

个性化护理在无痛胃肠镜麻醉患者护理中的价值

朱艳

苏州科技城医院 江苏苏州 215151

摘要：目的：探讨研究实施无痛胃肠镜麻醉患者的临床护理中，实施个性化护理干预，对于改善患者不适的作用。方法：研究样本选取 2019 年 01 月至 2020 年 12 月笔者所在医院接收的拟做无痛胃肠镜检查患者，共计 200 例，依据患者前往本科室编号的奇偶性将其平均分为观察组与对照组。对照组患者行常规临床护理干预，观察组患者则是实施个性化护理干预，比较两组患者的胃镜后的主要体征、诊后不良事件、护理满意度。结果：在治疗后观察组患者的心率、舒张压、收缩压、呼吸频率均低于对照组，血氧饱和度高于对照组，且更符合正常人体状态，差异较大 ($P < 0.05$)；且观察组患者的不良反应发生率 7.00% 低于对照组患者的不良反应发生率 20.00%，差异较大 ($P < 0.05$)；观察组患者的护理满意度 98.00% 高于对照组患者的护理满意度 88.00%，差异较大 ($P < 0.05$)。结论：在无痛胃肠镜诊断的护理中，实施个性化护理模式，可以显著提升患者体征状态，减轻胃镜对于患者的刺激，降低不良反应发生率，提升患者对于护理工作人员的满意度，具有重要应用价值。

关键词：个性化护理；无痛胃肠镜；体征；不适感；护理满意度

肠胃疾病属于临床上最为多见的疾病类型之一，对于该类疾病的诊断方式较多，可通过 CT 等影像学、病理学抽检等诸方式，在其中胃肠镜属于常用诊断方式。该方式可以直接观察到患者的病灶情况，了解胃肠道受病灶的影响，诊断医师可在其的帮助下完成大多数疾病的诊断与分期，为临床治疗提供了极大的便利^[1]。但是胃肠镜属于侵入型诊断方式，携带有较为明显的刺激，目前多是对患者实施麻醉后进行，故又称为无痛麻醉胃肠镜诊断^[2]。但是麻醉仅可以在诊断时保证患者无痛、无不适感，对于患者诊断强烈的不适感并无帮助，而且多数患者对于无痛胃肠镜检查认知程度较低，对于麻醉存在恐惧、抵触情绪^[3]。该类情况造成部分患者在诊后出现强烈的生理不适与心理不适，而传统护理干预对于该类问题并无解决方法，多是在患者出现明显不适后予以适当的对症处理，如何通过护理干预降低患者的不适感，成为目前临床关注的重点^[4]。个性化护理是一种新式护理模式，其可以依据患者自身的情况筛选符合患者的护理措施，本文现尝试将该护理模式应用于无痛胃肠镜麻醉的患者护理中，并与常规临床护理进行对比，以确认其的适用性，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象选取为 2019 年 01 月至 2020 年 12 月笔者所在医院接收的拟做无痛胃肠镜检查患者，共计 200 例，依据患者前往本科室编号的奇偶性将其平均分为观察组与对照组。观察组患者年龄 22-63 周岁，平均年龄 (46.71±6.71) 岁，女性有 48 例，男性有 52 例，病程 5d-1.2 年，平均病程 (0.41±0.09) 年；对照组年龄 25-64 周岁，平均年龄 (45.98±7.03) 岁，女性有 46 例，男性有 54 例，病程 7d-1.3 年，平均病程 (0.42±0.10) 年。从一般资料对比分析可观察到，本次研究的两组患者的自身一般病例信息具备较高的相似性 ($P > 0.05$)，可进行对比。本研究遵循自愿原则，患者自身已通过文字或语言等方式完全了解本次研究的全部内容，自愿加入本次研究，且经我院伦理委员会进行审批予以批准。

纳入规则：①全部患者确系存在明显的腹部不适，如腹

痛、腹胀等，且有医师开具的诊断书确系需要无痛胃肠镜检查；②患者均为成年，且受教育程度 > 小学，具备一定的理解能力；③患者意识清晰，能够对护理工作人员进行回应；④患者系首次胃镜/无痛胃肠镜诊断。

排除规则：①患者合并有高血压、凝血功能障碍、心肺功能障碍、肝肾功能障碍、认知功能障碍、精神疾病；②患者依从性较差；③患者为特殊类型患者，即妊娠期妇女，高龄老人及免疫功能缺陷疾病者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者实施常规护理干预，具体为对患者进行简单的无痛胃肠镜相关的健康教育，安抚患者情绪，指导患者体位等。

