

ADV 的检出率主要受气候因素中的温度影响,温度越高,ADV 易形成较大的气溶胶,使病毒存活时间延长,此时 ADV 的感染性强,从而在患儿中的检出率高,每年都可以见到其感染高峰期,以夏季多见,这与国外的报道相一致<sup>[11]</sup>。在临床中,ADV 感染后临床表现重。ADV 肺炎表现为重症肺炎,因治疗困难,所以如何做到早期检测、诊断及进行早期积极有效的治疗尤其重要。

RSV 也是呼吸道感染中常见的病原体,在国内外的一些地区报道 RSV 仍处于呼吸道病毒感染的首位。而本研究显示 RSV 的阳性率为 3.56%,低于文献中的广州、兰州等地区,流行季节与台湾地区的春秋季节相一致,而与昆明、苏州等地的冬季不一致<sup>[13]</sup>。RSV 感染好发于春秋季节,感染以 3 岁以上的儿童为主。与文献<sup>[14]</sup>中报道 RSV 好发于 2 岁以内的儿童不相一致,这与本地地区的地理位置和气候还有本地区儿童的身体特征有关。

PIV 及 IFV 在本研究中感染率均较低,阳性率分别为 1.67% 及 0.17%,而 2015 年 PIV 有增高趋势。这两种病毒感染率低且流行季节与一些地区不同,这也与地理位置、气候特点及检测方法有关<sup>[15-16]</sup>。

综上所述,通过分析本地区 2011—2015 年呼吸道病毒感染患儿的流行规律,可为儿童 ARIS 提供更为准确、快速的病毒学资料,为尽早诊断疾病、减少疾病传播、防止抗菌药物滥用提供可靠依据。同时,掌握本地区儿童呼吸道病毒的流行病学特征,可对疾病进行有效监测防止大规模流行有着重要的意义。

参考文献

[1] 王倩,杜永刚. 儿童呼吸道病毒感染发病特点及影响因素[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(15): 2083-2084.

[2] 吴远桥. 儿童急性呼吸道病毒感染 1 200 例的抗原检测及分析[J]. 中国儿童保健杂志, 2015, 23(11): 1216-1218.

[3] 刘孙琴,韩晓峰,李明. 直接免疫荧光法检测急性呼吸道感染病毒抗原的结果分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2013, 23(18): 3537-3539.

[4] 王丹,杨静,王波,等. 大足地区儿童呼吸道病毒感染病原

学分析[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(10): 1364-1366.

[5] 黄盛,许雯,李莉. 上海市松江区儿童呼吸道病毒感染的流行特征分析[J]. 检验医学, 2015, 30(12): 1210-1213.

[6] 裴立红,涂晓波,刘素霞,等. 丽水地区儿童呼吸道病毒感染状况及特点的分析[J]. 浙江医学教育, 2013, 12(4): 51-52.

[7] 雷小英,彭东红. 2009—2011 年重庆地区儿童呼吸道病毒感染流行特征分析[J]. 重庆医科大学学报, 2013, 38(9): 1052-1057.

[8] 罗均彪. 儿童呼吸道病毒感染 1 288 例七联病毒检测结果临床分析[J]. 现代医药卫生, 2015, 31(21): 3238-3239.

[9] 孙亚萍,陈燕,宋士利. 180 份流感样病例标本中腺病毒的感染特征分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2014, 24(15): 2220-2222.

[10] 高小倩,金玉,谢志萍,等. 南京地区 2010—2011 年度呼吸道感染患儿腺病毒的流行病学研究[J]. 病毒学报, 2012, 28(5): 531-535.

[11] 陈正荣,季伟,王宇清,等. 2006—2010 年苏州地区住院儿童急性呼吸道腺病毒感染与气候因素的相关性研究[J]. 临床儿科杂志, 2012, 30(6): 539-541.

[12] 刘爱良,黄英,杨洋,等. 儿童重症腺病毒肺炎 213 例临床特征分析[J]. 临床儿科杂志, 2013, 31(8): 726-729.

[13] 张定梅,朱勋,姚婷婷,等. 广东省 2009—2012 年呼吸道合胞病毒的流行病学特征[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2013, 34(2): 292-298.

[14] 刘恩梅,彭才静. 呼吸道合胞病毒感染防治进展[J]. 临床儿科杂志, 2011, 29(8): 705-707.

[15] 严华杰,何东平,盛军,等. 儿童副流感病毒感染与气候因素的相关性研究[J]. 中国当代儿科杂志, 2015, 17(12): 1297-1300.

