

两种护理模式在全子宫切除中的效果比较

汪丽君 (浙江省淳安县第一人民医院, 浙江 淳安 311700)

子宫全切术是目前临床用于治疗子宫肌瘤、子宫腺肌症等妇科疾病的手术方法之一。传统的子宫全切术大多通过开腹或经阴道手术。随着微创技术普遍应用于临床,其创伤小、术后恢复快等优点显现,但仍无法满足患者对术后预后情况的要求^[1]。因此,为患者提供更好的服务以追求更高的医疗品质是临床重要研究课题之一。为此,本研究对行腹腔镜下子宫全切除术患者分别实施临床路径和常规护理,比较其 HAMD 评分、并发症情况、住院时间及住院费用等指标,旨在探讨临床护理路径应用于腹腔镜辅助下全子宫切除中的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2012 年 3 月—2014 年 3 月,在我院行腹腔镜下全子宫切除术的子宫肌瘤患者 82 例,年龄 45~62 岁,平均 (55.2 ± 9.6) 岁,体重 53~74 kg,平均体重 (56.5 ± 10.2) kg。所有患者均符合子宫肌瘤诊断标准,且具有腹腔镜手术指征。排除严重高血压、糖尿病、肾功能不全、造血系统疾病及精神病病例。82 例患者根据随机数字表法分为研究组和对照组,每组 41 例。研究组平均年龄 (54.7 ± 9.3) 岁,平均体重 (56.3 ± 10.5) kg。对照组平均年龄 (55.3 ± 9.5) 岁,平均体质量 (56.7 ± 10.0) kg。两组患者在年龄、体质量等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$),HAMD 评分亦无统计学意义(表 1),具有可比性。

1.2 方法

对照组患者给予常规护理,包括协助患者进行各项检查、发放药物及日常基础护理等。研究组患者实施临床护理路径。首先,院方成立路径管理小组及执行小组,由管理小组成员确定路径表中的诊断日期,而执行小组则收集患者的诊疗信息。结合两者所得数据,制定临床护理路径表。护理人员则在表中列出

每日各项护理计划。而主管医师与护理人员严格按照路径表中的内容进行诊疗与护理,在完成每日任务后签字确认。

临床护理路径表内容主要为:入院后护理人员通过与患者的交流,评估患者对腹腔镜子宫全切术的了解程度,根据患者不同的认知程度开展教育。同时观察患者的心理状况,让患者勇于表达内心的顾虑,而护理人员则给予针对性的心理疏导。术前 3 d 叮嘱患者进行阴道准备,每天阴道擦洗 2 次以预防术后感染的发生,并由护理人员每天进行提醒直至手术完毕。术前 2 d 叮嘱患者饮食应清淡无渣,患者手术前 1 天晚上进行灌肠,要求患者禁止食用一些产气的食物,避免肠管胀气而影响镜下手术视野,不利于手术操作。同时在术前 10 h 禁食、6 h 禁饮。术前 1 d 协助患者进行皮肤准备,刮净会阴处毛发,以保证手术视野的开阔,并对脐孔及其周围使用肥皂水进行清洗以及碘伏液消毒。术前 1 h 由医护人员询问患者有无过敏史,进行抗生素过敏试验;检查并核对患者的信息是否正确,首饰是否卸掉。准备好手术部位检查报告结果。确认患者是否排空膀胱。手术完毕后遵医嘱给予鼻导管吸氧 6 h(氧流量 2 L/min)、心电监测,时刻关注患者血氧饱和度等指标,密切关注患者面色及意识,观察患者伤口出血、疼痛情况,鼓励患者及时说出疼痛部位、程度及性质,采取相应缓解疼痛的方法,必要时给予止痛药。手术当天至术后 3 d 观察尿管、引流管情况,注意尿管的固定以及尿液、引流液是否出现异常。尿管一般在术后 1 d 拔出,引流管在术后 2~3 d 拔除,实际根据患者病情确定拔管时间。留管期间加强尿道口护理,以防泌尿系统感染。而拔管后鼓励患者多饮水,并自解小便,以促进膀胱功能的恢复。同时对患者进行活动指导,术后 12 h 由护理人员指导患者床上活动,并为患者进行肢体按摩,做足部屈伸运动;术后 24 h 进行床边活动;术后 1~2 d 进行室内运动。根据患者术后 2 d 内的活动情况制定活动计划,遵守循序渐进的原则。出院指导:告知患者食用高蛋白、高维生素等易消化食物,同时

