

- 断的临床价值[J]. 国际检验医学杂志, 2017, 38(1): 44-45.
- [10] 魏晓玲. 四种肿瘤标记物联合检测在肺癌诊断中的价值[J]. 河北医药, 2017, 39(6): 854-856.
- [11] 何正, 罗世翊, 魏玲, 等. CEA、NSE、CA125、CYFRA21-1 在肺癌中的检测及意义[J]. 系统医学, 2017, 2(7): 7-9.
- [12] 许利芳, 胡克. 血清 CEA、SCCA、CYFRA21-1、NSE 与血浆 D-D 联合检测对肺癌诊断的临床意义[J]. 临床肺科杂志, 2017, 22(2): 233-236.
- [13] 臧淑月, 张振成, 叶伟民, 等. 血清 HE4 与 CYFRA21-1、NSE 联合检测在肺癌诊断中的价值[J]. 检验医学与临床
- 临床探讨 • DOI: 10.3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 01. 034

床, 2016, 13(s1): 84-87.

- [14] 卢得盛, 薛文成, 任微, 等. 血清癌胚抗原、神经特异性烯醇化酶和细胞角蛋白 19 片段肿瘤标记物联合检测在肺癌诊断中的价值[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版), 2017, 11(3): 388-391.
- [15] NAGY B, BHATTOA H P, STEIBER Z, et al. Serum human epididymis protein 4 (HE4) as a tumor marker in men with lung cancer[J]. Clin Chem Lab Med, 2014, 52(11): 1639-1648.

(收稿日期: 2017-07-29 修回日期: 2017-11-01)

分级护理对腹部手术患者苏醒期躁动及满意度的影响

刘 阳

(中国医科大学附属盛京医院手术室, 沈阳 110004)

摘要:目的 探讨分级护理对腹部手术患者苏醒期躁动及患者满意情况的影响。方法 选择 168 例腹部手术患者分成研究组和对照组, 研究组采用分级护理模式, 对照组给予常规护理, 比较两组患者的干预效果。结果 干预后, 研究组患者的躁动发生率(16.67%)低于对照组(38.10%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 研究组焦虑自评量表、抑郁自评量表评分优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 研究组总满意度(92.86%)高于对照组(71.43%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 分级护理可降低腹部手术患者苏醒期躁动的发生, 减轻患者躁动发生的程度, 改善患者不良情绪, 提高患者满意度。

关键词:分级护理; 腹部手术; 麻醉苏醒期; 躁动

中图法分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)01-0112-03

麻醉苏醒期的理想状态为患者可以安静地配合, 当气管导管拔除之后, 患者可自主呼吸, 心率、血压稳定^[1]。但因腹部外科手术创面大, 尤其是手术操作对患者腹腔脏器的扰动较大, 从而增加了麻醉苏醒期患者躁动的发生率, 躁动发生后可能导致患者出现循环功能障碍, 颅内压、血压升高, 心率增快, 对其疾病的康复极为不利。本研究采用分级护理预防腹部手术患者全身麻醉苏醒期躁动的发生, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究共收集 168 例于 2016 年在本院行腹部手术治疗的患者。入组标准: 年龄 18~70 岁; 择期行腹部手术治疗的; 入组前无精神病史; 自愿参加本研究, 依从性好。排除标准: 严重慢性疾病及肝肾功能不全者; 依从性差; 患精神疾病或听力障碍者等。将患者分成研究组和对照组, 每组 84 例, 两组患者基础资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。本研究经医院伦理委员会批准, 所有研究对象均签署知情同意书。

1.2 方法 两组患者均遵医嘱给予常规治疗。对照组给予常规护理, 包括术前访视、术前检查以及健康宣教、心理指导等^[2]。研究组采用分级护理, 具体措施如下: (1) 分级方法。术后根据住院医师开具的医嘱护理等级进行分级护理, 同时对于已发生躁动的患

者进行程度分级。1 级, 患者无法停止地哭闹, 不自主地发生躁动; 2 级, 患者处于激惹、哭闹状态, 刺激情况下即发生躁动, 需要控制; 3 级, 患者清醒、安静, 刺激情况下即发生躁动, 需控制; 4 级, 患者处于睡眠状态, 在强刺激下发生躁动, 刺激停止躁动即停止^[3]。(2) 护理措施。①成立分级管理小组。小组成员包括主治医师 1 名, 副主任护士 1 名, 主管护士 2 名, 护士 4 名, 所纳入成员均采取自愿原则, 并在研究前进行系统的分级护理培训。②心理干预。将小组成员分为两组, 每组 2 名护士, 1 名主管护士, 由 2 名护士每日到患者床旁边进行面对面的交流, 了解患者情绪变化, 对存有焦虑、抑郁等不良情绪的患者进行个性化疏导, 并将每日护理情况向主管护士汇报, 记录患者不良情绪的改变, 同时计划下一步心理干预方法。对于伴有严重心理障碍的患者, 聘请心理医生对其进行治疗, 每周 1 次^[4]。③健康教育。术前、术后分别举行 1 次健康知识讲座, 邀请本科主任进行腹部手术前准备、麻醉配合、躁动发生原因、预防方法等知识讲解及问题解答, 同时对患者术后的饮食、康复运动以及用药指导等进行分享, 提高患者治疗配合性^[5]。④术后分级护理。术后根据医嘱执行 I、II 级的护理干预, 以预防躁动的发生。⑤躁动护理。根据躁动分级进行护理干预。1 级护理: 护士每隔 15 min 巡视患者

