

# 负压封闭引流辅助治疗创面愈合的效果分析

王 红

(内蒙古自治区兴安盟人民医院血管外科 内蒙古乌兰浩特 137400)

**摘要:**目的 分析负压封闭引流辅助治疗创面愈合的效果。方法 选择本院 2021 年 2 月至 2023 年 2 月收治的创面修复患者 80 例,以随机方式对这些患者分组,分为对照组和研究组各 40 例,两组分别接受常规清创治疗和负压封闭引流辅助治疗。对比两组创面愈合效果、创面愈合时间、住院时间、并发症发生情况等指标。结果 研究组创面愈合效果较好,愈合优良率达到了 95.00%,对照组这一指标数值为 75.00%,两组差异显著 ( $P < 0.05$ )。研究组创面愈合时间、住院时间均较短,和对照组两项指标数据形成了明显差异 ( $P < 0.05$ )。研究组总体并发症发生率较低,为 5.00%,对照组这一指标数据为 20.00%,两组差异显著 ( $P < 0.05$ )。结论 在创面修复中,负压封闭引流辅助治疗能够有效提升创面愈合效果,促进创面更快速的愈合及患者的快速康复,且能够减少相关并发症的发生,提高治疗安全性,临床可对这一治疗方式广泛推广。

**关键词:** 负压封闭引流; 创面愈合; 效果; 并发症

创面可由多种因素造成,创面出现后,通常需要一定的时间才能愈合,慢性创面愈合通常需要更长的时间<sup>[1]</sup>,比如烧伤后形成的创面、糖尿病足等,这些都是比较难愈合的创面。长期不愈合会增加患者的痛苦,并延长治疗的时间。与此同时,还很容易出现感染的情况<sup>[2]</sup>。因此,为了避免上述情况出现,有必要研究能够加快创面愈合的治疗方法。常规的清创治疗虽然具有一定的效果,但所花费的时间较长,过程中出现感染的风险较高,对于患者的恢复不利。有研究指出,封闭负压引流能够对急性、慢性创伤创面进行治疗<sup>[3,4]</sup>。其主要是将含有引流管的聚乙烯酒精水化海藻盐泡沫敷料覆盖在创面上,并使用生物半透膜将创面覆盖,创造一个封闭的环境,连接负压源与引流管,持续进行负压吸引,将坏死的组织、毒性分解物等充分引流出来,以促进创面的愈合<sup>[5,6]</sup>。本次研究具体分析将负压封闭引流技术用于创面愈合治疗的效果,如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择本院 2021 年 2 月至 2023 年 2 月收治的创面修复患者 80 例,以随机方式对这些患者分组,分为对照组和研究组各 40 例。对照组中,有男性患者 24 例,女性患者 16 例,年龄 45-75 岁,平均 ( $58.36 \pm 2.41$ ) 岁;研究组中,有男性患者 25 例,女性患者 15 例,年龄 45-75 岁,平均 ( $58.39 \pm 2.33$ ) 岁。利用统计软件对两组上述资料数据差异进行分析,结果均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),可进一步对比。

### 1.2 方法

对照组采用常规清创治疗,清除创面坏死组织,并在术后定期换药。

研究组采用负压封闭引流辅助治疗。清理创面坏死组织,并做好相关物品的准备<sup>[7]</sup>。准备好负压封闭引流的敷料,根据创面的大小对敷料进行裁剪,留置两根长度 30cm 左右的引流管;准备透明薄膜,选择通气性较好的薄膜<sup>[8]</sup>;准备三通接头;调节负压源,使之处于  $-20 \sim -80\text{kPa}$  范围内。准备工作完成后,在护理人员的辅助下,医生充分的对创面进行冲洗,观察创面情况后,根据创面损伤的特点进行修复治疗。比如针对骨折后内固定手术治疗患者,首先要根据其创面大小裁剪负压封闭引流敷料,裁剪至适宜大小后,将其覆盖在创面上<sup>[9]</sup>。若患者的创面面积比较大,需使用多个敷料,保证创面能够被完

全覆盖,之后处理敷料的边缘,通过和正常皮肤缝合来进行固定<sup>[10]</sup>。若患者的创伤比较深,需要在腔隙填塞敷料,实施负压引流治疗的过程中,要充分的冲洗创面分泌物,使用透明薄膜将创面空间彻底覆盖,使创面处于完全封闭的状态。将创面封闭后,将引流管与负压源连接,持续进行负压吸引,直到敷料呈现为收缩的状态<sup>[11]</sup>。过程中要加强负压引流装置的观察,记录好引流量,定时冲洗,持续进行负压引流 10 小时后停止,取出敷料,观察创面恢复情况。如果有较多的新生肉芽,直接对创面进行缝合即可;如果创面存在较多的分泌物,要对敷料进行及时更换,继续开展负压引流操作<sup>[12]</sup>。术后告知患者相关注意事项,嘱咐患者定期回院换药,并为其提供抗感染药物,以防术后感染情况的发生。

### 1.3 观察指标

(1) 创面愈合效果。治疗 1 个月后,创面完全愈合,未出现感染情况为优;创面基本愈合,未出现感染情况,只有少量的分泌物存在,肉芽组织有增生,需要进行再次处理为良;创面未愈合,且出现感染,情况进一步恶化为差。统计优良率。(2) 创面愈合时间及住院时间。(3) 并发症发生情况。

### 1.4 统计学分析

本次研究选择的统计分析软件为 SPSS20.0,所得计量资料用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,对比采用 t 检验,计数资料用  $[n(\%)]$  表示,对比采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组创面愈合效果比较

研究组创面愈合效果较好,愈合优良率达到了 95.00%,对照组这一指标数值为 75.00%,两组差异显著 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组创面愈合效果比较  $[n(\%)]$

组别	例数	优	良	差	优良合计
研究组	40	22 (55.00)	16 (40.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
对照组	40	16 (40.00)	14 (35.00)	10 (25.00)	30 (75.00)
$\chi^2$					9.362
P					<0.05

### 2.2 两组创面愈合时间及住院时间比较

研究组创面愈合时间、住院时间均较短,和对照组两项指标数据形成了明显差异 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组创面愈合时间及住院时间比较 (  $\bar{x} \pm s, d$  )

组别	例数	创面愈合时间	住院时间
研究组	40	15.36 ± 2.41	18.25 ± 2.37
对照组	40	20.73 ± 2.35	24.58 ± 2.66
t		7.132	6.413
P		<0.05	<0.05

### 2.3 两组并发症发生情况比较

治疗后,患者出现的并发症有感染及皮肤坏死两种,研究组出现并发症的患者总体较少,并发症发生率较低,为 5.00%,对照组这一指标数据为 20.00%,两组差异显著 (P<0.05)。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况比较[n ( % ) ]

组别	例数	感染	皮肤坏死	总计
研究组	40	1 ( 2.50 )	1 ( 2.50 )	2 ( 5.00 )
对照组	40	5 ( 12.50 )	3 ( 7.50 )	8 ( 20.00 )
$\chi^2$				4.537
P				<0.05

### 3 讨论

创面的形成原因有很多,常见的如骨折、烧伤、跌倒等,创面形成后,需要采取措施进行修复。常规的创面修复方法为清创,是指通过手术的方法,将创面坏死组织清除<sup>[13]</sup>。其虽然对伤口愈合、损伤部位组织功能和形态恢复具有一定效果,但术后各种并发症的发生风险也较高。清创过程中,由于创面长时间暴露在外,冲洗换药时很容易引发创面感染,不仅进一步加大患者的痛苦感受,还影响创面的愈合速度。诸多研究表明,负压封闭引流技术在各种创面的治疗中具有明显的效果,可促进创面愈合,加快患者的恢复<sup>[14,15]</sup>。分析原因,主要是因为该技术中创面和引流管之间有高分子材料作为媒介,在负压状态下,引流管能够在感染创面均匀分布,实现充分引流。同时负压封闭引流过程中使用透明薄膜覆盖创面,能够创造一个完全封闭的修复环境,隔绝细菌及其他各种有害微生物,避免创面发生感染,使并发症的发生风险下降,从而有利于创面的恢复。此外,持续的负压吸引操作能够对创面进行彻底的清洗,将其中的坏死组织充分清理干净,形成良好的创面恢复环境,从而加快创面的愈合速度;与此同时,创面中的液体被充分引流后,能够缓解组织水肿情况,解除水肿对创面小血管造成的压迫,负压状态下能够促使皮肤小动脉扩张,刺激血管生成,从而加快创面血流的恢复,使创面更快速的愈合。

本次研究对负压封闭引流技术用于创面愈合治疗的具体效果进行了分析,选择本院收治的创面修复患者,分组分别实施常规清创及负压封闭引流辅助治疗,对两组创面愈合效果、创面愈合时间、住院时间、并发症发生情况等指标进行对比发现,采取负压封闭引流辅助治疗的研究组创面愈合效果更好,愈合优良率达到了 95.00%,而采取常规清创治疗的对照组这一指标数值为 75.00%,两组差异显著 (P<0.05);表明负压封闭引流辅助治疗能够有效提升创面愈合效果。研究组的创面愈合时间为 ( 15.36 ± 2.41 )d,住院时间为 ( 18.25 ± 2.37 )d,对照组创面愈合时间为 ( 20.73 ± 2.35 )d,住院时间为 ( 24.58 ±

2.66 )d,研究组创面愈合时间、住院时间均较短,和对照组两项指标数据形成了明显差异 (P<0.05);表明负压封闭引流辅助治疗能够加快创面的恢复,促进患者的康复。研究组治疗后,有 1 例患者出现感染,1 例出现皮肤坏死,总体并发症发生率较低,为 5.00%,对照组有 5 例出现感染,3 例出现皮肤坏死,总体并发症发生率为 20.00%,两组并发症发生率差异显著 (P<0.05);表明负压封闭引流辅助治疗能够有效减少相关并发症的发生。

综上所述,在创面修复中,负压封闭引流辅助治疗能够有效提升创面愈合效果,促进创面更快速的愈合及患者的快速康复,且能够减少相关并发症的发生,提高治疗安全性,临床可对这一治疗方式广泛推广。

### 参考文献:

- [1]宫宇,孙波.负压封闭引流联合局部氧疗在骨科慢性难愈合创面治疗中的应用效果分析[J].中国烧伤创疡杂志,2022(5):325-329.
- [2]韩芳,刘国荣,周崢益.负压封闭引流技术治疗慢性难愈性创面的特点与效果分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(22):70-71.
- [3]梁增章.创面冲洗-负压封闭引流技术在治疗四肢骨折术后伤口愈合不良中的应用效果[J].中国伤残医学,2022(12):74-77.
- [4]强华,柴宝军.慢性创面感染的病原学特点及持续灌洗负压封闭引流局部治疗的效果[J].临床医学研究与实践,2019,4(20):44-45.
- [5]刘李桥.持续封闭负压引流技术在深度烧伤创面修复中的应用价值分析[J].名医,2019(008):86-86.
- [6]蒋丹,张长风,郭鱼,等.封闭式负压引流技术在创面修复手术患者中的应用效果分析[J].东方药膳,2020(016):75-76.
- [7]郑双全.富血小板血浆联合负压封闭引流在慢性难愈合创面中的应用效果分析[J].中国烧伤创疡杂志,2022(3):174-178.
- [8]黄月明,姚飞,史艳超.骨科创伤及感染创面应用负压封闭引流技术治疗的效果分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(42):52,59.
- [9]袁加辉.骨科创伤创面软组织损伤患者应用负压封闭引流技术治疗效果分析[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022(10):0141-0143.
- [10]张亚丽.持续封闭负压引流技术在慢性创面修复中的临床应用效果分析[J].医学美容,2019,28(24):27-28.
- [11]李昱.骨科创伤及感染创面应用负压封闭引流技术治疗的临床疗效[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2022(1):0028-0030.
- [12]邓洁.封闭式负压引流技术在慢性创面修复中的应用及护理分析[J].全科口腔医学电子杂志,2020(3):65-65,67.
- [13]陈恒杰,张显利.负压封闭引流技术在治疗骨创伤中软组织损伤创面的临床应用效果[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(82):91,93.
- [14]张锋锋,代创国.负压封闭引流在难愈性创面修复患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2021(33):78-80.
- [15]刘媛媛,王宁,郭秀侠,等.负压封闭引流技术修复皮肤软组织缺损难愈性创面的应用效果[J].养生保健指南,2019(051):19.

# 股骨颈干角与盆骨倾斜度关系的研究

陈哲琪 邓婉钰 苏悦 罗振宇 方俊杰 刘华龙\*

(长沙医学院 湖南长沙 410219)

**摘要:**目的:探究股骨颈干角与盆骨倾斜度之间的关系。方法:2021 年 7 月 ~ 2022 年 11 月进入我院骨关节外科接受人工全髋关节置换术的 30 例强直性脊柱炎髋关节僵直患者,分别行骨盆 CT 平扫加三维重建、股骨远端 CT 平扫,分别测量骨盆倾斜角度及股骨颈干角。结果:探究股骨颈干角与盆骨倾斜度之间存在线性相关。结论:股骨颈干角与盆骨倾斜度之间存在相关性,同时根据两者之间的线性关系,对于患者行人工全髋关节置换术过程中前倾角的定位及术后髋关节功能改善、减少假体脱位发生概率有一定的帮助。

**关键词:**骨盆倾斜度;股骨颈干角;相关关系

全髋关节置换术中股骨假体及髌臼假体前倾角的选择对患者术后髋关节功能有明显的影 响。Bhan 等人通过研究发现<sup>[1]</sup>,强直性脊柱炎引起的髋关节僵硬,在第一次人工关节置入时有 4.3%的脱位发生率,这比有关文献报告的 1%的发生率要高得多<sup>[2-3]</sup>。强直性脊柱炎可引起人体脊柱与骨盆平衡的严重改变,因此,临床上需要对人工全髋关节置换术中对于股骨颈干角与盆骨倾斜角之间的关系有一个清晰的认识。这样可以更准确地确定髌臼和股骨颈干角。藉由减少假体移位,可使患者在手术后获得最佳的髋部功能<sup>[4-5]</sup>。本文对 30 名患有强直性脊柱炎的患者进行了 X 线检查,并对其临床特征进行了分析。目的在于理解股骨颈干角与盆骨倾斜度之间的关系在手术中的引导作用。有研究表明骨盆倾斜度:男性骨盆倾斜度为  $62.7 \pm 6.7^\circ$  (54 ~ 76°),经产妇为  $63.3 \pm 6.1^\circ$  (50 ~ 79°),未婚未孕妇女为  $68.6 \pm 7.2^\circ$  (55 ~ 82°)非妊娠时,正常骨盆倾斜度为 50 ~ 55°,妊娠晚期约增加 3 ~ 5°。股骨颈干角的正常值范围在 110~140 之间,研究值为  $(128.02 \pm 6.26)^\circ$ ,范围在  $111.69^\circ \sim 143.21^\circ$  之间;其颈干角-3D 值为  $(124.22 \pm 6.45)^\circ$ ,范围在  $108.24^\circ \sim 140.64^\circ$  之间。

人体的髋关节支撑着人体的头颈部、躯干以及双上肢,当双下肢直立时,在双腿站立时,髋关节所承担的重量会使近端股骨发生弯曲,从而会形成股骨颈及股骨干,股骨颈及股骨干之间所构成的夹角就是股骨颈干角。因股骨颈干角的存在,横隔膜断裂后会向股骨头侧方移动,导致股骨干轴线下肢负重力线的不重合,并使下肢活动范围增大。因力的方向与股骨颈轴的方向不重合,使两点交点集中于股骨头中央。所以,股骨颈处的作用力可以划分成两个主要的作用力,分别是由于人体头颈部、躯干和双上肢的重力作用而产生的向下的压应力,以及受压应力影响而产生的向股骨颈外上方向的张应力,而这两种作用力的分布与股骨颈干角的大小有关<sup>[6]</sup>。这样,在不同的加压状态下,股骨颈特殊的构造会在不同的加压状态下,产生对应的弹性形变,从而可以承受较大的压应力和形变,避免了股骨颈骨折的发生。当股骨颈干角度低于 110 度时,就被认为是髌外翻;反之,超过 140 度时,就被认为是髌外翻。在骨质疏松症患者中,在股骨颈轴向夹角较小、股骨棘距骨盆较远、股骨转矩较大的情况下,可使髌外展肌力加强,使髋关节活动幅度增大,同时可使髌周边软组织受力,改善髌

稳定性,避免脱位,但也可使股骨颈发生骨折;反之,如果股骨颈轴夹角较大,则由于股骨颈轴夹角较大,由于股骨轴距较近,产生的力矩较小,使髌外展肌的肌力减弱,进而使得髌关节活动受限,使周边软组织松弛,造成髌关节不稳,比较容易发生脱位<sup>[7]</sup>。同时,减少了股骨颈顶、底端的内、外部压力及拉力,减少了股骨颈顶、底端发生骨折的危险。所以,必须保持股骨颈干角的正常化,才能使股骨颈受力与弹性形变达到最佳的平衡,才能最大限度地发挥负重作用,并避免发生髌关节脱位或股骨颈骨折。对骨质疏松患者而言,除骨质疏松时骨量降低之外,其发生机制也有别于正常情况。股骨颈干角是衡量股骨近端参量的一个重要指标,对髌关节置换、髌关节发育异常截骨、股骨近端骨折(如股骨颈骨折)等的术前评估有很大的参考价值。为了保证手术的顺利进行,提高患者的康复率,降低术后的并发症,以减少术后并发症的发生,达到手术的预期效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

选择 2021 年 7 月 ~ 2022 年 11 月进入我院骨关节外科接受人工全髋关节置换术的 30 例强直性脊柱炎髋关节僵直患者,分别行骨盆 CT 平扫加三维重建、股骨远端 CT 平扫,分别测量骨盆倾斜角度及股骨颈干角。

### 1.2 测量方法

股骨颈干角的测量方法:要求患者平躺于扫描仪工作台上,两条腿转动 15~20 度,膝盖前移,同时双腿并拢进行检查。本文采用了 120 KV 的扫描电压、100 毫安的电流、0.5 秒的扫描间隔时间、2 毫米的参照厚度。该扫描仪将在股骨小粗隆平面以下的髌嵴平面内进行扫描<sup>[8-9]</sup>。同时,通过对患者的盆腔进行扫描,可以方便地对患者的盆腔进行记录和分型。所有的扫描结果应该存入硬盘,并经影像处理后送回 CT 工作站。CT 扫描时,股骨纵向轴线与扫描器纵向轴线平行;在股骨头中心与股骨头下端膜面上远处断层,上下两段相交叠。股骨颈纵轴线与股骨颈间轴的夹角即为股骨颈干角。骨盆倾斜角度:采用三维 CT 测量方法,患者应该以全脊柱站立位,通过 X 光片,观察三维 CT 的影像,发现一条横贯第一个骶骨端板的直线,一直延伸到两根骨中线之间。这个直线与垂直线的夹角叫做骨盆倾斜角。

通过测量得到 30 患者的骨盆倾斜度以及股骨颈干角,如下所示: 骨盆倾斜度: 50.2, 50.5, 54.3, 55.4, 56.6, 54.5, 51.5, 51.5, 53.4, 53.2, 51.3, 51.2, 50.5, 50.3, 53.2, 51.2, 51.3, 52.5, 50.4, 52.2, 50.3, 50.4, 50.2, 50.5, 52.2, 53.2, 50.3, 54.2, 52.5, 54.3。股骨颈干角: 132.5, 121.1, 122.2, 131.1, 119.6, 128.5, 129.5, 121.5, 132.5, 121.1, 122.2, 131.1, 119.6, 128.5, 126.5, 125.2, 132.5, 133.5, 136.2, 135.5, 138.3, 128.3, 124.5, 125.3, 126.3, 125.3, 133.2, 135.2, 136.5, 128.6

1.3 统计学方法

将所有收集到的数据利用统计学软件 SPSS20.0 进行统计学分析,组间比较采用 t 检验,相关分析采用双变量相关分析,  $\alpha = 0.05$ ,  $P < 0.05$  为差异有显著性。

2 结果

2.1 两组患者骨盆倾斜度与股骨颈干角的比较情况

我们通过测量发现,两组患者的骨盆倾斜度与股骨颈干角有显著性差异 ( $p < 0.05$ ),提示患者的骨盆倾斜度与股骨颈干角改变可能与强直性脊柱炎有关。

表 1 两组患者骨盆倾斜度与股骨颈干角的比较情况

组别	骨盆倾斜度	股骨颈干角
对照组	$6.3^\circ \pm 3.1^\circ$	$13.1^\circ \pm 2.8^\circ$
实验组	$8.8^\circ \pm 2.1^\circ$	$14.6^\circ \pm 3.6^\circ$
$\chi^2$ 值	6.128	4.268
P 值	<0.05	<0.05

2.2 两组患者骨盆倾斜度与股骨颈干角之间的关系

通过对两组患者骨盆倾斜度与股骨颈干角进行相关分析,发现两者有一定的相关关系。经检验,发现骨盆倾斜度与股骨颈干角之间的相关关系为:  $y = 7.93 + 0.816x$ ,  $\alpha = 0.05$ 。股骨颈干角随骨盆倾斜角度的增加而增加。

3 讨论

在正常人的身体里,股骨颈起着联结髋关节骨骼和支撑髋关节矢状平面外展的作用。脊髓灰质炎所致的强直性脊柱炎 (ALS) 会造成脊柱及髋关节的扭曲及紧张性弯曲,造成髋臼前倾、外展角增大、骨盆负重区向后偏移,造成髋臼相对前倾,从而使得骨盆前倾,进而造成股骨颈干角发生改变,使患者髋关节的发生屈曲及外展,进而影响后伸功能及关节脱位。在髋关节置换术中,患者多为中、晚期的强直性脊柱炎,且常伴有脊椎及骨盆畸形,增加了手术的难度。因为骨盆的前移和髋臼的存在,使得人工股骨的位置变得更加困难,要求更加准确。如果不明确强直性脊柱炎患者的骨盆倾斜度和股骨颈干角之间的关系,通常会引起患者手术后的假体移位。通过对强直性脊柱炎患者股骨颈干角与骨盆前倾角进行全面、准确的测量,同时在手术过程中,由于患者多为髋关节屈曲,骨盆与两侧髂前上棘保持水平,避免脊柱骨盆和手术床之间发生倾角,这样可以更好的判断与调节该倾角,减少术后假体脱位,促进患者骨关节功能的恢复。

本文通过对 30 例患者进行了骨盆倾斜度、股骨颈干角的测定。我们前期研究发现,强直性脊柱炎可导致强患者骨盆倾斜度和股骨颈干角的变化 ( $P < 0.05$ ),强直性脊柱炎患者股骨颈干角增大会使得骨盆倾斜度增加,这一点与前人研究一致。但是,由于本研究的样本数量太少,需要进一步进行更多的样本来完善本研究的结论。

综上所述,强直性脊柱炎患者的股骨颈干角和骨盆倾斜度之间存在相关性,即线性相关,患者的股骨颈干角增大,骨盆倾斜度也会增大。

参考文献:

[1]BhanS,Eachempati KK, Malhotra R. Primary cementless total hip arthroplasty for bony ankylosis in patients with ankylosing spondylitis[J]. J Arthroplasty, 2008, 23(6): 859 - 866.

[2]Blom AW, Rogers M, Taylor AH, et al. Dislocation following total hip repla-cement: the avon orthopaedic centre experience[J]. Ann R Coil Surg Engl, 2008, 90(8): 658 - 662.

[3] Kim YH, Choi Kim JS. Influence of patient -, design -, and surgery - related factors on rate of dislocation after primary cementless total hip arthroplasty[J]. J Arthroplasty, 2009, 24 (8): 1258 - 1263.

[4]陈宗霖,夏磊. 脊柱侧弯患者术前术后骨盆矢状位参数分析[J]. 河南医学研究, 2012, 21(3): 29 - 31.

[5]蔡志浩,谢召勇.股骨颈前倾角测量评估:如何建立统一的方法和标准[J].中国组织工程研究,2023,27(09):1448-1454.

[6]刘力铭,雷凯,范华全,陈欣,杨柳,郭林.股骨颈干角在前后位 X 线平片与 CT 三维重建图像上的差异性研究[J].第三军医大学学报,2020,42(21):2134-2140.

[7]石淇允,李无阴,王振亚,张来福,曹剑,鹿斌.探讨股骨颈干角与髋部骨折类型的相关性[J].心血管外科杂志(电子版),2019,8(02):54-55.

[8]Urfali Furkan Ert ü rk,Tok Sermin,Kuyuba□i Sabit Numan,□nal Sermet,Korkmaz Mehmet. Is there a correlation between the femoral anteversion angle and the elasticity of the hip muscles in cases of intoeing gait due to increased femoral anteversion angle?[J]. Journal of ultrasonography,2022,22(88).

[9]Cai Zhencun,Piao Chengzhe,Zhang Tianyu,Li Lianyong,Xiang Liangbi. Accuracy of CT for measuring femoral neck anteversion in children with developmental dislocation of the hip verified using 3D printing technology[J]. Journal of Orthopaedic Surgery and Research,2021,16(1).

