

瘤病毒感染与 Rb 相关基因蛋白的表达及其意义[J]. 肿瘤研究与临床, 2010, 22(6): 371-373.

[11] 楼微华, 洪祖蓓, 狄文. 不同人乳头瘤病毒高危亚型与宫颈病变发生的关系[J]. 上海医学, 2013, 36(9): 805-809.

[12] 唐良茜, 冷若冰. 人乳头瘤病毒疫苗的临床应用[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(3): 172-174.

[13] 梅静, 徐海燕, 耿建祥, 等. 宫颈上皮内瘤变组织中人乳头瘤病毒感染基因型的分析[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(15): 2333-2336.

(收稿日期: 2016-08-29 修回日期: 2016-11-17)

• 临床探讨 •

快速康复理念在提高手术室护理质量中的应用效果

柯丹纯¹, 叶小惠², 黄素华¹

(广东省深圳市宝安区松岗人民医院: 1. 手术室; 2. 外科 518105)

摘要:目的 研究快速康复理念护理在提高手术室护理质量中的应用效果。方法 选取 2014 年 10 月至 2016 年 3 月在该院行择期腹腔镜胆囊切除术 126 例患者, 按照随机数字表法随机分为观察组和对照组, 每组各 63 例。对照组给予常规护理, 观察组给予快速康复护理, 观察两组患者术后住院时间、首次排气时间、停止输液时间、麻醉清醒时间、切口感染、并发症发生情况, 以及焦虑自评量表(SAS)评分、护理质量评分、护理满意度。结果 观察组患者术后住院时间、首次排气时间、停止输液时间、麻醉清醒时间、切口感染、并发症发生情况优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组 SAS 评分 $[(26.83 \pm 5.02)$ 分]低于对照组 $[(34.02 \pm 6.92)$ 分], 观察组护理质量评分为 (96.33 ± 3.28) 分, 优于对照组的 (83.94 ± 4.87) 分, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组总满意度为 93.65%(59/65), 优于对照组的 77.77%(49/63), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 快速康复护理能够提高手术室护理质量, 减少患者术后并发症的发生, 有利于患者的预后。

关键词:快速康复护理; 护理质量; 腹腔镜胆囊切除术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.056 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)05-0734-03

快速康复理念是一种现代护理理念, 是将多种措施综合起来的护理模式, 通过采取一系列具有医学循证的措施对手术患者进行护理干预, 包括麻醉、手术操作及围术期的护理^[1]。有研究表明, 快速康复护理能够减少手术对患者造成的应激反应, 减少并发症的发生, 效果较临床上常规的护理干预更佳, 有利于提高术后恢复及预后^[2]。手术室护理运用快速康复外科理念有非常重要的意义。为了改善患者的预后, 本研究探讨了快速康复理念在提高手术室护理质量中的应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 10 月至 2016 年 3 月在本院行择期腹腔镜胆囊切除术的 126 例患者作为本次研究对象。纳入标准: (1) 年龄 > 18 岁; (2) 满足手术标准; (3) 配合研究者。排除标准: (1) 有意识障碍; (2) 患有精神疾病^[3]。按照随机数表法分为观察组和对照组, 每组各 63 例。观察组中男 28 例, 女 35 例, 年龄 19~60 岁, 平均 (40.29 ± 3.21) 岁; 对照组 63 中男 29 例, 女 34 例, 年龄 19~61 岁, 平均 (41.02 ± 3.23) 岁。两组患者均同意参与本研究, 本研究已通过本院伦理委员会批准进行。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者采用常规护理, 包括生命体征检查、药物等治疗, 术前常规放置胃管, 备皮剃除毛发, 术前 1 d 清洁灌肠一次, 嘱患者术前 8~12 h 禁食, 6 h 禁饮。麻醉后给予术中常规护理配合。

1.2.2 观察组 观察组患者采用快速康复护理: (1) 给予患者术前护理, 多与患者进行交流沟通, 告知患者在治疗过程中可能会出现的情况及并发症, 并告知其解决方法, 缓解患者的焦虑; 建议患者在术前进行适当的运动, 锻炼器官功能, 如吹气球、爬楼梯等。予营养不良患者采用肠道外或肠道内营养支