1.2.2 观察组

观察组患者则是实施个性化护理干预模式，具体为：(1) 组建个性化护理干预小组，由本科室经验丰富的护理人员组成，护士长任小组长，查阅最新的无痛胃肠镜的临床护理措施，结合本院接诊病人的实际情况，筛选符合实际的护理措施，将其组成个性化护理方案，对全组护理工作人员进行培训，确认其掌握相关护理措施。(2) 个性化心理干预：接受胃肠镜诊断的患者多数存在不同程度的肠胃不适症状，患者心理状态多为焦虑，且多数患者对此了解程度较低，易出现恐惧、不安等负性情绪，护理工作人员应当依据患者心理状态的情况对其实施针对性的干预，对于较为轻微的，表现镇静的患者予以简单的安抚，可适当询问患者感受，对于存在较为明显的负性情绪患者，应当及时对其进行安抚，鼓励患者，与之交流，若患者有家属陪同，则要求患者家属予以患者必要的鼓励与精神支持。(3) 健康教育：依据患者自身的基本信息，受教育程度，对于语言的理解程度，采用不同的健康教育模板，以患者能够理解的语言或其他方式对患者进行健康教育，告知患者以及患者的家属无痛胃肠镜检查的目的与相关技术、意义、操作流程、注意事项等，并仔细的回答患者与其家属提出的问题，耐心的大小其的抵触情

绪,尽可能的获取患者的信任与支持,降低患者的紧张以及担忧等情绪。对需口服达克罗宁胶浆的患者,应通过解释和宣教让患者理解和配合,降低患者对口服达克罗宁胶浆的抵触心理,同时准备好胃镜室的相关检查设备,如吸氧装置、器官装置、吸引器以及抢救急救等物品。(4)术后护理,指导患者采取正确的体位接受麻醉,配合医师快速完成麻醉后仔细检查患者的躯体,保证其的体征,接通相关监测仪器,记录患者的主要生命体征,然后将患者置于左侧卧,以左右两肩连线并于检查床垂直状态,以减少胃肠镜检查对于患者的刺激。(5)术后干预,在检查结束后,妥善固定患者躯体,严密监护生命体征,帮助患者安全苏醒,完全苏醒后可指导患者进行温水漱口,以降低术前口服达克罗宁胶浆带来的不适感及缓解口干,待到患者各项生命体征指标恢复正常且身体并无明显不适感,思路清晰的患者可以在家属陪同下离开,但是护理人员需要告知其在2小时内需禁食禁饮,24小时内不得驾车、骑车,不得从事机械或高空作业等行为。

1.3 观察指标

观察比较两组患者的主要体征在诊后的状态。即患者的

表1 观察组和对照组诊后体征状况的比较[n(%)]

组别	例数	心率 (次/min)	舒张压 (mmHg)	收缩压 (mmHg)	呼吸 (次/min)	血氧饱和度
观察组	100	72.67±5.14	143.63±5.97	75.33±4.17	15.37±3.14	97.33±4.18
对照组	100	77.98±6.14	149.69±6.14	82.91±5.03	16.99±3.18	94.53±4.36
χ^2		6.631	7.076	11.601	3.625	4.636
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 比较观察组和对照组不良反应发生率

由表2数据可知,观察组患者的不良反应发生率7.00%

心率、舒张压、收缩压、呼吸频率、血氧饱和度。

观察比较两组患者的不良情况发生率,即恶心呕吐、腹痛腹胀、苏醒躁动、头晕乏力。

观察比较两组患者的护理满意度,使用我院自制的护理满意度评估量表进行评估,该量表包含护理技术、护理服务态度、沟通能力以及健康教育的适用性等四个选项,采取L5级评分法(1-5分),每项25分,总分100分,将总分超过85分的患者认定为对护理持完全满意态度。将分数为60-85分的患者认定为对护理持基本满意态度。

1.4 统计学方法

将数据纳入SPSS21.0系统软件中进行计算,以 $(\bar{x} \pm s)$ 进行计量统计,以(%)进行计数统计,*t*检验与 χ^2 检验,*P*<0.05则表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较观察组和对照组诊后体征状况

由表1数据可知,在治疗后观察组患者的心率、舒张压、收缩压、呼吸频率均低于对照组,血氧饱和度高于对照组,且更符合正常人体状态,组间比较有较大的差别(*P*<0.05)。

低于对照组患者的不良反应发生率20.00%,组间比较有较大的差别(*P*<0.05)。

表2 观察组和对照组不良反应发生率的比较[n(%)]

