

循证护理在胃肠外科管道护理中的应用价值分析

郭海英

(河南省武陟县人民医院外二科 武陟 454950)

摘要:目的:探讨循证护理在胃肠外科管道护理中的临床护理效果及应用价值。方法:选择 2015 年 6 月~2016 年 6 月在我院行胃肠外科手术的 96 例患者作为研究对象,随机分成对照组和观察组各 48 例。其中观察组采用循证护理方法护理,对照组采用常规护理方法护理,比较两组的症状评分及护理满意度。结果:观察组疼痛、恐惧和不安情绪等精神状态评分优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组对护理满意度为 91.7%,明显优于对照组的 52.1%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:循证护理应用于胃肠外科的管道护理中降低了脱管的发生率,减轻了患者痛苦,提高了患者的满意度,在临床上具有较高的应用价值。

关键词:循证护理;胃肠外科;应用价值

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.104

胃肠外科手术是一种临床常见的外科手术。胃肠外科手术患者病因复杂,病情变化快,在手术治疗过程中需根据患者实际情况留置管道,以方便临床医师对患者病情进行观察,对治疗效果作出判断^[1]。临床上一一般采用体外插管的方法吸出患者体内存在的液体和气体,改善患者的胃肠功能,但大部分患者会不适应插管,出现烦躁不安、易动等症状,容易造成严重后果。因此,在对患者进行积极有效治疗的同时,还要结合患者特点进行有效的护理干预,减轻患者痛苦,提高治疗依从性,帮助患者尽早康复。本研究观察循证护理的临床应用价值。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月~2016 年 6 月在我院胃肠外科行手术治疗的 96 例患者,随机分为观察组和对照组各 48 例。观察组女 16 例,男 32 例;年龄 18~65 岁,平均(42.5±2.1)岁;手术类型:直肠癌根治术 10 例、胃癌根治术 13 例、胃穿孔修补术 17 例、结肠癌根治术 8 例。对照组女 15 例,男 33 例;年龄 15~60 岁,平均(43.6±2.2)岁;手术类型:直肠癌根治术 12 例、胃癌根治术 11 例、胃穿孔修补术 15 例、结肠癌根治术 10 例。两组患者一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法 对照组应用常规护理方法。包括口腔、皮肤等常规清洁;保持患者衣物及床单被褥干燥洁净;为患者提供合理的饮食护理,药物治疗护理;运用正确的交流沟通方式,减轻患者的不良情绪,让患者以良好的精神状态接受治疗,增加依从性。观察组采用循证护理,具体方法如下:(1)问题的提出。在准备置管操作前与留置胃管期间,应对患者开展义务及健康教育指导,告知患者护理的经过和目的,使其更好地配合护理工作;提醒患者及家属注意夜间脱管及非计划性拔管,以免造成严重后果;夜间对睡眠患者加强巡视工作。(2)搜集文献。根据护理工作中遇到的问题及患者、家属提出的疑问,认真查找

书籍以及网络数据库(主要包括中国知网、万方数据库及维普资讯)中相关文献资料,以具备极高可靠性和真实性的答案回复患者及其家属的提问;将搜集到的文献资料与自身经验、知识进行对比分析,制定出有效合理的护理方案,严格依照制定的护理方案对患者及家属进行健康指导。(3)科学并严格实施护理方案。在置管道前护理人员要耐心地向患者讲解,说明置管道的目的、基本步骤、注意事项和自行拔管可能造成的后果,以此来获得患者及家属的支持和理解,并积极配合治疗;护理人员要对有意外脱管及非计划性拔管危险的患者,特别是烦躁、睡眠障碍、情绪不稳定、耐受性差、禁食时间长等危险性较强的患者加强检查和巡视,必要时在床头做上标记,完善交接班制度。护理人员也要通过学习提高对避免非计划性拔管的重视,增强护理人员的责任心,尽量减轻患者的痛苦,使患者能够早日康复。

1.3 观察指标 使用 Richard 镇静-激活评分系统对两组患者精神状况进行评分,主要包含恐惧、疼痛、不安情绪等症状,评分越高,精神状态就越差。观察并记录两组患者发生非计划性拔管意外脱管例数。使用问卷调查表对患者的护理满意度情况进行调查^[2]。

1.4 统计学方法 应用 SPSS16.0 统计学软件对观察数据进行统计分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组精神状态评分比较 观察组的疼痛、恐惧和不安情绪等评分优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组精神状态评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	恐惧	疼痛	不安情绪
对照组	48	4.56±0.68	2.56±0.86	2.57±0.58
观察组	48	3.16±0.33*	1.07±0.36*	1.34±0.34*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

(下转第 181 页)

myocardial blush grade in patients with coronary artery disease and in cardiac transplant recipients [J].World J Cardiol,2014,6 (10): 1108-1112

[9]Jolly SS,Cairns JA,Yusuf S,et al.Outcomes after thrombus aspiration for ST elevation myocardial infarction:1-year follow-up of the prospective randomised TOTAL trial [J].Lancet,2016,387 (10014): 127-135

