

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.17.033

## 精准护理干预应用于结肠镜检查患者肠道准备的效果评价\*

张慧卿, 黄燕<sup>△</sup>, 曹宇芳, 马娟

复旦大学附属华山医院北院消化科, 上海 201907

**摘要:**目的 探讨精准护理在结肠镜检查患者肠道准备中的应用效果。方法 选取 2018 年 12 月至 2019 年 4 月在该院住院行结肠镜检查的 64 例患者作为研究对象, 随机分为对照组和试验组, 每组 32 例。对照组进行常规治疗与护理, 试验组在此基础上实施精准护理, 记录并比较两组的肠道清洁度评分、患者依从性、满意度、不良反应发生率、护士宣教接受度及精准护理干预对心理的影响。结果 试验组患者肠道清洁度、肠道准备充分率明显高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。试验组在满意度、依从性、宣教知识接受度、心理影响方面高于对照组, 不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 精准护理应用于住院结肠镜检查患者肠道准备过程中, 提高了患者肠道清洁度, 降低了不良反应发生率, 保证了治疗的安全、有效。

关键词: 精准护理; 结肠镜; 肠道准备

中图分类号: R47

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)17-2542-03

结肠镜检查是诊断结肠疾病的唯一“金标准”, 在结肠癌筛查中起重要作用<sup>[1]</sup>, 结肠镜检查诊断的准确性和安全性很大程度上取决于肠道清洁的质量。较差的肠道准备, 不仅会降低结肠镜检查中息肉腺瘤的检出率和盲肠插管的成功率, 还会延长医务人员操作时间, 加重患者痛苦, 缩短患者再次肠镜的间隔时间及增加患者医疗费用<sup>[2-4]</sup>。随着肠道清洁剂的商品化和肠道准备方法的逐渐标准化, 仍有约 30% 的患者肠道准备不充分<sup>[5]</sup>。有研究指出, 护理干预在住院患者结肠镜检查前肠道清洁的过程中起重要作用。随着医学进入“精准”时代, 护理工作也面临着更多的挑战与革新, 要求护理人员准确定位患者差异, 预测患者护理需求的区别和侧重点, 满足患者个性化护理评估的需求<sup>[6]</sup>。国内研究也表明, 精准化护理在实际临床应用中有良好的效果<sup>[7-9]</sup>。本研究将精准护理应用于住院结肠镜检查患者肠道准备过程中, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 12 月至 2019 年 4 月在本科住院行结肠镜检查的 64 例患者为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组和试验组, 每组 32 例。纳入标准: (1) 18~80 岁住院患者; (2) 无认知障碍及语言沟通障碍患者。排除标准: (1) 肠道梗阻、狭窄者; (2) 结直肠手术史者; (3) 严重的心力衰竭、高血压、急性心血管疾病及肝肾功能不全者。对照组中, 男 23 例, 女 9 例; 年龄( $62.8 \pm 6.8$ )岁。试验组中, 男 24 例, 女 8 例; 年龄( $63.7 \pm 8.8$ )岁。两组患者的性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 方法** 肠道准备服药方法: 依据《中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南》<sup>[10]</sup>, 所有患者均使用分次口

服泻药的肠道准备方案。结肠镜检查前 24 h 进食低纤维饮食, 在肠道检查前 1 天晚上服用复方聚乙二醇电解质散 750 mL, 30 min 内服完, 在肠道检查当天早上或检查前 4~6 h 服用复方聚乙二醇电解质散 2 250 mL, 30 min 内服用, 2 h 内服完。

对照组按照肠道准备常规护理, 检查前护士对患者进行肠道准备相关知识宣教, 包括饮食、口服泻药方法、注意事项、检查过程、检查目的, 并向患者发放宣教卡片, 服药期间, 观察患者有无不良反应和大便性状, 及时向医生反馈。

试验组在对照组的基础上实施精准护理。科室成立精准护理实验小组, 由内镜中心主任医师、护士长、护理骨干共同讨论, 对肠道准备环节进行精准定位, 共同制订精准护理流程, 由护士长对科室成员进行讲解、培训, 培训结束后对成员进行相关知识考核, 确保精准护理流程正确实施。

