

行镇静程度的评估,根据经验和患者情况进行药物使用,这样的处理方法容易发生镇静过度^[2-3]。集束化镇静护理干预指的是把一系列有循证基础的治疗和护理措施进行集合,从而对某种难以治疗的病症进行干预。集束化镇静护理最早由美国健康促进研究会提出,是为了帮助医务人员,为患者提供尽可能的优质的护理服务,提供护理干预效果。因此,集束化镇静护理是在循证医学的基础上,对护理措施的一种优化。集束化镇静护理更关注镇静的持续性效果,根据个体的不同情况,进行对应的镇静处理。在执行过程中,要执行其每一项措施。在执行的过程中,不能间断,也不能选择性执行。将其用于 ICU 机械通气患者,能够达到更好的护理效果。

作为 ICU 常规疗法,持续的泵入镇静药物能够减少护理人员的工作量,但是,却容易发生镇静深度过深的情况,对患者的康复造成影响^[4-5]。呼吸同步和每日唤醒则能够很好的保留患者的各种生理反射,提高患者的舒适度。本研究结果显示,实验组患

者 ICU 治疗时间、机械通气时间、住院时间和谵妄发生率均明显低于对照组;实验组患者 28 d 生存率明显高于对照组。表明该护理措施护理效果较好。

综上所述,集束化镇静护理干预对 ICU 机械通气患者有积极效果,可改善患者 ICU 治疗时间、机械通气时间、住院时间、28 d 生存情况、谵妄发生情况,临床应用价值较高。

参考文献

[1]冯洁惠,高春华,徐建宁.集束干预策略应用于机械通气镇痛镇静患者的效果评价[J].中华护理杂志,2012,47(7):599-602
[2]Lesser TG,Schubert H,Gü lmar D,et al.One-lung flooding reduces the ipsilateral diaphragm motion during mechanical ventilation [J]. Eur J Med Res,2016,21(1):9
[3]何应珠,黄灶妹,祝月英,等.集束干预对 ICU 机械通气病人动态 APACHE II 评分的影响[J].护理研究,2014,28(22):2738-2740
[4]何慧红,罗素华.集束化护理干预在 ICU 机械通气患者中的应用[J].中国医药指南,2013,11(22):720-721
[5]杨芙蓉.集束化护理干预对预防 ICU 机械通气患者呼吸机相关性肺炎的影响[J].齐鲁护理杂志,2015,21(19):49-50

(收稿日期: 2016-02-17)

腹腔镜阑尾切除术后 ERAS 护理效果分析

杨少伟 李建 王琼儿 李学远 陈红兵 王健 陈雅婷
(广东省东莞市黄江医院外二科 东莞 523750)

摘要:目的:探讨腹腔镜阑尾术后加速术后康复(ERAS)的临床应用效果。方法:选择 2014 年 8 月~2015 年 9 月接受我院腹腔镜阑尾术治疗的 100 例患者,按照随机数字表法将其进行分组,对照组 50 例采用传统护理方法,观察组 50 例在对照组基础上增加 ERAS 护理。对两组患者术后的各项指标、术后生活质量以及患者对护理的满意程度进行比较分析。结果:术后与对照组比较,观察组患者的首次下床时间、肛门首次排气时间及患者住院时间均有效减少,VAS 评分显著降低,且住院费用明显减少($P<0.05$)。两组患者并发症发生率比较无明显差异($P>0.05$)。观察组患者对护理的满意度及生活质量均高于对照组($P<0.05$)。结论:对腹腔镜阑尾术后患者采用 ERAS 护理临床效果良好,可以加快患者的康复时间,住院时间较短,所需费用有效降低,经济有效安全,值得在临床上推广应用。