基金项目:长医教〔2022〕41号-123)

作者简介:陈哲琪(2001-10),男,汉,湖南邵阳人,长沙医学院本科在读,主要研究方向:临床。

通讯作者:刘华龙(1989-10),男,汉,湖南长沙人,硕士研究生,长沙医学院基础医学院讲师,主要研究方向:大体解剖。

# 心理暗示联合合理限食疗法对糖尿病患者自我效能及依从性的影响作用分析

于 甜

(湖北民族大学附属医院 内分泌内科. 营养科 湖北恩施 445000)

**摘要:** 目的 在糖尿病患者中实施心理暗示联合合理限食疗法, 观察患者的自我效能感、遵医行为的改善情况。方法 从本院诊治的糖尿病患者中选择 120 例, 对这些患者实施随机分组。其中 60 例患者为接受常规性健康教育以及饮食指导的对照组, 另外 60 例纳入干预组, 接受心理暗示和合理限食疗法。在实施干预前后, 分别监测、评估患者的血糖、自我效能感、依从性, 并开展各项指标的组间比较。结果 两组患者均接受为期 3 个月的干预, 结果显示, 两组的各项血糖指标均有将次, 其中干预组的血糖控制效果更为理想。在患者的自我效能方面(策略性、应变力、动机性、执行力), 干预组患者的提升效果更加显著, 依从性也比对照组高。以上指标实施组间分析比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 对糖尿病患者实施心理暗示疗法, 并监督、指导患者合理限食, 有助于提升患者的自我效能感, 使其拥有更好的遵医行为, 这对于病情控制、生活质量改善具有积极的促进作用。

**关键词:** 糖尿病; 心理暗示; 合理限食; 自我效能; 依从性

糖尿病以持续高血糖状态为主要表现, 降糖药、胰岛素是控制血糖的有效措施, 但是一些患者对于疾病和治疗缺少正确、全面的认知, 导致治疗依从性不佳。为了提升病情控制效果, 延缓疾病进展, 需要采取有效措施, 让患者的依从性、自我效能感得到提升, 通过遵医嘱用药、合理饮食、坚持运动等综合措施, 让血糖保持在更加稳定、安全的范围之内<sup>[1]</sup>。本文主要分析了心理暗示联合合理限食疗法在糖尿病患者中的应用效果, 详情报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

从 2022 年 1 月至 2022 年 3 月本院收治的糖尿病患者中选择 120 例, 所有病患均被明确诊断为 2 型糖尿病, 且无脏器功能障碍、血液系统和免疫系统疾病。按照随机数字表法对入选患者进行分组, 两组一般情况如下: (1) 对照组: 共有患者 60 例, 年龄 54-81 岁, 均值为  $(64.23 \pm 5.18)$  岁; 其中男患者人数为 34 例, 女患者人数为 26 例; 患病时间最长 15 年, 最短 2 年, 均值为  $(6.79 \pm 2.08)$  年。(2) 干预组: 纳入 60 例患者, 年龄范围为 55-79 岁, 均值为  $(64.96 \pm 5.22)$  岁; 男、女患者人数之比为 32/28; 糖尿病病程 2-17 年, 均值为  $(7.02 \pm 2.13)$  年。两组患者的一般资料水平十分均衡, 具有可比价值。将存在严重感染、恶性肿瘤以及其他严重疾病的患者排除, 所有患者均有自我管理能力的。

### 1.2 方法

入选患者接受药物治疗、胰岛素治疗或是二者联合治疗。在此基础上, 对患者实施必要的干预。

对照组采用常规性的干预措施, 内容如下: (1) 健康教育: 该项工作由专业医护人员执行, 向患者讲解与糖尿病、保健相关的知识, 建立患者的个人档案, 定期进行电话随访。(2) 常规指导: 主要是指指导患者监测血糖的方法、用药相关知识、饮食原则、运动方法和注意事项等。

干预组患者接受心理暗示和合理限食疗法, 内容如下:

#### 1.2.1 心理暗示疗法

主要有如下几种心理暗示疗法: (1) 权威暗示: 患者对于专家的话更加信任, 针对患者的这种心理特点, 可以请医疗专家参加健康讲座、座谈会等, 给患者讲解饮食与糖尿病的关系, 控制饮食的相关知识等, 让患者引起重视。另外, 还可以严格控制饮食、病情控制效

果比较理想的患者现身说法, 向其他患者分享自己的抗病经历, 让糖尿病患者治疗信心增强, 进而提升依从性<sup>[2]</sup>。(2) 言语暗示: 对患者进行一对一的饮食指导, 让患者对控制饮食的知识有更加牢固的掌握, 并教导患者掌握自我言语暗示方法, 有意识地控制自己的饮食观念, 使饮食习惯、饮食结构等变得更加科学合理。另外, 还可以让患者通过言语暗示来进行情绪调节, 让患者具有更加坚强的意识。(3) 环境暗示: 环境对于健康会产生直接的影响, 医务人员要与患者多进行沟通, 指导他们进行就餐环境的适当调整, 使就餐时间得以缩短, 养成少食多餐的饮食习惯。

#### 1.2.2 合理限食疗法

饮食会对糖尿病患者的血糖产生明显影响, 为了让患者能够遵医医嘱合理限食, 首先需要告知患者控制饮食与病情之间的密切关系, 使患者对饮食引起足够的重视, 提升饮食依从性。与此同时, 要对患者的情况进行综合分析评估, 结合患者个人情况, 制定个性化饮食营养方案, 对每天摄入的总热量、能食用和禁止食用、限制食用的食物种类等详细列明, 并可以根据患者的饮食偏好, 在遵循饮食原则的基础上, 给他们制定一些美味可口的食谱, 让患者家属进行监督, 促使患者养成规律禁食、定时定量的好习惯<sup>[3-5]</sup>。医护人员要做好对患者的随访, 每月随访 1 次, 了解患者的血糖水平、饮食状况等, 并及时解答患者存在的疑问, 对于患者中存在的饮食、生活等方面的问题, 进行针对性指导<sup>[6]</sup>。

#### 1.3 观察指标

两组患者接受干预的时间为 3 个月, 对两组如下指标实施分析比较: (1) 干预前后的血糖控制效果, 评价指标有空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白。(2) 干预前后患者的自我效能感: 评价工具为一般自我效能感量表 (GSES), 包括策略性效能、动机性效能、应变力效能、执行力效能, 其中前两个效能指标各有 3 个评价条目, 评分值区间为 0-12 分, 后两项效能指标各有 2 个条目, 评分介于 0-8 分, 分值越高越好。(3) 干预前后的糖尿病自我管理依从性: 使用的评价工具为自我管理行为量表, 其中饮食控制共有 4 个条目, 评分 0-28 分, 规律锻炼、血糖检测和足部护理各有 2 个条目, 分值为 0-14 分, 遵医嘱用药有 1 个条目, 分值介于 0-7 分, 分值与依从性成正比。

#### 1.4 统计学方法

统计学软件: SPSS 22.0; 计数类数据: 差异实施  $\chi^2$  检验, 用 ( $n$ ,

%)表示; 计量类数据: 差异开展 t 检验, 用 ( $\bar{x} \pm s$ )表示; 差异具有统计学意义:  $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者血糖控制情况对比

在实施干预前, 两组患者的几项血糖指标水平均比较高, 组间对比无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 干预 3 个月后, 两组血糖均取得了一些控制效果, 其中干预组的控制效果更为理想, 组间对比,  $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组干预前后血糖指标水平对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (n)	空腹血糖 (mmol/L)		餐后 2h 血糖 (mmol/L)		糖化血红蛋白 (%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	60	8.26 ± 1.08	5.41 ± 0.46	13.82 ± 1.40	8.23 ± 0.71	8.67 ± 0.74	5.66 ± 0.40
对照组	60	8.31 ± 1.10	6.28 ± 0.57	13.79 ± 1.35	9.38 ± 0.84	8.77 ± 0.80	6.37 ± 0.52
t		0.582	3.015	0.612	3.256	0.678	3.455
P		0.671	0.008	0.489	0.007	0.510	0.008

表 2 两组自我效能的各维度评分对比 [ $\bar{x} \pm s$ ) 分]

组别	例数 (n)	策略性效能 (0-12 分)		动机性效能 (0-12 分)		应变力效能 (0-8 分)		执行力效能 (0-8 分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	60	6.78 ± 1.12	10.23 ± 0.81	5.94 ± 1.35	9.67 ± 0.83	3.70 ± 0.73	6.10 ± 0.48	4.42 ± 0.68	6.71 ± 0.80
对照组	60	6.74 ± 1.15	8.25 ± 1.17	6.02 ± 1.20	7.15 ± 0.88	3.72 ± 0.71	4.46 ± 0.39	4.39 ± 0.73	5.39 ± 0.56
t		0.389	5.976	0.621	4.712	0.570	7.135	1.002	5.274
P		0.722	0.003	0.573	0.004	0.445	0.000	0.327	0.001

表 3 两组依从性对比 [ $\bar{x} \pm s$ ) 分]

评价指标	干预组 (n=60)		对照组 (n=60)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
饮食控制 (0-28分)	16.73 ± 3.45	22.38 ± 2.03**	16.82 ± 3.08	18.91 ± 2.15*
规律锻炼 (0-14分)	7.32 ± 1.80	12.23 ± 0.45**	7.60 ± 1.53	9.72 ± 4.61*
血糖监测 (0-14分)	7.53 ± 2.04	11.79 ± 1.08**	7.60 ± 2.13	9.22 ± 1.35*
足部护理 (0-14分)	8.01 ± 0.45	12.06 ± 1.02**	8.12 ± 0.36	10.04 ± 1.26*
遵医嘱用药 (0-7分)	4.51 ± 0.46	6.23 ± 0.38**	4.64 ± 0.50	5.23 ± 0.39*

注: “\*”表示与干预前的对应指标比较,  $P < 0.05$ ; “#”表示与对照组同时段同指标比较,  $P < 0.05$

3 讨论

糖尿病是发生率很高的代谢性疾病, 我国糖尿病患者人数众多, 且近年来的发病率呈现出上升趋势。这类疾病具有很长的病情, 当前尚未发现有效的根治措施。若不采取有效的控制措施, 使得机体长期处于高血糖状态, 会对全身多个器官、系统造成损害, 进而导致相关并发症的出现, 使患者的身体状况变得更差, 治疗也更加棘手<sup>[7]</sup>。其中一些严重并发症 (如糖尿病足、糖尿病肾病) 还会造成患者残疾或是死亡。因此, 需要对糖尿病引起足够重视, 将控制血糖作为一项长期坚持的任务。患者的观念、行为会直接影响血糖水平, 为此, 改善患者的遵医行为十分重要<sup>[8-10]</sup>。本研究显示, 对患者实施心理暗示联合合理限食疗法之后, 患者的血糖控制效果比较理想, 患者的自我效能感、依从性得到明显提升。该研究证实了心理暗示联合合理限食疗法在糖尿病患者中的应用价值, 值得推广使用。

参考文献:

[1]杨樱娟,李云莉,王何,等. 心理暗示联合合理限食疗法对糖尿病患者自我效能及依从性的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28(24):91-93.  
 [2]杨雪,陈煜,韦晓,等. 限食疗法在糖尿病预防及治疗中的研究进展[J]. 医学综述,2018,24(16):3237-3241.  
 [3]孙海燕. 心理暗示干预联合限食措施对老年冠心病伴糖尿病

2.2 两组患者自我效能感对比

在干预前, 两组患者的自我效能感相对较差, 组间差异不大,  $P > 0.05$ ; 在干预 3 个月后, 干预组患者的各效能维度分值有显著提升, 比对照组各指标更优, 两组差异没有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

2.3 两组依从性情况对比

在患者实施干预后, 依从性有不同程度改善, 其中干预组患者的自我管理依从性更好, 组间对比, 均  $P < 0.05$ 。见表 3。

患者的临床效果研究[J]. 糖尿病新世界,2022,25(06):146-149.

[4]李静媛. 限食疗法在糖尿病预防及治疗中的应用效果评价[J]. 糖尿病新世界,2019,22(04):45-46.

[5]张晟,张顺宵,王华,等. 饮食疗法干预糖尿病的研究进展[J]. 世界临床药物,2021,42(09):746-750,756.

[6]陈春燕,李亮,凌宇鹏. 限食疗法联合心理暗示对老年 2 型糖尿病合并冠心病患者抑郁情绪以及糖脂代谢的影响[J]. 慢性病学杂志,2021,22(08):1199-1200,1203.

[7]徐亚军. 心理暗示治疗联合限食疗法对老年冠心病伴糖尿病患者干预效果研究[J]. 心理月刊,2021,16(06):182-183,189.

[8]王静,韩淑娟. 心理暗示联合营养照护对 2 型糖尿病患者心理弹性睡眠质量及营养状况的影响[J]. 临床心身疾病杂志,2020,26(05):178-180.

[9]王蕾,王彩悦. 心理暗示联合营养照护对肺结核合并糖尿病患者心理弹性、营养状况及睡眠质量的影响[J]. 吉林医学,2021,42(11):2790-2793.

[10]王秋云,宋尚红,荣旺. 心理暗示联合健康教育对老年糖尿病合并冠心病患者的影响[J]. 心理月刊,2022,17(11):180-182.

# 雷火灸联合穴位贴敷治疗膝关节骨性关节炎的疗效评价

杜 琇 张天禄<sup>△</sup>通讯作者 张丽霞 蒲悦华 谭娇雁

(大理白族自治州中医医院 云南大理 671000)

**摘要:**目的: 讨论在膝关节骨性关节炎临床治疗上, 使用雷火灸、穴位贴敷联合治疗的临床价值。方法: 我院接诊的膝关节骨性关节炎患者中抽取 80 例进行对比分析 (抽取时间为 2021 年 4 月到 2022 年 4 月), 以随机数字表的方式, 分为实验组 (40 例) 和对照组 (40 例), 其中, 对照组给予常规西药治疗, 实验组采用雷火灸、穴位贴敷联合治疗, 对比实验组和对照组治疗前后 C 反应蛋白、血沉、疼痛评分、膝关节功能评分、晨僵时间及临床治疗有效率等。结果: 治疗前, 实验组 C 反应蛋白及血沉和对照组相比无统计学价值 ( $P > 0.05$ ); 实验组膝关节功能评分、疼痛评分及晨僵时间与对照组相比差异不大 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组患者 C 反应蛋白、血沉对比差异显著 ( $P < 0.05$ ); 两组疼痛评分、膝关节功能评分及晨僵时间对比具备统计学价值 ( $P < 0.05$ ); 实验组临床治疗有效率较高, 对照组与之相比较低 ( $P < 0.05$ )。结论: 膝关节骨性关节炎患者应用雷火灸联合穴位贴敷效果明显, 可明显改善患者的膝关节功能, 疼痛度较低, 见效快速, 操作便利, 建议临床大力推广。

**关键词:** 雷火灸; 穴位贴敷; 膝关节骨性关节炎

骨性关节炎属于风湿科临床常见病, 属于慢性关节疾病, 主要改变是关节软骨面的继发性骨质增生与退行性病变, 对患者生活影响较大。其中, 膝关节骨性关节炎比较常见, 发病率和致残率均较高, 以中老年患者居多, 临床主要表现为膝关节疼痛、肿胀及僵硬等, 反复发作, 影响正常生活, 也是老年人活动能力丧失的一个首要因素<sup>[1-2]</sup>。临床多采用药物治疗, 以非甾体类抗炎药物为主, 该药虽可暂缓疼痛, 但是, 难以阻止膝关节软骨退变速度, 再者长期用药, 会出现较多不适反应, 胃肠道反应多见, 影响治疗依从性, 临床治疗效果欠佳。雷火灸是近些年新型治疗手段, 以经络学说为基础, 结合艾灸技术, 具备操作便利、效果显著等特性。穴位贴敷是通过刺激皮肤穴位进行刺激, 改善经络气血运行, 纠正脏腑阴阳。将以上两种结合使用, 可起到事半功倍的效果<sup>[3-4]</sup>。为探析穴位贴敷、雷火灸联合治疗的科学性与有效性, 我科特选取膝关节骨性关节炎患者 80 例进行分组研究, 具体见下文。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

我院接诊的膝关节骨性关节炎患者中抽取 80 例进行对比分析 (抽取时间为 2021 年 4 月到 2022 年 4 月), 以随机数字表的方式, 分为实验组和对照组, 每组各 40 例, 对照组男 20 例, 女 20 例; 年龄在 48-72 岁, 平均年龄在 (62.13 ± 2.02) 岁; 病程 0.5-11 年, 平均病程 (9.25 ± 1.34) 年。实验组男 25 例, 女 15 例, 年龄在 46-70 岁, 平均年龄在 (62.14 ± 2.01) 岁; 病程 17 天-5 个月, 平均病程 (9.26 ± 1.32) 年。入选标准: ①具备完整临床资料; ②认知能力与语言表达能力正常; ③对本研究内容完全掌握, 并签订同意协议书; 剔除标准: ①治疗前 7 天内, 使用过消炎镇痛药物或糖皮质激素药物治疗过患者; ②存有关节结核、关节内骨折等疾病患者; ③合并有肝肾、心脑血管等较重疾病患者; ④患有认知障碍或精神障碍性疾病患者; 两组临床基础信息相比 ( $P > 0.05$ ), 存在可比性。

### 1.2 方法

对照组采用常规治疗, 选用辉瑞制药公司生产的塞来昔布胶囊进

行口服, 批准文号为 J20120065, 单次用量为 200mg, 1 日 1 次, 2 周 1 疗程, 间隔 2 日, 进行下个疗程, 共治疗 2 个疗程。实验组使用雷火灸联合穴位贴敷治疗, 选取关元穴、神阙穴, 雷火灸条点燃后, 放置在灸盒内, 以悬灸的方式, 让皮肤与雷火灸维持在 2 到 3cm 的距离, 在灸盒上方, 覆盖毛巾, 便于保温, 减少烟雾扩散, 1 次半小时, 待皮肤轻度潮红, 出微汗即可, 1 日 1 次, 持续治疗四周<sup>[5-6]</sup>。选取羌活、高良姜、木瓜、苍术、附子、肉豆蔻、白花蛇、金钱草、透骨草、伸筋草、桂枝、川芎、当归、川牛膝、乳香等, 将其打碎研成末, 使用姜汁调成膏状, 之后隔水加热, 时间为 10 分钟, 当温度降低后, 取少量放置在贴敷无纺布穴位贴敷中央处。选取阿是穴、足三里、内关穴、肾俞穴、太溪穴、承山穴、太冲穴等, 将穴位贴敷在穴位处, 并固定好, 每个穴位 3 小时, 1 周 2 次, 持续治疗 4 周<sup>[7-8]</sup>。

### 1.3 指标观察

①观察两组治疗前后相关性指标, 主要有 C 反应蛋白 (CRP)、红细胞沉降率 (ERS)。

②观察两组治疗前后晨僵时间、膝关节功能评分及疼痛程度。膝关节功能评分使用 Lysholm 膝关节评分进行评估, 评分采用百分制, 分值越高, 说明膝关节功能越佳; 疼痛程度使用视觉模拟评分量表 (VAS) 进行测评, 满分为 10 分, 分值越高, 说明疼痛程度越重。

③观察两组治疗效果, 治疗后, 患者的临床体征及中医症状完全消失, 经检查发现, 好转程度在 3/4 以上者为治愈; 患者的临床体征及中医症状明显好转, 经检查发现, 好转程度在 1/2 以上者为显效; 患者的临床体征及中医症状有所缓解, 经检查发现, 好转程度在 1/3 以上者为有效; 患者均无以上好转改变为无效; 总有效率为 1 与无效率之差。

### 1.4 统计学方法

将治疗有效率、炎性指标等统计结果输入统计学软件 SPSS21.0 进行分析; 资料描述: 计数资料为 (n%), 计量资料为 ( $\bar{x} \pm s$ ); 差异检验: 治疗有效率等利用  $\chi^2$  进行检验, 炎性指标等利用 t 进行检验, 当  $P < 0.05$  时则提示结果具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组治疗前后炎症指标

治疗后, 实验组 CRP、ESP 均低于对照组 (P < 0.05), 见表 1。

表 1 两组炎症指标对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	CRP (mg/L)		ESR (mm/h)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	40	62.71 ± 11.23	24.61 ± 6.12	54.63 ± 13.91	12.31 ± 5.91
对照组	40	61.35 ± 10.19	28.26 ± 6.47	54.26 ± 12.85	15.36 ± 6.49

表 2 两组治疗前后 VAS 评分、膝关节功能评分及晨僵时间对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	VAS (分)		膝关节功能 (分)		晨僵时间 (h)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	40	6.08 ± 0.96	4.41 ± 0.23	50.45 ± 3.97	68.59 ± 4.53	2.92 ± 0.43	1.32 ± 0.35
对照组	40	6.09 ± 0.81	4.79 ± 0.59	50.11 ± 3.36	61.12 ± 4.43	2.88 ± 0.57	1.79 ± 0.58
T		0.0503	3.7952	0.4134	7.4564	0.3543	4.3880
P		0.9600	0.0003	0.6804	0.0000	0.7241	0.0000

表 3 对比两组患者的总有效率[n(%)]

组别	例数	无效	有效	显效	治愈	总有效率
实验组	40	4 (10.00)	6 (15.00)	10 (25.00)	20 (50.00)	36 (90.00)
对照组	40	12 (30.00)	8 (20.00)	10 (25.00)	10 (25.00)	28 (70.00)
X <sup>2</sup>						5.0000
P						0.0253

3 讨论

中医认为, 膝关节骨性关节炎属于骨痹, 致病因素是由于肝肾亏虚所致, 其中, 比较常见的是风寒湿痹型, 治疗需以疏通经络, 改善气血运行为主<sup>[9]</sup>。雷火灸是由艾灸引申而来, 具备活血散结、除湿驱风、扶正祛邪、温经散寒之效; 内膝穴能明显改善膝关节酸痛不适等症, 再配合阳陵泉等穴, 具备活血舒筋的效果; 再配合阿是穴, 可使膝关节局部经络气血通畅, 直达病灶, 实现舒筋活络、壮骨止痛、调节肝肾的目的。穴位贴敷是将中药材加工, 使用专用皮肤贴剂, 贴敷在穴位上, 使药物能够直接刺激经络穴位, 实现调整阴阳, 提高抗病能力, 祛邪扶正的目的。中药不经过肝脏, 不受脏腑影响, 可明显提升利用度, 减轻不适反应, 维持较久血药浓度, 减少用药次数, 操作便利, 安全无痛, 效果显著, 备受欢迎。将以上二者联合使用, 能达到引药归经, 直达病灶, 提升药物疗效的作用。另外, 雷火灸不但具备针刺作用, 还具备散寒驱邪、温通经脉的作用, 再辅以多个穴位, 可实现通脉温经、补益气血、除湿健脾、固本培元的目的, 进而改善脏腑功能, 从而改善病情<sup>[10]</sup>。本次研究结果发现, 实验组临床治疗有效率明显高于对照组; VAS 评分、膝关节功能评分及晨僵时间均优于对照组; CRP、ESP 均低于对照组; 由此说明, 雷火灸联合穴位贴敷治疗的可行性。CRP 是一种非特异性炎症标志物, ESR 能反应炎症状态, 因此, 二者可作为骨性关节炎的诊断指标。

总之, 在膝关节骨性关节炎治疗中, 使用雷火灸联合穴位贴敷的效果比较理想, 可明显改善患者的炎症指标与晨僵时间, 完全值得被推广。

参考文献:

[1]王利红,尚会惠.雷火灸联合穴位贴敷治疗膝关节骨性关节炎

T	0.5672	2.5920	0.0033	2.1975
P	0.5722	0.0114	0.9973	0.0309

2.2 比较两组治疗前后 VAS 评分、膝关节功能评分及晨僵时间

治疗后, 实验组 VAS 评分低于对照组 (P < 0.05); 实验组膝关节功能评分高于对照组 (P < 0.05); 实验组晨僵时间短与对照组 (P < 0.05); 见表 2。

2.3 比较两组临床治疗有效率

实验组临床治疗有效率和对照组相比较 (P < 0.05), 见表 3。

临床观察[J].实用中医药杂志,2023,39(03):592-594.

[2]谢美芳,沈思钰,周金彬,高雪琴.雷火灸及寒痹方外敷联合常规西药治疗风湿寒痹型痹病 25 例临床观察[J].风湿病与关节炎,2018,7(12):12-15.

[3]李娜,袁佺,张杰.针刺联合雷火灸治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎临床研究[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(11):86-89.

[4]Xu Hao, Zhou Zhengnan, Fang Shuchen, Huang Xingrui, Jiang Yuanbin, Cao Jianhua. Effect of acupoint application on SOD, MDA and GSH levels in knee osteoarthritis/osteodystrophy of wind-cold-dampness arthralgia type in Eastern WU [ j ] . Journal of external treatment of traditional Chinese medicine, 29(05)2020:5-7.

[5]张劲,赵亮.穴位敷贴联合透明质酸钠关节腔注射治疗膝关节骨性关节炎的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2016,25(01):39-40+101.

[6]李志,阳意.关节腔注射玻璃酸钠联合中医治疗膝关节骨性关节炎的疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(17):50-52.

[7]余团,杨茜,王家兰.子午流注指导中医护理技术应用于膝关节骨性关节炎中的研究进展[J].云南中医中药杂志,2021,42(05):88-91.

[8]王艳辉,鲁春华,王申宇,高赛明,张晔.穴位敷贴结合运动疗法对膝骨性关节炎的治疗价值评估[J].中国实用医药,2020,15(11):155-157.

[9]刘洪波,韩平,郑美艺.海南南药穴位敷贴联合艾灸治疗膝骨性关节炎气滞血瘀证的临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(16):111-113.

[10]朱璇璇,李长亮.雷火灸联合早期综合护理对寒湿痹阻型类风湿关节炎的影响[J].中医外治杂志,2022,31(01):100-102.