**1.3 精准护理评估** 护理人员结合患者病史、年龄、身体条件、肠道准备易感因素等按照精准评估表进行综合评估, 评估内容包括: 患者基本资料、腹部手术史、便秘史、糖尿病史、家属陪护、情绪、是否首次肠镜、入院前 1 天饮食情况、曾服药情况、依从性情况。根据评估结果, 有针对性进行精准宣教, 实施精准护理。

**1.4 精准护理的量化时间点** 精准护理干预, 笔者对实施精准护理干预的时间节点进行具体化, 分为 10 个时间节点: (1) 医嘱开出时; (2) 舒泰清发放时; (3) 晚上 17 点进餐前; (4) 第 1 次服药前 15 min 至开始服药期间; (5) 服药后 30 min; (6) 服药后 1~2 h; (7) 交接班时; (8) 第 2 次服药时; (9) 检查前 1 h; (10) 肠镜检查后。根据不同时间点完成患者从入院到肠镜检

\* 基金项目: 复旦大学附属华山医院北院科研启动基金项目(HSBY2017018)。

△ 通信作者, E-mail: 260026496@qq.com。

查结束一系列针对性的精准护理措施,指导护士更加清晰、高效地实施护理措施,做到全程参与,有效管理。

**1.5 对影响肠道清洁度的保护因素进行精准护理** 参考相关文献,将术前 24 h 低纤维素饮食、术前用药指导、患者依从性好、末次解清水便作为肠道准备质量好的保护因素<sup>[11]</sup>。(1)术前 24 h 低纤维素饮食指导:患者入院时即做好饮食指导,解释饮食的重要性,例举可进食食物种类,根据进餐时间节点,提醒并观察患者自带饮食种类,对年老、记忆力差的患者进行家属的宣教。(2)用药指导:舒泰清发放时,进行药物冲泡方法、服药时间、药物不良反应的知识宣教,发放特制量杯及服药图示卡,组织观看视频演示,在开始服药,对文化程度低、记忆力差的患者进行再次药物知识宣教,在服药后 30 min 及第 2 次服药时,观察患者的服药情况和耐受性,及时反馈医生。(3)依从性差患者的精准护理:进行肠道准备相关知识宣教,耐心解答患者的疑虑;与患者共同制订有效肠道准备方案,增强患者的参与感;按时间点巡视病房,及时发现患者的问题及需求,给予及时处理;寻求患者亲属的支持。(4)大便性状精准评估:末次大便性状是反映肠道准备是否合格的重要依据,护理人员在护理过程中,及时观察排便情况,在第 1 次服药后 2 h、第二次服药前、第 2 次服药后 2 h 进行大便性状分析评估,对末次大便进行记录评分,并及时向医生进行通报。

**1.6 以评估结果为基础、以人为本的个体化精准护理** (1)对有便秘史患者,监测大便次数与大便性状改变,及时反馈并调整方案;对有糖尿病史患者,及时停用降糖药物,监测血糖变化,预防低血糖发生,与内镜中心沟通减少等候时间;在家服用抑制肠道蠕动药物,与主治医师沟通调整用药,监测大便情况,适当延迟检查时间。(2)对紧张、焦虑的患者,倾听患者的主诉,进行心理护理,指导其放松;对年老、体弱者进行宣教时,语速放慢,宣教时间适当延长,次数增加,并在患者服药时进行提醒及备好温开水,夜间如厕进行协助;观察患者的耐受性,指导患者进行腹部按摩、慢走运动。