[16] 朱益飞,张晨美,周招美. 小儿急性上呼吸道感染病原学与临床特征研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(23): 5473-5474.

(收稿日期:2017-02-08 修回日期:2017-04-15)

## 手术室护理质量评价及患者满意度维度间关系

杨莹,李莉<sup>△</sup>

(中国医科大学附属第一医院手术室,沈阳 110001)

**摘要:**目的 探讨患者满意度与手术室护理质量各维度之间的关系。方法 随机选取该院 2014 年 1 月至 2016 年 1 月入 院治疗的 300 例手术患者和 150 例手术室护士为研究对象,对其进行问卷调查。结果 患者对手术室的护理质量总评分中位数为 4.66,位于比较高的水平;护士对护理的质量总评分中位数为 4.30,两组评分比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );护士和患者对手术室的护理质量评价的比较,除支持维度的得分差异无统计学意义外,其他维度得分差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),并且患者评分要高于护士。手术室的护理质量各个维度的评分越高,手术患者对手术室的护理满意度也越高,手术室的护理质量得分与患者满意度呈正相关( $P < 0.05$ )。结论 患者满意度与手术室护理质量存在一定的相关性。提高手术室护理质量可提高患者满意度,提高患者对医护人员的信任度,有利于构建和谐医护关系,促使医护人员提高业务素质,提升整体服务质量。

**关键词:**满意度; 护理质量; 维度

**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2017.15.044 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)15-2284-04

由于生活水平和医疗水平的不断提高,人类老龄化持续发展,每年的手术患者也日益增多,2008 年 WHO 公布的数据显

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 646056936@qq.com.



**2.4 护理质量各个维度间关联性分析** 对手术患者进行问卷调查时,在 GPNCs 量化表后提供了有关患者对手术室的护理的满意度评分,同样使用 5 级评分法。以患者满意度为因变量,患者对护理质量的评价维度为自变量,进行 Spearman 相关分析,结果表明,GPNCs 各个维度的评分越高,手术患者对手术室的护理满意度也越高,GPNCs 得分与患者满意度呈正相关( $P < 0.05$ ),见表 2。

**表 2 患者满意度与 GPNCs 各个维度间的相关性分析**

维度	<i>r</i>	<i>P</i>
身体护理	0.544	<0.05
接受信息	0.556	<0.05
支持	0.518	<0.05
尊重	0.535	<0.05
医务人员特征	0.391	<0.05
环境	0.481	<0.05
护理流程	0.593	<0.05

### 3 讨 论

手术患者对 GPNCs 总评分中位数为 4.66,说明患者对护理的质量有着较高的评价,各维度评分由低到高依次为支持、接受信息、护理流程、身体护理、环境、医务人员特征、尊重。尊重维度是评价最高的,说明患者认为在手术的过程中能够得到尊重、没有感到尴尬是非常重要的。护士对护理的质量总评分中位数为 4.30,各维度评价由低到高依次为护理流程、支持、接受信息、环境、身体护理、医务人员特征、尊重。尊重维度也是评分最高,说明护士认为在手术中对患者做到充分尊重,不使患者感到尴尬,患者的隐私得到保护也是非常重要的。

通过对比,除了支持维度外,患者和护士在其他各维度的得分差异均有统计学的意义( $P < 0.05$ ),并且患者的评价高于护士的评价,这和国外研究的结果一致<sup>[6]</sup>。原因可能为以下几个方面。首先,护士对手术室的护理质量评估是依据他们在手术室长期的感知做出的,手术室作为一个高负荷、运作速度快、高强度的科室,在这个环境下,护士对于自身护理的质量评价表现为不自信,以为自己给予的护理手术患者会不满意,然而患者评价都取决于手术室里的主观感受。其次,护士有比较专业的保健、卫生知识,在对患者的护理上有更多专业的知识和可能造成结果的预知和分析。最后,手术患者可能会担心评分太低将影响到后续的治疗而不愿意表现出真实的想法,导致评分偏高。

本调查结果显示,患者的满意度与 GPNCs 各个维度都呈正相关( $P < 0.05$ ),即患者的满意度越高,患者对于手术室护理的质量也越高。本调查显示,让患者知道必要的信息可以提高患者满意度。有调查显示,52.1%和 54.3%的患者认为手术室的手术过程、环境等信息提供的足,手术患者对手术的信息需求非常强烈<sup>[7-8]</sup>。目前我国手术室的护理存在手术前的访视和手术后的随访很低、访视的内容没有规范、手术室的护士和病区的护士职责不明确等不足。专业的手术室素质和护理的技能是为患者提供满意护理的基础,也是提高患者对手术室的护理满意度的重要因素。今后应该多开展手术室的护理基本技能训练,加强手术室护士在专业素质和专业护理方面的训练,展开每组之间的评比、日常的讲课、周期性的考核等多种方