# 心电图知识培训在心血管内科护理人员中的实施效果研究

韦慧丽 黄菲菲 杨林飞 罗秋秋

(河池市人民医院 广西河池 547000)

**摘要:**目的:探究心电图知识培训在心血管内科护理人员中的实施效果。方法:以2021年1月至2023年2月心血管内科在职时间3年以上护理人员为观察指标,共计24名,于2022年2月开展心电图知识培训;同时期选取心血管内科接收心电图检查患者120例,按照接收时间分组,2022年1月之前接收患者60例,2022年2月之后接收患者60例,观察实施效果。结果:心电图知识培训后心血管内科护理人员理论知识及操作技能考核合格率均高于培训前,有统计学意义( $P<0.01$ );心血管内科患者对科室护理人员整体总满意度显示,心电图知识培训后满意度升高,与培训前相比,有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:心血管内科护理人员开展心电图知识培训,可提高整体护理素质,有助于提高患者护理满意度,具有可行性。

**关键词:**心电图知识培训;心血管内科;护理人员;实施效果

随着近年我国老龄化问题严峻,临床接诊心血管病患者显著增加,为医学发展亟待解决的问题之一。心血管疾病涉及类别较多,如心肌梗死、心绞痛等,病因病机较为复杂,与多种基础性疾病具有密切关联,临床接诊患者常伴有多种基础代谢性疾病,需有效明确患者病变情况,开展针对性治疗措施<sup>[1]</sup>。心血管内科患者常采用心电图检查,明确患者心功能指标,在疾病早期诊断及预后评估中具有较高借鉴意义<sup>[2]</sup>。心血管内科护理人员需具备扎实医学基础,可有效识别心电图基本信息,以满足临床对高素质医务人员的需求,加强心血管内科护理人员心电图知识培训尤为重要<sup>[3]</sup>。随着近年医疗事业快速发展,心血管内科护理人员朝着全科方向发展,特针对当前心电图教学工作中存在的问题进行相关探讨,实施心电图知识培训,提高护理人员心电图检验方法及阅片技巧,现开展如下报道。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

以2021年1月至2023年2月心血管内科在职时间3年以上护理人员为观察指标,共计24名,男性2名,女性22名,年龄区间25-43岁,年龄中数( $33.51 \pm 2.11$ )岁,在职时间3-25年,时间中数( $9.29 \pm 0.57$ )年,学历分布:本科学历15名,专科学历9名;同时期选取心血管内科接收心电图检查患者120例,按照接收时间分组,2022年1月之前接收患者60例,男31例,女29例,年龄区间28-70岁,年龄中数( $47.33 \pm 2.09$ )岁,2022年2月之后接收患者60例,男33例,女27例,年龄区间30-70岁,年龄中数( $47.51 \pm 2.01$ )岁;上述2组心血管内科接收心电图检查患者入组资料( $P>0.05$ )提示可用于下文开展分析。

**纳入标准:**(1)所选心血管内科护理人员均对研究项目知情,且自愿参与心电图知识培训;(2)所选心血管内科患者均遵医嘱接受心电图检查,并具有完整检查结果;(3)研究开展符合《赫尔辛基宣言》。

**排除标准:**(1)合并其他危急症患者;(2)预计生命时长不足支持研究开展人员;(3)因其他不可抗因素,护理人员出现脱落观察情况;(4)心血管内科患者因合并精神类疾病,无法独立填写问卷。

### 1.2 方法

2022年2月开展心电图知识培训:(1)建立心电图知识培训小

组,主要成员包括心血管内科主任、副主任、心电图技师、护士长及专科护理人员共同组成,由科室主任担任组长,科室护士长担任副组长,进行活动方案的拟定。定期由科室主任、副主任及心电图技师对科室内专科护理人员开展岗位内培训教育,要求其具备扎实的心电图专业知识、娴熟的操作技能,可根据临床常见心血管疾病、心电图异常情况,拟定培训内容。针对心血管内科护理人员主要培训内容包括正常心脏传导系统电生理知识、常见异常心电图分析、心电图特征及各波段正常值等相关内容<sup>[4]</sup>。采用回顾性分析,针对既往心血管内科中因心电图导致的不良护理事件进行分析,了解心血管内科护理人员心电图知识,掌握必要性,提高护理人员学习热情及工作积极性<sup>[5]</sup>。

(2)选取典型案例,开展情景模拟式教学:以科室护理人员为带教主体,带教老师通过选取临床具有思考性、典型性的案例进行分析,引导护理人员开展角色扮演,分别扮演患者、患者家属、护理人员及主治医师等四种角色,模拟实际工作中心电图检查流程注意事项、心电图阅片等相关内容,根据典型案例,拟定心电图检查方案,给出诊断结果<sup>[6]</sup>。情景模拟过程中所有事项及流程均由护理人员自行安排,由带教老师及其他小组护理人员在旁观摩并给予评分。最后由带教老师对理论知识进行技巧讲解,针对案例中涉及专业知识进行强化健康教育,根据心电图特点编造口诀记忆,提高护理人员记忆点<sup>[7]</sup>。通过联想记忆等方式,借助图文结合,将枯燥的理论知识趣味化。由带教老师针对不同心电图征象及实践技能进行讲解,心电图知识培训之前通过将课程所需的心电图图谱打印成相关资料,给予护理人员发放,给予护理人员温习时间,预习相关教学内容<sup>[8]</sup>;并在授课之前,让护理人员自主进行心电图图谱分析,采用小组讨论方式,了解心电图图谱中存在的问题,通过引出护理人员思考,再由带教老师进行心电图图谱分析,给出诊断要点,分析临床意义意义,加深护理人员学习印象<sup>[9]</sup>。在技能教学过程中,要求每名护理人员独立完成患者心电图检查,检查完毕后,由护理人员自主进行分析并做出诊断报告,给专业心电图技师进行分析;并由带教老师最后对其就行指导与纠正,结合实际案例讲解心电图知识,在日常在实际工作中,心电图打印保存完成后,若存在争议情况,需由科室内心电图技师与主治医师共同进行病例探讨,了解心电图异常发生情况,给出最终诊断结果<sup>[10]</sup>。

1.3 评价标准

统一由心血管内科护士长拟定心电图考核内容,主要涉及理论知识及操作技能等两个维度,满分设为一百分,评分≥75 分即代表考核合格,比对心电图知识培训开展前后护理人员技能考核合格率。采用问卷评估方式,了解心血管内科接收心电图检查患者护理满意度,患者出院时匿名填写,共计 5 个小条目,若 5 个小条目为“满意”,即为满意度高;若 3-4 个小条目为“满意”,即为满意度中;若不足上述指标,即为满意度低,计算总满意度。

1.4 统计学分析

统计计算软件为 SPSS24.0, 计量资料格式( $\bar{x} \pm s$ ), 配对 t 检验, 计数资料格式(%), 卡方检验, 统计结果 P<0.05 提示有差异, P<0.01 提示差异显著。

2 结果

2.1 心电图知识培训开展前后护理人员技能考核评估

心电图知识培训后心血管内科护理人员理论知识及操作技能考核合格率均高于培训前, 有统计学意义 (P<0.01), 见表 1。

表 1 心电图知识培训开展前后护理人员技能考核评估[n/%]

组别	n	理论知识合格率	操作技能合格率
培训前	24	54.17 (13/24)	45.83% (11/24)
培训后	24	100.0% (24/24)	95.83% (23/24)
X <sup>2</sup>		7.022	7.151
P 值		0.001	0.000

2.2 患者护理满意度

心血管内科患者对科室护理人员整体总满意度显示, 心电图知识培训后满意度升高, 与培训前相比, 有统计学意义 (P<0.05), 见表 2。

表 2 患者护理满意度[n/%]

组别	n	满意度高	满意度中	满意度低	总满意度
培训前	60	24	29	7	88.33%
培训后	60	34	25	1	98.33%
X <sup>2</sup>					4.881
P 值					0.035

3 讨论

心血管内科涉及疾病类别较多, 与多种基础性疾病密切相关, 常以中老年患者居多, 患者就诊过程中存在病情恶化、猝死发生可能性, 为有效明确患者病情危重情况, 多数患者需接受心电图检查, 为临床诊断提供客观数据参考<sup>[1]</sup>。心血管内科护理人员需具备扎实的心电图专业知识, 为患者早期施治提供基础医疗帮助, 可根据患者不同病情, 独立完成心电图检查并阅片, 对心电图内科护理人员综合素质要求较高, 加强护理人员岗位内培训教育, 落实心电图知识培训尤为重要。

心电图知识培训为近年心血管内科护理人员岗位内培训教育重要组成内容, 为满足短期内获得理想培训效果, 需依据科室实际情况及师资力量安排培训时间, 拟定优质培训方案, 确保培训内容契合心血管内科护理人员专业要求。并在传统教学基础上, 以护理人员为教学主体, 选取具有扎实专业的带教老师, 增加带教老师与护理人员之间的沟通, 有效明确心血管知识培训落实情况, 及时进行培训方案的调整。考虑心血管知识培训内容繁多, 理论知识较为枯燥, 教学过程中, 护理人员常存在积极性不高、被动学习等弊端, 严重影响培训效果。为调动心血管内科护理人员学习积极性, 在传统教学基础上, 开

展以病例为主的情景模拟式教学, 提高心血管内科护理人员参与感, 借助多媒体资源, 检索最新研究结果, 了解先进心电图知识, 优化教学内容, 树立新型教学思维, 以提高心电图知识培训趣味性; 转变传统教学弊端, 开展灵活多样技巧记忆教学法, 将枯燥烦闷的心电图理论知识转变为具有较强记忆点的知识, 提高护理人员学习热情, 提高其知识掌握程度。并将临床常见心电图图谱知识, 打印成相关资料, 便于护理人员课前进行温习, 有效提高护理人员学习积极性, 养成自主学习的习惯, 可有效提高临床培训效果, 确保心血管内科护理人员在短时间内掌握扎实的心电图知识, 可为患者临床救治提供优质服务。实验结果显示, 心电图知识培训后心血管内科护理人员理论知识及操作技能考核合格率均高于培训前, 有统计学意义 (P<0.01); 心血管内科患者对科室护理人员整体总满意度显示, 心电图知识培训后满意度升高, 与培训前相比, 有统计学意义 (P<0.05); 试验数据证实, 心电图知识培训可有效优化医疗资源, 合理配置科室教学资源, 为护理人员岗位内培训营造良好学习氛围, 以帮助护理人员在岗继续教育意识, 培养护理人员全面医学思维, 提高护理人员综合技能, 为临床输送高素质人才。

综上所述, 心血管内科护理人员开展心电图知识培训, 可提高整体护理素质, 有助于提高患者护理满意度, 具有可行性。

参考文献:

[1]张鸿雁,王士威,郭楠,等.基于案例的心电图谱教学模式对提高规培学生心电图诊断能力及满意度的影响研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(11):1407-1409.

[2]王利华,邓金梅,吴强,等.翻转课堂在实习护生心电图知识临床护理教学中的应用[J].山西医药杂志,2020,49(19):2675-2677.

[3]卢小倩,曾西连,饶小玲.PDCA 循环在提高心血管内科低年资护士综合抢救能力中的应用[J].心电图杂志(电子版),2020,9(3):319-320.

[4]何文一.情景式 PBL 教学在住培医师心电图实习带教中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(2):48-50.

[5]周宁天,贾坚,王俊宏,等.人工智能心电图识别系统在基层医疗机构与全科医师规范化培训中的效果分析[J].中华全科医师杂志,2022,21(8):760-763.

[6]白艳梅.一线护士异常心电图波形培训在急性心肌梗死患者中的应用[J].中国当代医药,2020,27(10):240-242.

[7]袁瑜.急诊护士开展心电图针对性知识技能培训对 ST 段抬高心肌梗死患者施救效果的意义[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(4):190-192.

[8]孙欣然,万和平.基于基层常见病诊疗知识在线培训的全科医生继续教育培训开展现状及建议研究[J].中国全科医学,2021,24(7):875-880,885.

[9]王德国,邢文,王劲风,等.翻转课堂教学模式在住院医师规范化培训心电图教学中的应用[J].皖南医学院学报,2020,39(3):281-284.

[10]郑艳,缪星,孙洁.图谱强化结合案例法在内科低年资护士心电图识别能力中的应用[J].当代护士(下旬刊),2022,29(12):154-156.

[11]张伟,张芹,李东泽,等.急诊护理人员心电图专项培训对 ST 段抬高性心肌梗死患者救治效率的影响[J].实用医院临床杂志,2020,17(3):66-69.

# 护理质量敏感性指标在围手术期患者 VTE 防治管理中指标建立与应用

罗春英

(内蒙古自治区兴安盟人民医院血管外科 内蒙古乌兰浩特 137400)

**摘要:**目的:探究护理质量敏感性指标在围手术期患者 VTE 防治管理中指标建立与应用。方法:收集 2022 年 1 月至 2022 年 12 月血管外科接收手术治疗患者为探查指标,入组病例 400 例,根据不同手术时间划分小组,其中 2022 年 1 月至 6 月接收 200 例划分一组,不予以特殊干预,2022 年 7 月至 12 月接收 200 例划分一组,开展以 VTE 防治管理中护理质量敏感性指标为基础的防治护理,观察 VTE 预估、防治及最终发生率。结果:未干预组 200 例患者中存在 VTE 风险患者 48 例,出血风险 39 例,干预组 200 例患者中存在 VTE 风险患者 51 例,出血风险 35 例,干预组 VTE 预估准确率、出血风险预估准确率及预防措施落实率均高于未干预组,护士 VTE 防治掌握度高于未干预组 ( $P < 0.05$ );未干预组围手术期患者继发 VTE 6 例,干预组围手术期继发 VTE 1 例,发生率比对 ( $P < 0.05$ )。结论:围手术期患者 VTE 防治管理中开展以护理质量敏感性指标为基础的防治护理,精准预估 VTE 风险,开展早期防治措施,优化围手术期护理质量,降低 VTE 发生率。

**关键词:** 护理质量敏感性指标;围手术期;VTE 防治管理

静脉血栓栓塞征 (VTE) 为临床常见心血管疾病,为临床护理常见风险因素,临床学者针对不同栓塞病灶,将其分为肺动脉栓塞及深静脉血栓两种类型,疾病潜在危险性较大<sup>[1]</sup>。据卫生组织发布数据显示<sup>[2]</sup>,外科住院患者为高风险人群,发生几率约占 2.4%~6.5%,若没有及时给予治疗干预,具有较高致残及死亡几率。临床观察发现,VTE 疾病早期症状不明显,围手术期患者继发 VTE 几率较高,可导致住院时间延长,增加患者医疗负担,易诱发其他并发症,增加临床治疗难度,同时是导致不良医患纠纷发生的主要因素,开展早期预防措施,降低 VTE 风险尤为重要<sup>[3]</sup>。基于当前医学发展阶段,临床针对 VTE 关注度不断提高,但缺乏标准化防治措施。护理质量敏感指标是医院护理管理工作中不断总结的量化评价标准,根据设定全面、科学的指标,评估管理效能,通过循序渐进的护理管理内容优化,有效提高医院护理管理质量,对提高 VTE 防治管理措施具有积极影响,为近年围手术期 VTE 防治关注热点<sup>[4-5]</sup>。现本研究为提高围手术期临床护理质量,预防 VTE 发生几率,特构建以护理质量敏感指标为参考的 VTE 防治管理内容,分析临床可行性,所示如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

收集 2022 年 1 月至 2022 年 12 月血管外科接收手术治疗患者为探查指标,入组病例 400 例,根据不同手术时间划分小组,其中 2022 年 1 月至 6 月接收 200 例划分一组,男性手术病例 101 例,女性手术病例 99 例,年龄 45~68 (56.09 ± 1.99) 岁,术前 BMI22~32 (25.28 ± 0.84) kg/m<sup>2</sup>,手术时间 35~150 (70.51 ± 3.89) min,手术类型包括:颈动脉内膜剥脱、颈动脉支架,胸、腹主动脉夹层术后,动脉取栓、溶栓术后等;其中 2022 年 7 月至 12 月接收 200 例划分一组,男性手术病例 104 例,女性手术病例 96 例,年龄 45~70 (56.11 ± 1.73) 岁,术前 BMI21~32 (25.33 ± 0.91) kg/m<sup>2</sup>,手术时间 30~155 (70.26 ± 3.63) min,手术类型包括:颈动脉内膜剥脱、颈动脉支架,胸、腹主动脉夹层术后,动脉取栓、溶栓术后等;上述两组手术资料信息,差异 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

2022 年 1 月至 6 月接收 200 例划分一组,不予以特殊干预。2022 年 7 月至 12 月接收 200 例划分一组,开展以 VTE 防治管理中护理质量敏感性指标为基础的防治护理;(1) 建立 VTE 护理质量管理小组:主要成员包括外科主任、护士长、专科护理人员,由外科主任担任组长,护士长担任副组长,采用回顾性分析方式,针对既往围手术期 VTE 发生案例进行分析,了解 VTE 发生现状、防控措施,检索最新文献,了解 VTE 护理防治最新举措,加强专科护理人员岗位内培训教育,提高 VTE 预防重视度。(2) 构建以 VTE 防治护理相关的护理质量敏感指标:根据我国推出的《中国普通外科围手术期血栓预防与管理指南》、《三级综合医院评审标准》等相关法律法规;VTE 护理质量管理小组通过座谈会、头脑风暴等方式,总结当前医院管理现状,并针对患者从入院、手术到出院各环节不同阶段护理需求,完善为手术期护理举措<sup>[6]</sup>。根据不同阶段 VTE 发生风险性,制定护理质量敏感指标,同时制定规范化计算公式,明确围手术期患者 VTE 预估准确率、出血风险预估准确率、预防措施落实率等相关内容,采用分阶段评估方式,定期由 VTE 护理质量管理小组,对专科护理人员工作落实情况进行评估,对患者采用床旁检查方式,有效预估患者 VTE 风险及出血风险情况,增加与患者及其家属沟通,了解 VTE 预防管理工作落实情况,询问患者近期是否接受 VTE 知识普及宣教、预防护理等相关内容,评估临床护理工作落实有效性<sup>[7]</sup>。采用问卷调查方式,针对专科护理人员 VTE 预防知识掌握情况进行问卷调查。基于医院数据信息系统,对分阶段监管数据进行分析及总结,了解 VTE 预防管理工作落实情况及 VTE 最终发生结果,实施动态化追踪,了解后续改进情况。

### 1.3 评价标准

观察两组围手术期患者 VTE 预估准确率、出血风险预估准确率、预防措施落实率、护士 VTE 防治掌握度;VTE 预估准确率为 VTE 预估准确例数/总 VTE 风险例数 × 100%;出血风险预估准确率为出血预估准确例数/总出血风险例数 × 100%;预防措施落实率为防治护理例数/总 VTE 风险例数 × 100%;护士 VTE 防治掌握度为疾病手术 20 名护士考核合格率。

观察两组围手术期患者 VTE 发生率。

### 1.4 统计学分析

统计计算软件为 SPSS24.0。

## 2 结果

### 2.1 两组围术期患者护理质量评估

表 1 两组围术期患者护理质量评估[n/%]

组别	n	VTE 预估准确率	出血风险预估准确率	预防措施落实率	护士 VTE 防治掌握度
未干预组	200	54.17% (26/48)	28.20% (11/39)	56.25% (27/48)	55.0% (11/20)
干预组	200	90.20% (46/51)	91.43% (32/35)	100.0% (51/51)	95.0% (19/20)
X <sup>2</sup>		5.993	5.726	7.804	6.819
P 值		0.003	0.011	0.000	0.000

### 2.2 两组围手术期患者 VTE 发生率统计

未干预组围手术期患者继发 VTE6 例，干预组围手术期继发 VTE1 例，发生率比对 (P<0.05)，见表 2。

表 2 两组围手术期患者 VTE 发生率统计[n/%]

组别	n	例数	发生率
未干预组	200	6	3.0%
干预组	200	1	0.50%
X <sup>2</sup>			5.117
P 值			0.020

## 3 讨论

VTE 发生及进展周期较长，呈慢性进展型，因早期先兆表现不明显，隐匿性较强，易被临床所忽视，若血栓栓子脱落，易导致危急并发症，危害患者生命安全<sup>[8]</sup>。临床大量样本分析发现，围手术期患者因长期体位制动，为 VTE 高发风险人群；且受手术治疗因素影响，患者机体凝血功能发生改变，VTE 风险性升高，围手术期患者继发 VTE 几率较高，开展有效预防管理措施尤为重要。目前临床医学针对 VTE 预防护理缺乏统一化规范，忽视 VTE 风险性，未对患者病情进行风险性评估，未开展系统性防治措施，导致患者住院时间延长，增加医疗风险性。随着近年医疗技术不断优化，VTE 预防管理质量标准指标的建立，为临床 VTE 预防护理工作的开展提供规范化标准，通过持续质量改进，有效提高为护理管理质量<sup>[9]</sup>。考虑 VTE 预防护理质量敏感指标形成及建立为长期性工作，需有效明确当前医疗阶段管理现状、VTE 重视度及医护人员 VTE 预防管理掌握情况，有效明确医疗现状，不断优化管理举措，在临床实际工作中不断验证护理工作落实情况，明确预防管理效果，以护理管理经验为标准，及时进行护理质量持续化改进，进而提高指标检测效果，为临床规范化开展 VTE 预防管理提供参考。

护理质量敏感性指标依据患者个人信息及医疗资源为前提，制定具有实用性、科学性的护理措施，临床开展较为客观且可持续性，可客观反馈医院预防 VTE 措施实际落实情况及反馈效果，做到护理资源配置<sup>[10]</sup>。通过建立 VTE 护理质量管理小组，提高医院医护人员 VTE 防护意识，依据患者个人资料，预估 VTE 发生风险性、出血风险性等相关指标，优化医疗资源，开展 VTE 预防管理手段。同时根据护理质量敏感性指标动态监测 VTE 预防过程及实施效果，通过全方位、多角度对 VTE 实施预防管理措施，全方位评估临床护理质量，建立良性循环，可有效提高围手术期护理质量，保障患者临床就诊安全性。本研究数据显示，未干预组 200 例患者中存在 VTE 风险患者 48 例，出血风险 39 例，干预组 200 例患者中存在 VTE 风险患者 51 例，出

未干预组 200 例患者中存在 VTE 风险患者 48 例，出血风险 39 例，干预组 200 例患者中存在 VTE 风险患者 51 例，出血风险 35 例，干预组 VTE 预估准确率、出血风险预估准确率及预防措施落实率均高于未干预组，护士 VTE 防治掌握度高于未干预组 (P<0.05)，见表 1。

血风险 35 例，干预组 VTE 预估准确率、出血风险预估准确率及预防措施落实率均高于未干预组，护士 VTE 防治掌握度高于未干预组 (P<0.05)；未干预组围手术期患者继发 VTE6 例，干预组围手术期继发 VTE1 例，发生率比对 (P<0.05)。实验数据可证实，以护理质量敏感性指标为基础的防治护理措施，可有效优化医疗资源，针对不同患者 VTE 及出血风险性，拟定针对性防治护理措施，帮助患者平稳过渡围术期，降低 VTE 发生风险，提高临床护理质量。

综上，围手术期患者 VTE 防治管理中开展以护理质量敏感性指标为基础的防治护理，精准预估 VTE 风险，开展早期防治措施，优化围手术期护理质量，降低 VTE 发生率。

### 参考文献：

- [1]杨旸,焦晓兰,李丹,等.护理质量敏感性指标监测管理在骨科患者静脉血栓栓塞症预防效果[J].血栓与止血学,2022,28(3):693-694.
- [2]王筱红.护理质量敏感性指标在围手术期患者 VTE 防治管理中指标建立与应用[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(9):349-351.
- [3]张晓健,崔刚,李静,等."医护管一体化闭环"静脉血栓栓塞症防治体系的构建与应用[J].中国卫生标准管理,2022,13(13):81-84.
- [4]陈荣芳,陈美吟,李燕萍,等.基于全程风险管理的护理质量敏感指标在创伤骨科 VTE 管理中的应用效果[J].当代临床医刊,2023,36(1):89-91.
- [5]植艳茹,李海燕,陆小英,等.住院患者静脉血栓栓塞症预防护理质量评价指标体系的构建[J].军事护理,2022,39(10):57-60.
- [6]王莉萍,林根芳,戴雅琴,等.基于全程风险管理的数字化防控体系在静脉血栓护理质量管理中的应用研究[J].中国护理管理,2020,20(7):1082-1086.
- [7]陈淑玲,张建荣,黄艳芳,等.以智慧护理信息平台为基础构建 VTE 院内护理预警预控体系运作效果观察[J].中国医学创新,2021,18(2):104-108.
- [8]全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设专家委员会《医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南(2022 版)》编写专家组.医院内静脉血栓栓塞症防治质量评价与管理指南(2022 版)[J].中华医学杂志,2022,102(42):3338-3348.
- [9]王旭美.医护一体化信息化防栓体系管理模式对预防骨科静脉血栓栓塞症的作用[J].国际护理学杂志,2022,41(23):4317-4320.
- [10]王文举,林玲,孔凡国,等.基于敏感风险指标评估的预警干预在老年骨折住院患者 VTE 发生中的预防作用[J].四川生理科学杂志,2021,43(6):972-973.

# 医护患协同管理模式在糖尿病视网膜病变护理中的应用效果分析

蒋 维

(湖北民族大学附属民大医院 内分泌内科, 营养科 湖北恩施 445000)

**摘要:** 目的 在糖尿病视网膜病变患者的护理工作中实施医护患协同管理模式, 分析具体的护理效果。方法 从本院收治的糖尿病患者中选择存在视网膜病变情况的患者 60 例, 随机将这些患者分成两组。其中对照组 30 例患者接受常规性护理服务, 研究组 30 例患者的护理中应用医护患协同管理模式。对两组的具体护理效果实施比较。结果 接受护理服务之后, 研究组患者的总有效率达到了 96.67%, 患者的血清高同型半胱氨酸水平显著下降, 自我护理管理能力、视功能生活质量得到明显提升, 各项护理后的观察指标均比对照组更优, 组间差异存在明显的统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 在糖尿病视网膜病变患者中, 医护患协同管理模式的应用效果比较理想, 有助于改善患者临床指标, 提升患者的视功能生活质量, 患者对相关护理管理模式具有较高的认可度。

**关键词:** 糖尿病视网膜病变; 医护患协同管理; 视功能生活质量; 高同型半胱氨酸

糖尿病患者受到高血糖状态的影响, 会对全身多个器官系统产生毒性作用, 进而引发一系列并发症。其中眼部是糖尿病的重要靶器官之一, 该疾病可引发视网膜病变, 大致患者出现视力减退、近视加重、视物不清、重影、视野缺损等眼部症状, 若未能及时加以检查和治疗, 还可能导致患者失明, 给患者和家庭带来沉重打击<sup>[1]</sup>。当前, 糖尿病视网膜病变的治疗方法主要有药物、手术、激光治疗等, 而要想提升对疾病的控制和治疗效果, 还要求患者具有较好的自我护理能力, 即在医护人员的辅助、指导之下, 让患者和家属都参与到护理工作中, 成为护理主体, 使他们对糖尿病并发症、用药、饮食、眼部护理、监测血糖、运动等知识和方法有较好的掌握, 确保较好的遵医行为<sup>[2]</sup>。本研究在糖尿病视网膜病变患者中采用了医护患协同护理管理模式, 这种模式可以让医生、护士、患者这三方沟通更加顺畅, 便于做出更加正确、合理的医疗、护理决策, 本文对该模式的具体应用效果进行观察分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究的时间范围为 2020 年 1 月至 2022 年 12 月, 研究对象为在本院接受诊断和治疗的糖尿病视网膜病变患者, 总计入选 60 例。采用随机数字表法对患者实施分组, 详情如下: (1) 对照组: 本组共纳入 30 例患者, 其中男性共计 17 例, 女性共计 13 例; 年龄区间为 50-79 岁, 均值为 (64.38 ± 5.73) 岁; 病程最长 7 年, 最短 1 年, 均值为 (3.35 ± 0.44) 年; 对患者视网膜病变实施临床分期, 其中 I、II、III 期患者分别有 16 例、12 例、2 例。(2) 研究组: 本组的 30 例患者中, 男女病患分别有 16 例、14 例; 年龄 48-80 岁, 均值为 (65.22 ± 5.68) 岁; 患病时间介于 1-6 年, 均值为 (3.42 ± 0.50) 年; 临床分期方面, I 期共有 17 例, II 期共有 10 例, III 期患者 3 例。两组各项一般资料差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 可比。将存在其他代谢性疾病、其他原因引发的视力受损、传染性疾病等情况的患者排除。

### 1.2 方法

对对照组患者实施常规性护理, 在研究组患者的护理工作中实施医护患协同护理管理模式, 具体方法如下:

#### 1.2.1 成立医护患协同管理小组

成立专门的管理小组, 小组成员包括主治医师、护士长、责任护

士等, 在提供相关服务之前进行统一培训, 使小组成员对于服务的内容、流程、方法等都有较好的掌握, 共同为患者提供涉及健康教育、治疗、护理等内容的一体化医疗护理服务。

#### 1.2.2 治疗前护理

在患者入院之后, 收集患者的各项资料, 包括个人基本信息、病历资料、沟通能力、学习能力、健康知识需求、身心健康状况、外界支持 (家庭、社会) 等等, 为患者建立个人档案, 并与患者、家属进行沟通协调, 建立信任感<sup>[3]</sup>。还要讲解一些与治疗、护理、保健等相关的健康知识, 并结合患者的心理状况, 实施针对性心理疏导、安抚, 让患者能够放下思想顾虑, 尽量保持情绪放松, 让其形成比较积极乐观的心态。

#### 1.2.3 治疗后护理

护理人员在医护患协同管理中起到主导作用, 在了解患者基本情况的基础上, 要主动对患者开展个性化健康教育, 并通过询问、问卷的方式, 了解患者对这些知识的掌握情况。医护人员之间要加强沟通, 深化合作, 护理人员需要多向医生学习与糖尿病、视网膜病变相关的专业知识、治疗措施等持续提升自身的专业素质, 为患者提供更高质量的护理服务<sup>[4]</sup>。对患者和家属进行鼓励, 让他们也能够参与到医护人员的治疗、护理、康复决策之中, 提出自己的需求、意见、建议等, 以此确保患者接受更能够满足个人需求的护理服务<sup>[4]</sup>。另外, 对于恢复效果较好的患者, 可以将其树立为典型, 通过让患者现身说法, 给其他患者带来更大的康复信心。