**1.7 研究工具**

**1.7.1 渥太华肠道准备评价量表(OBPS)** 该量表用于对患者肠道清洁度进行评价<sup>[12]</sup>。总分为 0~14 分,分数越低代表肠道准备效果越好。总分<5 分为

肠道准备充分;总分≥5 分为肠道准备不充分<sup>[13]</sup>。

**1.7.2 肠道准备情况调查表** 由笔者自行设计。调查内容包括:患者肠道准备过程的满意度,对护士宣教指导的满意度(满意度分为非常满意、基本满意、不满意),对护士宣教知识的接受度,护士指导对心理的影响(分为更放松、有些放松、无影响,更放松和有些放松为有影响),服药过程中有无发生不良反应,服药、饮食、运动是否按要求进行。对上述内容进行调查记录。满意度=(非常满意例数+基本满意例数)/总例数×100%。

**1.7.3 大便性状评价表** 对患者肠道准备期间大便性状进行分析评价,共分 4 个等级:无大便(0 分)、较多粪渣(4 分)、少量粪渣(6 分)、无粪渣(10 分)。

**1.7.4 资料收集方法** 患者结肠镜检查后,由内镜中心主治医师即刻填写 OBPS,并对肠道清洁度进行评分。患者回到病房,由研究人员发放调查问卷,对肠道准备期间情况进行调查、记录,调查问卷当场回收。

**1.8 统计学处理** 采用 SPSS19.0 进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料以频数或百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组 OBPS 评分及肠道准备充分率比较** 试验组 OBPS 评分低于对照组,肠道准备充分率高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组的 OBPS 评分、肠道准备充分率比较

组别	<i>n</i>	OBPS 评分( $\bar{x} \pm s$ , 分)	肠道准备充分率[ <i>n</i> (%)]
试验组	32	4.34±2.29	20(62.50)
对照组	32	5.62±2.14	11(34.38)
<i>t</i> / $\chi^2$		-2.268	5.067
<i>P</i>		<0.05	<0.05

**2.2 两组调查问卷各评价指标比较** 试验组在服药依从性、饮食依从性、宣教知识接受度、肠道准备过程满意度、护士宣教指导满意度方面高于对照组,不良反应发生率低于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。同时护士指导干预对试验组患者产生更积极的影响,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2、3。

表 2 两组调查问卷各评价指标比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	服药、饮食依从性	运动依从性	不良反应发生率	对宣教知识接受度	护士指导对心理有影响
试验组	32	30(93.75)	30(93.75)	3(9.38)	27(84.38)	24(75.00)
对照组	32	24(75.00)	26(81.25)	10(31.25)	20(62.50)	11(34.38)
$\chi^2$		4.267	0.366	4.73	3.925	24.532
<i>P</i>		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 末次大便性状评分比较 试验组患者末次大便评分 10 分者为 26 例,对照组 10 分者为 20 例。

表 3 两组患者满意度比较(%)

组别	n	肠道准备过程满意度	护士宣教指导满意度
试验组	32	68.75	90.62
对照组	32	43.75	50.00
$\chi^2$		5.778	12.873
P		<0.05	<0.05

### 3 讨 论

本研究结果显示,试验组患者肠道清洁度、肠道准备充分率、满意度、依从性、宣教知识接受度方面均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。精准护理干预在结肠镜检查患者肠道准备中的效果显著,与以往研究结论相一致<sup>[7-9]</sup>。分析其原因,精准护理干预依据评估结果针对性对术前 24 h 低纤维素饮食、术前用药指导、患者依从性、末次解清水便等肠道准备质量好的保护因素<sup>[11]</sup>进行精准干预,使得护理流程更加精准高效,从而提高肠道准备清洁度。

本研究结果显示,精准护理干预降低了肠道准备不良反应发生率。依据精准护理流程进行护理干预,使得护理更加有针对性,有计划,从而减少由于多个个体原因导致的肠道准备不充分的情况。在服药过程中,由于药物特性及个体因素,会有患者产生恶心、呕吐、腹胀等不良反应,精准护理干预下,护理人员通过预估风险,针对性预防指导,遇到问题及时采取相应护理措施,有助于降低不良反应发生率。

