

加压面罩给氧,因为胃内一旦蓄积有大量氧气,则在做胃肠道手术时一旦发生燃烧即可引起爆炸^[9]。使用碘伏消毒后再开启电刀进行操作不易着火,但采用乙醇进行消毒后着火概率较碘酊高,且功率大于 50 W 时较功率小于 40 W 时着火的危险性更高^[9]。临床上多使用碘酊与乙醇等消毒剂对患者的手术部位皮肤进行消毒,若消毒液用量过大至浸湿铺巾等,或手术野消毒液未挥发干净存在过多残余,此时启动电刀时电弧遇到消毒液挥发,即可引起燃烧,引起患者皮肤灼伤,更为严重时还可能引发火灾^[10],并且由于乙醇燃烧时产生的火焰呈淡蓝色,在无影灯下火焰的光热形态容易被掩盖,不易看到,如不能及时发现后果不堪设想^[11]。

高频电刀的重要技术参数之一为输出功率,在手术中应当选择合适的功率,此举关系到手术的成败及患者的伤口愈合等,为防止引燃不可绝对避免的消毒水浸湿铺巾,使用中切不可盲目增大电刀的输出功率。有研究显示^[12],若高频电刀功率增大,则用于手术中的任何危险均随之增加。

但最根本的要点是高频电刀必须经过法定机构进行计量校准,经测试合格方可投入使用^[13]。其电源必须经过带有可靠接地线的三孔插座提供给机器,才能够保证电刀具有保护功能的金属外壳接地端点可靠接地,这是防止电击所必需的基本条件^[14]。

本研究综合多项研究结果,从仪器的维护保养到人员的培训考核等方面全面狠抓落实,确保操作深入观念,在预防高频电刀事故发生上取得较

好效果,因此熟练掌握电刀性能和严格按照规程操作能够降低高频电刀发生事故,有利于医护人员的工作与患者的健康安全。

参考文献

- [1]姜长政,里怀欣.高频电刀的预防性维护[J].医疗装备,2011,24(4):74-75
- [2]杨芳.手术中高频电刀电外科损伤的原因分析及护理对策[J].当代护士(下旬刊),2011,4(S1):57-58
- [3]黄燕,吴志坚,种银保.军队医院高频手术设备质量控制检测技术规范探讨[J].医疗卫生装备,2010,31(12):135-137
- [4]朱戈,李晓东,贺建林.高频电刀应用到的三个物理效应分析[J].中国医学装备,2011,8(2):39-40
- [5]李维秀.高频手术电刀的基本原理及注意事项[J].医疗装备,2011,24(10):67-68
- [6]楼卓鑫,梁峰冰,钱莉莉,等.剖宫产术中高频电刀致产妇臀部灼伤 1 例[J].浙江预防医学,2008,20(4):55
- [7]赵洁,陈雅质.高频电刀安全使用的文献分析[J].当代护士(下旬刊),2015,7(11):25-28
- [8]王海燕.腔镜手术中高频电刀的安全使用要点[J].实用医药杂志,2011,28(3):217
- [9]刘双庆,郑易雪,易明富,等.高频电刀引发皮肤消毒液着火的实验研究[J].护理学杂志,2011,26(24):48-49
- [10]徐芳.手术室意外烧伤及防范措施研究现状[J].护理学杂志,2009,24(10):94-96
- [11]毛丽娜.手术中使用高频电刀引起意外损害的原因分析及防护措施[J].全科护理,2015,13(1):77-79
- [12]钱英,高虹,许万春,等.高频电刀输出功率检测结果分析[J].医疗卫生装备,2010,31(7):109-110
- [13] 国家质量监督检验检疫总局.JJF-1217-2009 高频电刀校准规范[S].北京:中国标准出版社,2009
- [14]范凤仙.高频电刀致患者皮肤烧伤原因及预防[J].内蒙古中医药,2013,32(34):36

(收稿日期:2017-01-07)

优质护理模式在心脏瓣膜置换术中的应用效果观察

苏振丽

(河南省南阳市第一人民医院手术室 南阳 473000)

摘要:目的:探究优质护理模式在心脏瓣膜置换术中的应用效果。方法:抽取我院 64 例心脏瓣膜置换术患者,按随机数字表法分为对照组和观察组各 32 例。对照组采用常规护理,在此基础上观察组应用优质护理模式施行护理,对比两组围手术期情况、术后并发症发生情况及护理满意度。结果:与对照组相比,观察组术后使用呼吸机时间、重症监护室(ICU)监护时间、住院时间均缩短,差异具有统计学意义($P < 0.05$);护理后,观察组并发症发生率(9.4%)低于对照组(40.6%),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:心脏瓣膜置换术中应用优质护理模式护理效果显著,有利于缩短围手术期监护时间、住院时间,明显减少并发症发生情况,促进患者康复。