#### 1.2.4 出院护理

在制定出院计划时, 也有医护患共同参与完成, 出院后, 患者成为了护理的主体, 需要有较强的自我护理管理能力。让他们参与出院计划的制定, 可以使他们的主观能动性被充分调动起来, 加深患者对疾病知识、治疗知识、护理方法等的印象。在患者出院之后, 要对患者实施随访, 包括电话随访、上门随访等方式。医护人员还要通过微信、讲座等方式, 让患者和家属持续接受专业知识, 让患者和家属能够更好地掌握自我护理知识和技能, 帮助患者建立恢复信心, 提升自我护理的依从性<sup>[5]</sup>。

#### 1.3 观察指标

对比两组如下多项指标: (1) 护理效果: 患者接受治疗和护理后

的视力提升 4 行及以上为显效，提升 2-3 行为有效，提升 0-1 行或下降 1 行为不变，下降 2 行及以上为恶化。(2) 自我管理能力：使用成人健康自我管理量表从多个维度（环境、行为、认知）进行评价，分值越高越好。(3) 临床指标：抽取患者晨起空腹静脉血，4℃环境下以每分钟 2000 转的速度离心处理 10min，取上清液，使用双抗夹心酶联免疫吸附法进行血清高同型半胱氨酸含量的检测。(4) 使用视功能生活质量量表进行打分，分值越高说明患者的视功能生活质量越好。

1.4 统计学方法

统计学软件及版本：SPSS 22.0；计数资料：差异进行  $\chi^2$  检验，

用 (n, %) 表示；计量资料：差异进行 t 检验，用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示；差异具有统计学意义的判定标准：P < 0.05。

2 结果

2.1 两组疗效对比

研究组患者的治疗总有效率（显效率+有效率）为 96.67%，显著比对照组的 76.67% 更优，两组差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 1。

2.2 两组临床指标、自我护理管理能力对比

统计结果显示，两组患者接受护理前的高同型半胱氨酸水平、自我护理管理能力评分的差异均不大，P > 0.05；护理后，研究组各指标均有大幅改善，优于对照组同类指标，P < 0.05。见表 2。

表 1 两组疗效情况对比[n(%)]

组别	例数 (n)	显效	有效	不变	恶化	总有效率 (%)
研究组	30	25 (83.33)	4 (13.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	96.67
对照组	30	18 (60.00)	5 (16.67)	5 (16.67)	2 (6.67)	76.67
$\chi^2$						7.213
P						0.002

表 2 两组患者护理前后的临床指标、自护能力对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (n)	高同型半胱氨酸 (mmol/L)		自我护理管理能力 (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	30	14.51 ± 1.38	3.60 ± 0.12	56.37 ± 5.81	133.74 ± 10.92
对照组	30	14.63 ± 1.25	6.37 ± 0.23	56.88 ± 5.69	101.37 ± 8.73
t		0.753	10.374	0.613	9.246
P		0.454	0.000	0.532	0.001

2.3 两组患者视功能生活质量对比

经统计，在护理后，研究组的各项视功能生活质量评价维度分值均显著比对照组更高，两组各评分差异均有统计学意义 (P < 0.05)。见表 3。

表 3 两组护理后视功能生活质量评分情况比较[ ( $\bar{x} \pm s$ ) /分]

评价维度	研究组 (n=30)	对照组 (n=30)	t	P
自理能力	6.60 ± 0.14	4.55 ± 0.23	10.378	0.000
活动能力	6.18 ± 0.12	4.13 ± 0.10	10.464	0.000
社交情况	5.15 ± 0.11	3.89 ± 0.08	8.712	0.001
心理状况	6.73 ± 0.32	4.55 ± 0.14	8.257	0.001
日常活动适应能力	13.27 ± 2.08	9.35 ± 1.17	10.364	0.000
周边视野	4.02 ± 0.20	3.10 ± 0.11	7.135	0.001
感觉适应	15.03 ± 2.11	10.96 ± 1.74	12.253	0.000
立体觉	4.60 ± 0.12	3.53 ± 0.07	10.737	0.000

3 讨论

糖尿病视网膜病变会给患者的生活带来很大的困扰，一些患者还会因病情的影响而丧失生活自理能力，不但自身的身心健康受到极大影响，患者家属的负担也会明显加重<sup>[6]</sup>。要想让此类患者获得较好的恢复效果，除了要对患者采取适宜的治疗措施之外，还要让患者和家属掌握丰富的疾病、治疗、护理康复等多方面的知识，在护理工作中有更高的参与度<sup>[7]</sup>。医护患协同管理模式是指在治疗治疗、护理方案时三方加强沟通交流，在听取各方意见的基础上，让服务方案更加合理，更能够满足患者的健康需求<sup>[8]</sup>。该模式对于提升整体医疗服务质量具有重要意义。本研究中，将医护患协同管理模式应用在了研究组患者中，结果显示，该组患者的自我护理管理能力显著提升，影响糖尿病视网膜病变的临床指标——高同型半胱氨酸得到有效控制。该组患者的视力改善效果、视功能生活质量均得到明显提升，效果优于常

规护理下的对照组。

综上所述，在糖尿病视网膜病变患者的临床护理工作中，采用医护患协同管理模式的应用价值较高，对于改善患者病情、促进康复具有重要意义，值得使用<sup>[9,10]</sup>。

参考文献：

[1]王艳丽,陈玮. 健康教育联合科拉奇分析法在改善糖尿病性视网膜病变病人中的应用[J]. 循证护理,2022,8(24):3392-3396.

[2]薛燕雄,曾乃仁. 医护患协同管理模式在糖尿病视网膜病变患者院外延续护理干预中的效果评价[J]. 当代护士(中旬刊),2021,28(02):128-130.

[3]周婷婷,白莹,包永乐,等. 社区糖尿病患者自我管理对糖尿病视网膜病变的影响[J]. 智慧健康,2022,8(32):50-54.

[4]王懿华,刘素平. 医护患协同管理模式在糖尿病视网膜病变护理服务中的应用价值[J]. 贵州医药,2022,46(10):1670-1671.

[5]林丽美,王志红,林婉婷,等. 多样式护理对糖尿病视网膜病变护理的效果评分及研究[J]. 糖尿病新世界,2021,24(11):123-126,130.

[6]李蕾,袁雪,刘明,等. 糖尿病视网膜病变患者需求及其影响因素分析[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(21):37-40.

[7]关姗姗. 延续性护理干预在糖尿病视网膜病变患者中的应用研究[J]. 中国医药指南,2021,19(20):141-142.

[8]李蕾,晁媛媛,朱薇,等. 糖尿病视网膜病变病人需求自评量表的研制及信效度检验[J]. 护理研究,2021,35(11):1916-1919.

[9]孙海玲,杨巧芳. 糖尿病视网膜病变患者自我调节策略与疾病感知的相关性研究[J]. 临床研究,2022,30(10):18-21.

[10]陈金,刘彦. 以保护动机理论为框架的延续性护理在糖尿病视网膜病变患者中的应用效果[J]. 临床研究,2022,30(12):136-139.

# 缓慢性心律失常植入永久性起搏器应用康复护理的临床效果观察

朱 燕 潘康梅 韦程程 梁月莹

(河池市人民医院心血管内科二病区 广西河池 547000)

**摘要:** 目的 分析缓慢性心律失常植入永久性起搏器应用康复护理的临床效果。方法 选择 2021 年 1 月至 2022 年 12 月于本院植入永久性起搏器的缓慢性心律失常患者 120 例进行研究, 随机分为对照组(常规护理)和观察组(康复护理), 各 60 例, 对比护理效果。结果 护理前, 两组各项临床指标评分无显著差异,  $P>0.05$ ; 护理后, 观察组各项指标评分改善情况及护理满意度都好于对照组, 并发症发生率明显低于对照组,  $P<0.05$ 。结论 在对植入永久性起搏器的缓慢性心律失常患者进行护理时, 选择康复护理可以获得相对较好的效果, 患者的身心负担得以减轻, 其负面情绪得到有效缓解, 同时其日常活动能力提高, 且不容易出现并发症, 患者对此有较高的满意度, 临床可加以推广。

**关键词:** 缓慢性心律失常; 永久性起搏器植入; 康复护理; 临床效果

现阶段, 为了提升缓慢性心律失常患者的实际治疗效果, 临床多选择植入永久性起搏器来改善患者的疾病状况。其主要是借助脉冲发生器, 通过脉冲电流对患者的的心脏进行适当的刺激, 促使心脏收缩<sup>[1]</sup>。此外, 其对于恶性心律失常也能开展有效的治疗, 不过在实际的植入过程中, 受到多种因素影响可能对其实际的治疗效果产生影响。为此建议有序开展手术的同时对手术操作行为加以规范, 并开展科学有效的护理措施, 在围术期做好患者的护理干预, 进而实现患者生存质量的提升, 也帮助患者更好的恢复<sup>[2]</sup>。基于此, 本文旨在分析缓慢性心律失常植入永久性起搏器应用康复护理的临床效果, 具体如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选择 2021 年 1 月至 2022 年 12 月于本院植入永久性起搏器的缓慢性心律失常患者 120 例进行研究, 随机分为对照组和观察组, 各 60 例。对照组: 男女人数 34:26, 年龄 28-69 ( $49.82 \pm 1.23$ ) 岁; 观察组: 男女人数 31:29, 年龄 29-70 ( $50.11 \pm 1.18$ ) 岁。两组一般资料无显著差异,  $P>0.05$ , 后文数据对比可信度高。

入选依据: ①满足手术指征; ②对研究内容清楚了解, 自愿参与。剔除依据: ①存在高血压及糖尿病; ②存在凝血功能障碍; ③存在尿路感染或前列腺疾病; ④存在肢体和神经障碍。

### 1.2 方法

对照组采用常规护理, 具体为患者进行各项常规检查, 并做好术前指导、术后观察和用药护理等。观察组采用康复护理, 具体如下:

#### 1.2.1 术前护理

从患者入院当天就对其开展护理干预。依据入院流程接诊患者, 护理人员为患者进行病区、病房环境及监护设施的介绍, 同时做好入院评估, 具体涉及患者一般状况、既往史、用药史、药物过敏史及输血史等。此外也需要了解评估患者的情绪状态, 为患者完成好相应的术前心理疏导, 降低患者的紧张感、恐惧感及焦虑感, 以免对手术造成不利影响<sup>[3]</sup>。做好患者及家属的健康教育, 为其进行手术流程、注意事项等的介绍, 使其认识到植入起搏器的必要性, 了解其对于疾病的重要价值, 还需要让患者了解到术前检查的重要意义。如果观察到患者对于手术治疗没有足够的信心, 则需要帮助患者树立治愈的信心, 提升其积极性, 使其更为主动地配合治疗。护理人员注意和患者形成优质的关系, 促使患者对于康复护理的关键性有更为全面且客观的认识及理解, 使其可以更好地配合早期康复训练的进行。此外, 术前也需要做好患者皮肤的清洁和抗生素皮试<sup>[4]</sup>。

#### 1.2.2 术中护理

进行植入永久性起搏器通常会选择局部麻醉, 换言之就是患者在手术的全程都能保持清醒的意识, 所以在手术过程中医护人员要保证自己的交流声音清晰, 可以让患者听清楚, 以免由于小声说话让患者产生怀疑, 担心自身病情发生恶化<sup>[5]</sup>。护理人员注意协助好医生的各项操作, 严格依据术中流程交接有关物品, 对患者的生命体征、表情及指标的改变加以严密监测, 当出现异常情况时需要及时通知医生, 同时开展针对性的评估及处理。此外, 因为一些患者由于紧张会于术中产生负面心理及情绪, 所以护理人员应时时关注患者情绪上的改变, 借助语言、肢体、眼神及表情积极鼓励支持患者, 帮助其改善紧张、担忧的情绪状态, 为手术的顺利完成奠定基础<sup>[6]</sup>。此外, 护理人员注意保护患者隐私, 并做好保暖工作, 对手术室的温湿度进行调节, 使患者较为舒适, 防止其出现寒战的情况。

#### 1.2.3 术后护理

在完成手术后, 把患者送回病房, 做好患者的术后康复护理较为关键。建议采取科学有效的护理干预, 帮助调节患者的心理及生理状态, 由此提升患者的恢复速度及质量。病房中需调节好温湿度, 保证患者有较为舒适的居住环境, 此外务必做好保暖工作。患者取平卧位, 持续开展心电图监测, 对患者的心率及心律进行观察, 也要查看患者起搏器的工作状况, 并对患者的体温进行监测<sup>[7]</sup>。在麻醉药效结束后, 患者会有伤口疼痛的情况, 护理人员注意及时为患者讲清发生疼痛的原因, 并帮助转移患者的注意力, 如果其疼痛感进一步提升, 则需要遵医嘱开展对症处理<sup>[8]</sup>。若是为患者应用镇痛药物, 则需要认真观察药物的实际作用。为了防止平卧增加患者的机体负担, 建议将床头抬高 20-60°, 在进行抬高时应当小心, 防止动作幅度过大导致患者身体前倾。护理人员在术后需及时检查患者的恢复状况, 同时尽早进行康复恢复训练, 促使患者可以更为快速地把握术后的运动方式, 比如采取原地踏步、慢走、慢跑循序渐进的运动康复策略。护理人员可指导患者将术侧上臂自然放松, 不能上举或外展, 前臂和肘关节可以适当进行运动。护理人员也需要注意患者的饮食护理, 对其术后食用食物种类加以严格控制, 增加食用高维生素、高纤维素的食物, 避免食用刺激性食物或高热量、高脂肪量的食物, 以免患者发生高血脂或便秘<sup>[9]</sup>。与此同时, 护理人员也需要关注患者术后的心理状态, 对其开展针对性的心理疏导, 帮助其排解不良情绪, 促使其可以维持较好的情绪态度, 以便能更好、更快地恢复, 尽早出院。

#### 1.3 观察指标

对比观察两组护理满意度、并发症发生率、临床指标评分。其中,以汉密顿焦虑量表和抑郁量表<sup>[10]</sup>评估患者的焦虑抑郁程度,总计 100 分;以本院自制量表评估患者日常生活活动能力,总计 10 分,患者得分与其症状程度/活动能力呈正相关。

1.4 统计学分析

应用 SPSS 26.0 统计分析数据,计数资料以[n (%)]表述,行  $\chi^2$  检验,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表述,行 t 检验, P<0.05 则表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理满意度比较

见表 1。

表 1 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	60	36 (60.00)	22 (36.67)	2 (3.33)	58 (96.67)

表 3 两组临床指标评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	焦虑		抑郁		日常生活活动能力	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	60	88.3 ± 10.1	55.2 ± 6.4	87.6 ± 9.3	53.4 ± 6.2	6.1 ± 2.3	8.5 ± 0.7
对照组	60	88.5 ± 10.4	69.3 ± 7.2	87.5 ± 9.1	66.7 ± 7.6	5.3 ± 1.4	7.6 ± 0.5
t		0.034	7.712	0.125	7.163	1.357	2.536
P		0.987	0.000	0.854	0.001	0.786	0.000

3 讨论

心脏起搏器是当前临床应用相对普遍的电子治疗仪器的一种,其借手术植入到患者机体中,借助导向电极传导实现刺激电极触及心肌的目的,促使心脏激动、收缩,在缓慢性心律失常导致的心脏功能异常或障碍的患者中可以发挥较为理想的治疗效果<sup>[11,12]</sup>。永久性心脏起搏器是心脏起搏器中应用概率较高的一种,能发挥持久起搏的目的,同时开展这一手术涉及较多的影响因素,同时患者术后也容易出现并发症及不良反应,对患者的恢复十分不利,所以为了促使患者可以更好地进行治疗并更快地恢复,需要在围术期做好相应的护理服务<sup>[13]</sup>。

康复护理是一种较为科学合理的护理模式,其可以促使患者更快地恢复,由此缩减住院时长。在术前、术中、术后为患者开展护理,并对患者实施心理干预,以免负面情绪影响患者的心功能及血压<sup>[14]</sup>。此外,术中积极进行配合并做好患者的保暖工作,对患者的各项指标进行监测,从而保障手术的顺利完成。与此同时,为了降低并发症的发生风险,也需要对各项指标及体温进行监测,同时于术后 24h 开展康复训练,由此降低肩部及肘部的黏连<sup>[15]</sup>,尽最大努力降低并发症发生概率。

结果显示,护理前,两组各项临床指标评分无显著差异, P>0.05; 护理后,观察组各项指标评分改善情况及护理满意度都好于对照组,并发症发生率明显低于对照组, P<0.05。综上,在对植入永久性起搏器的缓慢性心律失常患者进行护理时,选择康复护理可以获得相对较好的效果,患者的身心负担得以减轻,其负面情绪得到有效缓解,同时其日常活动能力提高,且不容易出现并发症,患者对此有较高的满意度,临床可加以推广。

参考文献:

[1]陈琅,卢成中,杨轶.快速康复联合双心护理对永久性起搏器植入患者舒适度的影响[J].广州医科大学学报,2022,50(06):103-105.  
 [2]陈冬梅.永久性起搏器植入术后并发症护理进展研究[J].临床医学研究与实践,2022,7(14):196-198.

对照组	60	24 (40.00)	19 (31.67)	17 (28.33)	43 (71.67)
$\chi^2$					5.374
P					0.001

2.2 两组并发症发生率比较  
见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较[n (%)]

组别	例数	切口感染	疼痛	出血	总发生率
观察组	60	2 (3.33)	0 (0.00)	2 (3.33)	4 (6.67)
对照组	60	5 (8.33)	7 (11.67)	7 (11.67)	19 (31.67)
$\chi^2$					4.501
P					0.003

2.3 两组临床指标评分比较  
见表 3。

[3]汤柳丽,汤春红,蒋桂艳,等.双轨道互动护理模式在永久性起搏器植入术后患者中的应用效果[J].广西医学,2021,43(21):2625-2628,2637.

[4]钟青,韩清萍,刘娜娜,等.SMART 原则在永久性起搏器植入术后老年患者自我护理能力的运用研究[J].中国医药指南,2021,19(16):124-125,128.

[5]傅咏华,金敏真.永久性起搏器植入术后并发症及其防治护理进展[J].当代护士(上旬刊),2021,28(02):14-16.

[6]李本玲.快速康复护理在永久性起搏器植入术中的应用分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(04):74.

[7]金巧云,肖丽,贺雪.快速康复护理在永久性起搏器植入术中的应用[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(35):66,72.

[8]包冬英,王丽娟,吴林雁.永久性心脏起搏器植入术的护理流程制定及应用体会[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(91):278,280.

[9]杨丽娟,孙慧.快速康复护理在永久性起搏器植入术中的应用效果评价[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(28):132,134.

[10]蔡丽欣,卞洋洋,李琳琳,等.个性化护理在心脏病患者植入永久性起搏器中的应用效果[J].心血管病防治知识(学术版),2019,9(11):89-91.

[11]付新亮,方敏.永久性起搏器植入术后并发症及其护理进展[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(41):43-44.

[12]高翔,翟源,王迪.永久性起搏器植入术后早期功能锻炼操的健康教育视频运用的护理观察[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(56):107-108.

[13]姜洋.永久性起搏器植入术后并发症发生情况及护理效果[J].中国医药指南,2022,20(11):41-44.

[14]黄晓夷,孙晓敏.12 例永久性起搏器植入术后患儿的护理[J].全科护理,2023,21(08):1086-1088.

[15]刘莎莎.微信平台在永久性起搏器植入术后延续护理中的疗效观察[J].当代临床医刊,2021,34(05):50-51.

# 综合护理干预在胸腔闭式引流治疗胸腔积液中的效果及并发症发生率分析

李莹

(咸宁市中心医院 湖北咸宁 437100)

**摘要:** 目的: 探究胸腔积液行胸腔闭式引流治疗中综合护理干预应用效果、及对并发症的影响。方法: 选取 2022 年 2 月至 2023 年 2 月医院接收胸腔闭式引流治疗的 200 例胸腔积液患者为探查对象, 采用随机数字表法分组, 基础组 100 例, 配合基础内科护理干预, 观察组 100 例, 配合综合护理干预, 观察引流效果、并发症及护理满意度。结果: 观察组每日引流量小于基础组, 胸腔积液消失时间短于基础组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 观察组胸腔闭式引流出现发热、感染及心律失常等并发症几率低于基础组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 基于自拟护理满意调查表反馈结果, 观察组总满意度 98.0%, 高于基础组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 胸腔积液采用胸腔闭式引流配合综合护理干预, 有效控制引流量, 促使疾病转归, 且可有效控制并发症, 疗效及安全性受到患者一致认可。

**关键词:** 胸腔闭式引流; 胸腔积液; 综合护理干预; 疗效; 并发症

胸腔积液为临床常见病理液体聚集性病症, 主病灶在胸膜腔内, 临床主要以发热、胸痛症状为主, 疾病早期隐匿性较强, 症状不明显, 极易被患者忽视<sup>[1]</sup>。临床以胸痛为首发症状疾病较多, 需与其他疾病相鉴别, 以开展针对性治疗措施。临床学者针对胸腔积液类型, 将疾病分为脓胸、结核性胸膜炎及恶性胸腔积液等, 因不同类型积液病因存在差异, 诊疗方案不同, 开展有效治疗及护理干预, 具有课题研究价值<sup>[2]</sup>。现阶段临床针对胸腔积液主要以降低胸腔压力、减轻胸腔内积气、排除脓液及积液为治疗目的; 随着近年医疗设备优化, 胸腔闭式引流技术成熟, 通过中心导管置入、引流, 促使肺组织重新扩张, 调整胸腔内外压力平衡, 为近年胸腔闭式引流治疗首选方案<sup>[3]</sup>。胸腔闭式引流为有创性医疗操作, 引流时间长, 受操作因素、护理因素影响, 出现感染、心律失常几率较高, 完善临床护理方案尤为重要<sup>[4]</sup>。本研究现针对综合护理方案在胸腔积液胸腔闭式引流配合应用疗效, 分析护理疗效。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2022 年 2 月至 2023 年 2 月医院接收胸腔闭式引流治疗的 200 例胸腔积液患者为探查对象, 采用随机数字表法分组, 基础组 100 例, 男 51 例, 女 49 例, 年龄 20-72 岁, 中位年龄 (41.70 ± 4.59) 岁, BMI 指数 20-29kg/m<sup>2</sup>, 中数 BMI (23.66 ± 0.79) 岁; 观察组 100 例, 男 53 例, 女 47 例, 年龄 23-75 岁, 中位年龄 (41.59 ± 4.35) 岁, BMI 指数 20-29kg/m<sup>2</sup>, 中数 BMI (23.71 ± 0.88) 岁; 上述两组胸腔积液患者入组资料无差异 ( $P > 0.05$ )。

**纳入标准:** (1) 200 例患者排除绝对禁忌, 均满足胸腔闭式引流治疗指征; (2) 经护理人员普及宣教后, 患者对治疗方案及研究内容知情, 自愿参与研究; (3) 所选患者均具备良好语言、认知功能, 可独立配合问卷调查。

**排除标准:** (1) 合并其他重要靶器官疾病患者; (2) 精神类疾病、严重认知不全患者; (3) 观察期间因严重并发症脱落观察病例。

### 1.2 方法

所选胸腔积液患者均采用胸腔闭式引流, 结合患者影像学检查结果, 明确胸腔积液位置, 辅以超声定位, 确定腋中线第 6 肋间为穿刺点, 取 2% 利多卡因行局部麻醉, 穿刺成功后置入导丝, 将中心静

脉导管插入, 置于深入以 8-12cm 为宜, 妥善固定外部导管, 外端连接无菌尿袋, 控制引流速度为 40ml · min<sup>-1</sup>。基础组配合基础内科护理干预, 患者入院初始, 由专科护理人员针对患者病情及专科检查结果对患者进行普及宣教, 告知临床治疗措施、操作流程及常见并发症, 确保患者知情治疗内容, 签署知情同意书, 预防医疗纠纷。妥善固定外界导管, 针对导管留置注意事项及自检情况对患者及照护人进行讲解, 动态监测引流管情况, 通过评估引流管内量、颜色、性状, 评估引流管拔管指征, 早期予以患者拔管。针对患者用药情况开展药学指导, 详细记录 24 小时出入量及用药反应, 若出现疑似并发症, 需及时与主治医生沟通, 开展针对性治疗。

**观察组配合综合护理干预:** (1) 心理护理: 专科护理人员采用主动护理方案, 增加与患者及照护人沟通, 了解患者疾病态度, 察言观色或采用心理问卷调研表, 了解患者心理状况; 若患者存在负面情绪, 开展个性化护理干预。针对伴有恐惧、焦虑情绪患者, 考虑与疾病认知不全、治疗恐惧相关, 专科护理人员针对胸腔闭式引流治疗原则、临床应用优势及最新研究结果对患者进行讲解, 帮助患者分析病情, 提高患者对胸腔闭式引流治疗掌握度<sup>[5]</sup>。同时分享临床治疗心得及成果治疗方案, 帮助患者树立疾病治疗信心, 缓解疾病恐惧。针对孤独情绪患者, 考虑与胸腔闭式引流治疗探视限制情况有关, 患者独自处于陌生环境, 易导致应激反应; 予以患者环境舒适化管理, 根据患者不同感受, 调节湿温度, 提高机体舒适感受, 多予以患者心理关怀, 告知家属探视制度, 可有效预防细菌接触, 保障治疗安全性, 有效缓解患者孤独情绪<sup>[6]</sup>。针对抑郁情绪患者, 采用叙事护理, 鼓励患者讲述内心郁结情况, 了解叙事中的重点, 帮助缓缓解心理压力; 同时, 可采用音乐疗法, 促使紧张、抑郁情绪放松, 以积极心态面对治疗<sup>[7]</sup>。

(2) 对症护理: 治疗期间予以患者体位指导, 避免患者乱动导致针头移位; 采用舒适体位, 定期辅助患者更换体位, 要求动作缓慢, 可在患者长期受压位置放置软垫等, 改善局部剪切力。密切监测患者生命体征波动情况, 观察切口反应, 有无发热、肿痛等情况; 若患者出现面色苍白、出汗、眩晕等症状, 需及时与主治医师沟通<sup>[8]</sup>。加强引流管管理, 针对不同患者年龄及治疗耐受度调节引流量, 针对年龄偏大、治疗耐受度较低患者, 适当调低每日引流量。妥善固定外部导管, 根据引流情况, 调节患者体位, 密切记录引流量及形状。(3) 疼痛护

理：有创治疗期间疼痛明显，针对不同患者疼痛感受开展分级疼痛护理措施，针对疼痛感受较轻患者采用非药物镇痛，如肢体按摩、深呼吸、转移注意力等，提高机体疼痛耐受度。针对疼痛明显患者，予以药物镇痛，根据引流管留置时间，推荐自控镇痛泵，根据不同患者疼痛感受，自行推注镇痛药物。(4) 预见性护理：胸腔闭式引流治疗出现感染几率较高，可预见性用药抗生素，预防感染发生。加强患者口腔卫生管理，定期采用棉签清理牙齿及舌面，减少细菌残留，避免呼吸道感染。患者进食时间延长，适当抬高床头，避免患者呛咳情况发生。加强医护人员手卫生管理，在与患者接触前后加强手清理，避免细菌接触。密切监测切口反应，定期更换切口敷料等，避免卷边；及时清理渗出液，避免切口周围组织刺激。患者绝对卧床期间加强抗血栓、抗压疮护理，实时观察皮肤颜色及温度，确保肢体血液循环<sup>[9]</sup>。