适当运动,保证睡眠时间,做到劳逸结合。3个月内,避免性生活和重体力活动。

1.3 观察指标

患者抑郁程度根据 HAMD 进行评估,共包括 24 个项目,总分 >35 分为严重抑郁;20~34 分为中度抑郁;8~19 分为轻度抑郁;<8 分为无抑郁症状。同时记录两组患者术后出血、发热、肩背部疼痛、腹胀等并发症情况以及住院时间和费用。

1.4 统计学分析

使用 SPSS 17.0 统计学软件进行分析,计数资料用例数和百分比表示,采用 χ^2 检验,计量资料用均数 $\pm$ 标准差表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

两组患者术前 HAMD 评分近似,差异无统计学意义。术后研究组 HAMD 评分显著低于对照组,差异有统计学意义(表 1)。两组患者术后出血及发热例数近似,差异均无统计学意义;而术后研究组患者肩背部疼痛及腹胀例数显著少于对照组,差异均有统计学意义(表 2)。研究组患者平均住院时间及住院费用显著少于对照组,差异均有统计学意义(表 3)。

表 1 两组患者 HAMD 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术前	术后
研究组	41	23.02 $\pm$ 1.46	6.26 $\pm$ 1.09
对照组	41	22.85 $\pm$ 1.48	10.54 $\pm$ 1.22
t 值		1.301	24.144
P 值		0.197	0.000

表 2 两组患者并发症情况比较 ($n, \%$)

组别	例数	术后出血	发热	肩背部疼痛	腹胀
研究组	41	4(9.76)	4(9.76)	8(19.51)	7(17.07)
对照组	41	7(17.07)	10(24.39)	22(53.66)	18(43.90)
χ^2 值		0.945	3.101	10.303	6.963
P 值		0.311	0.078	0.001	0.008

表 3 两组患者平均住院时间及住院费用 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间(d)	住院费用(元)
研究组	41	7.73 $\pm$ 1.32	4262.12 $\pm$ 802.63
对照组	41	9.26 $\pm$ 1.64	5792.73 $\pm$ 935.80
t 值		9.730	13.571
P 值		0.000	0.000

3 讨论

近年来,随着临床内镜技术的快速发展,腹腔镜下子宫全切除术治疗各种妇科疾病的安全性及可行性已得到临床的肯定^[2-3]。但是伴随着人们对医疗质

量要求的提高,单纯的手术疗效已无法满足患者的需求。因此,提高护理质量,提高疗效是医护人员要解决的问题。临床护理路径作为一种新型医疗模式,是指为患者制定从入院到出院的一系列护理工作计划,优化了护理服务流程。不仅满足了医疗市场的需求,同时亦符合医疗改革的目的^[4]。而目前由于临床护理路径仍缺乏足够的前瞻性研究,因此,其实用性仍被质疑。为此本研究对行腹腔镜下子宫全切除术患者开展临床护理路径,旨在探讨开展临床护理路径对腹腔镜下子宫全切除术患者的效果影响。

本研究结果显示,两组患者术前 HAMD 评分差异无统计学意义,术后研究组 HAMD 评分较对照组显著降低。说明开展临床护理路径有效改善了患者的抑郁程度。研究组术前的心理干预是护理人员根据患者对疾病及术式的认知程度,进行针对性的健康教育和心理疏导,避免了讲座式心理干预给患者带来枯燥乏味的感觉而影响干预效果。同时临床护理路径促进了患者与护理人员的沟通,而良好的交流可调整患者的心理状态,从而有效改善了患者的抑郁程度。同时本研究结果亦显示,术后研究组患者肩背部疼痛及腹胀例数显著少于对照组。提示开展临床护理路径有效降低了术后并发症的发生。肩背部疼痛是腹腔镜下子宫全切术后常见并发症之一,其原因主要为手术中采用头低足高体位,使得二氧化碳积聚于患者上腹部,刺激了膈肌与膈神经^[5]。而研究组患者在术后给予低流量氧气吸入,并协助患者进行翻身及按摩,一定程度上缓解了酸痛。同时可调节患者体位,使腹腔内的二氧化碳集中于盆腔,减轻对膈神经的刺激,从而缓解酸痛。另外,术后腹胀亦是由于体内残留二氧化碳无法在短时间内被吸收而造成腹部胀气^[6]。而研究组患者术后给予鼻导管吸氧,增加了血液中氧气浓度,促进体内二氧化碳的排除,从而减轻腹胀^[7]。同时早期活动促进了肠蠕动的恢复,亦是减轻腹胀的原因之一。本研究结果显示,研究组患者平均住院时间及住院费用显著少于对照组。临床护理路径优化了服务流程,避免了因个人水平问题引起的护理缺陷,提高了护理质量。临床护理路径改善了护患关系,使患者从心理上感受到医院对自己的重视,使患者更积极配合治疗,促进了患者的恢复,从而缩短了住院时间,而住院费用亦相应减少。

4 参考文献

- [1] 程真霞. 优化护理程序对提高子宫全切除术成功率的影响[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(7): 1467-1468.