关键词:优质护理模式;心脏瓣膜置换术;并发症

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.094

心脏瓣膜置换术属于体外循环术式之一,手术难度较大,可应用人工瓣膜置换病变瓣膜,从而改善心脏瓣膜病患者心脏功能,提高其生活质量^[1]。但研

究^[2]报道,由于该术式手术时间较长、应用肝素不当及大量输血等原因,会导致术后并发症较多,且老年患者术后早期病死率较高,严重影响预后。因此给予

患者有效的护理干预对减少并发症发生率,保证其安全度过围手术期具有重要意义。本研究探讨了观察优质护理模式在心脏瓣膜置换术中的应用效果。现报道如下:

1 资料及方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 4 月~2016 年 8 月我院 64 例心脏瓣膜置换术患者,依照随机数字表法分为对照组和观察组各 32 例。入选患者均经过超声心动图、临床体检等检查确诊为心脏瓣膜病,心功能 III~IV 级,均签署知情同意书,排除合并恶性肿瘤及肝、肾等重要器官功能不全者。对照组男 18 例,女 14 例,年龄 37~59 岁,平均年龄(43.9±5.7)岁;观察组男 17 例,女 15 例,年龄 39~58 岁,平均年龄(44.6±5.4)岁。比较两组临床资料,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组采用常规护理,包括术前指导、用药指导、病情巡视与出院指导等。在此基础上观察组应用优质护理模式施行护理,具体包括:(1)术前护理:在患者入院后指导其进行心肺功能检查,并了解其疾病史,以全面掌握患者状态,制定科学护理方案;主动向患者讲授疾病原因、治疗方法及手术治疗的优劣势等,增强其治疗的信心;积极与患者沟通,应用诱导式发问的技巧,引导患者倾诉其疑虑、恐惧等心理,并耐心予以疏导,使患者保持良好心理状态;叮嘱患者戒烟、戒酒,告知其保持充足休息,注意加强营养,并指导患者掌握正确咳嗽、排痰方法(先深呼吸 5~6 次,深呼吸后张口轻咳,使痰液到咽喉部再将其迅速咳出),以减少肺部感染发生几率。(2)并发症预防护理:低体温:将手术室室温调节在 25℃左右,湿度 55%左右,并在床下垫保温毯;进行常规保温之外,对患者不施行手术部位用被服盖好;注意检测患者鼻咽温及肛温,应注意使其鼻咽温与肛温温差 $<10^{\circ}\text{C}$,术中积极配合手术,缩短体外循环时间,从而降低低体温发生率。出血:术前嘱咐患者停用血小板抑制剂、抗凝剂等药物,术中当申请输血时应注意联系血库应用新鲜血液以减少无效输血情况,当患者术中渗血、出血过多时,应遵医嘱补充鱼精蛋白或使用止血剂。感染:术中注意保持手术台干燥、整洁,暂时不用的器械应用无菌巾覆盖,手术时间大于 3 h 时,遵医嘱应用抗生素。角膜炎:全麻后应用水凝胶护眼贴闭合、固定患者上下眼睑,注意铺巾时防止无菌巾覆盖其眼睛,以避免其眼角膜擦伤。(3)术后护理:术后密切观察患者中心静脉压、呼吸、心电图等情况,施行对症监护,避免心包压塞、

出血等并发症发生;指导患者培养良好生活习惯,在恢复期进行适当康复锻炼,并在拔除尿管、胃管、气管插管后鼓励其下床活动,以提高其机体免疫力。

1.3 观察指标 (1)统计对比两组术后使用呼吸机时间、ICU 监护时间、住院时间;(2)比较两组低体温、出血、角膜炎、感染等并发症发生情况。

1.4 统计学方法 通过 SPSS18.0 统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围术期相关情况对比 与对照组相比,观察组术后使用呼吸机时间、ICU 监护时间、住院时间均明显缩短,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组围术期相关情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	使用呼吸机时间(h)	ICU 监护时间(d)	住院时间(d)
观察组	32	4.42±0.71	1.26±0.53	15.36±4.25
对照组	32	6.25±0.94	2.35±0.62	22.74±5.68
t		8.788	7.560	5.885
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组并发症发生率对比 护理后,观察组并发症发生率(9.4%)低于对照组(40.6%),差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组并发症发生率对比[例(%)]

组别	n	低体温	出血	角膜炎	感染	总发生
观察组	32	2(6.2)	1(3.1)	0(0.0)	0(0.0)	3(9.4)
对照组	32	5(15.6)	3(9.4)	3(9.4)	2(6.2)	13(40.6)
χ^2						8.333
P						<0.05

3 讨论

心脏瓣膜置换术是临床治疗心脏瓣膜病的重要方法,可有效改善患者心脏功能。但该术式手术操作技术要求高,手术风险较大,导致术后易产生低体温、出血、角膜炎、感染等多种并发症,严重影响预后。因此需在围手术期采取有效护理措施,以进一步提高手术成功率,减少并发症发生情况,提高患者生存率。

优质护理模式不仅在术前对患者完善各项检查,给予其健康教育与心理护理,且在术中密切关注患者病情状况,给予相应干预,同时优化了术后护理措施,与传统护理方法比较,其能够从心理、生理等多层面对患者进行干预,有效降低手术风险^[9]。本研究结果显示,观察组术后使用呼吸机时间、ICU 监护时间、住院时间均短于对照组,并发症发生率(9.4%)低于对照组(40.6%), $P<0.05$ 。表明应用优质