持, 术前 1 d 晚上饮用 800 mL 碳水化合物, 术前 6 h 禁止进食, 术前 3 h 饮水 400 mL, 术前 2 h 禁止饮水; 预防用药在手术切口前 30~60 min 使用抗菌药物, 手术后无需长期使用。(2) 采用全身麻醉联合硬膜外麻醉, 中胸段硬膜外麻醉, 全身麻醉采用短半衰期麻醉。(3) 麻醉生效后, 调整患者所需要的手术体位, 并为患者提供舒适性护理干预措施, 在满足手术体位、预防术中压疮的同时, 还兼顾患者对舒适的个性化要求。(4) 术中保持体温在正常范围, 输入恒温液体, 采用加温液体冲洗腹腔, 利用充气式加温仪保暖, 使用小棉被覆盖肩颈上肢等部位, 减少身体的暴露, 调节室温在 20~25 ℃, 消毒及铺无菌巾前, 适当提高室温, 防止术中低体温发生。(5) 术式尽量采用微创手术, 手术室护士提供娴熟的微创护理配合技术。术中积极配合手术医生彻底止血, 尽量缩短手术时间, 减少患者的术中损伤与应急。仔细处理腹腔病灶, 尽量不放置引流管; 若放置, 患者清醒后拔除。(6) 术后做好相关保暖工作, 能够减少出血及并发症, 降低分解代谢; 若患者的生命体征处于正常情况, 尽量不给予液体输入, 鼓励患者早期进食, 能够减少术后并发症的发生。术后鼓励患者下床进行活动, 为患者制订早期恢复锻炼计划, 确立锻炼目标; 建议患者多听音乐, 分散患者的注意力, 给予患者药物治疗来缓解术后疼痛。

1.3 观察指标 观察两组患者术后住院时间、首次排气时间、停止输液时间、麻醉清醒时间、切口感染、并发症发生情况, 焦虑自评量表(SAS)评分及护理质量评分、护理满意度。SAS 评分采用 4 级评分, 主要评定症状出现的频数, 其标准: 1 表示没有或很少时间有; 2 表示有时有; 3 表示大部分时间有; 4 表示绝大部分或全部时间都有。护理满意度分为非常满意(对所有调查条目都满意)、满意(对 80% 以上的条目为满意)、一般满意(对 60%~<80% 以上的问题满意)、不满意(满意条目不足 60%)。满意度 = (很满意例数 + 满意例数 + 一般满意例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以例数或率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者手术一般情况及并发症情况比较 观察组患者

术后住院时间、首次排气时间、停止输液时间、麻醉清醒时间, 以及切口感染、并发症发生情况优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者 SAS 评分及护理质量评分比较 护理后, 观察组 SAS 评分低于对照组, 护理质量评分优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者手术一般情况及并发症情况比较

组别	<i>n</i>	术后住院时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	首次排气时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	停止输液时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	麻醉清醒时间 ($\bar{x} \pm s, min$)	切口感染 [<i>n</i> (%)]	并发症 [<i>n</i> (%)]
观察组	63	5.62 ± 1.31	2.81 ± 0.26	5.61 ± 1.30	38.28 ± 8.29	2(3.17)	3(4.76)
对照组	63	10.38 ± 2.37	3.87 ± 0.58	9.29 ± 1.42	51.24 ± 9.31	11(17.46)	11(17.46)
<i>t</i> / χ^2		13.952 0	13.236 9	15.172 0	8.251 8	6.947 6	5.142 9
<i>P</i>		0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.008 3	0.023 3

表 2 两组患者 SAS 评分及护理质量评分比较 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	<i>n</i>	SAS 评分		护理质量评分
		护理前	护理后	
观察组	63	45.62 ± 10.21	26.83 ± 5.02	96.33 ± 3.28
对照组	63	45.28 ± 9.39	34.02 ± 6.92	83.94 ± 4.87
<i>t</i>		0.194 5	6.675 4	16.748 9
<i>P</i>		0.846 1	0.000 0	0.000 0

2.3 两组患者对护理满意度比较 观察组总满意度优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者对护理满意度比较 [*n*(%)]

组别	<i>n</i>	很满意	满意	一般	不满意	总满意度
观察组	63	36(57.14)	16(25.39)	7(11.11)	4(6.34)	59(93.65)
对照组	63	30(47.61)	10(15.87)	9(14.28)	14(22.22)	49(77.77)
χ^2		1.145 5	1.744 6	0.286 4	6.481 5	6.481 5
<i>P</i>		0.284 5	0.186 5	0.592 5	0.010 9	0.010 9

3 讨 论

随着社会经济的发展, 人们生活水平的提高, 对医疗的质量要求也越来越高, 高质量的护理成为目前医疗服务需求的趋势^[4]。手术室内会出现各种不可预测的情况, 及时采取相应的护理干预, 能够减少意外事件的发生。临床上常规的护理干预比较简单, 无法达到预期的效果^[5]。因此各种现代化护理模式被不断改善, 运用于临床, 能够有效提高护理质量, 减少术中出血量、术后并发症, 以及缩短恢复时间^[6]。有研究表明, 快速康复护理是临床上一种新型的护理模式, 其以患者为中心, 采用多样的综合措施进行护理干预, 包括采用优化的麻醉处理, 进行微创手术, 在围术期尤其在手术过程中对患者进行优质的护理干预有非常重要的意义^[7]。