关键词:阑尾切除;腹腔镜;加速术后康复护理

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.03.045

加速术后康复(ERAS)即采用已被证实的某些安全可靠的围手术期的处理措施,降低患者的应激水平,使患者及早康复^[1]。具体可包括麻醉、代谢支持及镇痛等的技术及术后早期进食、活动护理等,使患者内平衡稳定,尽早恢复器官功能^[2-3]。目前普通外科大多手术可通过腹腔镜进行,由于其手术创伤较小,故患者可快速恢复^[4]。以上二者均期望患者能够达到较快速的恢复,故将其结合可有更优异的效果。本文探讨了腹腔镜阑尾切除术后 ERAS 护理的临床应用效果。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择 2014 年 8 月~2015 年 9 月在我院接受腹腔镜阑尾术治疗的 100 例患者,按照随

机数字表法将其进行分组,对照组 50 例其中男 27 例,女 23 例,平均年龄(48.4± 25.2)岁,单纯性阑尾炎 31 例,化脓性阑尾炎 19 例;观察组 50 例其中男 26 例,女 24 例,平均年龄(46.9± 22.6)岁,单纯性阑尾炎 29 例,化脓性阑尾炎 21 例。所有患者均进行常规三孔法的腹腔镜阑尾切除手术。手术全部成功,无中转开腹、术中输血患者,手术时间在 60 min 以内。两组患者的性别、年龄以及病理学类型等一般资料比较无明显差异($P>0.05$),具有可比性。本研究均在患者知情同意下进行,并经过我院伦理委员会的批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用传统护理方法。术前给予患者

心理护理以消除其紧张情绪,术前 10 h 禁食,4 h 禁水;术中常规导尿,室温保持在 23 ℃左右,根据手术实际情况进行腹腔引流管的放置选择,常规缝皮(需拆线);术后对患者给予补液 2 000 ml/d,禁食 1 d,待患者肠胃蠕动正常后方可进水。

1.2.2 观察组 在对照组基础上增加加速术后康复护理。护理方法具体如下:术前 6 h 开始禁食,之后禁饮,术前对患者进行一次抗生素注射,不需要为其准备导泻、机械性肠道及灌肠;术中冲洗腹腔时使用温水注意保暖,腹腔引流管不常规放置,用可吸收的线进行皮内缝合,不需要拆线,必要时术中一次性导尿后拔出尿管;为避免患者体内有大量液体进入,术后 2 h 停止输液,同时需抗生素治疗。医护人员要鼓励患者术后及早进行床上翻身运动以及其他适当的早期活动。为预防出现肠粘连的现象,患者术后 6 h 可尝试下床活动。术后 8 h 可以给患者进水和半流质食物,当天量控制在 500 ml 之内,患者尽早进食可促进肠胃功能恢复及蠕动。术后镇痛采用腹壁神经阻滞。

2.2 两组患者术后生活质量以及患者对护理的满意度比较 观察组患者术后对护理的满意度及生活质量均高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者术后生活质量及对护理的满意度比较(分, $\bar{x}\pm s$)			
组别	n	护理满意度	生活质量
对照组	50	70.53± 8.02	71.04± 7.26
观察组	50	83.19± 8.41	84.13± 9.22
t 值		7.703 2	7.887 4
P 值		0.000 0	0.000 0

3 讨论

近年来,加速术后康复理念已被应用于乳腺癌根治、胆囊切除及甲状腺切除术等方面,在结直肠的外科应用上最为成功^[6-7]。ERAS 理念应用与传统手术相比在围手术期的处理方式上有极大改善,包括患者在术前的心理与生理上的准备,麻醉、代谢支持及镇痛等的技术及术后的早期进食、活动护理等,使患者内平衡稳定,尽早恢复器官功能^[8-9]。随着经济水平的不断提高,微创手术的兴起应用成为必然趋势,其效果优于实施开腹手术,显著降低术后腹腔内脓肿及感染发生的几率,具有疼痛较轻、康复较快、住院时间较短等优点,同时在一定程度上满足了人

