

氏评分及汉密尔顿抑郁量表评分。

1.8 统计学处理 数据处理采用 SPSS13.0 统计学软件,计数资料采用  $\chi^2$  检验,计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示,采用  $t$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 沼氏评分疗效比较 治疗组沼氏评分疗效明显优于对照组,治疗组总有效率达 85.0%,明显高于对照组的 58.3% ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	60	28	23	9	85.0
对照组	60	20	15	25	58.3

2.2 汉密尔顿抑郁量表评分比较 经心理干预后,治疗组汉密尔顿抑郁量表评分为  $(16.2 \pm 3.2)$  分,明显低于对照组的  $(21.6 \pm 2.9)$  分,两组比较,  $P < 0.01$ ,有统计学意义。

## 3 讨论

言语是人类所特有的高级神经活动,言语功能障碍直接影响患者的社会生活能力,并使其社交活动受限。脑梗死是引起言语功能障碍的常见原因之

一,脑梗死后的言语障碍康复治疗意义重大,对患者的整体恢复起到举足轻重的作用。脑梗死后的言语功能障碍与患者病灶及病变性质、文化水平、智商水平等有关,而在临床护理中,我们发现部分患者存在沉重的心理负担,甚至出现抑郁症,经过心理干预,能够有效消除其焦虑、自卑感、挫折与依赖心理、抑郁、冲动易怒等不良心理状态,并对言语功能的恢复起到很大作用。

本研究通过制定心理干预措施,对脑梗死恢复期合并言语功能障碍患者实行特殊护理,结果显示心理干预可以促进脑梗死合并言语功能障碍的恢复,但总有效率仍偏低,可能与患者患病部位及性质、言语康复训练项目、依从性不高等有关,在下一步研究中将进一步细化心理干预的护理措施,并与患病部位相联系。

### 参考文献

- [1]中华医学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380
- [2]王新德,高素荣,胡超群.汉语失语症检查法(草案)[J].中华神经精神科杂志,1988,21(4):252
- [3]汪梅朵,李红.2341 例居家老年慢性病患者抑郁症状及其影响因素的调查分析[J].中华护理杂志,2009,44(9):779-782

(收稿日期:2014-11-13)

# 持续质量改进在降低高危患者压疮发生率中的作用

张春华 刘一璿 万淑琴 占春丽 邓柯 林萍 李艳萍 邱娟

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

**摘要:**目的:探讨持续质量改进在降低高危患者压疮发生率中的作用。方法:将我院 2012 年 7 月~2013 年 6 月上报的高危患者 211 例设为对照组,采用常规方法管理;将我院 2013 年 7 月~2014 年 6 月上报的高危患者 233 例设为观察组,采用改进方法管理。即对 2012 年 7 月~2013 年 6 月上报的 211 例高危患者中发生的 48 例压疮患者的压疮发生情况进行回顾性分析,找出压疮发生的原因,护理部成立由造口治疗师参与的压疮持续质量改进小组,应用品管手法对高危患者的压疮预防进行持续质量改进。比较两组高危患者的压疮发生率。结果:持续质量改进后,全院高危患者压疮发生率由改进前的 22.7%降低至现在的 14.6%。结论:通过国际造口治疗师的积极干预和各临床科室压疮小组成员的积极参与,能使压疮预防工作做得更深入细致,从而降低高危患者的压疮发生率。

**关键词:** 高危患者;压疮发生率;持续质量改进

中图分类号:R473.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.047

压疮又称压力性溃疡,是由于身体局部组织长期受压,血液循环障碍,组织营养缺乏引起的组织破坏和坏死<sup>[1]</sup>。一旦发生压疮,不仅给患者带来痛苦,延长住院时间,如果继发感染还可能危及患者生命。为减少压疮的发生,提高护理质量,我院护理部对高危患者压疮的风险管理进行持续质量改进,明显降低了高危患者压疮的发生率。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 444 例压疮高危患者,其中 2012 年 7 月~2013 年 6 月的压疮高危患者 211

例,设为对照组,男 111 例,女 100 例,年龄 41~84 岁,平均年龄 53.2 岁,大小便失禁者 29 例,被迫体位者 67 例,瘫痪卧床者 98 例,肿瘤晚期恶液质者 17 例;2013 年 7 月~2014 年 6 月的压疮高危患者 233 例,设为观察组,男 110 例,女 123 例,年龄 39~87 岁,平均年龄 57.5 岁,大小便失禁者 35 例,被迫体位者 47 例,瘫痪卧床者 88 例,大手术后限制卧床者 30 例,肿瘤晚期恶液质者 33 例。

## 1.2 方法

1.2.1 对照组 (1)成立了由护理部、病区护士长

和责任护士组成的质量管理体系,将压疮护理质量管理纳入基础护理质量管理的内容中,实施三级质量控制;(2)使用 Braden 量表进行压疮危险因素评估;(3)对高危患者院内发生压疮者 24 h 内上报;(4)每季度按照护理质量评价标准进行一次质控检查;(5)每季度对检查结果进行汇总、整理、分析并提出改进措施。