- [2] 韩永新,徐秋萍. 护理健康路径在治疗子宫全切术中的应用及推广[J]. 中国保健营养(下旬刊),2013,23(12):7484.
- [3] 梁黎,杨莉芹,秦宝聚,等. 腹腔镜辅助阴式子宫全切术的护理配合[J]. 中国美容医学,2012,21(10):335.
- [4] 马红霞,杨杰,韩莉,等. 腹腔镜下子宫全切术的护理体会[J]. 新疆中医药,2014,32(2):71-72.
- [5] 吴雪英. 一例子宫全切术后并发膀胱阴道瘘的护理[J].

- 中国保健营养(下旬刊),2013,23(3):1370-1371.
- [6] 王洪芬. 子宫全切术前不同阴道准备方法的护理效果比较分析[J]. 中国保健营养(上旬刊),2013,23(3):1321-1322.
- [7] 钟夏莲. 妇科腹腔镜子宫全切除术的效果及围术期的护理[J]. 吉林医学,2013,34(21):4384-4385.

(收稿日期:2014-08-26)

文章编号:1004-9231(2015)02-0110-03

· 护理园地 ·

品管圈在重症监护室控制医院感染护理中的应用

何依娜(浙江省舟山医院,浙江 舟山 316000)

品管圈(Quality Control Circle, QCC)是指由相同、相近或互补的工作场所的人员自发组成数人的小圈团体,然后全体通力合作,集思广益,发挥团体的优势,按照特定的活动程序,解决工作现场、管理、文化等方面所发生的问题,以提高工作效率,改善工作品质,降低工作成本等^[1-5]。重症监护室(ICU)中控制感染对于病人的治疗和康复有重要意义,而洗手和手消毒作为其中最基本的控制感染的方法,具有关键地位。我院ICU护理组于2010年8月—2010年11月开展以“规范快速手消毒剂的使用”为主题的品管圈活动,现将活动效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 圈的建立

由我院ICU护理组10人组成品管圈,经小组讨论确定圈名为“牵手圈”,既表达了要规范洗手和手消毒的操作,又象征着大家团结一致,共同合作,发扬团队精神,发挥团队护理的优势。紧密围绕牵手圈的主题设计圈徽,便于活动的宣传与执行。牵手圈共设圈长1人,副圈长1人,辅导员2人,成员6人,全体成员皆通过自愿选择加入,充分发扬民主自愿的精神。圈成员确定后进行品管圈课程介绍,组织圈成员学习品管圈理论,了解品管圈相关知识,更好的发挥品管圈活动的作用,增强品管圈活动的效果。

1.2 主题选定

根据本活动的方向选择“流水洗手七步法操作

的规范性”、“平时洗手的依从性”和“快速手消毒剂使用不规范性”三个主题评价题目,开展小组讨论,从可行性、迫切性、圈能力等方面对备选题目进行综合评价,最终“快速手消毒剂使用不规范性”的得分最高,确定主题为“规范使用快速手消毒剂”。

1.3 现状把握

根据快速手消毒剂规范洗手流程,通过分析调查发现,快速手消毒剂使用过程中的不规范行为主要包括七步法未到位、使用剂量不准确、未干燥即操作、挤压手法不正确、使用前受污染严重等。针对上述几个方面,以7d为1个周期,分别统计各不规范行为的发生例数,共统计4个周期。根据二八原则,七步法未到位、使用剂量不准确和挤压手法不正确是导致快速手消毒剂使用不规范的主要原因,故本圈将改善重点定位于规范七步法、使用剂量不准确和挤压手法。

1.4 目标设定

根据实际情况,改善前不规范人次为199人次/周,兼顾圈成员的积极性,将圈能力设定为80.0%,确定预期改善值为135.5人次/周(现况值×改善重点×圈能力)。改善重点=(七步法未到位人数+使用剂量不准确人数+挤压手法不正确人数)/快速手消毒剂使用不规范总例数。目标值=现况值-改善值。计算得目标值为63.5人次/周,改善率为68.1%。

1.5 原因解析

使用鱼骨图进行特性要因分析,分析导致快速手消毒剂使用不规范的原因,分析结果见图1。

作者简介:何依娜(1983—),女,护师,学士