[10]Watanabe H,Shiomi H,Nakatsuma K,et al.Clinical efficacy of thrombus aspiration on 5-year clinical outcomes in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention[J].J Am Heart Assoc,2015,4(11): e001945

[11]Onuma Y,Thuesen L,van Geuns RJ,et al.Randomized study to assess the effect of thrombus aspiration on flow area in patients with ST-elevation myocardial infarction:an optical frequency domain imaging study--TROFI trial[J].Eur Heart J,2013,34(14):1050-1060

[12]Yamaguchi T,Kubo T,Ino Y,et al.Optical coherence tomography assessment of efficacy of thrombus aspiration in patients undergoing a primary percutaneous coronary intervention for acute ST-elevation myocardial infarction[J].Coron Artery Dis,2015,26(7):567-572

[13]Zhang Y,Peng L,Fan YY,et al.Additional manual thrombus aspiration for ST-segment elevation myocardial infarction during percutaneous coronary intervention:an updated meta-analysis [J].J Geriatr Cardiol,2016,13(4):344-354

[14]de Waha S, Eitel I,Desch S,et al.Thrombus Aspiration in Thrombus containing culprit lesions in Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (TATORT-NSTEMI):study protocol for a randomized controlled trial[J].Trials,2013,14:110

[15]Thiele H,de Waha S,Zeymer U,et al.Effect of aspiration thrombectomy on microvascular obstruction inNSTEMI patients:the TATORT-NSTEMI trial [J].J Am Coll Cardiol,2014,64 (11): 1117-1124

[16]Siudak Z,Dziewierz A,Rakowski T,et al.No clinical benefit from manual thrombus aspiration in patients with non-ST-elevation myocardial infarction[J].Postepy Kardiol Interwencyjnej,2016,12(1): 32-40

[17]Yildiz B S,Bilgin M,Zungur M,et al.Manual Thrombus Aspiration and the Improved Survival of Patients With Unstable Angina Pectoris Treated With Percutaneous Coronary Intervention (30 Months Follow-Up)[J].Medicine (Baltimore),2016,95(8):e2919

[18]Frobert O,Calais F,James SK,et al.ST-elevation myocardial infarction,thrombus aspiration,and different invasive strategies.A TASTE trial substudy[J].J Am Heart Assoc,2015,4(6):e001755

[19]Windecker S,Kohl P,Alfonso F,et al.2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization:The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)[J]. Eur Heart J,2014,31(4):264-267

(收稿日期: 2017-09-01)

(上接第 170 页)

2.2 两组术后护理效果比较 观察组护理满意度显著高于对照组,意外脱管及非计划性拔管发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后护理效果比较[例(%)]

组别	n	护理满意度	非计划性拔管	意外脱管
观察组	48	44 (91.7)*	2 (4.2)*	1 (2.1)*
对照组	48	25 (52.1)	10 (20.8)	4 (8.3)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

在胃肠外科,为了减轻患者胃肠道压力,有利于胃肠道内的气体和液体排出体外,从而改善胃肠道血液供应,多对患者留置管道。但各种原因常导致管道意外滑落,影响患者预后,甚至引发医疗事故。管道脱落原因多样,如医护人员工作疏忽,术后过床触碰导致脱落;术后患者情绪激动故意拔出;家属护理时随意拔出;管道固定胶布受皮肤分泌物影响失去黏性掉落等。有统计指出,胃管固定期间出现的非计划性拔管占 9.7%~47.3%^[3]。因此,加强胃肠外科管道护理尤其重要。

循证护理,又称实证护理,是一种新型护理模式。是通过现有医疗证据,发现问题,并结合患者和

家属的愿望、临床实际护理经验及护理技能等,对所出现的问题利用科学的论证方法进行分析,制定出相应的护理对策,再采取切实的护理操作加以解决的护理方式。循证护理特点是以护理问题为出发点,对可能出现的护理问题进行充分地研究,并根据实际情况制定护理需求,将传统的、被动医嘱式护理模式,转变为预见性的主动思考模式,减少了护理人员在工作中的盲目性和被动性,提高了临床护理的有效性,提升了患者对护理的满意度。

本研究结果显示观察组的疼痛、恐惧和不安情绪评分优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。同时观察组的护理满意度明显高于对照组 ($P<0.05$)。观察组中非计划性拔管和意外脱管的发生率均显著低于对照组($P<0.05$)。综上所述,循证护理在胃肠科管道护理应用中降低了脱管的发生率,减轻患者痛苦,提高了患者对护理的满意度,在临床上具有较高的应用价值。

参考文献

[1]张雪燕.循证护理在胃肠外科管道护理中的应用[J].中国实用医药, 2014,33(5):215-216

[2]王琴.在胃肠外科管道护理中应用循证护理的临床效果分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(27):4201-4202

[3]黄锐.循证护理在胃肠外科管道护理中的应用[J].齐鲁护理杂志, 2012,18(14):84-85

(收稿日期: 2017-10-07)