1.2.2 观察组 对 2012 年 7 月~2013 年 6 月上报的 211 例高危患者中发生的 48 例压疮患者的压疮发生情况进行回顾性分析,找出压疮发生的原因。护理部成立了由造口治疗师参与的压疮持续质量改进小组,应用品管手法对高危患者的压疮预防进行持续质量改进。具体方法如下:(1)对这 233 例住院患者采用 Braden 评分法,分别从感觉、潮湿、活动方式、活动能力、营养、摩擦和剪切力等 6 个方面进行评估,把  $\leq 12$  分者纳入高危压疮患者进行管理;(2)挑选护理骨干、肿瘤专科护士及 4 名国际造口治疗师,共 8 名成员,由科护士长任组长,对压疮高危患者进行干预;(3)建立高危患者压疮筛查和压疮预报制度:要求责任护士在患者入院 24 h 内,使用 Braden 评分完成患者评分,进行压疮高危人群筛查,对于 Braden 评分  $\leq 12$  分的高危患者,填写院内压疮预警上报表<sup>[2]</sup>;(4)规范压疮预防护理路径模式:高危预报、健康教育、减压措施、制订个性化营养方案、皮肤护理指导、活动指导、高危程度评估、压疮护理会诊、护理质量考评<sup>[3]</sup>;(5)使用翻身器具和减压支持敷料:对压疮高危患者受压部位使用减压敷料,均匀分散压力,从而缓解受压情况,改善局部血液循环,以减少压疮的发生;(6)夜班、节假日值班护士长查房时抽查压疮高危患者的翻身情况,询问病人或家属翻身时间,检查患者实际卧位与护士填写的翻身卡卧位是否一致,真正做到至少 2 h 翻身 1 次;(7)认真做好交接班,责任到人,发生压疮与科室绩效挂钩;(8)压疮高危患者姓名写在护理站醒目的位置,班班交接;(9)制作健康宣教卡片,便于患者阅读,加强健康宣教;(10)由国际造口治疗师进行会诊,持续跟踪、指导、反馈<sup>[4]</sup>;四个造口治疗师均有各自分管的临床科室,每周用半天时间到自己所管辖的科室进行压疮预防指导、宣教、会诊及讨论等工作;(11)科室护士长不定期督促检查责任护士的工作,看 Braden 评分是否真实可靠,是否及时进行动态和跟踪评估;(12)科护士长不定期地检查和督促科室压疮情况及造口治疗师工作情况,发现各科室有问题时,及时请相关造口治疗师会诊或者及时沟通协助处理;(13)

科护士长每 2 周将造口治疗师督导结果在全院护士长会上通报。

1.3 统计学处理 数据处理采用 SPSS13.0 统计学软件,计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2013 年 7 月~2014 年 6 月入院的 233 例高危压疮患者中,院内发生压疮 34 例,高危患者的压疮发生率由质量改进前的 22.7%降低至 14.6%。见表 1。

	高危患者(例)	发生压疮(例)	压疮发生率(%)
改进前	211	48	22.7
改进后	233	34	14.6
$\chi^2$			4.89
P			<0.05

## 3 讨论

压疮原因分析:(1)护理人员对压疮的认识不足,防范意识较弱,责任心不强;(2)对患者皮肤评估不足,忽视压疮动态变化;(3)患者体位不当、病床软硬度不合适、床位不平整且有杂物;(4)上报制度未落实;(5)护士的健康宣教措施落实不到位;(6)患者或家属不配合,依从性差;(7)病情因素,被迫体位,大小便失禁,消瘦,营养差;(8)监管力度不够。本院通过加强预防压疮的意识和水平,增强护士责任心,增强监控管理,不断进行培训学习,持续质量改进,使预防措施更具有针对性和实用性。护士、护士长、伤口小组、护理部的层层监控,使压疮患者及高危压疮患者得到统一的全程管理<sup>[5]</sup>,国际造口治疗师每周跟踪,掌握压疮进展情况,并上报护理部。压疮管理形成制度化、程序化、常规化,提高了基础护理质量,院内压疮发生率下降。

实施高危压疮监控管理明显降低了高危患者压疮的发生率,护理质量的持续改进由责任护士到科室联络员、护士长,再到护理部管理小组,层层监控落实,为患者提供了个性化护理,加强了对患者病情的监控,从而有效预防了压疮的发生。持续质量改进建立了会诊制度,能及时解决病区疑难伤口的护理问题,提高了压疮治疗效果,因此,对高危患者压疮的风险管理进行持续质量改进,明显降低了高危患者压疮的发生率,高危患者的压疮发生率由改进前的 22.7%降低至现在的 14.6%。

压疮的预防和控制是护理质量的重要指标,运用护理程序,完善管理制度,提高管理内涵全程、动态的监控与考评是做好医疗护理质量管理工作的关键。通过实施压疮管理流程,真正做到入院评估常规

