、12 例、18 例、18 例。两组患者性别、年龄、学历等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )，具有可比性。

**1.3 评价指标** (1)焦虑情况：本研究采用 HAMA 对患者心理焦虑状况进行评估，根据 HAMA 的评分标准(>29 分为严重焦虑，21~29 分为明显焦虑，14~<21 分为肯定焦虑，7~<14 分为可能焦虑，<7 分为无焦虑)，明确患者的焦虑情况，分数越高，患者焦虑程度越重，应激反应越明显。(2)疼痛评分：采用视觉模拟评分(VAS)进行评价，分值从 0 分(无痛)到最高分 10 分(剧痛)依次增加。(3)分别记录两组患者平均手术时间、平均的住院时间及满意度。在满意度评分过程中，采用的是本院自行设计的患者满意度调查问卷进行评价，满分为 100 分，分值越低，患者满意度越差；分值越高，患者满意度越高。培训专门负责量表工作的护理人员，负责整理、审核、监督量表的填写，同时对于阅读困难的纳入患者，由护士详细向患者解释量表的主要内容，无任何暗示提示性语言，之后由患者口述

负责护士客观填写，量表均当场发放和回收。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS17.0 软件对数据进行处理及统计学分析，计量资料采用  $\bar{x}\pm s$  表示，组间比较采用  $t$  检验，组内比较采用 LSD- $t$  法，以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

**2.1 两组患者不同时间段的焦虑程度比较** 两组患者在  $T_1$  时间点的焦虑程度比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )，观察组在  $T_2$ 、 $T_3$  时间点的焦虑程度明显低于对照组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，结果表明术前适应手术室环境可以明显缓解患者焦虑的心情，降低心理应激反应。见表 1。

表 1 两组患者不同时间内焦虑的情绪比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别       | <i>n</i> | $T_1$ 时刻   | $T_2$ 时刻   | $T_3$ 时刻   | <i>F</i> | <i>P</i> |
|----------|----------|------------|------------|------------|----------|----------|
| 观察组      | 62       | 16.62±4.92 | 12.91±3.82 | 10.36±2.58 | 7.856    | 0.000    |
| 对照组      | 62       | 16.80±4.98 | 16.31±3.81 | 15.98±3.62 | 1.023    | 0.789    |
| <i>t</i> |          | 0.108      | 5.425      | 6.789      |          |          |
| <i>P</i> |          | 0.812      | 0.008      | 0.000      |          |          |

**2.2 两组患者不同时间点的疼痛评分比较** 两组患者术后 6 h 疼痛评分比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )，观察组患者术后 12、24、48、72 h 疼痛评分明显低于对照组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者不同时刻疼痛评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别       | <i>n</i> | 术后 6 h    | 术后 12 h   | 术后 24 h   | 术后 48 h   | 术后 72 h   | <i>F</i> | <i>P</i> |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|
| 观察组      | 62       | 5.86±1.12 | 4.65±0.78 | 4.02±0.82 | 3.42±0.98 | 2.72±0.86 | 6.986    | 0.000    |
| 对照组      | 62       | 5.72±1.08 | 5.85±1.10 | 6.12±1.23 | 5.26±1.03 | 4.32±0.78 | 3.986    | 0.028    |
| <i>t</i> |          | 0.125     | 3.156     | 3.789     | 4.285     | 4.852     |          |          |
| <i>P</i> |          | 0.789     | 0.039     | 0.022     | 0.016     | 0.010     |          |          |

**2.3 两组患者手术时间、平均住院时间及满意度评分比较** 观察组手术时间、平均住院时间明显短于对照组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，而满意度评分高于对照组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者手术时间、平均住院时间及满意度评分对比( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别       | <i>n</i> | 手术时间(min)    | 平均住院时间(d) | 满意度评分(分)   |
|----------|----------|--------------|-----------|------------|
| 观察组      | 62       | 122.52±22.48 | 5.32±1.25 | 92.32±3.85 |
| 对照组      | 62       | 143.56±18.92 | 7.22±1.36 | 83.78±4.23 |
| <i>t</i> |          | 5.698        | 6.452     | 7.124      |
| <i>P</i> |          | 0.000        | 0.000     | 0.000      |