胆囊手术通常采用腹腔镜微创术式, 对患者术后快速康复有一定的价值。患者在对病情不了解的情况下, 会出现焦虑, 容易对手术产生排斥心理, 不利于手术及治疗, 在围术期对患者进行术前术后访视, 了解患者的焦虑程度, 给予心理疏导, 告知病情及治疗方法, 进行健康知识宣传, 能缓解患者的焦虑情绪^[8]。在术前对患者进行器官功能锻炼有利于提高患者的器官功能, 减少在术中出现其他意外^[9]。在术前对患者进行营养

支持, 做好围术期的禁食禁饮护理; 在术前 2 h 禁饮, 患者的生命体征能够正常维持, 尽量不进行液体输入, 或减少输入^[10]。在手术时及手术后做好相关保暖工作, 早期进行下床锻炼, 给予药物或者分散患者注意力来减少术后疼痛, 能够减少患者在手术时的出血量, 缩短患者术后首次排气时间, 缩短住院时间, 减少并发症的发生^[11]。

给予患者全身麻醉联合硬膜外麻醉也是快速康复理念的一部分。有研究表明, 中胸段采取硬膜外麻醉能够有效地抑制患者的交感神经, 减轻患者在术中的应激反应^[12]。麻醉药物采用半衰期药物能够使患者尽快恢复意识, 有利于患者早期进行恢复锻炼, 有利于患者的预后^[13]。在手术时采取微创手术时, 需要手术室护士提供更精细的手术护理配合技术, 对腹腔镜器械的管理仪器设备的维护保养提出了更高要求, 术中为患者提供舒适性护理干预措施, 能减少应急反应发生^[14]。为患者采用综合性的加温措施, 能有效地预防术中低体温的发生。术中护士高质量地配合医生处理好每一个手术环节, 积极彻底止血, 尽量不放置引流管, 能够减少对患者造成的创伤, 减少感染以及并发症的发生, 减少患者住院时间^[15]。

在本研究中, 采用快速康复护理的患者并发症发生率为 4.76%, 采用常规护理的患者为 17.46%, 与以往研究具有相似性。在本研究中, 采用快速康复护理的患者术后住院时间、首次排气时间、停止输液时间、麻醉清醒时间, 切口感染、并发症发生情况均优于采用常规护理的患者; 采用快速康复护理的患者 SAS 评分低于采用常规护理的患者, 护理质量评分优于采用常规护理的患者; 采用快速康复护理的患者对护理满意度为 93.65%, 高于采用常规护理的患者的护理满意度 (77.77%)。笔者将快速康复护理理念运用到其他手术中, 也取得较好的效果。

综上所述, 通过快速康复理念的应用, 使手术室护理模式得到了更新, 手术室护理工作的每一个环节也制订了更高的质量标准与要求, 通过组织实施, 有效地提高了手术室的护理质量, 加速了患者术后康复的进程, 也提升了患者对手术室护理工作的满意度。

参考文献

[1] 易淑明, 郑晓妮. 快速康复外科对胃肠道手术患者围术期的作用[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(2): 286-288.
 [2] Hjort JD, Rud K, Kehlet H, et al. Standardising fast-track surgical nursing care in Denmark[J]. Br J Nurs, 2014, 23