(5) 生活护理：加强营养支持，针对胸腔积液患者机体状况开展肠内、肠外营养支持，确保患者营养均衡。遵医嘱开展早期康复锻炼。

1.3 评价标准

(1) 记录比两组胸腔闭式引流每日引流量及胸腔积液消失时间。

(2) 比对胸腔闭式引流出现发热、感染及心律失常等并发症几率。

(3) 患者出院时，由科室护士拟定护理满意度问卷调查表，共计 5 个选项，采用“满意、不满意”选择题问答，由患者自行填写，若 5 个选项均为“满意”，满意度为高；若 3-4 个选项为“满意”，满意度为中，若满意选项 ≤ 2 个。满意度为低，计算总满意度，计算公式 = (满意度高 + 中) / n × 100%。

1.4 统计学分析

统计学软件 SPSS24.0 完成数据比对，计数资料格式为 (%)，卡方统计结果，计量资料格式为 ( $\bar{x} \pm s$ )，t 样本统计结果，最终统计值若 P < 0.05，代表两组间存在差异，P < 0.01 差异愈加明显。

2 结果

2.1 两组患者胸腔引流效果评估

观察组每日引流量小于基础组，胸腔积液消失时间短于基础组，差异有统计学意义 (P < 0.01)，见表 1。

表 1 两组患者胸腔引流效果评估 [ $\bar{x} \pm s$ ]

组别	n	引流量/日 (ml/d)	胸腔积液消失时间 (d)
基础组	100	590.71 ± 79.35	7.03 ± 1.43
观察组	100	459.44 ± 61.63	5.27 ± 1.19
t 值		13.065	9.460
P 值		0.000	0.000

2.2 两组胸腔闭式引流并发症统计

观察组胸腔闭式引流出现发热、感染及心律失常等并发症几率低于基础组，差异有统计学意义 (P < 0.05)，见表 2。

表 2 两组胸腔闭式引流并发症统计 [n/%]

组别	n	发热	感染	心律失常	总发生率
基础组	100	4	2	2	8.0%
观察组	100	1	0	0	1.0%
X <sup>2</sup>					5.182
P 值					0.014

2.3 两组出院时护理满意调查表分析

基于自拟护理满意调查表反馈结果，观察组总满意度 98.0%，高于基础组，差异有统计学意义 (P < 0.01)，见表 3。

表 3 两组出院时护理满意调查表分析 [n/%]

组别	n	满意度高	满意度中	满意度低	总满意度
基础组	100	32	48	20	80.0%
观察组	100	55	43	2	98.0%
X <sup>2</sup>					5.804
P 值					0.009

3 讨论

胸腔积液病程长，疾病进展缓慢，诱发其他并发症几率较高，增加临床治疗难度，危害患者生命安全。胸腔闭式引流为胸腔积液主要治疗方案，通过置入引流管将积液引流出机体，减轻胸腔压力。临床大量样本分析显示，胸腔闭式引流治疗期间患者身心压力较大，胸腔闭式引流影响因素较多，并发症具有可控性，可通过早期制定全面、针对性护理措施，提高治疗安全性，为临床治疗增效。综合护理干预作为近年护理方案探讨热点，根据患者病情、机体差异性，制定有计划性、优质性、连续性护理指导，以满足患者多元化护理需求。本研究表明，观察组每日引流量小于基础组，胸腔积液消失时间短于基础组，差异有统计学意义 (P < 0.01)；综合护理在胸腔闭式引流治疗期间，动态监测患者生命体征，根据不同患者机体状况，合理调节引流管长度、控制引流速度，预防引流相关并发症，以缩短引流管留置时间，促进疾病转归。基于两组患者引流并发症评估可知，观察组胸腔闭式引流出现发热、感染及心律失常等并发症几率低于基础组，差异有统计学意义 (P < 0.05)，胸腔闭式引流作为侵入性医疗操作，术后并发症较多，严重影响治疗效果；综合护理坚持以患者为中心，开展预见性护理，落实安全护理理念，降低风险事件。基于自拟护理满意调查表反馈结果，观察组总满意度 98.0%，高于基础组，差异有统计学意义 (P < 0.01)，综合护理反馈更好，可作为疾病优选护理方案。

综上，胸腔积液采用胸腔闭式引流配合综合护理干预，有效控制引流量，促使疾病转归，且可有效控制并发症，疗效及安全性受到患者一致认可。

参考文献：

[1]程领.胸腔闭式引流术对胸腔积液的效果观察及其护理体会[J].山东医学高等专科学校学报,2020,42(6):463-464.

[2]孙颖.优质护理干预在胸腔闭式引流治疗胸腔积液中的应用价值[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(6):129.

[3]顾小磊.胸腔闭式引流治疗胸腔积液中的护理干预措施与效果[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(3):70,100.

[4]贺蕾.康复护理在结核性胸腔积液胸腔闭式引流患者中的应用分析[J].医学理论与实践,2020,33(13):2210-2212.

[5]何霞,罗生华,陈瑞芬.胸腔闭式引流术治疗胸腔积液的护理分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(84):12-13.

[6]郑华.护理干预对胸腔闭式引流效率的提高及并发症发生情况的改善探讨[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(57):131-132.

[7]沈惠兰,龚燕馨,林少琼,等.内科胸腔镜并闭式引流术在胸腔积液围手术期的护理[J].国际医药卫生导报,2020,26(9):1294-1296.

[8]张文利.预见性护理措施在经皮微创胸腔置管闭式引流术后结核性渗出性胸膜炎患者中的应用效果[J].黑龙江中医药,2021,50(4):432-433.

[9]梁国红.集束化护理在恶性胸腔积液行胸腔闭式引流患者中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(17):170-171.

# 专科护士主导的早期分阶段肺康复在 AECOPD 患者中的应用

莫孟遥 黄月初 覃玲珊

(广西河池市人民医院 广西河池 547000)

**摘要:**目的 探讨专科护士主导的早期分阶段肺康复在 AECOPD 患者中的应用效果。方法 选择 2020 年 1 月至 2022 年 12 月期间入住我院呼吸重症医学科的 100 例慢阻肺急性加重期 (AECOPD) 患者进行研究, 随机分为对照组及观察组, 各 50 例。对照组行常规护理模式, 观察组实施以专科护士为主导的早期分阶段肺康复训练护理模式。比较两组血气指标、肺功能、住院相关指标及并发症。结果 实施后, 观察组心率、动脉血氧分压、二氧化碳分压、呼吸频率指数皆优于对照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组肺功能指标都好于对照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组住院指标都短于对照组 ( $P < 0.05$ )。观察组并发症发生率明显少于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论 专科护士主导的早期分阶段肺康复护理模式可有效改善 AECOPD 患者的血气功能和肺功能, 加快康复进程, 减少并发症的发生, 值得推广。

**关键词:** 专科护士主导; 早期分阶段肺康复; AECOPD; 效果

肺康复 (PR) 是从全面评估出发为患者针对性确定一系列综合性康复训练方案, 其中涉及但不局限于运动训练、教育及行为干预等, 借此可以较为有效地促使慢性肺疾病患者身心状况得到改善, 帮助其减轻自身负担, 也促使患者能够在较长的时间对健康促进行为进行坚持<sup>[1]</sup>。早期分阶段肺康复是一种针对慢性呼吸道疾病患者的康复方法, 旨在通过早期的个体化训练方案来提高患者的康复效果。慢性阻塞性肺病急性加重期 (AECOPD) 是主要表现为咳嗽咳痰、呼吸困难状况加剧的急性起病过程, 其可以严重影响患者的生活水平及功能状态, 对患者的负面作用较为显著。2019 全球倡议 (GOLD)<sup>[2]</sup>提到, 肺康复能够促使患者的气促状况得以转告, 并且更好地保障其健康状况, 患者运动耐力得到提升, 也使其再入院风险下降。同时相关研究表明, 于早期开展肺康复 (入院 48 小时内), 可以明显缩短 AECOPD 患者的总住院时间, 出院后 90 天内再入院率明显降低。目前国内对肺康复的开展缺少统一的规定, 并且在实际康复治疗过程中也面临较多的限制因素。本研究经由以护士为主导早期肺康复管理团队的建立, 做好呼吸重症监护室 (RICU) 内 AECOPD 患者的早期肺康复治疗, 实际康复效果较佳, 具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

以 2020 年 1 月至 2022 年 12 月本院收入慢阻肺急性加重期 (AECOPD) 患者 100 例进行研究, 随机分为对照组和观察组, 各 50 例。两组分别有男性 28 例、30 例; 女性 22 例、20 例; 年龄 46-82 岁、45-84 岁; 平均年龄 (59.36 ± 4.63) 岁、(59.27 ± 4.85) 岁。两组一般资料无显著差异 ( $P > 0.05$ )。

**入选标准:** (1) 满足 AECOPD 的诊断标准且入住重症监护室。

(2) 血流动力学稳定。(3) 知情同意。

**排除标准:** (1) 具有其他重要严重疾病, 如心脏病、肝脏疾病等, 可能会干扰研究结果。(2) 有严重的认知或沟通障碍, 无法有效参与康复训练。(3) 有严重的精神疾病或药物滥用史。

### 1.2 方法

两组患者都开展 AECOPD 常规治疗, 涉及药物治疗、吸入剂应用、氧疗等。对照组予吸氧及用药护理; 从患者的疾病状况出发适当进行饮食指导; 完成疾病有关知识的健康教育; 从患者的情绪出发开展心理护理; 对患者的疾病状况加以动态观察; 病情稳定后由康复治疗师进行康复训练, 包括呼吸肌力训练、呼吸肌力训练等。

观察组接受专科护士主导下进行早期分阶段肺康复训练。(1) 组建专科护士主导的“医护一体化”管理团队: 团队由呼吸专科医生、呼吸专科护士及营养师组成。(2) 工作内容: 呼吸专科护士在本研究

中作为主导者和沟通协调者, 对于管理团队的工作进行全程协调, 在实际进行过程中, 涉及其他学科时负责组织多学科会诊; 综合评估康复方案; 对实施者进行相关指导, 对患者进行阶段性评价; 指定组员跟踪出院随访; 在过程中及时确定问题并加以反馈, 团队基于问题一同协商对解决方案进行讨论, 对康复方案及时进行优化。(3) 工作流程: 包括 6 个关键步骤: 评估、制定方案、实施方案、阶段性评价、制定出院后康复方案、随访评估。①依据氧合指数、循环稳定情况及肌力指标, 完成早期分级肺康复方案的设计。I 级康复: 适用于: 氧合指数 ≤ 100mmHg、循环不稳定、肌力指标 < 2 级; II 级康复: 适用于: 200mmHg ≥ 氧合指数 > 100mmHg、相对稳定的循环情况、3 级 > 肌力 ≥ 2 级; III 级康复: 适用于: 氧合指数 > 200mmHg、循环稳定、肌力 > 3 级。②制定方案: 根据评估结果制定康复方案: 肺复张、体位引流、气道管理、活动锻炼及营养支持。③实施方案: 包括肺复张训练: 增加潮气量、降低呼气末正压通气的压力; 体位训练: 采用高坐位或高侧位, 一般角度为 60-90°; 气道管理: 适时排痰, 必要时使用纤维支气管镜吸痰; 呼吸训练: 进行腹式呼吸训练或控制性呼吸训练; 营养支持: 根据医嘱提供肠内或肠外营养。④评价: 重点通过患者出院之前进行的肺检查、血化验等的结果和患者康复依从性评价患者住院期间的效果。⑤确定社区康复方案: 依据呼吸专科护士在康复团队微信群中分享的阶段性评价指标数据, 专科护士进行组织协调, 呼吸专科医生和营养师一同参加出院后患者居家管理方案的制定。可以积极引导鼓励患者家属参与进来, 患者可以每天进行康复日记的书写。组建慢病管理微信群, 在微信群中分享运动训练的小视频制作, 并让患者每天在群中进行打卡训练, 并及时主动了解患者的实际生活水平和康复训练的具体情况, 并从患者实际情况出发给出一定的科学指导意见。

### 1.3 观察指标

(1) 血气指标: 心率、动脉血氧分压、二氧化碳分压、呼吸频率。(2) 肺功能指标: 包括第一秒钟用力呼吸量 (FEV<sub>1</sub>) 以及占总吸气容积 (FVC) 的百分比、最大自主通气量 (MVV) 指标。(3) 住院指标: 机械通气时间、ICU 治疗时间、住院时间。(4) 并发症: 呼吸机相关性肺炎、神经肌肉功能障碍、深静脉血栓、压疮。

### 1.4 统计学方法

以 SPSS 23.0 统计分析数据, 计数数据以 [n (%)] 表达, 行  $\chi^2$  检验; 计量数据用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表达, 行 t 检验,  $P < 0.05$  则差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组血气指标比较

见表 1。

2.2 两组干预前后肺功能指标比较

见表 2。

2.3 两组住院指标比较

见表 3。

2.4 两组并发症发生率比较

见表 4。

表 1 两组血气指标比较 ( $\bar{x} \pm s, n=50$ )

组别	心率 (次/min)		动脉血氧分压 (mmHg)		二氧化碳分压 (mmHg)		呼吸频率 (次/min)	
	训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后
对照组	102.32 ± 10.28	94.34 ± 8.26	48.53 ± 7.89	66.33 ± 10.48	78.23 ± 10.05	62.54 ± 8.46	44.25 ± 0.05	31.26 ± 0.04
观察组	102.85 ± 11.02	85.13 ± 7.42	47.99 ± 7.23	82.69 ± 15.26	78.21 ± 9.65	57.15 ± 7.23	44.27 ± 0.06	26.42 ± 0.05
t	0.176	4.147	0.252	4.419	0.007	2.422	1.562	377.941
P	0.861	0.001	0.802	0.001	0.994	0.019	0.125	0.001

表 2 两组干预前后肺功能指标比较 ( $\bar{x} \pm s, n=50$ )

组别	FEV <sub>1</sub> (L)		FEV <sub>1</sub> /FVC (%)		MVV (L/s)	
	训练前	训练后	训练前	训练后	训练前	训练后
对照组	1.22 ± 0.37	1.94 ± 0.43	49.34 ± 3.13	56.45 ± 5.29	5.83 ± 1.06	6.52 ± 1.46
观察组	1.23 ± 0.35	3.02 ± 0.47	49.35 ± 3.15	67.63 ± 6.32	5.82 ± 1.05	8.83 ± 1.56
t	0.098	8.477	0.011	6.783	0.034	5.406
P	0.922	0.001	0.991	0.001	0.973	0.001

表 3 两组住院指标比较 ( $\bar{x} \pm s, n=50, d$ )

组别	机械通气时间	ICU 治疗时间	住院时间
对照组	11.26 ± 2.01	12.26 ± 2.01	22.26 ± 4.01
观察组	9.52 ± 1.34	10.52 ± 1.04	18.53 ± 3.26
t	3.601	4.848	3.609
P	0.001	0.001	0.001

表 4 两组并发症发生率比较 (n=50)

组别	呼吸机相关性肺炎 (n)	神经肌肉功能障碍 (n)	深静脉血栓 (n)	压疮 (n)	总发生率[n (%)]
对照组	2	2	6	2	12 (24.00)
观察组	1	0	1	0	2 (4.00)
$\chi^2$					4.153
P					0.042

### 3 讨论

慢阻肺急性加重是一种严重的呼吸道疾病,其特点是呼吸功能异常、氧合功能下降和二氧化碳排出障碍。此情况不仅严重影响患者的生活质量,也增加了住院时间和治疗费用。因此,寻找有效的康复训练方法对于促进患者的康复至关重要<sup>[1]</sup>。近年来,早期分级肺康复训练作为一种新兴的康复策略,受到了广泛关注<sup>[2]</sup>。国内关于 AECOPD 的康复训练研究起步较晚,现阶段,AECOPD 的肺康复主要是康复医学的专科治疗师负责的,一般缺少专业护士的参与合作<sup>[3]</sup>。本研究中,专科护士在整个康复治疗过程中起到组织协调、培训考核、承担科研的作用。

基于专科护士主导的早期分阶段肺康复,能够促使 AECOPD 患者的肺功能显著转好。对于 COPD 患者而言,对于其疾病严重程度和缓解状况进行衡量的重要指标是肺功能指标。在本研究中,观察组肺功能指标皆优于对照组,表明实施以呼吸专科护士主导的肺康复,可以明显改善 AECOPD 患者的运动耐力。

基于专科护士主导的早期分阶段肺康复,可有效改善 AECOPD 患者的呼吸及循环功能。从本研究结果看出,实施后,观察组心率、动脉血氧分压、二氧化碳分压、呼吸频率指数皆优于对照组 (P<0.05),说明患者的心血管和呼吸系统功能状况得到明显改善;从而减轻其心脏和肺脏的负担,从而改善呼吸机循环上的不适症状。周极新、朱菱等<sup>[4]</sup>研究认为,以护士为主导的早期肺康复治疗可以提升慢阻肺患者的运动耐力,在预防呼吸机相关性并发症中起到重要的作用。

基于专科护士主导的早期分阶段肺康复,可以促进患者康复进程,提高自主呼吸功能,减少其对呼吸机的依赖,并尽早脱离机械通

气。同时,通过改善肺功能和气体交换,减少并发症的发生,可以缩短 ICU 治疗和住院时间。从如上结果看出,观察组各项住院指标都短于对照组,并发症发生率低于对照组 (P<0.05)。说明该模式可以改善呼吸功能,提高免疫功能,预防肺部感染等相关并发症的发生。

综上所述,专科护士主导的早期分阶段肺康复对于改善 AECOPD 患者的血气功能和肺功能、促进康复进程以及减少并发症的发生具有显著效果,因此值得在临床实践中广泛应用。

#### 参考文献:

- [1]潘文彦,张玉侠,李菁菁,等.以护士为主导的呼吸治疗肺康复团队的构建与运行[J].中国护理管理,2019,19(05):657-661.
- [2]陈艳,李晓梅.老年 COPD 患者急性加重期并发呼吸衰竭危险因素及风险模型构建[J].中国老年学杂志,2022,42(22):5478-5480.
- [3]何娟,张晶,冯德.集束化护理联合呼吸功能训练对老年慢性呼吸衰竭患者运动耐力的影响[J].贵州医药,2023,47(1):159-161.
- [4]吴仁枝,徐玲玲,彭乐兰,等.康复训练联合吸氧干预对慢性呼吸衰竭患者血气分析指标及肺功能的影响[J].黑龙江医学,2023,47(11):1372-1374.
- [5]王蓉,陆娟,郭晓娟,等.呼吸专科护士主导的多专科学组合作肺康复管理模式在 AECOPD 患者中的应用研究[J].护士进修杂志,2021,36(23):2149-2152.
- [6]周极新,朱菱,谢湘梅.以护士为主导的早期肺康复治疗在预防呼吸机相关膈肌功能障碍中的效果观察[J].全科护理,2021,19(23):3220-3224.

# 分析将全程健康教育联合膳食管理措施应用于 2 型糖尿病患者护理中的价值

黄涛

(湖北民族大学附属医院内分泌内科营养科 湖北恩施 445000)

**摘要:**目的 分析对 2 型糖尿病患者实施全程健康教育联合膳食管理措施对患者自我管理行为及糖脂代谢水平的干预效果。方法 研究资料均选自湖北民族大学附属医院内分泌内科营养科中所收集到的研究病例资料, 共计 100 例 2 型糖尿病患者全部纳入到本次研究中, 随后按照平均分组的方法将其分为观察组 50 例与对照组 50 例两组, 对照组: 实施常规护理教育。观察组: 实施全程健康教育联合膳食管理。护理后比较两组患者在自我管理行为和糖脂代谢干预方面的效果情况。结果 在对两组患者分别进行干预后比较两组的自我管理行为和糖脂代谢干预结果情况, 从综合方面来看, 观察组患者的干预效果要明显优于对照组患者的, 两组结果比较, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。同时, 比较两组患者的满意度情况, 观察组显著高于对照组, 两组结果比较, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 对于 2 型糖尿病患者我们实施了全程健康教育联合膳食管理干预措施, 干预后, 患者的自我管理行为明显得到提升, 同时能够显著改善患者的血糖和血脂情况, 对于提高患者的疾病治疗效果是有积极促进作用的。

**关键词:** 全程健康教育; 膳食管理; 2 型糖尿病; 自我管理行为; 糖脂代谢

在糖尿病疾病的所有类型中, 2 型糖尿病是最高发的一种糖尿病类型。2 型糖尿病在临床上较为普遍, 它病程时间较长, 而且目前是一种不能治愈的疾病, 起病因素又表现为复杂多样性, 上述这些情况导致临床上我们对 2 型糖尿病患者治疗起来较为棘手, 治疗难度很大。与此同时, 2 型糖尿病对患者的身体健康影响巨大, 在中老年群体中非常高发<sup>[1]</sup>。目前, 临床上治疗 2 型糖尿病主要应用的治疗方法为药物治疗, 同时与相关健康教育进行辅助, 以此来平稳患者的血糖、血脂水平, 预防相关并发症, 进而使疾病取得理想的治疗效果<sup>[2]</sup>。对于 2 型糖尿病的治疗, 控制血糖、血脂关键因素就是患者自我管理行为的践行。患者的自我管理行为水平与 2 型糖尿病的治疗与控制效果之间具有密切的联系。为了提升患者的自我管理行为水平, 同时能够很好地控制患者的糖脂代谢水平, 我们对 2 型糖尿病患者进行全程健康教育联合膳食管理干预措施, 取得了理想的干预效果, 现将详细情况汇报如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究资料

研究资料均选自湖北民族大学附属医院内分泌内科营养科中所收集到的研究病例资料, 均为确诊为 2 型糖尿病的患者资料共计 100 例, 全部患者均签署知情同意书, 随后按照平均分组的方法将其分为观察组 50 例与对照组 50 例两组, 对比两组患者的性别、年龄、病程、文化等方面的情况, 没有明显的统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有较好的可比性<sup>[3]</sup>。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

进行常规护理教育, 护理人员要严格按照医嘱对患者进行心理护理、口头健康教育、用药指导等常规的干预指导。

#### 1.2.2 观察组

实施全程健康教育: 患者入院后的第 1 天到第 3 天, 护理人员要全面了解疾病情况和患者基础情况同时向患者讲解血糖控制方案(饮食治疗、运动方案及其药物治疗等), 依据患者的全面性情况给患者制定完全科学的控糖方案。同时治疗过程中向患者讲解控制血糖与血脂水平的重要作用, 使患者能够深入感知其益处进而增强配合积极性和战胜疾病的信心<sup>[4]</sup>。在治疗结束后 1-3 个月, 护理人员要全面对患者治疗过程中出现的问题与不足进行总结, 并能够提出合理化建

议。干预后 3-5 个月内, 护士应积极鼓励和支持患者, 使患者保持已养成的健康行为习惯, 以此全面促进良好疾病治疗效果的达成<sup>[5]</sup>。

膳食管理主要包括: (1) 给患者分配发放限盐勺、腰围计、饮食干预手册等物品, 由护理人员指导患者对这些物品进行正确地应用。

(2) 实施健康宣讲, 医院要定期邀请专业营养师对 2 型糖尿病患者开展饮食专题讲座, 向患者详细讲解日常生活中的正确自护行为和需要注意的事项, 以纠正患者不正确的饮食习惯和作息时间<sup>[6]</sup>。

(3) 定期检查, 定期检查对 2 型糖尿病患者的护理干预十分重要, 要在总结患者近期病情的基础上了解患者实际情况与口味, 为患者制定针对性和科学化的饮食指导计划<sup>[7]</sup>。指导患者平衡饮食的能量分布, 减少含糖食物的摄入量, 建议患者要多吃谷物和蔬菜, 确保摄入高质量的蛋白质。嘱患者多吃新鲜的蔬菜与高维生素食物。例如: 奶制品和瘦肉中富含丰富的蛋白质与纤维素, 我们建议每天进食 500g 蔬菜, 全谷物和豆类应为 1/3。糖尿病饮食要本着均衡饮食、少食多餐、缓慢咀嚼(30 次左右)的原则实施, 科学健康的饮食方案有助于控制患者体质量同时能够减轻胰岛素负担。在干预 3-6 个月后, 护士要结合患者的实际情况为患者制定合理的运动锻炼计划, 诸如: 打羽毛球、快走、打太极等运动都能够有助于患者血糖与血脂水平的控制, 进而取得满意的干预效果<sup>[8]</sup>。

### 1.3 数据分析方法

采用 SPSS18.00 统计学软件进行数据统计分析, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用独立样本 t 检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 比较两组自我管理行为情况

见表 1。

表 1 比较两组自我管理行为情况(分)

干预阶段	分组	例数	饮食	运动	血糖监测	足部护理
干预前	观察组	50	4.77 ± 0.89	4.33 ± 0.88	4.60 ± 1.10	3.75 ± 0.89
	对照组	50	4.88 ± 0.88	4.55 ± 0.88	4.33 ± 1.20	3.77 ± 0.82
t			0.500	1.112	1.188	0.248
P			0.665	0.221	0.221	0.754
干预后	观察组	50	6.88 ± 1.22	6.88 ± 1.10	6.77 ± 1.44	5.44 ± 0.87
	对照组	50	5.55 ± 1.10	5.33 ± 1.10	5.55 ± 1.23	5.00 ± 0.90

t	5.222	6.514	4.662	4.111
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 对比两组血糖情况  
见表 2。

表 2 对比两组血糖情况

干预阶段	分组	例数	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)
干预前	观察组	50	8.68 ± 1.58	10.66 ± 2.53	9.37 ± 2.14
	对照组	50	8.55 ± 1.60	10.83 ± 2.48	9.56 ± 2.33
	t		0.290	0.311	0.330
	P		0.775	0.755	0.682
干预后	观察组	50	6.13 ± 1.13	7.24 ± 1.00	6.23 ± 1.27
	对照组	50	7.13 ± 1.16	8.33 ± 1.66	7.10 ± 1.52
	t		4.114	3.714	2.999
	P		0.001	0.002	0.001

2.3 对比两组血脂情况  
见表 3。

表 3 对比两组血脂情况 (mmol/L)

干预阶段	分组	例数	HDL-C	LDL-C	TG	TC
干预前	观察组	50	1.21 ± 0.20	2.74 ± 0.80	1.64 ± 0.66	4.90 ± 0.90
	对照组	50	1.20 ± 0.20	2.80 ± 0.84	1.67 ± 0.60	4.80 ± 0.95
	t		0.227	0.300	0.117	0.441
	P		0.777	0.710	0.588	0.211
干预后	观察组	50	1.30 ± 0.25	2.65 ± 0.75	1.40 ± 0.50	4.00 ± 0.75
	对照组	50	1.21 ± 0.25	2.55 ± 0.80	1.55 ± 0.50	4.40 ± 0.70
	t		4.142	3.668	2.886	2.999
	P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 比较两组满意度情况  
见表 4。

表 4 比较两组满意度情况

分组	例数	非常满意	满意	不满意	满意度 (%)
观察组	50	40	10	0	100.00
对照组	50	30	10	10	80.00
X <sup>2</sup>					3.552
P					0.002

3 讨论

我们对临床上最为高发的 2 型糖尿病患者进行全程健康教育干预,同时还对患者实施膳食管理干预措施,通过联合干预护理措施能够明显改善患者的血糖与血脂水平,使这些指标保持在相对正常且平稳的状态中,改善患者身体疾病状态,缓解患者的疾病症状程度,增强了患者的疾病治疗依从性,进而取得理想治疗效果<sup>[9]</sup>。临床中在进行全程健康教育的过程中,是医护人员在全面了解了患者的治疗和康复情况之后为患者所制定的最为合适的健康教育方案,全程健康教育具有层次分明、循序渐进的特征<sup>[10]</sup>,通过全程健康教育,能够很好地补充患者对糖尿病知识方面的认知缺失,而且明显提高了患者的自护能力,使患者明确知晓了在治疗糖尿病的过程中控制血脂与血糖水平的重要意义<sup>[11]</sup>,进而能够促进患者更好地配合疾病治疗与护理。而对患者进行膳食管理干预,主要是通过患者的饮食方面进行改善进而使患者饮食结构趋于健康与科学,纠正患者不正确的饮食习惯进而培养患者健康的饮食习惯<sup>[12,13]</sup>,这助于降低患者血糖血脂水平,减少肝脏脂肪指数,保证机体微生态的循环。

总之,在对 2 型糖尿病患者实施护理干预的时候,我们对患者实

施全程健康教育干预及其膳食管理护理,能够取得理想的干预效果,有利于疾病症状的缓解且取得治疗高效性<sup>[14,15]</sup>。

参考文献:

[1]谢小红,刘丹,熊慧.全程健康教育模式在 2 型糖尿病合并高血压患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(7):54-57.