3 讨 论

由于患者对手术过程、术前准备和术后反应知之甚少，所以对即将接受手术的患者而言，手术和手术室成为一种威胁和恐怖的应激源，术前焦虑是外科手术患者常见的心理应激反应，研究显示外科患者术前焦虑的发生率为可高达 80%<sup>[4]</sup>。患者的这种由于对手术的未知而产生的短暂的焦虑和不适并不会极大地影响患者的手术和预后，但当此种应激反应持续存在时，会导致患者出现血压升高、多汗、呼吸急促、失眠、心率加快、消化不良、肠鸣音增加、躯体疼痛等机体代谢系统的变化，从而降低了患者的免疫系统防御能力和患者对手术过程的耐受程度，增加了术中并发症的发生率和术后感染的发生率，影响患者预后，延长治疗时间，增加患者的身心痛苦<sup>[5]</sup>。以往研究显示，无论手术大小，大部分患者在得知需要进行手术或者

手术进行时间时，均会出现不同程度的心理焦虑现象，有的患者表现为忧郁，有的患者表现为烦躁、恐惧及紧张<sup>[6]</sup>。对疾病认识不清，且对手术的过程缺乏相应知识的患者，更容易出现恐惧、焦虑等心理应激反应，增加住院时间，诱发术后并发症，增强疼痛感觉。张应华<sup>[7]</sup>研究也指出，当患者进入手术室后，面对陌生的手术室环境，复杂的机械设备及众多陌生的面孔时容易出现较强烈的心理应激反应，表现为出现血压升高、多汗、呼吸急促、失眠、心率加快、消化不良、肠鸣音增加、躯体疼痛等，这些应激反应可影响患者的内分泌系统、神经系统、免疫系统和循环系统，从而影响麻醉效果及手术安全性。因此术前对患者详细介绍手术室的环境、设备及手术的基本过程，可改善患者的心理应激性，提高术前适应性和术中的耐受程度，对于患者术后的身心健康具有重要的意义。

本研究结果显示，手术前得到手术通知时，两组患者均存在较明显的焦虑现象，且差异无统计学意义( $P>0.05$ )。唐晶等<sup>[8]</sup>研究也指出，患者术前应激反应会随着手术的临近而有加强的趋势。观察组进行适应手术室环境的干预后，此类患者的焦虑感评分明显低于未参观的患者，可见术前对手术室环境的认识和适应有助于消除和减少患者的焦虑心理，有相对稳定的生命体征，有利于手术的开展，从而能缩短手术的时间和术后住院的时间，有利于患者预后<sup>[9]</sup>。

产生应激反应的机制可能是不良的情绪，如焦虑、恐惧、忧郁可刺激机体产生儿茶酚胺，抑制去甲肾上腺素及 5-羟色胺的分泌，降低疼痛阈值，增加痛感<sup>[10-11]</sup>。术后的疼痛加重了患者的不良情绪，继续促进儿茶酚胺的分泌，形成恶性循环，不利

于患者的预后<sup>[12]</sup>。本研究结果显示,观察组患者术后 12、24、48、72 h 四个时间点内的疼痛评分明显低于对照组,术前预适应手术环境对心理应激反应的优势不容忽视。

综上所述,术前预适应手术环境,积极引导患者减轻心理应激反应,可有效减轻腹腔镜胆囊切除患者术前焦虑感及术后疼痛感,减少不良反应,有利于患者预后,提高患者满意度。

## 参考文献

- [1] 范宁,李爱珠.适应手术室环境对患者术前焦虑和疼痛感的影响[J].中华现代护理杂志,2012,18(1):62-64.
- [2] 邵素娇.腹腔镜胆囊切除术患者临床护理路径的研究[J].中国实用护理杂志,2011,27(2):12-14.
- [3] 钟美兴,谢红英,曾琳,等.临床路径健康教育模式在腹腔镜胆囊切除术患者中的应用[J].中国实用护理杂志,2011,27(19):63-65.
- [4] 徐敏.不同护理方式对腹腔镜胆囊切除术患者术前焦虑水平和术后疼痛感知的影响[J].中国实用护理杂志,2012,28(2):37-38.
- [5] 冉焜钰,于静蕊,李雁林,等.治疗性抚触对妇科腹部手术患者术前焦虑的影响[J].医学与哲学,2012,33(18):52-

54.