有研究表明,患者在接受健康宣教后,40%~80%的信息被直接忘记或近 50%的信息被理解错误<sup>[14]</sup>。精准护理干预,对宣教的时长、形式、语气进行了要求,通过不断渗透、多时间、多维度的宣教,同时持续的指导监督,强化了宣教效果,使宣教知识更容易被理解、接受。针对性的沟通交流不仅可满足患者的需求,同时可增强患者的主观能动性,促进护理人员与患者保持良好关系,提高患者满意度。笔者也发现,多数患者在肠镜检查前比较紧张,而负面情绪也会导致肠道准备不充分及肠镜时间延长,精准护理方案中加入了针对个体不同阶段的心理护理,可在患者肠道准备过程中产生积极影响,使患者在整个肠道准备过程中感到放松。

精准护理干预中对干预时间进行了量化,有助于护士更有节点、有步骤地进行计划实施,减少了盲目工作造成的时间和人力成本。

在精准护理评估与干预中,护理人员应增加与患者的沟通,减轻患者紧张、焦虑情绪,提高其依从性,从而达到提高其肠道准备合格率的目标。精准护理干预也有助于护理人员学习精准护理的专业知识和技能,更好地为患者提供个性化、精确化护理服务,促进良好沟通方式的形成,提升护理质量,最终提高诊

断治疗的准确性、安全性,减轻患者痛苦,减少患者医疗费用,为精准护理模式探索提供更多参考。

本研究样本例数较少,不能精确反映相关指标,本科患者肠道准备充分率仍不高,是未来努力改善的重点。

### 参考文献

- [1] SUNG J J, NG S C, CHAN F K, et al. An updated Asia Pacific Consensus Recommendations on colorectal cancer screening[J]. Gut, 2015, 64(1):121-132.
- [2] LEBWOHL B, KASTRINOS F, GLICK M, et al. The impact of suboptimal bowel preparation on adenoma miss rates and the factors associated with early repeat colonoscopy[J]. Gastrointest Endosc, 2011, 73(6):1207-1214.
- [3] HAREWOOD G C, SHARMA V K, DE GARMO P. Impact of colonoscopy preparation quality on detection of suspected colonic neoplasia [J]. Gastrointest Endosc, 2003, 58(1):76-79.
- [4] REX D K, IMPERIALE T F, LATINOVICH D R, et al. Impact of bowel preparation on efficiency and cost of colonoscopy[J]. Am J Gastroenterol, 2002, 97(7):1696-1700.
- [5] CONNOR A, TOLAN D, HUGHES S, et al. Consensus guidelines for the safe prescription and administration of oral bowel-cleansing agents[J]. Gut, 2012, 61(11):1525-1532.
- [6] 张颖婷, 吴傅蕾, 刘欢, 等. 精准医学背景下肿瘤精准护理的应用现状与挑战[J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(19):30-33.
- [7] 徐莹, 郭素萍. 晚期直肠癌合并肠造口患者心理痛苦筛查及精准护理研究[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(24):133-136.
- [8] 宦红美, 陈其珍. 精准护理干预在老年脑卒中后阻塞性睡眠呼吸暂停并吞咽障碍患者中的应用效果[J]. 实用心脑血管病杂志, 2018, 26(5):63-66.
- [9] 王欢, 胡苗苗. 精准血压管理对颈动脉支架置入术后患者脑高灌注综合征发生率的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(27):3289-3291.
- [10] 中华医学会消化内镜学分会. 中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南(草案)[J]. 胃肠病学, 2014, 19(6):354-356.
- [11] 方军, 李兆申. 肠道准备质量影响因素中患者相关因素的研究进展[J]. 中华消化内镜杂志, 2016, 33(4):265-267.
- [12] ROSTOM A, JOLICOEUR E. Validation of a new scale for the assessment of bowel preparation quality[J]. Gastrointest Endosc, 2004, 59(4):482-486.
- [13] BRAHMANIA M, OU G, BRESSLER B, et al. 2 L versus 4 L of PEG3350 + electrolytes for outpatient colonic preparation: a randomized, controlled trial[J]. Gastrointest Endosc, 2014, 79(3):408-416.
- [14] FARRIS C. The teach back method[J]. Home Health Now, 2015, 33(6):344-345.