[2]李洁,伍群丽,刘威,等.个体化全程健康教育对突发性聋伴糖尿病患者血糖及听力预后的影响[J].听力学及言语疾病杂志,2021,29(3):307-311.

[3]庄静,牛爱锦,赵芳,等.全程健康教育联合膳食管理对 2 型糖尿病患者自我管理行为及糖脂代谢的影响[J].护理实践与研究,2023,20(2):163-167.

[4]陈雪丹,陈珍珍,赵思思.全程健康教育在糖尿病患者健康管理中的效果观察[J].中国基层医药,2020,27(21):2666-2669.

[5]王晓芳.全程健康教育在糖尿病护理中的应用效果——评《现代糖尿病护理与健康管理》[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(12):132.

[6]吴伟珍,黎思颖,管琼,等.基于微信平台的医-护-志愿者健康教育模式对 GDM 患者的管理效果研究[J].广州医科大学学报,2021,49(2):118-122.

[7]章琦,章玮,白正玉.基于大数据糖尿病患者膳食管理系统的的设计[J].中国全科医学,2021,24(13):1697-1702.

[8]俞卫华,卞月梅,吴都,等.医学营养治疗对老年 2 型糖尿病分级能量膳食管理的有效性研究[J].护理与康复,2020,19(9):52-55.

[9]崔盼,王博,常陆,普拉提训练联合膳食管理对老年 2 型糖尿病患者衰弱状态及血糖的影响[J].中国老年保健医学 2020,18(5):14-16.

[10]李海霞,李向培,赵宵帝,等.2 型糖尿病患者血糖管理中的医学营养策略[J].中国全科医学,2021,24(13):1702-1706.

[11]连晓芬,卢东晖,林远,等.膳食纤维补充剂对 2 型糖尿病患者的疗效分析[J].中华糖尿病杂志,2021,13(12):1130-1134.

[12]胡敏.探究全程健康教育对 2 型糖尿病患者疾病认知血糖水平及自我管理行为的影响[J].中国保健营养 2021, 31(13): 239,242.

[13]曾靓,许琪,戎芬,等.营养饮食干预应用于社区糖尿病管理的成本-效果评价[J].中国基层医药,2022,29(1):111-115.

[14]温昉斐,岳凌生,慈宏亮,等.高蛋白膳食干预对肥胖及相关慢性性疾病的影响[J].生命科学,2020,32(2):170-178.

[15]江晓娟."一对一"式的健康教育联合 Orem 自理理论对初发 2 型糖尿病患者自我管理能力及生活质量的影响[J].世界华人消化杂志,2018,26(4):282-288.

# 浅谈根因分析法联合危急值预警护理方法在急诊糖尿病酮症酸中毒患者护理中的应用效果

陈 慧

(湖北民族大学附属民大医院内分泌内科营养科 湖北恩施 445000)

**摘要:**目的 探究对急诊糖尿病酮症酸中毒患者所实施的护理工作情况,并将根因分析法联合危急值预警护理干预措施的具体方法与护理效果情况。方法 研究资料是湖北民族大学附属民大医院内分泌内科营养科在 2021 年 7 月至 2022 年 7 月期间收治到的急诊糖尿病酮症酸中毒患者资料共计 60 例,将全部患者平均分为两组:观察组 30 例、对照组 30 例。对两组患者分别实施不同的护理干预措施,给对照组实施常规护理。给观察组实施根因分析法联合危急值预警护理干预措施。结果 研究结果内容主要包括:疾病治疗康复效果、负性情绪缓解情况、生活质量、患者的满意度,经过比较,观察组护理效果明显优于对照组,两组结果比较,差异显著,  $P < 0.05$ 。结论 我们对急诊糖尿病酮症酸中毒患者进行护理过程中应用根因分析法联合危急值预警护理干预措施,明显地缓解了患者的疾病症状,取得了理想的护理干预效果,是一种护理效果明显的护理干预措施。

**关键词:**糖尿病酮症酸中毒;根因分析法;危急值预警;护理效果

近年来由于糖尿病患者人数不断增加,导致糖尿病酮症酸中毒的患病率大大升高,糖尿病的高发性,是由于多种因素引起的<sup>[1]</sup>,其中,与国民饮食习惯等发生明显变化之间具有显著的相关性,这也是引发糖尿病酮症酸中毒(DKA)疾病患病率明显上升的主要原因之一。糖尿病酮症酸中毒是一种病情较为严重的疾病,是糖尿病患者容易发生的并发症之一,糖尿病酮症酸中毒疾病的发病急骤,而且病情变数较大,通过治疗常常不能达成理想的治疗效果,因此,我们建议要对糖尿病酮症酸中毒患者进行有效且高效的护理干预措施。本文主要研究分析的是糖尿病酮症酸中毒急诊病例<sup>[2]</sup>,我们对其实施根因分析法联合危急值预警护理干预,取得了理想的治疗护理效果,现将详细情况汇报如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究资料均选取自本院中即:湖北民族大学附属民大医院内分泌内科营养科,是本单位在 2021 年 7 月至 2022 年 7 月期间收集收治到的被确诊为急诊糖尿病酮症酸中毒疾病的病例资料共计 60 例,全部病例均符合本次研究,且全部患者均为自愿加入并且签署同意书。随后,按照分组研究的方法将全部患者平均分为两组:观察组与对照组,每组纳入病例资料 30 例。对比两组患者的性别、年龄、病史、合并症等情况信息,均没有明显的统计学意义( $P > 0.05$ ),具备较为良好清晰的可比性<sup>[3]</sup>。与此同时,本研究已获得院伦理委员会相关研究批准。

### 1.2 选择标准

#### 1.2.1 纳入标准

纳入本次研究中的研究资料均确诊为糖尿病酮症酸中毒疾病且均满足《国家基层糖尿病防治管理手册(2019)》中对疾病的相关评估标准。患者均为第一次出现糖尿病酮症酸中毒疾病症状,在将患者纳入研究组之前的两星期内没有服用过激素类药物,患者均能够很好地配合整套护理流程完成。

#### 1.2.2 排除标准

由于饥饿、大量饮酒等因素导致患者出现酮症酸中毒的病例不符合本次研究要求;患有恶性肿瘤疾病的患者;患者因为有精神疾病或者交流沟通有问题等不能积极配合护理;妊娠期、哺乳期女性等,存在上述这些情况的患者不符合本次研究条件<sup>[4]</sup>。

### 1.3 方法

对照组:实施常规急诊护理,主要内容即护理人员在严格遵医嘱的情况对患者所实施的护理操作,包括快速完成心电监护、建立静脉通道<sup>[5]</sup>、定时对患者进行血糖监测、饮食指导、口头宣教等基础性护理护理方式。

观察组:在对照组护理的基础上实施根因分析法联合危急值预警护理干预,具体的护理内容为:

#### 1.3.1 危急值预警

护理人员通过多种有效途径收集患者的糖尿病酮症酸中毒疾病情况,同时掌握患者相关基础资料,在此基础上制定糖尿病酮症酸中毒危急值报告表,其中主要包括了:动脉血氧分压( $PaO_2$ )、血小板计数(PLT)、白细胞计数(WBC)、红细胞压积(HCT)、凝血酶原时间(PT)、血 pH 值、血糖、血酮、尿素氮(BUN)、肌酐( $C_r$ )共计 10 个项目<sup>[6]</sup>,每个项目评分范围为 0-10 分,评估结果分为正常( $\leq 30$ 分)、中度危险(40-60分)、高危( $> 60$ 分)。经过评估后,根据患者的实际评估得分情况在结合危急值报告表评分选择合适的应急预案。评估结果为正常的护理方法:护士要紧密巡视患者,加强对患者的监测,实施常规护理即可。对于评估结果为中度危险的患者所实施的护理干预:选择护理经验丰富的护理人员进行护理,加强巡视,严密监测患者的血糖等各项身体指标情况及其变化情况,根据患者的实际血糖情况合理调整胰岛素使用剂量。患者清醒后,给予患者人文关怀<sup>[7]</sup>,消除其不良情绪。对高危患者所实施的护理干预对策:最好是由护士长进行护理,每半个小时巡视病房一次,要持续性且严密地观察患者的生命体征变化情况,确保患者各项生命体征在平稳正常的水平中,保持呼吸道、静脉通道通畅,并配合医生进行下一步治疗<sup>[8]</sup>。

#### 1.3.2 根因分析法

致病因素:(1)患者因素:患者主观原因不严格按照医嘱积极配合治疗;患者的身体抵抗力低下,出现继发性感染;患者不注重控制血糖水平,导致患者的血糖水平长期处于异常状态,患者对疾病治疗失去信心。

(2)护理因素:部分护理人员的专业水平不足,专业操作能力低下,护理人员平时工作量巨大,护理工作压力大,在护理过程中,护理人员与患者及其患者家属沟通不畅。

(3)家属因素:患者家属对定时检测患者血糖的意识不足,不能按时监测患者血糖,而且也不能为患者提供良好的糖尿病饮食。

(4)机制因素:护理资源缺乏;监测和评估机制不够完善与缺乏

有效的沟通机制等因素。

依据上述致病因素制定有效的护理干预对策：

(1)护理人员要为患者构建良好的休养环境，根据实际季节调整与天气变化调整合适的湿度、温度等，对室内要进行定期地通风、消毒<sup>[9]</sup>，晚上及时调暗或熄灭大灯，调低监测设备报警音量，尽量减少对患者休息的影响因素，提高患者睡眠质量。在患者神志清醒后，护理人员要及时与患者进行交流与沟通，向患者介绍疾病相关情况以及怎样配合治疗与护理的注意事项等，以此来提升患者对疾病的认知度，减少患者的恐惧、盲目等不良情绪，提升患者积极配合治疗与护理的信息与积极性<sup>[10]</sup>。

(2)医院要通过多种途径提高护理人员专业性，可通过定期对护理人员进行专业培训来提高护理人员的专业技术与专业操作水平，建立急诊护理中的用药规范，确保患者 2h 内补液量，并依据患者病情给予胰岛素和补钾治疗<sup>[11]</sup>。

(3)护理人员要要积极向患者及其患者家属讲解疾病治疗与护理要点及其主要配合事项，及时纠正他们的不良习惯比如：饮食习惯、作息习惯等，通过宣教让他们知晓保持健康饮食、规律作息等良好习惯的重要性，增强患者和家属的护理能力。

(4)护理中应积极建立长效沟通机制，并结合患者的实际情况实施危急值预警法对其进行实时监测，增加护理人力资源力量，全面保障工作能够保质保量的完成<sup>[12]</sup>。

1.4 统计学方法

使用 SPSS18.00 进行统计分析，计量资料以(均数 ± 标准差)表示，行 t 检验。定性资料以%表示，行  $\chi^2$  检验，P < 0.05 表示差异显著<sup>[13]</sup>。

2 结果

2.1 比较两组患者的疾病康复结果

见表 1。

表 1 比较两组患者的疾病康复结果

组别	例数	24 小时内血糖最大值 (mmol/L)	酮体转阴时间 (h)	酸中毒纠正时间 (h)	血糖控制时间 (d)	出院时间 (d)
对照组	30	15.55 ± 1.77	17.22 ± 2.11	8.60 ± 1.60	8.33 ± 1.15	8.88 ± 1.20
观察组	30	13.48 ± 1.56	14.27 ± 1.74	6.70 ± 1.38	6.21 ± 1.02	6.33 ± 1.10
t		5.114	6.888	5.512	8.441	10.221
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 经过护理后比较两组患者的负性情绪

见表 2。

表 2 经过护理后比较两组患者的负性情绪 (分)

分组	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	54.30 ± 5.11	42.12 ± 4.44	52.00 ± 5.11	41.33 ± 4.25
观察组	30	54.11 ± 5.44	37.00 ± 7.66	52.11 ± 5.33	35.10 ± 3.55
t		0.114	5.114	0.103	7.777
P		0.914	0.000	0.911	0.002

2.3 比较生活质量干预后的组间结果

见表 3。

表 3 比较生活质量干预后的组间结果

组别	例数	护理前	护理后	t	P
对照组	30	81.22 ± 9.45	55.74 ± 6.00	14.221	0.000
观察组	30	81.44 ± 9.11	41.21 ± 5.10	22.145	0.000
t		0.104	11.124		
P		0.911	0.000		

2.4 护理满意度对比

见表 4。

表 4 护理满意度对比

分组	例数	非常满意	满意	不满意	满意度 (%)
观察组	30	25	5	0	100.00
对照组	30	10	12	8	73.33
$\chi^2$					3.552
P					0.002

3 结论

总之，通过上述研究结果证实，在对急诊糖尿病酮症酸中毒患者实施护理的过程中应用根因分析法联合危急值预警护理干预措施，能取得最佳护理效果<sup>[14-15]</sup>。

参考文献：

[1]李悦, 常玉霞, 冯文净. 危急值预警护理对急诊糖尿病酮症酸中毒患者生化指标及预后的影响[J]. 山东医学高等专科学校学报,

2021, 43(6):448-449.

[2]陶俊, 周漫, 李艳. 2 型糖尿病酮症酸中毒与糖化血清白蛋白的相关性研究 [J]. 安徽医药, 2021, 25(3):482-485.

[3]申卫玲. 危机值护理在急诊糖尿病酮症酸中毒患者中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(24):4566-4568.

[4]李奕奕, 赵真真. 根因分析法联合危急值预警在急诊糖尿病酮症酸中毒患者护理中的应用分析 [J]. 医学理论与实践, 2023, 36(2):315-317.

[5]李华. 急诊糖尿病酮症酸中毒患者的危急值护理价值 [J]. 中国保健食品, 2021, 0(11):116-117.

[6]陈星波. 整体护理在急诊糖尿病酮症酸中毒患者中的应用效果分析 [J]. 广西医学, 2012, 34(7):944-946.

[7]韩海涛. 整体护理在急诊糖尿病酮症酸中毒患者中的应用分析 [J]. 中国医药指南, 2013, 11(13):693.

[8]孙欢欢. 整体护理干预在急诊糖尿病酮症酸中毒患者的救治效果和护理质量分析 [J]. 人人健康, 2020, 517(8):155-156.

[9]陈照. 整体护理在急诊糖尿病酮症酸中毒患者中的效果研究 [J]. 糖尿病新世界, 2019, 22(1):1672-4062.

[10]李超, 张晓. 根因分析法在急诊糖尿病酮症酸中毒患者急救护理中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(18):3437-3439.

[11]杨金伟. 根因分析模式用于急诊糖尿病酮症酸中毒患者护理效果评价 [J]. 中国药业, 2021, 30(S01):180-181.

[12]华丹, 陈黄冰, 陈震宇. 以危急值为导向的护理干预对糖尿病酮症酸中毒患者临床症状改善时间及生活质量的影响 [J]. 糖尿病新世界, 2022, 25(22):123-126.

[13]唐新. 整体护理在急诊糖尿病酮症酸中毒患者中的应用效果 [J]. 医学信息, 2016, 29(23):137-138.

[14]朱娟. 全面急诊护理干预在糖尿病酮症酸中毒患者中的应用分析 [J]. 糖尿病新世界, 2022, 25(12):124-127.

[15]吴姣. 分析全面急诊护理干预在糖尿病酮症酸中毒患者中的应用效果 [J]. 养生保健指南, 2021, 0(5):168.

# 呼吸道护理干预在气管插管危重症患者中的效果观察及并发症发生率分析

袁德洋

(江苏省无锡市惠山区第二人民医院 ICU 江苏无锡 214100)

**摘要:** 目的: 分析呼吸道护理干预在气管插管危重症患者中的效果。方法: 选择 2022 年 4 月至 2023 年 4 月本院收入气管插管危重症患者 80 例进行研究, 随机分为对照组(常规护理)和观察组(呼吸道护理), 各 40 例, 对比护理效果。结果: 护理前, 两组血气指标无显著差异,  $P>0.05$ ; 护理后, 观察组血气指标改善情况好于对照组, 各项时间指标都明显短于对照组, 并发症发生率明显低于对照组,  $P<0.05$ 。结论: 对于气管插管危重症患者而言, 采用呼吸道护理可以帮助减轻患者的机体负担, 患者的血气指标得到改善, 同时其住院时间缩短, 促使患者更好地恢复, 并且患者不容易出现并发症, 临床对此建议推广普及。

**关键词:** 呼吸道护理; 气管插管; 危重症患者; 临床效果; 并发症

在临床上, 气管插管是对于危重症呼吸衰竭患者进行救治的常见方法, 其主要借助机械通气促使患者可以正常进行气体交换, 由此能更好地帮助患者的疾病状况得到改善, 不过气管插管是一种侵入性操作, 容易在一定程度上损伤患者的呼吸道功能及防御功能<sup>[1]</sup>。以往临床多采取常规护理, 不过这一护理模式不能关注患者气管插管时的气道护理及并发症护理等, 以致实际护理效果不佳, 临床对于患者的救治时间也进一步增加, 对于患者的恢复十分不利<sup>[2]</sup>。呼吸道护理面对需要进行气管插管的患者, 借助标准化流程操作作为基础, 开展全方位且细致的护理干预措施, 由此更好地保障患者的生存质量<sup>[3]</sup>。基于此, 本文旨在分析呼吸道护理干预在气管插管危重症患者中的效果, 具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2022 年 4 月至 2023 年 4 月本院收入气管插管危重症患者 80 例进行研究, 随机分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组: 男女人数 30:10, 年龄 34-66 (43.71 ± 8.53) 岁; 观察组: 男女人数 27:13, 年龄 34-68 (44.15 ± 8.22) 岁。两组一般资料无显著差异,  $P>0.05$ , 后文数据对比可信度高。

### 1.2 方法

对照组采用常规护理, 观察组采用呼吸道护理, 具体如下:

(1) 导管固定: 护理人员要将导管牢固地固定好, 具体的松紧度以插入一指为宜, 同时结成死结, 每天定时进行检查, 防止出现松动。

(2) 气道湿化: 护理人员需要做好患者人工气道的加湿加温, 注意调节呼吸机湿化器的温湿度, 使其稳定控制在 32-35℃, 气体湿度维持在 95%, 室内温度调整到 20-22℃, 湿度稳定在 60%-70%<sup>[4]</sup>, 定时排出管道中的冷凝水, 并把充足的蒸馏水加到湿化器里。雾化吸入液选择 0.9%氯化钠注射液、糜蛋白酶、庆大霉素, 2 次/d, 15-30min/次, 并遵照医嘱开展抗生素雾化。在气管中滴入湿化液, 持续滴入, 间断推注, 湿化液需要选择 2%碳酸氢钠注射液和 45%氯化钠注射液。

(3) 清理气道中的分泌物: 护理人员要定时帮助患者进行翻身、扣背及吸痰等, 确保呼吸道处于通畅的状态, 在进行吸痰的时候建议选取的吸痰管直径<气管内套管 50%, 15s/次, 间隔 1-3min 为患者再次吸痰, 还需要对无菌原则加以严格落实<sup>[5]</sup>, 在吸痰的时候需要对患者的心率、血压等变化情况加以严密关注, 防止发生心动过速、心律失常等。如果患者的血氧饱和度不足 90%, 建议立刻停止操作, 并

完成呼吸机的连接进行高浓度吸氧<sup>[6]</sup>。

(4) 心理护理和健康宣教: 等到患者恢复清醒状态后, 积极进行心理干预, 引导患者将自身的情绪及感受表达出来, 并由此对患者不良情绪的产生原因进行分析, 做好针对性的心理疏导。可以利用视频、动画、图文结合等形式, 辅以通俗易懂的语言为患者及家属进行治疗流程及疾病知识等的讲解, 建议进行 30-35min, 由此减轻患者内心的不安<sup>[7]</sup>。并且要提醒患者家属主动陪伴患者, 发挥亲情支持的作用, 加强鼓励性语言的交流, 依据患者爱好选择舒缓音乐进行播放, 由此也可以帮助转移患者的注意力, 避免其出现躁动拔管, 确保拔管的顺利完成。

(5) 并发症护理: 加强无菌操作, 定期给患者进行吸痰管的更换, 将气管、口鼻腔导管和生理盐水分开应用, 手套需要及时更换, 并将更换的时间标清, 吸痰前需要及时清理干净口、咽部的分泌物, 于患者气囊放松状态下吸出痰液, 由此降低感染的发生风险<sup>[8]</sup>。每天定时对病房地面进行清理, 做好呼吸机管道的消毒工作, 1-2d 进行一次更换, 防止对环境造成污染。提醒患者定时漱口, 2 次/d, 依据患者口腔 pH 值确定合适的溶液, 比如生理盐水、双氧水等, 避免出现口腔感染。在对患者进行鼻饲喂养时需要控制好速度, 一般在 20-30min, 食物的温度控制在 37-40℃, 喂养量稳定在 200-300ml, 在进行喂养时需抬高床头 40°, 做好体位的及时更换, 避免出现误吸<sup>[9]</sup>。

(6) 早期活动: 护理人员注意对患者的机体状况进行评估, 等到患者的意识恢复之后, 引导患者于半卧位姿势下开展各关节、四肢和肌肉的简单运动, 20min/次, 2 次/d。之后, 护理人员可指导患者开展坐位体位活动, 主动对四肢进行锻炼, 20min/次, 2 次/d, 还需要依据患者的实际恢复状况和机体耐受情况慢慢转移到床下康复活动, 帮助患者开展抬腿运动、床下站立、病房内慢走、走廊靠墙慢走、上下楼梯等<sup>[10]</sup>, 20-30min/次, 2 次/d, 建议依据患者的实际耐受情况慢慢提高活动强度。

### 1.3 观察指标

①血气指标: 于护理前后使用全自动血气分析仪对血气指标进行检测, 涉及动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) 及动脉氢离子浓度 (pH)。②时间指标: 涉及气管插管时间、重症监护时间及住院时间。③并发症: 涉及呼吸衰竭、肺炎、误吸、呼吸道梗阻、感染。

### 1.4 统计学方法

应用 SPSS 26.0 统计分析数据, 计数资料以 [n (%)] 表述, 行  $\chi^2$

检验, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表述, 行  $t$  检验,  $P < 0.05$  则表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血气指标比较

见表 1。

表 1 两组血气指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	PaO <sub>2</sub> (mmHg)		pH	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	51.84 ± 5.63	88.62 ± 3.34	7.45 ± 0.86	7.52 ± 0.04
观察组	40	51.93 ± 5.52	92.67 ± 4.21	7.63 ± 0.42	7.71 ± 0.15
$t$		0.081	5.243	1.115	10.521

表 3 两组并发症发生率比较[n (%)]

组别	例数	呼吸衰竭	肺炎	呼吸道梗阻	误吸	感染	发生率
对照组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	2 (5.00)	3 (7.50)	2 (5.00)	9 (22.50)
观察组	40	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)
$\chi^2$							7.163
P							0.002

3 讨论

气管插管是临床中一项应用较为广泛的抢救技术, 气管插管的顺利完成可以更好地保障呼吸道通畅, 也可以有效提升患者的生存质量<sup>[11]</sup>。但在进行气管插管通气治疗时, 要为患者进行麻醉, 由此使得有一定风险导致麻醉药物残留, 同时气管插管的危重症患者通常合并存在基础疾病, 如果不能进行科学有效的护理干预, 则有较大风险出现心血管意外事件, 或是出现躁动、呼吸道并发症等, 对患者的健康安全有较为严重的威胁<sup>[12]</sup>。所以, 在进行气管插管时需要实施科学有效的护理干预, 由此实现抢救率的提高, 也实现患者生存期的有效延长。

结果显示, 护理前, 两组血气指标无显著差异,  $P > 0.05$ ; 护理后, 观察组血气指标改善情况好于对照组, 各项时间指标都明显短于对照组, 并发症发生率明显低于对照组,  $P < 0.05$ 。由此也进一步说明呼吸道护理在气管插管危重症患者当中应用有较好的临床效果, 可以帮助对患者的血气指标进行调节, 并且患者气管插管及重症监护的时间都明显缩短, 患者也可以更快出院。此外, 患者不易出现并发症, 也能降低对于患者的威胁。究其原因, 分析认为和常规护理进行对比, 呼吸道护理的针对性相对较强, 通常要求护理人员需要针对进行气管插管之后有一定概率出现的风险事件实施预防护理, 从而更好地保障患者生存质量的提升<sup>[13]</sup>。呼吸道护理借助导管固定、气道湿化等避免导管脱落, 合理调整湿化器参数能降低对于呼吸道黏膜的刺激, 避免发生呼吸道感染。

此外, 通过口腔、呼吸机管道、鼻饲喂养等开展护理干预, 可以较为有效地对并发症的发生加以防控, 从而促使多种并发症发生风险下降, 并且可有效缩短临床救治时间, 以此对患者的生命进行顺利挽救<sup>[14]</sup>。此外, 本研究中提倡患者早期开展活动, 依据患者的实际耐受情况自半卧位、坐位慢慢转移到下床活动, 由此促使患者的活动能力得到改善, 患者的机体免疫力及抵抗力也能得到提升, 逐步实现患者机体功能的恢复<sup>[15]</sup>。

不过本研究尚有一定的不足之处, 比如纳入样本量偏低、观察时间偏短等, 进而对试验结果的准确性及可靠性会产生一定影响, 所以应对试验设计进一步完善, 增加样本量, 延长观察时间从而获得更具科学性的研究结果。

综上所述, 对于气管插管危重症患者而言, 采用呼吸道护理可以帮助减轻患者的机体负担, 患者的血气指标得到改善, 同时其住院时

P	0.932	0.001	0.267	0.001
---	-------	-------	-------	-------

2.2 两组临床时间指标比较

见表 2。

表 2 两组临床时间指标比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	气管插管时间	重症监护时间	住院时间
对照组	40	4.83 ± 1.14	7.32 ± 1.45	12.67 ± 2.73
观察组	40	2.34 ± 0.56	4.31 ± 0.86	8.63 ± 1.64
$t$		14.162	2.457	8.120
P		0.001	0.001	0.001

2.3 两组并发症发生率比较

见表 3。

间缩短, 促使患者更好地恢复, 并且患者不容易出现并发症, 临床对此建议推广普及。

参考文献:

- [1] 尚俊梅, 张香军. 呼吸道护理干预在气管插管危重症患者中的临床应用[J]. 黑龙江医学, 2022, 46(04): 487-489.
- [2] 李素芹. 呼吸道护理对气管插管危重症患者长途转运的价值探究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(51): 58-64.
- [3] 班美琼. 气管插管危重症患者长途转运途中的呼吸道护理[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(23): 45-50.
- [4] 叶燕萍, 戴杨阳. 呼吸道护理在 ICU 气管插管患者中的干预效果[J]. 医疗装备, 2021, 34(01): 167-169.
- [5] 张伶. 重症监护室内气管插管患者接受针对性呼吸道护理干预的临床效果[J]. 医疗装备, 2019, 32(20): 168-169.
- [6] 徐丽霞, 郑惠灵, 张金. 呼吸道护理在气管插管危重症患者中的应用效果评价[J]. 特别健康, 2020(8): 192.
- [7] 汪芳, 赵敏, 马玲. 急诊重症监护室内气管插管患者接受针对性呼吸道护理干预的临床效果[J]. 养生保健指南, 2021(6): 123.
- [8] 程洋, 冯亚丽, 郝伟, 等. 分析优质护理干预对气管插管麻醉复苏期呼吸道并发症的护理效果[J]. 饮食保健, 2021(11): 207.
- [9] 王君超. 气管插管麻醉复苏期呼吸道并发症的临床观察与护理体会[J]. 养生保健指南, 2021(28): 212.
- [10] 童珊珊. 重症监护室内气管插管患者接受针对性呼吸道护理干预效果分析[J]. 饮食保健, 2021(14): 213.
- [11] 童育慧. 优质护理干预对气管插管麻醉复苏期呼吸道并发症的效果观察[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(8): 145-146.
- [12] 何萍桂. 综合护理在脑外科患者术后气管插管中的效果观察[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(15): 2101-2102.
- [13] 沈士敏, 韩立云, 马宝府. 妇科全身麻醉气管插管术后患者呼吸道并发症的护理研究进展[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(18): 2320-2322.
- [14] 褚曰勇, 姜清秀. 气管插管麻醉复苏期呼吸道并发症的临床观察与护理体会[J]. 健康必读, 2020(28): 212-213.
- [15] 韦曼丽, 胡小欧, 李业桂, 等. ICU 气管插管拔管后重插管的护理干预进展[J]. 当代护士(中旬刊), 2020, 27(11): 15-17.