式来提高护士的专业技能和知识。

重视对手术前的访视、手术中的交流和手术后的随访工作非常必要,因为患者在手术前对疾病的信息、疼痛的管理、手术前的注意工作都是有需求的<sup>[9]</sup>。本调查也显示,给予信息的维度在其他的维度评分也是比较低的。在实施手术室的整体护理大环境下,应该重视手术前后每个环节,重视手术前的访视和手术后的随访<sup>[10-12]</sup>。患者进手术室后的各项护理操作如静脉穿刺、导尿等操作应该反馈给患者相关联的信息,并安慰患者减少对手术室内的仪器声响产生恐惧,如果有不适马上告知护士<sup>[13-15]</sup>。由于人力与时间等因素本调查仅选取本院 300 例患者和 150 例手术室护士,有一定的局限性,因此本研究的结果是否可以推论出其他地区医院尚需要进一步的验证。

综上所述,患者满意度与手术室护理质量存在一定的相关性。提高手术室护理质量可提高患者满意度,提高患者对医护人员的信任度,有利于构建和谐医护关系,促使医护人员提高业务素质,提升整体服务质量。

### 参考文献

- [1] 周凤伟. 细节护理对手术室护理质量及患者满意度的影响[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(2): 237-238.
- [2] 杜淑媛. 人性化护理模式对手术室护理质量及患者满意度的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(14): 46-47.
- [3] 米红梅. 细节护理对手术室护理质量及患者满意度的影响[J]. 中国医药指南, 2013, 11(20): 335-336.
- [4] 张莉萍. 患者对手术室护理质量满意度及其影响因素分析[J]. 中国医药导报, 2011, 8(3): 94-97.
- [5] 陈晓晶, 原英姿, 姚晓丽. 细节护理对手术室护理质量及护理满意度的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(16): 174-176.
- [6] Groah L. Models of patient care for operating room nurses [J]. QRB Qual Rev Bull, 2011, 5(9): 16-18.
- [7] Stephens-Woods K. The impact of the surgical liaison nurse on patient satisfaction in the perioperative setting [J]. Can Oper Room Nurs J, 2010, 26(4): 11-20.
- [8] 赵体玉, 张穗, 陈锐, 等. 部队与地方医院手术病人对手术室护理质量满意度比较[J]. 护理研究, 2009, 23(19): 1718-1720.
- [9] 陈娟, 涂芳. 手术室护士对术前患者饮食护理干预的效果评价研究[J]. 中国医药指南, 2015, 13(16): 7-9.
- [10] Stodd K, Ortiz A, Tenzer I, et al. Operating room benchmarking: the Kaiser permanente experience [J]. Permanente J, 2013, 142(4): 965-966.
- [11] Zhuang ZH. The quality management of application results in the operating room nursing team care [J]. Modern Med J, 2014, 15(5): 852-859.
- [12] Prati G, Pietrantonio L. Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses [J]. Work, 2014, 49(4): 669-677.
- [13] Dixon JL, Stagg HW, Wehbe-Janek H, et al. A standard handoff improves cardiac surgical patient transfer: operating room to intensive care unit [J]. J Healthc Qual, 2015, 37(1): 22-32.

[14] Clark PA, Leddy K, Drain M, et al. State nursing shortages and patient satisfaction[J]. J Nurs Care Qual, 2007, 22(2):119-127.

[15] McElroy LM, Collins KM, Koller FL, et al. Operating room to intensive care unit handoffs and the risks of patient harm[J]. Surgery, 2015, 158(3):588-594.

(收稿日期:2017-01-24 修回日期:2017-03-29)

## 两种不同麻醉方式对老年腹部手术患者术后认知功能的影响

黄 珩

(广西壮族自治区民族医院/广西医科大学附属民族医院麻醉科, 南宁 530001)

**摘要:**目的 探讨硬膜外麻醉和全身麻醉对老年腹部手术患者术后认知功能的影响。方法 选取在该院进行腹部手术的老年患者 160 例, 随机将患者分为硬膜外麻醉组和全身麻醉组, 每组 80 例。采取简易精神状态评价量表(MMSE)对患者手术前后的认知功能进行评估分析。结果 两组患者术后 1 h、4 h、1 d 的 MMSE 评分与麻醉前比较均有所降低, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 而术后 4 d 各组 MMSE 评分与麻醉前相比差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 术后 1 h、4 h、1 d 硬膜下麻醉组术后认知功能障碍(POCD)发生率分别为 27.5%、32.5%、7.5%, 全身麻醉组 POCD 发生率分别为 42.5%、48.8%、12.5%, 两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 在术后 4 d 两组 POCD 发生率比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论 硬膜外麻醉相比全身麻醉更能够有效地降低老年腹部手术患者术后 POCD 的发生。