- [6] 严爱华.全程护理对腹腔镜胆囊切除术患者术前焦虑及术后康复的影响[J].国际护理学杂志,2014,33(5):1085-1086.
- [7] 张应华.综合心理护理对骨折手术患者术前焦虑及术后康复积极性的影响[J].国际护理学杂志,2014,33(6):1482-1484.
- [8] 唐晶,周艳,张毓,等.术前焦虑患儿的护理干预研究进展[J].护理研究,2014,28(8):903-904.
- [9] 王红,吴娜.心理护理干预对普外科手术患者术前焦虑影响的临床分析[J].河北医学,2012,18(10):1463-1464.
- [10] 王小梅,刘刚,张素珍,等.门诊手术患者术前焦虑的护理干预效果分析[J].西部医学,2014,26(7):935-937.
- [11] 全常群.心理护理对骨科患者术前焦虑情绪的影响[J].中国实用护理杂志,2012,28(5):74-75.
- [12] 尤智英,陆志华,濮怀芳,等.护理干预对肝癌患者术前焦虑的影响[J].齐鲁护理杂志,2011,17(5):87-88.

(收稿日期:2015-07-25 修回日期:2015-10-10)

## • 临床探讨 •

# 专业化规范化护理会诊在深化优质护理服务中的应用

童丽<sup>1</sup>,杨佳<sup>2△</sup>(1.重庆市渝北区人民医院护理部 401120;2.重庆市第三人民医院肾内科 400014)

**【摘要】 目的** 探讨专业化、规范化护理会诊在深化优质护理服务中的应用。**方法** 建立护理会诊专家库,根据医院分科情况、患者病种及专家成员专科护理患者能力,成立了 6 个专科护理会诊组,明确护理会诊范围、护理会诊申请单内容、护理会诊制度、护理会诊流程、环境要求及会诊准备。**结果** 专业化、规范化护理会诊增强了科间护理协作,弥补了专业知识的局限性,为危重、疑难护理患者及时解决问题,缩短了患者住院日,降低了医疗费用,减少了护理并发症发生,提高了患者满意度,达到了护理会诊的指导性、连续性、完整性、有效性要求。**结论** 开展专业化、规范化护理会诊,充分体现了“以患者为中心,以质量为核心”的深化护理服务理念,护理会诊意识得到增强,促进了护理学科发展,专科护士得到医师的认可和患者的尊重,工作价值和社会地位得到提升。

**【关键词】** 专业化; 规范化; 护理会诊; 优质护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.05.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)05-0672-02

随着国家经济水平不断提高,人民群众对生命和健康日益关注,医院新技术、新项目开展,医学分科越来越细,优质护理服务的开展及整体护理模式的推广,护理内涵发生了前所未有的变化<sup>[1]</sup>。医院培养专科护理人才并在专业领域发挥重要作用已迫在眉睫,临床护理专科化发展已成为衡量护理专业化水平的重要标志<sup>[2]</sup>。为此,渝北区人民医院护理部从 2013 年 6 月至 2014 年 6 月实行专业化、规范化护理会诊深化优质护理服务内涵。一年来,护理部共组织护理专家会诊 26 余次,开展科间会诊 128 余次,参加院外会诊 5 余次,确保了全院护理质量提升,促进了护理学科发展,增强了科间护理协作,弥补了专业知识的局限性,为危重患者、疑难护理患者及时解决问题,缩短了患者住院日,降低了医疗费用,减少了护理并发症发生,提高了患者满意度。

## 1 实施方式

**1.1 护理会诊专家成员的组成** (1)医院分管护理工作的副院长。(2)护理部正副主任、干事,且分别担任专科护理会诊组

组长。(3)担任病房护士长工作 5 年以上、大专及以上学历、主管护师及以上职称且具备临床实战经验及管理经验。(4)专科病房工作 8 年以上、担任责任组长 2 年以上、本科学历、主管护师及以上职称,热爱护理工作,具有敬业及奉献精神,专科理论知识丰富,操作技能娴熟的护理骨干。(5)参加重庆市卫计委组织的专科培训班脱产学习 3 个月,完成所学理论知识和临床实践,并通过重庆市卫计委主管局专科考试合格,取得重庆市专科护理资格证。共计 71 人纳入护理会诊专家库成员。

**1.2 明确护理会诊范围** 凡在护理业务、技术方面存在疑难问题,如难免性压疮、难愈合伤口、深静脉置管维护困难、静脉穿刺困难、急诊急救护理、疑难病例护理、骨科护理、特殊专科护理等本科室难以独立解决的问题时,可申请他科或多科进行护理会诊,共同分析、研究、提出解决措施。

**1.3 成立专科护理会诊组及人员分配** 根据医院分科情况、患者病种及专家成员专科护理患者能力,成立了 6 个专科护理会诊组。即压疮、伤口护理会诊组,成员有 10 人;急诊急救护