护理模式施行护理可明显减少并发症发生情况,促进患者康复。研究^[4]报道,由于患者遭受疾病的打击,且在治疗前缺乏对手术的了解,担忧手术效果,加之手术本身属于一种强烈应激源,致使患者常会出现严重焦虑、恐惧等心理,抗拒治疗,影响手术效果。因此本研究在术前对患者进行相应健康教育与心理干预,从而降低其负性情绪,提高其治疗积极性。此外,由于瓣膜置换手术需大量输血及使用肝素,同时需进行建立各种监测通道、体外循环等有创操作,加之手术时间较长,导致患者易出现低体温、出血、角膜炎、感染等多种并发症,极大影响手术效果^[5]。因此,本研究对瓣膜置换手术中易发生的并发症予以针对性护理,并贯彻于围手术期始终,从而降

低并发症发生率,促进患者康复。综上所述,在心脏瓣膜置换术中应用优质护理模式施行护理效果显著,可明显减少并发症发生情况,促进患者康复。

参考文献

[1]郭建英.医护一体化护理模式在心脏瓣膜置换术中的应用效果[J].山东医药,2016,56(20):80-81
 [2]韦武利,王奇,向敏峰,等.老年心脏瓣膜置换术患者早期死亡的相关因素[J].中国老年学杂志,2014,34(3):670-671
 [3]马慧丽,季雪莲,冀会萍.优质护理模式对预防手术部位感染的应用效果[J].中华医院感染学杂志,2014,24(15):3832-3833
 [4]韩晓霞,韩萍,李瑞枝.心脏瓣膜置换术围手术期医院感染的预防[J].中华医院感染学杂志,2014,24(14):3547-3548,3559
 [5]陈玲娣,梅玲,吴娟,等.临床护理路径在心脏瓣膜置换术中的应用[J].实用临床医药杂志,2014,18(6):7-9

(收稿日期:2017-01-17)

艾灸联合神灯照射在肛肠科术后尿潴留患者的护理效果观察

李彩霞 梁敏玲

(广东省茂名市茂南区人民医院 茂名 525011)

摘要:目的:探讨艾灸疗法联合神灯照射的特殊性护理在肛肠科术后尿潴留患者中的应用价值。方法:选取我院行肛肠外科手术并出现术后尿潴留的120例患者分为两组,对照组仅提供术后常规护理;观察组在常规护理的基础上给予艾灸与神灯照射的联合护理。观察两组护理效果。结果:观察组术后尿潴留症状(自行排尿时间、剩余尿量)较对照组有明显改善;且观察组术后机体各指标恢复时间较对照组更快;观察组术后并发症发生率明显短于对照组、舒适度较优于对照组,组间差异显著, $P<0.05$ 。结论:为肛肠科术后出现尿潴留的患者提供艾灸联合神灯照射的特殊性护理措施,配合优质护理干预,可有效缓解其尿潴留症状,降低并发症发生率,促进患者早日康复,是值得推广应用的护理措施。

关键词:肛肠手术;尿潴留;艾灸;神灯照射;护理效果

中图分类号:R248

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.095

据有关资料调查显示,约70%的肛肠手术患者术后可出现尿潴留等并发症,其主要由于术中操作对盆腔部分神经丛造成损伤而引起,另外术后疼痛、精神紧张以及床上排尿不适应等因素也是导致尿潴留的重要因素^[1]。一旦发生尿潴留,与之相关的盆腔感染、尿路感染等并发症也将随之而来。因此积极预防并改善肛肠手术后尿潴留成为临床医护人员重点关注的环节。大量研究表明^[2],对肛肠术后出现尿潴留的患者采取积极有效的护理,可缓解其临床症状,大大改善其排尿不畅带来的痛苦。本研究对其采用艾灸与神灯照射联合的护理方法,效果令人满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究病例资料均来源于2015年1月~2016年6月入我院行肛肠手术的120例患者,按照住院号末尾数奇偶性将120例患者分为观察组与对照组,每组60例。观察组中男女患者比例

39:21,患者年龄最小22岁,最大68岁,中位年龄45.0岁,其中单纯性内痔20例,血栓性外痔13例,混合痔11例,肛周脓肿9例,肛瘘7例;对照组中男女患者比例40:20,患者年龄最小21岁,最大69岁,中位年龄45.5岁,其中单纯性内痔19例,血栓性外痔14例,混合痔10例,肛周脓肿9例,肛瘘8例。本研究实施前已通过院内伦理委员会批准。对比两组患者的临床资料均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准^[3] 纳入标准:术后均出现尿潴留现象;无精神障碍,能够进行正常的语言交流;泌尿系统正常、无排尿困难史;知情同意。排除标准:合并有阻塞性尿潴留病史患者;合并心肝肾等脏器功能不全者;伴有造血系统异常、糖尿病等严重原发性疾病。

1.3 方法 对照组予以肛肠手术后常规护理,包括病情监测,生活、饮食、运动等方面的护理指导,必要时行导尿管。观察组患者在上述常规护理的基础上