# 优质综合护理在血管腔内治疗主动脉夹层及夹层动脉瘤中的应用效果观察

潘康梅 朱 燕 韦 浪 杨林飞

(河池市人民医院心血管内科一病区 广西河池 547000)

**摘要:**目的 探究优质综合护理措施在血管腔内治疗主动脉夹层及夹层动脉瘤患者中的应用效果。方法 从 2021 年 10 月至 2023 年 3 月收治的主动脉夹层及夹层动脉瘤患者中抽取 60 例进行研究分析, 所有患者均接受血管腔内手术治疗, 以不同的护理方法为分组标准将所有患者分为优质组及对照组, 每组各有 30 例患者。对照组患者在治疗的过程中给予常规的护理方法, 优质组则在手术前后实施优质的综合护理干预措施。对比两组护理疗效、焦虑、抑郁评分及生活质量评分。结果 优质组各项指标均优于对照组, 组间差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 对于主动脉夹层及夹层动脉瘤患者在给予血管腔内手术治疗中实施优质的综合护理干预措施能够显著改善其不良情绪, 提高生活质量, 值得推广应用。

**关键词:** 优质综合护理; 护理方法; 夹层动脉瘤; 护理效果

主动脉夹层及夹层动脉瘤在心血管疾病中较为常见, 该病具有潜在的灾难性, 发病急骤且病情凶险。治疗该病的传统方法为对患者进行开胸手术以将夹层动脉瘤切除, 同时进行人造血管置换术或是夹层动脉瘤开窗减压术, 但传统的手术方法操作起来较为复杂, 对患者造成的创伤较大, 容易出现较多的并发症且具有较高的死亡率, 因此在临床中的应用得到了限制。近年来, 临床上对该病通过介入的手段在血管腔内安置支架, 该治疗方法属于微创操作, 且操作起来简单, 患者出现并发症的概率较低, 治疗成功率高, 受到广大患者的认可。在手术前后通过实施有效的护理干预措施能够推动手术的顺利进行, 提高患者的手术舒适度, 保证治疗效果。优质综合护理是临床护理工作十分推崇的护理模式, 从各个角度对患者进行护理干预, 分别在术前做好各项准备及心理干预, 术中做好配合工作, 并在术后做好生命体征监测、体位护理及并发症的预防及处理<sup>[1,2]</sup>。通过围手术期的护理干预大大提升患者的手术治疗效果。本研究选取了 60 例主动脉夹层及夹层动脉瘤患者, 对患者的资料进行了回顾性分析, 并以分组的形式对不同护理方式的效果进行了对比分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

从本院 2021 年 10 月至 2023 年 3 月收治的主动脉夹层及夹层动脉瘤患者中选出 60 例作为研究对象, 所有患者在入院前均有突发剧烈的背部撕裂疼痛, 并逐渐向腰腹部放射。查体显示, 体温、脉搏、呼吸均正常, 心肺无异常表现, 腹部无包块。进行 MRI 检查显示主动脉夹层动脉瘤形成。所有患者及其家属均同意接受血管腔内手术治疗。纳入标准: 均确诊为主动脉夹层及夹层动脉瘤; 年龄不超过 68 岁, 且在 31 岁以上; 无其他恶性肿瘤及重大脏器疾病; 有良好的认知功能及沟通能力。排除标准: 年龄低于 31 岁或是超过 68 岁; 合并有其他恶性肿瘤及重大脏器疾病; 精神障碍、认知功能及沟通障碍; 中途退出者。在得到医院伦理委员会的批准下将所有患者分为优质组与对照组, 每组 30 例患者。对照组中男性有 16 例, 女性有 14 例, 年龄 33-67 岁, 病程 3-35h; 优质组中男性有 15 例, 女性有 15 例, 年龄 32-68 岁, 病程 8-36h。对比两组患者的一般资料显示结果无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 可对比。

### 1.2 方法

对照组中的 30 例患者给予常规的护理方法, 优质组中的 30 例患者给予优质综合护理干预措施, 具体包括以下内容。

#### 1.2.1 术前护理

##### 1.2.1.1 心理护理

突然的剧烈疼痛会增加患者的恐惧感及焦虑感, 再加上在术后会

安装各种监护仪器增加了患者的陌生感, 以及绝对卧床都会大大增加患者的焦虑, 这就不利于控制血压及心率, 导致夹层血肿出现延伸的情况。因此, 在术前做好患者的心理护理工作非常重要。首先护理人员应主动与患者进行交流, 给予患者更多的关心与安慰, 主动向患者解释病情, 最大程度地消除他们的恐惧与焦虑, 从而更加积极主动地去配合和接受手术治疗<sup>[3]</sup>。另外, 向患者进行疾病相关知识的健康宣教, 增加患者对疾病的认知, 使其能够按照医嘱卧床休息, 并做到防止用力排便及咳嗽, 同时切勿情绪过于激动。

##### 1.2.1.2 病情监测

做好心电图监护, 同时严密监测患者的心率及血压, 并做好详细的记录工作, 若患者在情绪上有波动或是血压出现异常都会导致心率加快, 这就使得夹层血肿延伸, 一旦出现心率加快的情况要及时通知医生。为患者使用  $\beta$  受体阻滞剂, 以对心率进行很好的控制, 从而发挥出延缓夹层血肿或是终止其延伸的作用。另外, 还要对患者的四肢血压变化情况进行严密的观察, 同时测量上肢、下肢、左肢、右肢的血压, 有血压升高后应使用硝普钠静脉微量泵入, 保持收缩压在 100-120mmHg。观察患者的疼痛情况, 是否出现部位转移或放射, 并告知患者疼痛发生时禁止翻滚、按压及拍打疼痛部位。

##### 1.2.1.3 术前准备

根据患者的不同文化程度来进行术前宣教, 主动向患者介绍进行手术治疗所要达到的目的, 详细介绍手术的操作过程、手术中及手术后需要积极配合的问题。这样的术前准备患者会具备较强的安全感, 会更加主动地配合手术的操作。另外, 做好常规的术前备皮工作, 在术前 8h 禁食、4h 禁水, 充分做好术前的各项准备。

#### 1.2.2 术中护理

在手术操作中仍旧做好患者各项生命体征的监测, 积极与麻醉医师配合, 熟悉各种器械的功能及具体的操作方法。在手术整个过程中严格无菌操作, 控制手术室内的人员数量。保持导尿管的通畅, 及时更换尿袋并做好尿量的记录<sup>[4]</sup>。

#### 1.2.3 术后护理

##### 1.2.3.1 监测生命体征

术后对患者继续监测生命体征, 每隔 30min 监测血压、脉搏、呼吸及意识 1 次。同时监护循环功能, 这是对患者术后需要重点监护的内容。该类患者往往会有高血压及冠心病病史, 再加上在术后早期患者会表现出应激反应且体温也会出现升高的情况, 这就增加心脏意外事件的发生率。在术后 48h 要对患者的血压进行严密的监测, 必要的情况下为患者使用硝酸甘油或硝普钠来对血压进行控制。通过观察患者血压的变化情况来调整血管活性药物的使用剂量, 有异常情况出

现后需要及时通知医师并协助处理。若患者处于持续血压升高的状态则需要对下肢血压进行监测。

1.2.3.2 体位的护理

术后穿刺侧的肢体要在平伸状态下制动 6-8h, 48h 后可在床上进行轻微的活动, 72h 后根据自身的情况下床活动。

1.2.3.3 并发症的观察及护理

①伤口出血: 术后对伤口进行常规的加压包扎, 并对穿刺部位使用沙袋进行加压。出现轻微渗血的患者可通过调整沙袋得到缓解。②下肢动脉栓塞: 主动脉夹层动脉瘤往往会有动脉粥样硬化, 尤其是动脉壁出现严重钙化的患者, 在术中进行动脉的阻断会引发肢体栓塞。一旦出现栓塞将会引发下肢急性或慢性缺血的情况。因此, 术后应关注患者的下肢情况, 根据患者情况予以抗凝、祛聚、扩血管治疗。③感染: 感染在血管腔内介入手术后是常见的并发症, 具有较高的发病率。术后在对患者换药时要严格消毒, 防止出现血管及切口感染<sup>[5]</sup>。在术后应鼓励患者深呼吸、有效的咳嗽及咳痰, 并采用背部叩击及雾化吸入的方法预防感染<sup>[6]</sup>。

1.2.3.4 出院指导

对于病情稳定且符合出院标准的患者应做好其出院指导, 使患者掌握更多的保健知识, 以有效地控制血压。告知患者出院后应继续坚持服药, 并在饮食上引起注意, 以清淡易消化的食物为主, 并进食低胆固醇、低脂肪的食物<sup>[7]</sup>。同时, 要保证适当的运动量, 防止出现过度劳累及情绪激动的情况, 戒烟酒, 控制好体重, 定时监测血压, 定期来院复查<sup>[8]</sup>。

1.3 观察指标

对比两组护理疗效(分为显效、有效及无效, 总有效率为显效率与有效率之和)、焦虑、抑郁评分及生活质量评分(包括生理职能、身体活力、生理机能、情感职能、社会功能及精神健康)。

1.4 统计学方法

所有数据均使用 SPSS23.0 软件进行统计学分析, 计量资料使用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 进行 t 检验, 计数资料使用 (%) 表示, 进行  $\chi^2$  检验, 组间差异有统计学意义则使用  $P < 0.05$  表示。

2 结果

2.1 两组护理疗效比较

见表 1。

表 1 两组护理疗效比较

组别	例数	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	总有效率 (%)
优质组	30	20	8	2	93.33
对比组	30	12	10	8	73.33
$\chi^2$	-	-	-	-	6.253
P	-	-	-	-	0.002

2.2 两组护理前后焦虑及抑郁评分比较

见表 2。

2.3 两组患者生活质量评分比较

见表 3。

表 2 两组护理前后焦虑及抑郁评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	焦虑评分		抑郁评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
优质组	30	14.15 ± 3.09	7.12 ± 1.74	14.88 ± 2.69	6.43 ± 1.55
对比组	30	14.21 ± 3.12	9.35 ± 1.82	14.76 ± 2.63	8.83 ± 1.95
t	-	0.088	4.326	0.135	5.284
P	-	0.931	0.003	0.859	0.000

表 3 两组患者生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	生理职能	身体活力	生理机能	情感职能	社会功能	精神健康
优质组	30	79.88 ± 6.41	70.12 ± 6.74	71.65 ± 6.68	70.65 ± 6.79	71.58 ± 7.38	69.68 ± 6.44
对比组	30	55.23 ± 6.21	60.15 ± 6.53	61.23 ± 6.21	61.02 ± 6.51	61.23 ± 6.25	55.23 ± 6.15
t	-	4.189	4.745	3.183	4.164	4.119	3.412
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

目前, 主动脉夹层及夹层动脉瘤主要采用血管腔内介入手术治疗, 虽然该手术与传统手术比较风险已经大大降低, 但术后仍旧可出现并发症, 降低了治疗效果。因此, 在围术期采取优质综合护理是非常必要的。在术前, 对患者进行心理护理、做好病情监测及术前准备工作, 在术中, 严密监测生命体征并做好无菌操作, 在术后, 继续监测生命体征, 做好体位护理、并发症观察与护理, 以及对符合出院标准的患者做好出院指导工作<sup>[9,10]</sup>。从本次研究结果可看出, 实施优质综合护理的优质组, 护理疗效更佳、焦虑及抑郁评分更低、生活质量评分更高, 与给予常规护理方法的对比组比较差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

综上所述, 将优质综合护理措施应用在主动脉夹层及夹层动脉瘤患者中能够收到理想的效果, 患者的不良情绪会得到显著改善, 生活质量得以提升, 整体护理疗效令人满意, 值得推广应用。

参考文献:

[1]熊小琴. DeBaKey III 型主动脉夹层动脉瘤腔内修复术围手术期护理[J]. 现代医药卫生, 2020 (S01): 139-140.  
 [2]王恒. 预见性护理在主动脉夹层动脉瘤患者中的应用价值分析[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(04): 361-362.

[3]李莉, 罗红侠. 心理护理干预联合健康宣教对主动脉夹层动脉瘤患者不良情绪和治疗依从性的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2020, 27(10): 1245-1248.

[4]梁敏, 张莹莹, 杨静静. 责任制护理对主动脉夹层动脉瘤介入治疗术后康复的影响[J]. 中国校医, 2020, 34(11): 834-835+880.

[5]陈颖颖. 探讨主动脉夹层动脉瘤腔内修复术围术期护理方法[J]. 首都食品与医药, 2019 (22): 177-177.

[6]葛在满. 主动脉夹层腔内修复术后并发症的原因及处理[J]. 家庭医药, 2019 (4): 194-195.

[7]刘芮沂, 刁秀梅. 优质护理在主动脉夹层动脉瘤患者外科手术后应用效果观察[J]. 中国医药指南, 2022 (15): 176-178, 182.

[8]熊小慧. 围术期综合护理在改善主动脉夹层动脉瘤患者生存质量中的应用[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2022 (10): 0122-0124.

[9]郭蓓利. 综合护理在主动脉夹层动脉瘤患者围术期的应用[J]. 中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生, 2022 (9): 0237-0240.

[10]毕祥娜, 马丽元. 围术期综合护理对主动脉夹层动脉瘤患者术后并发症及生存质量的影响[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022 (9): 0074-0077.

# 预见性急救模式下责任制护理在重症胸腰椎压缩骨折患者中的效果及并发症发生率分析

宋玉晓

(江苏省无锡市惠山区第二人民医院 ICU 江苏无锡 214100)

**摘要:**目的:分析预见性急救模式下责任制护理在重症胸腰椎压缩骨折患者中的效果。方法:选择2022年2月至2023年2月本院收入76例重症胸腰椎压缩骨折患者进行研究,随机分为对照组(常规急救护理)和观察组(预见性急救模式下责任制护理),各38例,比较护理效果。结果:急救前,两组各项伤椎影像学指标、SF-36评分无显著差异,  $P > 0.05$ ;急救后,观察组各项伤椎影像学指标及SF-36评分改善情况都好于对照组,急救时间短于对照组,抢救成功率高于对照组,并发症发生率低于对照组,  $P < 0.05$ 。结论:若患者存在重症胸腰椎压缩骨折,则建议其实施预见性急救模式下责任制护理,进而可以帮助患者获得较佳的干预效果,可以促使患者伤椎得到较好的恢复,同时患者的生活质量得到提升,抢救成功概率提高,并且不容易出现并发症,临床对此可推广普及。

**关键词:** 预见性急救模式下责任制护理; 重症胸腰椎压缩骨折; 并发症

当下,因为交通业的发展速度相对较快,同时出行选择更具多样化,交通事故发生率提升,这也导致出现重症创伤性骨折患者的急救风险进一步提升。在临床上,重症胸腰椎压缩骨折较为多见,其是创伤性骨折的一种,当患者发生此种骨折的时候,因为人的脊柱组织多样性明显,所以很容易对机体中其他较为重要的器官产生影响,而这也容易加重患者的疾病状况,患者伤残风险将大大增加<sup>[1]</sup>。此种疾病发展速度较快,如果不能及时对患者进行救治,则容易对患者的生命安全产生十分显著的负面影响。所以,临床对于此类患者高质量治疗及护理工作的进行就较为关注。通常临床主要会选择使用常规急救护理,不过其缺少必要的针对性,因此患者最佳治疗时机容易受到影响,从而不能保证患者的实际疗效保持最佳状态<sup>[2]</sup>。预见性急救护理是有较高科学性、合理性的一种护理模式,此种模式下的护理服务一般是以实际急救中出现概率较高的问题为基础进行的,患者入院后,护理人员应当基于患者的疾病情况开展相对快速的评估,基于患者的实际状况进行急救方案的确定并进行落实,从而帮助减少进行急救的时长,这可以促使实际的急救效果提升。而责任制护理一般指的是明确护理人员具体的责任,并要求每名护理人员都要高质量落实,由此保证护理的各环节都可以高质量的完成<sup>[3]</sup>。基于此,本文旨在分析预见性急救模式下责任制护理的临床效果,分析其在重症胸腰椎压缩骨折患者中的影响效果,并进行如下报告。

## 1 资料与方法

### 1.1 基线资料

以2022年2月至2023年2月本院收入76例重症胸腰椎压缩骨折患者进行研究,随机分为对照组和观察组,各38例。对照组:男女人数21:17,年龄19-75(43.25±6.24)岁;观察组:男女人数22:16,年龄19-74(43.35±6.27)岁。两组一般资料无显著差异,  $P > 0.05$ ,可比。

### 1.2 方法

对照组实施常规急救护理,观察组采用预见性急救模式下责任制护理,具体如下。

#### 1.2.1 组建护理小组

组建预见性急救模式下责任制护理小组,科室护士长担任组长,选择临床经验较多的护理人员作为组员,集中培训小组成员<sup>[4]</sup>。探究预防性急救责任制护理措施,完成相关管理制度,保证小组成员都能明确自身责任所在。

#### 1.2.2 护理方法

(1) 预见性急救护理: ①预见性休克护理: 接诊后, 急诊护理

人员需要对患者的疾病状况迅速进行评估,对于生命体征出现的改变加以严密关注,如果观察到患者发生休克,应迅速完成静脉通路的建立,补充血容量。对导尿管进行留置,如果观察到患者出现电解质紊乱,则要尽快纠正<sup>[5]</sup>。②预防性窒息护理: 护理人员需要严密监测患者的呼吸状况,若出现呼吸不通畅的情况,需要尽快对患者气道进行检查,若发生堵塞,则要清理干净阻塞物,若患者属于危重症要做好气管插管。③预防性感染护理: 完成清创的工作后,按医师开具医嘱为患者使用抗生素,进而促使其感染概率下降<sup>[6]</sup>,避免移动患肢,换药动作保证轻柔。④预防性心理护理: 因为疾病属于突发事件,故应当注意安抚患者情绪,让患者减少担心,可以借助成功案例鼓励患者,并及时对患者的问题进行解答,给患者较为积极的心理暗示。⑤预防呼吸系统并发症护理: 护理人员在完成手术后要及时提醒患者和家属,保证患者绝对卧床休息,对于翻身、拍背及按摩等动作,注意正确指导患者家属,注意上述动作需定时进行,以免患者下肢静脉血栓或肺炎发生风险增加<sup>[7]</sup>。⑥预防性压力性损伤护理: 护理人员要告知患者和家属在术后开展压力性损伤预防有较为重要的价值,建议通过设置气垫床、定时按摩翻身等进行预防。⑦预防出现下肢深静脉血栓: 护理人员要在手术完成后对患者的肢体活动进行指导,等到患者的状况慢慢稳定之后,可以引导患者进行进行难度相对偏低的运动,如床旁运动等,在有需要的情况下可以使用抗血栓药物<sup>[8]</sup>。

(2) 责任制护理: ①术前护理: 在进行手术之前,患者需开展各项检查,护理人员需从旁协助,落实好患者生命体征的监测,开展影像学检查和心电图监护。若患者状况较为严重,应落实好多科室会诊,从而保证选择最佳的手术方式。与此同时,护理人员也要对手术器械数量及物品摆放位置进行认真检查。②术中护理: 手术进行过程中,护理人员要对患者生命体征进行有效监测,并科学评估患者心理情况,若出现异常情况,应当尽快通知主治医师,而如果患者的情绪状态不佳,建议从患者的实际情况出发实施心理干预,借此稳定患者的状态,也帮助改善其负面心理状态。术中需正确传递器械,并进行认真核对<sup>[9]</sup>。③术后护理: 在进行完手术之后,护理人员需要认真清点医疗器械数量并做好消毒工作,手术完成后要严密监测患者的体征情况,还需要注意观察患者大小便情况,也要加强对患者肢体感觉运动的观察。对于引流管的状况,需要定期开展检查,关注点在于引流液颜色和量,若其慢慢减少要及时将引流管拔除,手术完成后应定期给患者更换药物<sup>[10]</sup>。

#### 1.3 观察指标

①急救效果: 急救时间、抢救成功率。②伤椎影像学指标: Cobb's

角、椎体高度、椎体压缩率。③生活质量：借助简明健康状况调查问卷(SF-36)进行评估,涉及五个维度,均计为100分,量表正向计分。④并发症:泌尿系感染、肺炎、便秘、压力性损伤。

1.4 统计学方法

用SPSS 26.0对数据进行分析,计数数据用[n(%)]表达,行 $\chi^2$ 检验,计量资料表示为( $\bar{x} \pm s$ ),行t检验,P<0.05则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组急救效果比较

见表1。

表1 两组急救效果比较[ $\bar{x} \pm s, n(\%)$ ]

组别	例数	急救时间(min)	抢救成功率
观察组	38	49.23 ± 7.84	37(97.37)
对照组	38	74.81 ± 11.26	33(86.84)
t/ $\chi^2$		14.423	4.824
P		0.000	0.022

2.2 两组伤椎影像学指标比较

见表2。

2.3 两组SF-36评分比较

见表3。

表2 两组伤椎影像学指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	Cobb's角(°)		椎体高度(mm)		椎体压缩率(%)	
		急救前	急救后	急救前	急救后	急救前	急救后
观察组	38	17 ± 2	41 ± 6	15.23 ± 2.94	21.54 ± 4.31	35 ± 4	20 ± 2
对照组	38	17 ± 3	14 ± 4	14.95 ± 3.33	17.72 ± 4.03	35 ± 4	29 ± 5
t		0.001	33.214	0.423	9.367	0.000	10.842
P		0.974	0.000	0.674	0.000	1.000	0.000

表3 两组SF-36评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	生理职能		躯体疼痛		情感职能		社会功能		总体健康	
		急救前	急救后								
观察组	38	42.46 ± 3.53	68.51 ± 4.02	47.76 ± 5.33	76.35 ± 5.91	52.33 ± 3.54	81.22 ± 3.76	46.10 ± 3.35	66.45 ± 4.81	41.23 ± 3.26	57.52 ± 5.46
对照组	38	42.51 ± 3.57	50.46 ± 3.13	47.72 ± 5.35	60.44 ± 4.11	53.12 ± 3.67	66.20 ± 4.36	45.52 ± 3.41	52.37 ± 3.55	42.34 ± 3.46	45.13 ± 4.34
t		0.034	27.472	0.053	16.964	1.197	20.335	0.901	18.204	1.742	13.835
P		0.973	0.000	0.954	0.000	0.237	0.000	0.369	0.000	0.087	0.000

2.4 两组并发症发生率比较

见表4。

表4 两组并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	发生率				
		泌尿系感染	肺炎	便秘	压力性损伤	发生率
观察组	38	1(2.63)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.63)
对照组	38	1(2.63)	2(5.26)	1(2.63)	1(2.63)	5(13.16)
$\chi^2$						3.932
P						0.041

3 讨论

胸腰椎压缩骨折患者的状况通常较为严重,致残率较高,如果不能及时进行救治容易导致二次损伤,以致患者病情延误,所以做好科学优质的急救护理较为关键。预见性急救护理具有较好的科学性及预见性,其从急救中存在的风险因素出发做好提前预防控制,系统性预防管理易发危险事件,将被动急救变得更为主动,促使护理工作有相对更高的效率。在开展急救护理时,实施责任制护理在实际工作中发挥的作用较为明显,其可以确保责任明确,护理工作能够有条不紊地进行,由此使得护理效率提高,患者发生并发症的风险也得以降低<sup>[11,12]</sup>。

结果显示,急救前,两组各项伤椎影像学指标、SF-36评分无显著差异,P>0.05;急救后,观察组各项伤椎影像学指标及SF-36评分改善情况都好于对照组,急救时间短于对照组,抢救成功率高于对照组,并发症发生率低于对照组,P<0.05。

综上,若患者存在重症胸腰椎压缩骨折,则建议其实施预见性急救模式下责任制护理,进而可以帮助患者获得较好的干预效果,可以促使患者伤椎得到较好的恢复,同时患者的生活质量得到提升,抢救成功率提高,并且不容易出现并发症,临床对此可推广普及。

参考文献:

[1]祝盼盼,朱永乐,岳朝换,等.预见性急救模式下责任制护理在重

症胸腰椎压缩骨折患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(04):16-18.