组别	例数	恶心呕吐	头晕乏力	苏醒躁动	腹痛腹胀	合计
观察组	100	4 (4.00)	1 (1.00)	1 (1.00)	1 (1.00)	7 (7.00)
对照组	100	10 (10.00)	2 (2.00)	5 (5.00)	3 (3.00)	20 (20.00)
χ^2						7.236
<i>P</i>						0.007

2.3 比较观察组和对照组患者对于护理工作人员的满意度

由表3数据可知,观察组组患者的护理满意度98.00%高

于对照组患者的护理满意度88.00%,组间比较有较大的差别(*P*<0.05)。

表3 观察组和对照组护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	100	50 (50.00)	48 (48.00)	2 (2.00)	98 (98.00)
对照组	100	38 (38.00)	50 (50.00)	12 (12.00)	88 (88.00)
χ^2					7.681
<i>P</i>					0.006

3 讨论

无痛胃肠镜是目前临床上进行肠胃疾病诊断的重要方式,该诊断方式可直接观察病灶,了解患者病灶对于肠胃组织的影响,能够为医师对患者的诊断与分期提供较高的参考

价值。但是该诊断方式需要将电子胃肠镜通过消化道放入肠胃,会给患者造成极大的刺激,即便是目前实施的麻醉后胃镜检查仍然会对呼吸道消化道的粘膜组织、咽喉道造成强烈刺激^[5-6],肠镜检查后会有下腹部不适或腹胀感,及肠镜检查

刺激带来的强烈的欲排泄感。患者在诊断后极易出现各类不适情况,存在一定的风险性。故对于实施无痛胃肠镜检查患者的临床护理干预尤为重要,其是目前降低检查对于患者刺激,稳定患者体征的主要途径^[7]。

本研究显示,实施个性化护理干预的观察组患者的术后体征优于对照组患者,且术后不良反应发生率低于对照组,护理满意度高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。分析认为无痛胃肠镜的刺激主要来源于电子胃镜放入过程中对于咽喉、消化道的压迫,对于相关粘膜的刺激,而传统的护理干预,虽然会对患者进行安抚,但是并不会对患者进行心理干预与体位干预,患者在诊断时体征波动明显,减弱了麻醉效能,降低了患者受对于胃肠镜诊断的耐受程度,故在术后观察组易出现不良反应^[8-9]。而个性化护理模式充分考虑了患者自身的情况,在诊断前现保证患者的心理状态处于良好,以保障患者体征的平稳,提升麻醉效能,同时在术中的体位干预可以使电子胃镜以适宜的方向进入消化道,减轻对于咽喉等部位的刺激。再加上术前对患者的进行的健康教育,促使患者对于诊断有一定的预期,提升了耐受度,最终达到了降低患者的不适感的效果,故观察组患者的不良反应低于对照组^[10]。

综上所述,在无痛胃肠镜诊断的护理中,实施个性化护理模式,可以显著提升患者体征状态,减轻胃肠镜对于患者的刺激,降低不良反应发生率,使患者理解苏醒后存在的不适感原因,提升患者对于护理工作人员的满意度,具有重要应用价值。

参考文献

[1] 孙薇,王静,吴月美,等. 无痛胃肠镜检查患者发生并发症

的相关因素分析及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(9):122-124.

[2] 莫凤笑,林胜鑫,陈奕鑫. 无痛胃镜联合肠镜检查并发症原因分析及临床护理干预[J]. 中国社区医师, 2021, 37(7):127-128.

[3] 甘艺. 全程整体护理模式对无痛胃肠镜诊疗患者心率等指标的影响[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12(9):154-157.

[4] 毛红玲,吴杨玲,魏小飞,等. 体位护理联合心理干预对无痛胃肠镜检查患者生命体征及心理状态的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(5):193-195.

[5] 叶淑尧,刘海英,黄玉燕. PDCA 循环结合优质护理对日间无痛胃肠镜检查患者配合度及应激反应的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(20):45-48.

[6] 夏晓敏. 优质护理联合对耳屏穴位刺激在无痛胃肠镜术后麻醉复苏室中的应用[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(78):134-135.

[7] 宋海青,胡燕,周琼英,等. 围术期全程优质护理对无痛胃肠镜检查患者心理状况、生命体征及麻醉用药的影响[J]. 中国保健营养, 2020, 30(18):175-175.

[8] 许征,曹森林. 流程化护理在无痛胃肠镜检查中的应用效果研究[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(13):177-178.

[9] 陈新蕊. 围术期全程优质护理对无痛胃肠镜检查患者心理状况、生命体征及麻醉用药的影响[J]. 健康必读, 2020(6):114-114.

[10] 孙兆秀. 集束化护理策略在无痛胃肠镜联合检查患者安全管理中的应用[J]. 中外医疗, 2020, 39(27):144-146.