1.3 观察指标 对患者肛门首次排气时间、首次下床活动时间、住院时间、住院费用以及术后并发症发生情况进行记录,疼痛以视觉模拟评分(VAS),评分为十分制,评分越高疼痛感越强烈。参考相关文献^[9]测定患者的生活质量水平,以及通过我院自制的护理满意度量表对患者的满意程度进行调查,满分均为 100 分。患者将根据自己的实际情况在不受外界影响的情况下进行独立填写或由于文化程度限制由调查人员帮助代填。

1.4 统计学分析 采用 SPSS18.0 软件对数据进行分析统计,计量资料用均数± 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,行 t 检验,计数资料行 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后各项指标比较 术后与对照组比较,观察组患者首次下床时间、肛门首次排气时间及住院时间均有效减少,VAS 评分显著降低,且住院费用也明显减少 ($P<0.05$)。两组患者并发症发生率比较无明显差异 ($P>0.05$)。见表 1。

们对术后美观方面的需求,因此腹腔镜阑尾切除术被认为是安全可行的。

术中低体温现象的发生率在 60%左右,这会对患者产生不利影响,所以正常体温的维持在术中显得尤为重要。ERAS 理念重视在术中保温,对凝血机制抑制可有效减轻。同时围手术期中的补液量作为 ERAS 理念的主要部分对患者的康复有着重要作用,有专家认为^[10],液体过量属于在围手术期死亡的常见因素,维持血容量有效循环以及脏器供血,避免患者肠胃以及心脏负荷过重等现象,使患者快速康复。

本研究结果显示,术后与对照组比较,观察组患者的首次下床时间、肛门首次排气时间及患者住院时间都有效减少,由于术后镇痛采用的方式为腹壁神经阻滞导致 VAS 评分也显著降低,且住院所需的费用方面也明显减少。两组患者并发症发生率比较无明显差异。观察组患者术后对护理的满意度及生活质量均高于对照组。术后的早期进食作为 ERAS 程序的一个重要步骤,可以促进患者肠胃蠕动,保护肠黏膜不受细菌等的感染,还可以加速器官的功能

表 1 两组患者术后各项指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	排气时间(d)	下床时间(h)	住院时间(d)	并发症[例(%)]	VAS 评分(分)	住院费用(元)
对照组	50	2.65± 0.70	10.68± 3.61	15.57± 2.93	3(6)	3.55± 2.79	5238.4± 891.57
观察组	50	1.05± 0.62	5.92± 2.85	9.32± 1.26	2(4)	0.31± 1.36	3721.6± 538.8
t χ^2 值		12.099 0	7.318 0	13.856 4	0.210 5	7.381 3	10.295 7
P 值		0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.646 4	0.000 0	0.000 0

恢复及促进静脉循环。

综上所述,对腹腔镜阑尾切除术后患者采用 ERAS 理念指导的临床效果良好,可以加快患者的康复时间,住院时间较短,所需费用有效降低,经济有效安全,值得在临床上推广应用。

参考文献

[1]张晔,张海燕.快速康复外科理念在复杂性肾结石中的应用及护理[J].护士进修杂志,2010,25(1):48-49
[2]陈美玲.快速康复外科在膀胱全切围术期护理中的应用[J].护士进修杂志,2010,25(7):666-667
[3]谭黄业,樊献军,肖咏梅,等.快速康复外科在腹腔镜胆总管探查取石术中的应用[J].中国普通外科杂志,2011,20(2):146-149
[4]张龙凤,张忠民,丁杰.快速康复在结直肠癌外科应用的临床观察