化、报告制度化、管理指标客观化,达到了压疮管理的基础控制、环节控制、终末控制,提高了护理管理内涵。制定科学、规范的预防措施,积极控制压疮,持续质量改进有利于降低高危患者压疮发生率,能有效减少患者压疮及皮肤损伤的发生率,从而提高护理质量。

#### 参考文献

[1]段晓侠.应用 Braden 评分法预警干预褥疮发病的护理观察[J].实

- 用全科医学,2007,5(10):930-931  
 [2]刘莉.建立压疮管理制度和流程,提高基础护理质量[J].临床护理杂志,2010,9(5):62-63  
 [3]蔡美霞,赵淑霞,左新阳,等.压疮预防护理路径在重症脑卒中病人中的应用[J].全科护理,2011,9(8):2191-2192  
 [4]章哲华.压疮管理流程的制定与实施[J].护理与康复,2012,11(1):77-78  
 [5]陈谦.压疮管理小组的团队运行及效果[J].护理与康复,2011,10(1):73-74

(收稿日期:2014-11-20)

## 全面护理干预在 ERCP 术老年患者中的应用观察

何丽梅

(广东省深圳市人民医院肝胆胰外科 深圳 518010)

**摘要:**目的:研究分析全面护理干预在 ERCP 术老年患者中的临床应用效果及价值。方法:选取 2011 年 12 月~2013 年 12 月我院收治的 130 例 ERCP 术老年患者,随机分为对照组和观察组各 65 例。对照组患者给予一般护理,观察组在对照组基础上给予全面护理干预。观察两组患者的肛门排气、离床活动、手术、住院时间以及护理满意度情况,并作对比分析。结果:观察组护理后肛门排气、离床活动和住院时间均明显少于对照组,两组对比差异显著( $P<0.05$ ),具有统计学意义;两组患者的手术时间相比,差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组的护理满意度为 95.4%,明显高于对照组的 81.5%,两组对比差异显著( $P<0.05$ ),具有统计学意义。结论:全面护理干预在 ERCP 术老年患者中具有较高的临床应用价值,能够明显提高患者的生活质量及护理满意度,确保手术的顺利实施,值得临床大力推广。

**关键词:**全面护理干预;老年患者;ERCP;应用价值

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.048

经内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)主要是指在十二指肠镜直视下经十二指肠壶腹部乳头开口处进行插管,并通过该导管逆行将造影剂注入,从而逆行显示胰胆管的造影术<sup>[1]</sup>。随着人口老龄化的增加,老年患者由于其生理功能及免疫功能下降,常伴随多种疾病,一定程度上增加了 ERCP 手术风险<sup>[2]</sup>。本次研究选取我院收治的 ERCP 术老年患者给予全面护理干预措施,取得显著效果。现报道如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2011 年 12 月~2013 年 12 月我院收治 130 例行 ERCP 术的老年患者,胆总管结石 68 例、胆外胆管结石 35 例、胆道肿瘤 19 例、胰头癌 5 例、十二指肠癌 3 例,合并冠心病患者 55 例、高血压病 41 例、糖尿病 20 例、脑梗死 11 例、慢性肾功能不全者 3 例,随机分为对照组和观察组各 65 例。对照组男 38 例,女 27 例,年龄 65~80 岁,平均年龄( $71.5 \pm 8.9$ )岁;观察组男 39 例,女 26 例,年龄 67~78 岁,平均年龄( $71.3 \pm 8.6$ )岁。两组患者的性别、年龄及病情等一般资料对比,差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。

**1.2 护理方法** 对照组患者给予一般护理,术前指导各项身体检查,介绍术后生活方式,保障患者的

生命安全。观察组在对照组的基础上给予全面护理干预:(1)基础护理:医护人员组织患者进行 ERCP 手术方面的相关知识学习,增强对疾病的了解及预防,老年患者由于其年龄的特殊性,听力及反应能力较差,医护人员应耐心地向患者解释和重复,此外,医护人员应向患者及家属介绍免气腹单孔腹腔镜阑尾切除术的相关知识及手术成功案例,增加患者的信心及治疗依从性;(2)健康指导:医护人员要以患者为中心,主动与患者进行交流以满足患者需求,多倾听患者及家属的意见及心理情绪,给予及时的安抚,对于高血压患者应采取适当的降压措施,将血压控制在正常范围以保障手术顺利实施,叮嘱患者注重造影术对肾功能的损害,术前晚 8 点后禁食、禁水;(3)术后护理:术后应密切监测患者各项生命体征变化情况,让患者多注意卧床休息,保持导尿管畅通,避免脱落、扭曲、堵塞等情况发生,术后注意指导患者多食蔬菜水果,少食多餐。

**1.3 统计学处理** 数据处理采用 SPSS18.0 统计学软件,计数资料采用  $\chi^2$  检验,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 两组患者各临床指标对比** 观察组进行全面