

见及建议,有效解决门诊工作的实际困难,切实保障门诊各项工作的有序开展。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 软件 19.0 进行数据统计分析,计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用配对 t 检验进行比较,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者门诊预检分诊准确率对照 实施持续护理质量改进后门诊预检分诊准确率(92.84±4.58)%明显高于实施前(86.46±46.07)%,差异有统计学意义($t = -2.393, P < 0.05$)。

2.2 两组患者满意度对照 实施持续护理质量改进后医务人员服务态度、就医安全、就医环境、健康教育评分均明显高于实施前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者满意度对比($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	医务人员 服务态度	就医安全	就医环境	健康教育
对照组	300	86.26±6.81	84.62±7.16	82.19±6.95	83.26±7.53
试验组	300	95.47±50.69	95.43±3.41	88.89±5.85	95.55±51.66
<i>t</i>		-3.124	-23.656	-12.790	-4.087
<i>P</i>		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨 论

随着人民群众生活质量的提高,对医疗质量的要求越来越细节化、个体化。门诊是医院的窗口与门户,门诊预检分诊准确率及患者满意度直接关系到后继医院诊疗工作的科学化、制度化、正规化的实施进程^[7]。

持续质量改进是在保证质量基础上发展起来的科学化、标准化的质量管理体系,其精髓是通过科学化的管理提升组织的整体业绩、产品质量及服务质量,最大程度满足服务对象的需求^[8-9],先进的护理服务理念是提升服务品质的基础。作者在门诊护理工作中总结既往的不足及查阅大量文献^[10-12],结合本院实际情况实施了持续护理质量改进。

在实践中,针对目前专科疾病诊治细化的医学发展趋势,同时结合本院就诊患者高龄比例高、病情复杂的实际情况,采取组织定期集中专业知识授课、对患者进行分层管理、进行护理人员职业素质及心理培训、注重健康宣教的针对性、科学性 & 可执行性、规范应急预案及流程、护士分层培训模式及弹性排班制度、优化门诊就诊环境及就诊流程、反馈提升等具体措施。

门诊预检分诊准确率是诊治的导向标,而患者对医务人员服务态度、就医安全、就医环境、健康教育等满意度指标不仅仅

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.11.047

反应综合医院的综合实力,而且更是医疗质量控制的重要评估项目。通过 1 年的具体持续护理质量改进,本院在门诊预检分诊准确率及患者服务态度、就医安全、就医环境、健康教育等满意度相关指标均获得极大的提高。特别是对患者进行分层管理后,规范了患者门诊信息管理,同时明显缩短了就诊时间及简化就诊流程,减少医患矛盾及医疗风险的发生,获得患者极大好评及推崇。

经过上述实践,充分体现了“以人为本”的整体护理服务理念,鼓舞我们在今后的工作中再接再厉,更上新台阶,也希望通过努力能呼吁业内工作者更重视及实施持续护理质量改进,以期为患者提供更满意的服务。

参考文献

[1] 沈宝荣. 护理质量控制体系在门诊护理过程中的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(5): 859-860.

[2] 贾继贤. 门诊护理工作中应用人性化护理服务模式的效果分析[J]. 内蒙古医学杂志, 2014, 46(8): 1018-1019.

[3] 唐金秀. 特约门诊流程优化后分诊准确率及满意度的效果分析[J]. 实用医院临床杂志, 2013, 10(2): 107-108.

[4] 金学勤, 胡乃民, 黄群, 等. 护士分层次岗位培训的方法与效果[J]. 护理管理杂志, 2012, 12(11): 811-812.

[5] 何利君. 安全目标管理在儿科住院患儿中的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(6): 1234.

[6] 洪惠娟. 人性化服务在门诊护理管理中的应用效果[J]. 中国乡村医药, 2014, 21(22): 77-78.

[7] 仇京华, 王青春. 实行质量控制与改进小组管理持续提高护理质量的体会[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(2): 68-69.

[8] 余修华. 持续质量改进在优质护理服务质量管理中的运用[J]. 中国医学工程, 2011, 19(3): 166.

[9] 杜慧平. 持续质量改进在护理管理中的应用[J]. 中国实用医药, 2012, 7(13): 247-248.

[10] 谢红艳. 持续质量改进在儿科病区护理质量管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(3): 99-100.

[11] 范静, 曹月杰, 吴琼, 等. 优质护理服务在持续质量改进中的应用[J]. 护理实践与研究, 2012, 12(12): 47-48.