[J].护士进修杂志,2011,26(9):850-851
[5]刘小春.快速康复理念在体外循环心脏患者围术期护理中的应用[J].护士进修杂志,2011,26(13):1198-1199
[6]唐滔,李德宁,吴高松,等.快速康复治疗模式对腹腔镜直肠癌患者价值的临床研究[J].中国现代医学杂志,2014,24(28):97-100
[7]蒋明,崔海宁.微创腹腔镜与开腹手术联合快速康复技术治疗直肠癌临床研究[J].中国内镜杂志,2015,21(3):263-267
[8]刘付宝,毛长坤,张志功,等.肝胆管结石围手术期的快速康复治疗[J].中国普通外科杂志,2013,22(8):1033-1037
[9]夏先明,冯春红,贺凯,等.腹腔镜胆囊切除术 9603 例临床分析[J].中国内镜杂志,2010,16(7):713-715
[10]葛长青,李全福,刘建辉,等.腹腔镜辅助胆道镜保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术的比较[J].中国内镜杂志,2012,18(2):199-202
(收稿日期:2016-02-16)

自制营养吊瓶持续给营养与传统鼻饲的对比

陈甜 兰玉兰 梁美兰
(江西省高安市中医院 高安 330800)

摘要:目的:对比自制营养吊瓶持续泵入营养与传统鼻饲的并发症发生率。方法:选取 2013 年 9 月~2015 年 9 月我院神经内科收治的中风不能进食需供给胃肠内营养的患者 80 例(既往无糖尿病、胃肠道疾病史),随机分为实验组和对照组,实验组采用自制营养吊瓶持续泵入营养液,对照组采用传统鼻饲,观察并记录两组并发症的发生率。结果:实验组的并发症发生率明显低于对照组。结论:自制营养吊瓶持续泵入营养出现腹泻、胃潴留、误吸、高血糖等并发症的发生率明显减少,临床效果优于传统鼻饲,减少了护士的工作量和患者的医疗费用,值得基层医院推广应用。

关键词:自制营养吊瓶;胃肠内营养;鼻饲;并发症

中图分类号:R459.3 **文献标识码:**B

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 9 月~2015 年 9 月我院神经内科收治的中风不能进食需供给胃肠内营养的患者 80 例(既往无糖尿病、胃肠道疾病史),随机分为实验组和对照组各 40 例。两组患者的年龄、性别、习惯等一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 实验组 采用自制营养吊瓶持续泵入营养液。营养吊瓶制作方法:儿科输液吊瓶剪去过滤网及针头部分,14 号一次性导尿管带孔端去掉 4 cm 与吊瓶连接,将导尿管的另一端与胃管相连。使用本院能全素(整蛋白型肠内营养剂粉剂)配制营养液,取 9 平勺(指定的小勺)能全素溶入 200 ml 温水中,将配好的营养液倒入吊瓶中,排气后经胃管点滴,使用输液泵控制滴速,速度由慢到快,根据患者身体情况及病情调整滴速,1 000~2 000 ml/d, 输液加温器控制温度在 38~41℃, 每 4~6 h 给予温开水 30~50 ml 脉冲式冲管,以补充水分,防止管道堵塞。

1.2.2 对照组 采用传统鼻饲。经胃管间断推注流

质饮食,由家属将营养汤类、牛奶、新鲜果汁或粉碎的各种蔬菜、淀粉类食物调匀,再由责任护士用 20 ml 注射器经胃管推注,8 次/d,100~200 ml/次,温度 38~41℃。鼻饲前后均用 20 ml 温开水冲洗胃管。

1.2.3 注意事项 实验组和对照组每次输注时均应确保胃管在胃内,抬高床头 30~45°或取半卧位,营养液输完后,不要马上平躺,保持该体位 30~60 min。

1.3 观察指标 观察两组患者腹泻、胃潴留、误吸、高血糖等并发症的发生情况。并发症的判断标准:腹泻:大便次数>3 次/d,质稀,量多;胃潴留:每次更换营养液或输注前抽吸胃内容物,胃内容物>100 ml;误吸:出现刺激性呛咳、呼吸急促甚至发绀、窒息,或呕吐导致营养液及呕吐物吸入肺内;高血糖:随机监测,血糖>11.1 mmol/L。

1.4 统计方法 数据采用 SPSS11.5 统计学软件处理,计数资料用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

实验组并发症的发生率明显低于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。