1次,加强对患者的观察,同时使用镇静药物或(和)约束带避免躁动意外的发生;2级护理:每小时巡视1次,应用镇静药物,降低对患者的刺激;3级护理:每2

小时巡视1次,必要时应用镇静药物,尽量减少对患者的刺激;4级护理:每日巡视至少3次。

表 1 两组患者基础资料比较 (n=84, n 或 $\bar{x} \pm s$)

项目	性别 (男/女)	年龄(岁)	体质量(kg)	平均麻醉时间 (h)	疾病类型					ASA 分级		文化程度	
					结直肠癌	胃癌	囊结石	急性化脓性胆囊炎	其他	I 级	II 级	高中及以下	大专及以上
对照组	56/28	53.23±9.45	68.63±10.15	3.59±1.17	20	18	12	10	24	68	16	46	38
研究组	52/32	55.01±8.74	68.04±10.69	3.82±1.09	18	16	16	12	22	64	20	52	32
χ^2 或 t	0.658	0.862	0.985	0.966				0.833		0.721		0.597	
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05				>0.05		>0.05		>0.05	

1.3 观察指标及疗效评价

1.3.1 躁动发生情况 记录躁动发生情况,并根据分级标准进行分级。

1.3.2 心理状态 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[6]进行测评。其中 SDS 共 20 个项目,4 级评分,总分 53~62 分为轻度抑郁,>62~72 分为中度抑郁,>72 分为重度抑郁。SAS 共 20 个项目,4 级评分,总分 50~59 分为轻度焦虑,>59~69 分为中度焦虑,>69 分为重度焦虑。SAS 量表的 Cronbach's α 系数为 0.892。SDS 量表的 Cronbach's α 系数为 0.875。

1.3.3 满意度 小组成员查阅大量相关国内外文献,自行设计满意度调查表,对患者进行调查,内容共包含 6 个方面,采用 Likert5 评分法,分为很满意(5 分)、满意(4 分)、一般(3 分)、不满意(2 分)、很不满意(1 分)。总满意度=(很满意例数+满意例数)/总例数×100%。该调查表由 3 名护理专家进行效度分析,内容效度为 0.895,预试验 Cronbach 系数为 0.902。

1.4 统计学处理 所有数据均以统计学软件 SPSS 17.0 进行分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较行独立设计的 t 检验;计数资料以百分率或例数表示,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 两组患者躁动发生情况及程度比较 研究组躁

动发生率低于对照组,躁动程度分级优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者躁动发生情况及程度比较

项目	n	躁动[n(%)]	躁动分级(n)			
			1 级	2 级	3 级	4 级
对照组	84	32(38.10)	6	8	18	0
研究组	84	14(16.67)	2	2	4	6
χ^2		4.362			3.173	
P		<0.05			<0.05	

2.2 两组患者 SAS、SDS 量表评分比较 干预前两组患者 SAS、SDS 量表评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组患者 SAS、SDS 量表评分均较干预前明显降低,且研究组优于对照组($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者 SAS、SDS 量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前		干预后	
		SAS	SDS	SAS	SDS
对照组	84	45.50±9.29	50.55±9.27	30.08±7.90 ^a	40.11±10.72 ^a
研究组	84	48.73±6.21	51.04±7.59	22.59±8.64 ^a	36.75±8.57 ^a
t		0.835	1.062	3.171	4.360
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注:与组内干预前比较,^a $P<0.05$

2.3 两组患者满意情况比较 研究组总满意度高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.379$, $P<0.05$),见表 4。

表 4 两组患者满意情况比较 [n(%)]

组别	n	很满意	满意	一般	不满意	很不满意	总满意度
对照组	84	16(19.05)	44(52.38)	10(11.90)	8(9.52)	6(7.14)	60(71.43)
研究组	84	26(30.95)	52(61.90)	4(4.76)	2(2.38)	0(0.00)	78(92.86) ^a

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

3 讨 论

腹部手术后,因手术创伤及手术操作对患者腹腔的影响,在麻醉苏醒期易使患者的交感神经处于兴奋状态,易出现心率增快、血压上升,同时伴异常的肢体动作等表现,从而导致躁动的发生。躁动发生后可增加术后并发症的发生,尤其是心脑血管并发症,对患者的术后康复极为不利。躁动发生的原因主要为对手术麻醉苏醒期机体产生的应激反应缺乏了解、各种