**关键词:**硬膜外麻醉; 全身麻醉; 术后认知功能障碍; 腹部手术

**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2017.15.045 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)15-2287-03

术后认知功能障碍(POCD)是指患者在麻醉及手术后出现一种神经性并发症, 主要表现在记忆减退、精神思维错乱、心情烦躁和自知力减弱等神经功能方面的改变<sup>[1-2]</sup>。多数患者造成的 POCD 是暂时性、一过性的, 但是有部分的患者容易出现术后长期持久性, 甚至永久性的 POCD<sup>[3]</sup>。而老年患者是并发 POCD 的高危人群。目前关于 POCD 的原因机制尚不清楚。硬膜外麻醉和全身麻醉是临床上手术前最常用的两种麻醉方式。因此本研究采用两种不同的麻醉方式对老年患者手术后的认知功能进行了比较, 现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 6 月至 2016 年 6 月于本院进行

腹部手术的老年患者 160 例。随机将患者分为全身麻醉组和硬膜外麻醉组。全身麻醉组 80 例, 男 38 例, 女 42 例; 年龄 65~78 岁, 平均(70.21±9.48)岁。硬膜外麻醉组 80 例, 男 39 例, 女 41 例; 年龄 64~80 岁, 平均(71.15±8.42)岁。其中脾脏切除手术 22 例, 肝脏手术 25 例, 胃肠手术 24 例, 胆道手术 89 例。两组老年患者腹部一般情况差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性, 见表 1。本研究获本医院伦理委员会的批准同意。所有患者和家属均签署知情同意书。

**1.2 纳入标准** (1)患者年龄大于 64 岁;(2)根据 ASA 心脏功能评定标准 I~II 级;(3)无精神疾病及认知功能障碍;(4)术前无药物服用史。

表 1 两组患者的一般情况比较

组别	n	男/女 (n/n)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	ASA 心脏功能分级(n)		手术时间 (min, $\bar{x} \pm s$ )	术中失血量 (mL, $\bar{x} \pm s$ )
				I 级	II 级		
硬膜外麻醉组	80	39/41	71.15±8.42	44	36	128.45±72.38	314.27±79.27
全身麻醉组	80	38/42	70.21±9.48	42	38	134.26±61.49	321.43±101.28
t/ $\chi^2$		0.932	0.349		1.239	0.267	0.482
P		0.467	0.706		0.259	0.783	0.923

注:ASA 为美国麻醉医师学会

**1.3 排除标准** (1)ASA 心脏功能评定超过 II 级;(2)患者有精神疾病及认知功能障碍;(3)术前存在药物服用史。

### 1.4 方法

**1.4.1 麻醉方法** 所有老年患者在未使用麻醉药物等相关镇痛药物之前, 于术前 30 min 肌肉注射阿托品 0.5 mg。全身麻醉组:静脉注射芬太尼 3  $\mu$ g/kg, 异丙酚 1~2 mg/kg, 维库溴铵 0.15 mg/kg 行麻醉快速诱导, 插管后行机械通气, 根据吸入七氟烷的浓度和静脉注射瑞芬太尼的速度维持麻醉深度, 间断静脉注射维库溴铵维持肌肉松弛。于手术结束后常规予以新斯的明和阿托品拮抗肌肉松弛。硬膜外麻醉组:于患者 T<sub>9</sub>~T<sub>10</sub> 间隙处行穿刺置管, 经导管注入 2%利多卡因 3 mL 试药, 待硬

膜外麻醉效果确切后, 根据麻醉平面的需要追加 1%罗哌卡因和 2%利多卡因 1:1 混合液。

**1.4.2 监测指标** 麻醉期间持续检测术前及术中平均动脉压、心率、心电图等指标。由麻醉医师分别于麻醉前和术后 1 h、4 h、1 d、4 d 采用简易精神状态评价量表(MMSE)对患者的定向能力, 计算能力和注意力、记忆力等方面进行认知神经精神功能评分。最高分为 30 分, 只要评分低于 24 分记为 POCD, 0~≤18 分为重度 POCD, 19~≤23 分为中度 POCD<sup>[4]</sup>。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS22.0 统计软件对数据进行统计分析, 计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资