- (9):471-476.
- [3] 厉周,邓敏峰,方素珍,等.快速康复外科理念在老年急腹症中的应用[J].实用医学杂志,2013,29(3):398-401.
- [4] Morris JH, Van Wijck F. Responses of the less affected arm to bilateral upper limb task training in early rehabilitation after stroke;a randomized controlled trial[J]. Arch Phys Med Rehabil,2012,93(7):1129-1137.
- [5] 陈秋文,章育盛,张高耀.快速康复外科在结直肠癌手术围手术期中的应用[J].实用医学杂志,2013,29(6):967-969.
- [6] Kaiser MJ, Bauer JM, Uter W, et al. Prospective validation of the modified mini nutritional assessment short-forms in the community, nursing home, and rehabilitation setting [J]. J Am Geriatr Soc, 2011, 59(11):2124-2128.
- [7] 何颖,王艳荣,党玲.老年患者胃肠手术快速康复的外科护理[J].世界华人消化杂志,2013,21(24):2461-2465.
- [8] 江德全,代国华,冯毅,等.快速康复外科理念在老年患者腹腔镜肝切除中的应用[J].检验医学与临床,2016,13(10):1376-1378.
- [9] Ross DM, Ramirez B, Rotarius T, et al. Health care transitions and the aging population:a framework for measuring the value of rapid rehabilitation[J]. Health Care Manag(Frederick), 2011, 30(2):96-117.
- [10] 秦薇.择期手术患者术前禁食禁饮时间的研究进展[J].中华护理杂志,2014,49(1):76-79.
- [11] 樊献军,谭黄业,肖咏梅,等.快速康复外科理念在腹部创伤围术期的应用[J].解放军医学杂志,2016,41(1):41-45.
- [12] 何凌霄,宁宁,王雅琴,等.我国快速康复外科临床研究的文献计量学分析[J].医学研究生学报,2014,27(8):895-896.
- [13] Richards KC, Lambert C, Beck CK, et al. Strength training, walking, and social activity improve sleep in nursing home and assisted living residents; randomized controlled trial[J]. J Am Geriatr Soc, 2011, 59(2):214-223.
- [14] 翁少文,王葆春.快速康复外科在胃肠道手术应用中的护理进展[J].海南医学,2013,24(18):2703-2705.
- [15] 单葵顺,邓晨晖.快速康复外科理念在手术室护理中的应用[J].广东医学,2014,35(4):637-639.

(收稿日期:2016-09-15 修回日期:2016-12-13)

• 临床探讨 •

强化护理风险管理在呼吸内科护理中的临床价值

孙方玲

(重庆市梁平区人民医院呼吸内科 405200)

摘要:目的 探讨强化护理风险管理在呼吸内科护理中的临床价值。方法 选取 2013 年 9 月至 2014 年 9 月(未实施强化护理风险管理)100 例患者为对照组,2014 年 10 月至 2015 年 10 月(实施强化护理风险管理)收治的 100 例患者为试验组,对比分析两组的护理质量评分及不良事件发生情况。结果 试验组患者的病房管理评分、基础护理评分、危重患者护理评分分别为(94.58±8.19)、(96.34±8.44)、(93.38±7.99)分,明显高于对照组患者的(78.49±7.85)、(79.45±7.15)、(77.29±6.79)分,差异有统计学意义($P<0.05$)。试验组患者不良事件发生率(2.00%)明显低于对照组的 30.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在呼吸内科护理管理中开展强化护理风险管理的临床价值显著,改善了护理质量,避免不良事件发生,临床意义重大。

关键词:呼吸内科; 风险管理; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.057 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)05-0736-03

呼吸内科是临床重要科室之一,主要收治支气管哮喘、肺癌、支气管炎以及肺炎患者。呼吸内科患者的病情相对严重,部分易出现呼吸抑制情况,且大多数患者年龄较大,住院接受治疗期间,病情反复不定,存在较大的潜在风险等,严重影响患者的生命与生活质量^[1]。护理风险事件是指患者在住院接受治疗期间,护理人员在实施护理操作的过程中,因为某些突发的安全问题而引发的护理事件等,影响患者的护理效果,需引起医护人员的高度重视^[2]。为进一步研究呼吸内科护理管理中开展强化护理风险管理的临床价值,特选取本科收治的 200 例患者进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 9 月至 2014 年 9 月(未实施强化护理风险管理)100 例患者为对照组,2014 年 10 月至 2015 年 10 月(实施强化护理风险管理)收治的 100 例患者为试验组。对照组男 57 例,女 43 例,年龄 39~68 岁,平均(45.00±11.35)岁,病程 2.0~5.0 年,平均(3.00±0.78)年。试验组男

55 例,女 45 例,年龄 38~70 岁,平均(46.03±6.01)岁,病程 2.0~5.5 年,平均(3.00±0.89)年。本研究通过了本院医学伦理委员会的批准,患者及家属均对本研究目的和方法知情同意,自愿参与本研究并主动签署了知情同意书。两组患者在年龄、病程等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)年龄 35~70 岁;(2)患者精神状态良好,可以自行配合完成研究;(3)经血气分析检查,患者血氧分压值在 60 mm Hg 以下;(4)无其他呼吸系统疾病,对本研究结果没有影响。排除标准:(1)年龄在 70 岁以上,或小于 35 岁;(2)患者精神状态异常,甚至有精神方面疾病,无法自行配合完成研究;(3)患者血气学分析检查,血氧分压在 60 mm Hg 以上;(4)患者有其他呼吸系统疾病,对本试验结果存在影响。

1.2 方法 对照组未实施强化护理风险管理,试验组实施强化护理风险管理。呼吸内科病房存在的风险因素:护理人员由于知识与技术有限而导致的护理差错;护士责任心不强而出现的护理差错;环境因素造成的护理问题;患者与医务人员之间