诊疗操作的刺激、患者心理以及呼吸抑制、疼痛感觉恢复等影响^[6]。因此,围术期做好患者的监护及健康指导对于预防及降低躁动程度具有重要意义。

近年来,我国护理学得到了迅猛的发展,在多种疾病治疗及转归过程中护理均发挥不可替代的作用。阳庆芳^[7]报道显示,综合护理干预可减轻腹部手术后患者疼痛程度,促进肠蠕动恢复;左四琴等^[8]研究显示,采用基于 Riker 镇静躁动评分的护理可明显降低

神经外科 ICU 躁动患者并发症的发生,促进患者术后康复。分级护理是根据对患者病情的轻、重、缓、急及其自理能力的评估,按照护理程序的工作方法制订不同的护理措施及遵医嘱给予不同级别的护理。我国的分级护理始于 1956 年,一直沿用至今,在护理工作中发挥了重要作用。基于此,本研究采用分级护理对腹部手术患者进行干预,结果显示,研究组躁动发生率低于对照组,躁动程度分级优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);且干预后研究组患者 SAS、SDS 量表评分均较对照组明显降低($P<0.05$);研究组满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。这主要是由于:(1)成立分级护理小组,由医生与护士共同参与,有效提高医护配合性,及时、有效地评估患者病情的动态变化,做出针对性护理,减少了对患者不必要的刺激,降低了躁动发生的风险^[9]。(2)根据患者医嘱及躁动程度进行分级护理,避免了护理过程中因护士经验不足对患者护理不到位,加大躁动风险的影响,从而有效防止了躁动的发生及降低躁动程度^[10]。(3)根据躁动的分级合理对患者进行约束,并在患者躁动发病过程中时时观察及对症处理,避免了意外伤害的发生,提高了治疗效果,从而改善了患者的不良情绪,提高了护理质量,使患者满意度提高。

综上所述,分级护理可降低腹部手术患者苏醒期躁动的发生,减轻躁动发生的程度,改善患者不良情绪,提高患者满意度,值得推广和应用。

参考文献

[1] 赵香凤.腹腔镜手术患者术后分级护理实施中的问题与

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.01.035

对策[J].国际护理学杂志,2012,31(4):598-600.

- [2] 陈志峰.手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的疗效评价[J].护士进修杂志,2013,28(20):1884-1886.
- [3] 韩艳芳,张梓童,邓亚芳,等.手术室麻醉苏醒护理在减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动中的应用效果[J].国际护理学杂志,2015,34(11):1467-1469.
- [4] 刘兆平,曾满萍.针刺结合心理干预对脑卒中后抑郁状态病人情绪的影响[J].中国中医急症,2014,23(7):1339-1340.
- [5] 杜颖,王秀红,李秀娟,等.手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的疗效评价[J].中外医疗,2015,34(21):127-128.
- [6] TRAN US,STIEGER S,VORACEK M. Psychometric analysis of St? ber's social desirability scale(SDS-17):an item response theory perspective[J]. Psychol Rep,2012,111(3):870-884.
- [7] 阳庆芳.护理干预对腹部手术老年病人术后镇痛效果的影响[J].全科护理,2011,9(2):104-105.
- [8] 左四琴,王艳.基于 Riker 镇静躁动评分的护理对神经外科 ICU 躁动患者并发症的影响[J].中华现代护理杂志,2014,20(11):1316-1318.
- [9] 唐虹,齐丹青,薄雅萍,等.护理单元的绩效考核在优质护理服务中的应用及效果评价[J].检验医学与临床,2016,13(7):1000-1002.
- [10] 吕和平.疼痛管理小组对腹腔镜胆囊切除术后病人疼痛影响的观察[J].中南医学科学杂志,2015,43(6):716-718.

(收稿日期:2017-06-29 修回日期:2017-09-11)

综合护理干预对羊水栓塞患者并发症和心理状况的影响

元效香,王小飞,李金娟

(泰山医学院附属医院妇产科,山东泰安 271000)

摘要:目的 探讨综合护理干预对羊水栓塞患者并发症和心理状况的影响。方法 收集 2014 年 4 月至 2015 年 4 月 80 例羊水栓塞患者。按抽签法分为试验组和对照组,每组 40 例。两组患者均采取对症治疗,对照组在此基础上采用基础护理干预,试验组在此基础上采用综合护理干预。观察两组患者住院时间、下床时间、护理满意率、病死率及凝血功能指标变化,对所有患者进行汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、疼痛数字评分法(NRS)、生活质量评分,比较两组患者并发症发生率。结果 试验组患者住院时间、下床时间、病死率均明显低于对照组,满意率明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);试验组患者血小板计数(PLT)、纤维蛋白原(FIB)水平明显高于对照组,凝血酶原时间低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);试验组患者 HAMA、NRS 评分明显低于对照组,生活质量评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);试验组患者并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 综合护理干预能够有效减少羊水栓塞患者的并发症,降低病死率,改善产妇的心理状况,有利于产妇的预后。

关键词:羊水栓塞; 心理状况; 生活质量; 护理干预

中图法分类号:R473.71

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)01-0114-04

羊水栓塞是妇产科常见的并发症,具有发病率 低,但发病突然、病死率高的特点^[1]。主要指产妇在