[2]孙美花.胸腰椎压缩骨折钉棒系统内固定术的手术护理配合体会[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(03):116-117.

[3]王金红,殷霞.舒适护理干预对胸腰椎压缩骨折患者心理状态、并发症和护理满意度的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(28):3171-3174.

[4]纪宝琼,章晓明.老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折65例临床护理探究[J].中外医学研究,2018,16(33):109-111.

[5]荣贝思,吴姗姗.基于移动居家护理平台的干预对胸腰椎骨质疏松性椎体压缩骨折患者的影响[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(5):25-28.

[6]殷晓静.经皮椎体成形术治疗胸腰椎压缩骨折护理方法及效果评价[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(94):273-274.

[7]王荧.围手术期护理干预在老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者的效果观察[J].家有孕宝,2021,3(2):234.

[8]王裔睿.综合护理模式在老年患者胸腰椎压缩骨折椎体成形术围术期的效果研究[J].当代护士(下旬刊),2019,26(1):60-62.

[9]邵继恩.探讨协同护理模式对骨质疏松性胸腰椎压缩骨折老年患者术后遵医行为和生活质量的影响[J].临床研究,2019,27(8):183-184.

[10]赵英玲.唑来膦酸注射液联合FTS理念的护理在胸腰椎骨质疏松性椎体压缩骨折围手术期中的应用[J].药品评价,2018,15(21):42-44,48.

[11]尉国莲,张竹楹,赵玉萍.护理模式联合心理干预对老年OVCF患者术后情绪的影响[J].浙江临床医学,2018,20(5):948-950.

[12]王照林,张文祥.经皮椎体成形术治疗胸腰椎压缩性骨折的临床护理[J].中国伤残医学,2019,27(19):28-29.

# 对糖尿病患者实施个性化健康教育及护理干预的价值探究

向桂芳

(湖北民族大学附属民大医院 湖北恩施 445000)

**摘要:**目的 探究对糖尿病患者实施个性化健康教育及护理干预产生的临床价值。方法 选取湖北民族大学附属民大医院在 2022 年 1 月至 2023 年 1 月收治的 78 例糖尿病患者作为研究对象,并将所有患者进行分组处理。其中的 39 例纳入到对照组中,并在接受治疗的过程中给予常规的护理方法,另外的 39 例纳入到观察组中,给予患者个性化的健康教育及护理干预措施。对比两组患者的血糖指标、健康知识及行为能力、自我管理行为、自我效能及护理满意度评分。结果 在空腹血糖、餐后 2h 血糖及糖化血红蛋白几项血糖指标上,经过护理后均有所改善,且观察组的改善幅度要明显大于对照组,组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。在健康知识、健康行为、自我管理行为上的评分均在护理后有所上升,且观察组明显高于对照组,组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。在健康饮食、饮食与血糖、健康行为、遵医嘱用药各个方面的自我效能评分上都有所提升,且观察组明显高于对照组,组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。统计护理满意度评分显示,观察组各项明显高于对照组,组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 对于糖尿病患者实施个性化的健康教育及护理干预措施能够很好地控制血糖水平,增加患者对相关健康知识的知晓度,有利于改善患者的不良行为,使其做好自我管理,在整体上控制好病情,赢得患者的满意。

**关键词:** 糖尿病; 个性化健康教育; 护理干预; 血糖水平; 满意度

糖尿病具有较高的发病率,随着人们生活节奏的加快,饮食及作息上都发生了巨大的改变,导致糖尿病的发生率逐渐呈上升趋势,且发病人群由中老年向年轻人转变。糖尿病若不进行及时有效的治疗将会引发各种并发症,增加患者的痛苦,降低生活质量。因此,对于糖尿病患者应做好血糖值的控制工作,除了在药物上指导患者坚持服用,同时,还需要在平时的生活中对患者进行全方面的护理干预,改变患者不良的行为习惯。具体的对患者进行健康教育,提升患者的健康意识,有效改善血糖。常规的护理方法注重的是对疾病进行相应的护理,针对性不强,也就使得达到的护理效果并不佳。而具有个性化的健康教育及护理干预具有较强的针对性,能够帮助患者控制好病情,将血糖维持在较为理想的状态。为了更好地探究个性化健康教育及护理干预措施在糖尿病患者中的应用效果,本次研究选取了 78 例患者进行详细的分析,并以分组对比的方式对该护理模式的价值进行了证实。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

从湖北民族大学附属民大医院收治的糖尿病中选出 78 例作为本次的研究对象,所有患者的就诊时间均为 2022 年 1 月至 2023 年 1 月。患者及其家属均知悉本次的研究内容,并提供了可参考的资料,与糖尿病的诊断标准相符合,空腹血糖为 7.0mmol/L 及以上,餐后的 2h 血糖在 11.1mmol/L 及以上,且病程在 5 年及以上。按照随机的方式将所有患者分为两组,一组为对照组,一组为观察组,每组 39 例患者。对照组中男性患者有 25 例,女性患者有 14 例,年龄最大的为 66 岁,最小的为 36 岁,平均 ( $52.24 \pm 3.71$ ) 岁,病程最长的为 12 年,最短的为 5 年,平均 ( $8.54 \pm 2.26$ ) 年,学历在初中及以上的有 20 例,在初中以上的有 19 例,身体质量指数最大的为  $28\text{kg/m}^2$ ,最小的为  $23\text{kg/m}^2$ ,平均 ( $25.46 \pm 0.51$ )  $\text{kg/m}^2$ 。观察组中男性患者有 24 例,女性患者有 15 例,年龄最大的为 67 岁,最小的为 35 岁,平均 ( $52.19 \pm 3.74$ ) 岁,病程最长的为 11 年,最短的为 6 年,平均 ( $8.21 \pm 2.15$ ) 年,学历在初中及以下的有 21 例,在初中以上的有 18 例,身体质量指数最大的为  $27\text{kg/m}^2$ ,最小的为  $24\text{kg/m}^2$ ,平均 ( $25.78 \pm$

$0.64$ )  $24\text{kg/m}^2$ 。对比两组患者的一般资料情况显示差异并不大 ( $P > 0.05$ ),具有研究对比的价值。

### 1.2 方法

对照组中的 39 例患者给予常规的护理方法。观察组中的 39 例患者则实施个性化的健康教育及护理干预措施,具体包括以下几项内容。

#### 1.2.1 成立个性化健康教育及护理干预小组

由有丰富护理经验的护理人员组成干预小组,护士长为小组组长,各组员中还包括责任医生及责任护士。组长及责任医生定期开展小组培训及考核工作,内容主要涉及糖尿病的治疗及护理操作,特别要侧重于对糖尿病患者的健康教育及护理,小组内的所有护理人员都需要通过考核<sup>[1]</sup>。

#### 1.2.2 做好对糖尿病患者病情的评估

使用调查量表对患者的健康知识掌握情况、行为能力、自我管理行为及自我效能等进行评估,结合患者多方面的实际情况来制定出具有个性化的健康教育及护理计划。

#### 1.2.3 个性化健康教育及护理干预的实施

①向糖尿病患者发放健康手册:结合健康手册中的内容向患者讲解疾病相关的知识、自我保健的方法及需要注意的问题,让患者能够随时在手册中查看相关的内容。②开展相关知识的讲座:责任医生定时开展关于糖尿病相关内容的健康讲座,介绍糖尿病的日常管理、血糖监测及预防保健内容,及时耐心地解答患者提出的各种疑问,解除他们的顾虑。③利用微信平台推送相关的知识:成立微信健康宣教平台,指导患者关注微信公众号并从中获取糖尿病的相关知识;专人定期在微信平台推送知识,患者能够进行留言,护理人员会在第一时间给予回复<sup>[2]</sup>。④以各种方式对患者进行定期随访:对患者的随访方式有多种,可以是电话随访、微信随访、上门随访等,在随访的过程中从患者的实际情况出发再次进行健康教育,让患者清楚自我管理行为及能力对于控制好糖尿病病情的必要性及重要性。多给予患者鼓励,使其能够积极地参与各项实践活动。⑤具有个性化的情绪疏导与干预:加强与患者的交流,尤其要关注其情绪变化,对其实施针对性的

情绪疏导, 让患者明白保持良好的情绪对于控制血糖的重要性<sup>[3]</sup>。⑥个性化用药及运动指导: 对患者的具体用药方案进行指导, 使其准确掌握用药量、用药时间及需要注意的问题等。同时, 结合患者的身体状况对其进行运动指导, 为患者推荐适合的运动项目, 但需要注意避免过度运动。

1.3 观察指标

对比两组患者的血糖指标、健康知识及行为能力、自我管理行为、自我效能及护理满意度评分。血糖指标包括空腹血糖、餐后 2h 血糖及糖化血红蛋白。自我效能包括健康饮食、饮食与血糖、健康行为及遵医嘱用药。护理满意度评分主要是对护理人员的服务态度 (3-15 分)、业务水平 (1-5 分)、护理管理 (1-5 分)、健康教育 (5-25 分) 及人文关怀 (2-10 分) 的满意评分。

1.4 统计学方法

使用的统计学软件: SPSS22.0, 计量资料: ( $\bar{x} \pm s$ ), 检验方法:

t, 差异有统计学意义:  $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者护理前后血糖水平比较

护理前各项血糖水平均无统计学差异 ( $P > 0.05$ ), 经过护理后各项指标均有改善, 且观察组明显优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

2.2 两组患者护理前后健康知识、健康行为及自我管理行为评分比较

护理前组间未呈现出统计学差异 ( $P > 0.05$ ), 经过护理后均有改善, 且观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

2.3 两组患者护理前后自我效能评分比较

在护理前各个自我效能指标间的差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 护理后均提升, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 1 两组患者护理前后血糖水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)	t	P
观察组	39	护理前	9.05 ± 1.71	14.64 ± 3.51	8.29 ± 1.43	0.023	> 0.05
		护理后	6.84 ± 1.11	9.55 ± 1.54	6.73 ± 0.68	4.562	< 0.05
对照组	39	护理前	9.13 ± 1.81	14.26 ± 3.26	8.19 ± 1.35	0.621	> 0.05
		护理后	7.72 ± 1.34	11.06 ± 2.97	7.55 ± 0.89	5.138	< 0.05

表 2 两组患者护理前后健康知识、健康行为及自我管理行为评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	时间	健康知识	健康行为	自我管理行为	t	P
观察组	39	护理前	36.18 ± 6.52	40.35 ± 4.97	17.35 ± 5.31	0.415	> 0.05
		护理后	54.62 ± 6.79	50.13 ± 5.14	29.46 ± 5.98	7.165	< 0.05
对照组	39	护理前	36.21 ± 6.45	40.61 ± 5.11	17.31 ± 5.12	0.329	> 0.05
		护理后	42.11 ± 7.21	43.26 ± 4.95	22.51 ± 6.16	7.265	< 0.05

表 3 两组患者护理前后自我效能评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	时间	健康饮食	饮食与血糖	健康行为	遵医嘱用药	t	P
观察组	39	护理前	21.64 ± 4.88	9.46 ± 2.03	21.12 ± 5.05	11.65 ± 2.12	0.125	> 0.05
		护理后	30.59 ± 4.92	12.66 ± 2.41	31.16 ± 1.97	14.88 ± 1.69	7.568	< 0.05
对照组	39	护理前	21.84 ± 5.13	9.47 ± 2.12	24.33 ± 5.14	11.64 ± 2.06	0.269	> 0.05
		护理后	25.78 ± 4.26	10.28 ± 2.44	27.63 ± 4.52	12.56 ± 2.13	7.421	< 0.05

2.4 两组患者护理满意度评分比较

观察组服务态度、业务水平、护理管理、健康教育及人文关怀的满意度评分均高于对照组, 组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

3 讨论

糖尿病属于一种慢性、终身性的代谢性疾病, 发病率及发病人群都随着人们生活方式及饮食结构的改变而改变。该病的主要临床表现为胰岛素分泌缺陷, 血糖、蛋白质及脂肪代谢出现异常, 具体表现为血糖持续升高, 多食、多饮、多尿、消瘦, 若不能对血糖进行很好的控制将会对其他脏器造成损害, 严重的还会引发急性代谢性疾病, 威胁到患者的生命安全。因此, 对于糖尿病患者应有效控制好血糖。这就需要患者进行各方面的指导, 除了包括用药指导以外还应强化疾病相关知识的健康教育<sup>[4]</sup>。通过个性化的健康教育及护理干预提升患者的自我管理能力和纠正和改善不良的生活方式及行为, 针对患者的具体情况开展个性化的护理服务, 尊重患者的个体差异, 对其实施个性化的健康教育。具体的流程包括组建个性化健康教育及护理责任小组, 对患者的具体病情进行全方面的评估, 根据评估的结果来对患者实施个性化的健康教育及护理, 通过各方面的健康指导让患者对疾病相关知识有充分认识, 提升他们各方面的能力<sup>[5]</sup>。

从本次研究结果可看出, 实施个性化健康教育及护理干预措施后观察组各项血糖水平指标得到了显著的改善, 健康知识、健康行为及自我管理行为、健康饮食、饮食与血糖及遵医嘱用药评分均上升, 且对表现在护理满意度的评分也均上升, 与给予常规护理方法的对照组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

综上所述, 对于糖尿病患者实施个性化健康教育及护理干预措施能够有效地控制血糖, 改善患者各方面的不良行为, 提高生活质量。

参考文献:

[1]蔡爱博,施碧华,丁陈花.健康教育联合心理护理对老年糖尿病患者影响研究[J].心理月刊, 2022,17(19):99-101.  
 [2]曾燕.全程健康教育模式在糖尿病护理干预中的应用效果分析[J].糖尿病新世界,2021,24(21):10-13,19.  
 [3]张灿灿,袁博.糖尿病护理中健康教育临床护理路径的应用效果分析[J].糖尿病新世界,2021,24(23):129-132.  
 [4]张敏.改进糖尿病患者的护理教育模式研究[J].养生保健指南, 2019 (30): 37,42.  
 [5]姚晨晨.个性化健康教育在糖尿病护理中的应用[J].安徽医学报, 2021 (5): 69-70.

# 基于量化评估策略的护理干预在急性消化道出血中的效果及对疼痛程度的影响

徐静蕾

(江苏省无锡市惠山区第二人民医院 ICU 江苏无锡 214100)

**摘要:** 目的: 分析基于量化评估策略的护理干预在急性消化道出血中的效果。方法: 选择 2022 年 6 月至 2023 年 6 月本院收入急性消化道出血患者 68 例进行研究, 随机分成对照组 (常规护理) 和观察组 (基于量化评估策略的护理干预), 均 34 例, 比较护理效果。结果: 护理前, 两组 VAS 评分无显著差异,  $P > 0.05$ ; 护理后, 观察组疼痛评分及各项指标都少于对照组, 护理满意度优于对照组,  $P < 0.05$ 。结论: 对于急性消化道出血患者而言, 采用基于量化评估策略的护理干预可以获得较好的效果, 患者的机体疼痛感明显降低, 同时患者的出血症状可尽快改善, 患者实际恢复时长减少, 患者对护理人员的信任度较高, 对相关护理工作的开展也可以更为配合。

**关键词:** 量化评估策略; 护理干预; 急性消化道出血; 临床效果; 疼痛程度

在临床上, 急性消化道出血是十分多见的一种消化道疾病, 起病因素相对复杂, 患者疾病表现有明显的个体差异性。一些低危患者可以不必进行特异性治疗, 一段时间后可以自愈, 不过对高危患者而言, 则其往往有一定的可能会出现失血性休克风险, 对患者的生命健康有严重的威胁。相关研究表明, 急性消化道出血的死亡率在 10%–14%, 而若是患者同时存在多种并发症, 则其死亡风险将上升至 35%<sup>[1]</sup>。因此, 患者发病后, 需要对其疾病的实际情况进行科学评估, 进而便于形成科学高质的治疗及护理方案。相关研究显示, 对急性消化道出血患者实施针对性分级护理的效果相对较好, 能促使实际的治疗有效率明显提高, 并且可以帮助节约医疗资源<sup>[2]</sup>。当前临床使用的急性消化道出血病情评估系统的重点在于对再出血的概率做好相关的预测工作, 并且其也能对患者发生死亡的可能做好有效的预测, 进而对医生治疗方案的确定给予必要的借鉴及参考, 但这些系统并不能对实际的护理状况做出较为精准的反映, 但基于量化评估策略的护理干预可以弥补上述不足, 其首先做好患者疾病、体征及各项指标的检测, 随后由此出发对患者所需要的护理模式进行评估<sup>[3]</sup>。基于此, 本文旨在分析基于量化评估策略的护理干预的效果, 研究其对于急性消化道出血患者的实际影响, 并进行如下报告。

## 1 资料与方法

### 1.1 基线资料

对 2022 年 6 月至 2023 年 6 月收入急性消化道出血患者 68 例进行研究, 随机分为对照组与观察组, 各 34 例。对照组: 男女人数 22:12, 年龄 22–78 (55.53 ± 7.91) 岁; 观察组: 男女人数 20:14, 年龄 21–79 (55.62 ± 7.83) 岁。两组一般资料差异有同质性,  $P > 0.05$ , 可比。

### 1.2 方法

对照组进行常规护理, 观察组进行基于量化评估策略的护理干预, 具体内容:

(1) 评估指标量化: 首先组建护理小组, 随后进行病情严重程度量化评估表的制定。对此, 首先应对相关文献开展检索, 同时做好专家咨询, 并总结临床中实际的护理经验, 之后, 基于患者年龄、并发症情况及休克指数确定具体的评估表<sup>[4]</sup>。休克指数 (SI) = 心率/收缩压, 从而对患者有无发生休克的风险进行科学评估。借助视觉模拟评分法 (VAS) 对患者疼痛状况做好必要的评估工作, 轻度 (1–3 分)、中度 (4–6 分)、重度 (7–10 分)。量化评估总分  $> 9$  分 (低危)、9–12

分 (中危)、 $> 12$  分 (高危); 单项评分  $\geq 2$  (重点干预危险因素)。评估指标: 年龄  $< 60$  岁 (1 分)、60–79 岁 (2 分)、 $\geq 80$  岁 (3 分); 休克指数  $< 0.7$  (1 分)、0.7–0.9 (2 分)、0.9 (3 分); 合并疾病 0 种 (1 分)、1 种 (2 分)、 $> 1$  种 (3 分); 负性情绪轻度 (1 分)、中度 (2 分)、重度 (3 分); 治疗手段为内科治疗 (1 分)、无治疗 (2 分)、手术治疗 (3 分); 疼痛程度轻度 (1 分)、中度 (2 分)、重度 (3 分)。

(2) 人员配置: 选入有较为丰富临床护理经验的护理人员, 涉及 N0 级 (1 年护理经验)、N1 级 (1–2 年护理经验)、N2 级 (3–8 年护理经验)、N3 级 ( $> 8$  年护理经验) 护理人员, 护理组长为 N3 级护士, 其主要负责护理工作的有序开展, 同时基于工作中的实际情况进行合理协调。

(3) 护理人员合理配置: ①低危患者主要由 N1 级负责; ②中高危患者主要由 N2 级负责, N1 级承担辅助任务。

(4) 护理方法: ①低危: 通常发生二次出血的概率较低, 对此类患者可以将重点放在心理干预和健康宣教方面, 借此实现患者身心舒适度得到提高<sup>[5]</sup>。护理人员注意耐心倾听患者, 通过积极的心理暗示提升患者治疗的信心。健康宣教可以通过多种方式进行, 以此提升患者的认知水平, 另外指导患者正确用药, 帮助提升其依从性及配合度<sup>[6]</sup>。②中危: 存在较多的风险因素, 在将出血情况控制住后需要加强对生命体征的监护, 避免患者的病情更为严重。需要注意的是, 在病房当中需要做好必要物品的配备, 具体涉及内镜、各种急救物品等<sup>[7]</sup>。注意查看患者是否出现黑便、呕血等, 做好患者生命体征的观察。强化和患者的治疗性沟通, 告知患者各种操作的目的和意义<sup>[8]</sup>。于 5:00–7:00 和 17:00–24:00 两个出血的高峰阶段加强监测。③高危: 患者发生二次出血的风险相对偏高, 在进行护理工作的时候, 要将关注点放在做好患者抢救和治疗的配合工作上。在抢救室中妥善安排患者, 确保其处于绝对卧床状态。随后给患者进行静脉通路的建立, 之后进行患者的输液及输血, 对患者的疾病状况加以严密观察, 间隔 15–30min 进行 1 次巡房, 一旦发生出血或休克需要尽快告知医师。发生呕血时要尽快清除鼻腔及口腔里的积血<sup>[9]</sup>; 若患者出现低血氧症, 需要给患者吸氧, 同时对于患者当下的意识状态应当做好评估工作, 若患者出现躁动, 可适当使用镇静剂。另外, 注意对患者的营养状况做好必要的评估, 若其存在贫血、低蛋白血氧症的情况, 需要尽快纠正, 确保患者获得较佳的营养支持<sup>[10]</sup>。

(5) 从患者实际情况出发做好护理服务, 确保其具有针对性, 在患者实际评估的风险等级出现降低的情况时, 注意在护理人员的安排方面可以加强弹性, 提升实际护理工作的质量及效率。

1.3 观察指标

①时间指标: 出血症状消失时间、住院时间。②疼痛度: 用视觉模拟评分量表 (VAS) 进行评估, 患者得分与其疼痛度呈正相关。③满意度: 于患者出院前 1d 以本院自制量表完成评估, 总计 100 分, 非常满意 (> 80 分), 满意 (60-80 分)、不满意 (< 60 分)。

1.4 统计学分析

以 SPSS 26.0 对数据进行统计, 计数数据表示为[n (%)], 行  $\chi^2$  检验, 计量资料表示为 ( $\bar{x} \pm s$ ), 行 t 检验,  $P < 0.05$  则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床时间指标比较

见表 1。

表 1 两组临床时间指标比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	出血症状消失时间	住院时间
对照组	34	3.41 ± 0.45	6.86 ± 1.23
观察组	34	2.14 ± 0.47	5.03 ± 0.86
t		11.342	6.893
P		0.000	0.000

2.2 两组 VAS 评分比较

见表 2。

表 2 两组 VAS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	护理前	护理前
对照组	34	7.15 ± 2.63	2.24 ± 0.35
观察组	34	7.26 ± 2.34	1.12 ± 0.27
t		0.282	14.296
P		0.785	0.001

2.3 两组护理满意度比较

见表 3。

表 3 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	34	10 (29.41)	15 (44.12)	9 (26.47)	25 (73.53)
观察组	34	14 (41.18)	18 (52.94)	2 (5.88)	32 (94.12)
$\chi^2$					4.321
P					0.034

3 讨论

急性消化道出血是临床十分危险的一种急性病症, 因为患者之间存在年龄及疾病诱因的差异, 所以其疾病的严重程度及具体的治疗方法存在部分差异<sup>[11]</sup>。一般, 若患者属于青年群体, 则往往其出血的出现是因为急性糜烂、溃疡等造成的; 若患者属于中年群体, 则往往其出血的出现是因为食管胃底静脉曲张、溃疡或破裂导致的; 若患者属于老年, 一般出血都是肿瘤引起的。在发生出血之后, 通常患者的疾病状况相对紧急, 若其情况较为严重, 往往会威胁到患者的健康安全, 因此通常借助手术进行治疗<sup>[12]</sup>。所以, 在对此类患者进行护理服务时, 需要对病因进行准确分析, 同时明确患者的疾病特征, 以便促使实际的治疗及护理效果提高, 也给患者提供高质量的护理服务, 促使其生活质量有所提升, 实际疗效得以提高<sup>[13]</sup>。

对患者开展心理疏导和健康教育, 可以促使患者的情绪得以稳

定, 也有助于减少患者的应激反应, 使其生理及心理舒适感提高, 加速患者的恢复。另外, 加强病情量化评估, 并对人力资源进行合理安排, 以便针对性护理得到有效落实, 借助评估患者的疾病风险, 完善前瞻性抢救准备, 从而尽早开展并对再出血发生加以预防处置, 对患者疾病的发展进行控制<sup>[14,15]</sup>。随后, 强化对于危险因素干预, 实现临床护理安全性的提升。

结果显示, 护理前, 两组 VAS 评分无显著差异,  $P > 0.05$ ; 护理后, 观察组疼痛评分及各项指标都少于对照组, 护理满意度优于对照组,  $P < 0.05$ 。总之, 若患者出现急性消化道出血, 建议实施基于量化评估策略的护理干预可以获得较好的效果, 患者的机体疼痛感明显降低, 同时患者的出血症状可尽快改善, 患者实际恢复时长减少, 患者对护理人员的信任度较高, 对相关护理工作的开展也可以更为配合。

参考文献:

[1]陈赞,余丽婷.基于量化评估策略的护理干预在急性消化道出血中的应用效果观察[J].现代诊断与治疗,2022,33(16):2526-2528.  
 [2]华东育,刘丽,蒋桂芬.基于量化评估策略的护理干预对急性消化道出血患者负性心理及危险性积分的影响[J].护士进修杂志,2018,33(05):395-399.  
 [3]白晗.基于量化评估策略的分层护理在急性上消化道出血患者中的应用效果[J].中国民康医学,2022,34(06):178-180.  
 [4]李敏,王海燕,李红芳,等.危险性积分联合量化评估护理策略在急性上消化道出血患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(24):51-53.  
 [5]姜微,崔晓晖,戴海蓉.基于风险评估的护理干预对急性消化道出血患者止血效果的影响[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(08):193-195.  
 [6]李玉梅.基于风险评估的护理干预对急性消化道出血患者负性心理及危险性积分的影响[J].青海医药杂志,2022,52(02):28-31.  
 [7]常珊珊.基于临床救治—心理—饮食—康复的四位一体协同护理干预对肝硬化合并急性消化道出血患者的应用效果[J].医学理论与实践,2021,34(21):3815-3817.  
 [8]柴蕴珠,王艳红,徐宏蕊.基于风险评估的护理干预对急性消化道出血患者负性心理及危险性积分的影响研究[J].临床研究,2020,28(02):184-186.  
 [9]赵二梅,宁国芳,冯巧荣,等.综合护理干预在急性消化道出血患者的应用研究[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(33):181,183.  
 [10]张娅.优化急诊护理流程对急诊科急性上消化道出血患者的影响[J].中外女性健康研究,2023(4):156-158.  
 [11]白娜,张燕.基于 Glasgow-Blatchford 评分的分层护理对急性上消化道出血患者止血情况、凝血功能及心理状态的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(5):132-134.  
 [12]许飘,刘恬,黄飞飞.基于 Rockall 积分的分层护理对急性上消化道出血患者的干预效果[J].黑龙江医学,2023,47(3):337-339.  
 [13]廖宝玉,陈传统,陈晓思,等.评估性模式下预警性护理对溃疡合并急性上消化道出血患者的干预效果[J].浙江创伤外科,2023,28(4):803-805.  
 [14]闫亚楠.基于 Blatchford 入院危险性评分的分级护理在肝硬化合并急性上消化道出血患者中的应用效果[J].中国民康医学,2022,34(19):179-181,185.  
 [15]董丽霞.全程优质护理在急性上消化道出血内镜治疗中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19(2):201-202.