[12] 周文爽, 王青青. 持续质量改进在围术期的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(3): 338-339.

(收稿日期: 2015-10-08 修回日期: 2016-01-26)

清胰汤治疗急性胆源性胰腺炎的疗效观察及护理体会

王小梅¹, 夏 瑾¹, 王梦娜¹, 何白林^{2△}

(重庆医科大学附属第二医院: 1. 肝胆外科; 2. 中医科 400010)

[中图分类号] R47 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)11-1580-03

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是以急性上腹痛、腹胀,伴恶心、呕吐、发热及血、尿淀粉酶升高为主要特点的临床常见急腹症,是一种急性炎性病变,常侵犯胰腺周围组织及其远端器官^[1],它是由多种病因导致胰酶激活所致胰腺及其周围

组织被自身分泌的消化酶消化的化学性炎症。其中多数为轻型,病死率不超过 2%,但有近 20%~25%的患者发展为重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP),可能会导致多器官功能衰竭、败血症甚至死亡^[2]。

作者简介:王小梅(1968—),副主任护师,主要从事临床护理工作。△ 通讯作者, E-mail: wrl2001923@126.com。

在我国以胆道疾病为主要发病原因,其次是大量饮酒和暴饮暴食。胆源性胰腺炎是一种潜在的致命性疾病,病死率为 5%~10%^[3],而由胆囊结石诱发 AP 的占 35%~70%,故急性胆源性胰腺炎(ABP)逐渐引起人们的重视^[4]。近年来又有研究报道胆道微结石是 AP,尤其是急性复发性胰腺炎的重要原因之一,胆源性胰腺炎比其他原因引起的胰腺炎并发症更多^[5]。本文旨在回顾本院 2009~2014 年收治的 89 例 ABP 病例,分析联合使用清胰汤在 ABP 中的应用效果,总结其护理体会。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009~2014 年收治的 ABP 患者 89 例,男 39 例,女 50 例,年龄 26~70 岁。临床表现为腹痛、腹胀 89 例(100.00%),部分患者伴阵发性绞痛加剧,发热 58 例(65.17%),呕吐 38 例(42.70%);就诊患者血淀粉酶均升高(100.00%),肝功能异常 60 例(67.42%),胆红素升高 57 例(64.04%),血液分析提示白细胞升高 82 例(92.13%)。将患者分为两组,观察组 43 例,对照组 46 例。两组患者的性别、年龄、例数和病情轻重等差异无统计学意义($P>0.05$),说明两组均衡性良好,具有可比性。

1.2 纳入标准及排除标准 纳入标准^[6]:(1)年龄 20~70 岁的住院患者,男女不限;(2)B 超、CT 或者 MRCP 发现胆囊、胆总管结石及胆管扩张;(3)符合轻型 AP 诊断标准,同时具备 ABP 的临床表现;(4)患者知情同意,具有良好的依从性。排除标准:(1)年龄小于 20 岁或者大于 70 岁者;(2)其他原因(如高脂血症、酒精性等)引起的胰腺炎;(3)重症胰腺炎患者;(4)合并严重感染或有循环、呼吸、内分泌系统及肝、肾等严重疾病和其他疾病者;(5)妊娠或准备妊娠及哺乳期妇女;(6)不配合治疗或不愿参与研究观察者。

1.3 方法 对照组:禁食、胃肠减压,止痛、解痉,抑制胰腺分泌,纠正水电解质及酸碱平衡紊乱,保护胃黏膜,抗感染,营养支持及对症治疗。观察组:在对照组治疗的基础上加用清胰汤,其药物组成为:柴胡 15 g,白芍 15 g,生大黄(后下)15 g,黄芩 9 g,黄连 9 g,木香 9 g,延胡索 9 g,芒硝(冲服)9 g。每日 1 剂水煎取液 600~800 mL,从胃管内注入和高位保留灌肠,连续使用 5~7 d 后观察疗效。若胆总管内结石较大,直径大于 1.0 cm,且扩张明显,或出现急性重症梗阻性胆管炎,保守治疗效果不佳,则行外科手术治疗。

1.4 观察指标及有效性评判标准 观察指标包括:腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、肠功能恢复时间、血淀粉酶恢复至正常时间、住院时间及治疗有效率。有效性评判标准为:8 d 内上述指标改善为有效,8 d 以上上述指标均无改善或病情加重转手术治疗为无效。

1.5 联合清胰汤治疗 ABP 的相关护理

1.5.1 心理护理 由于 ABP 病情凶险,来势凶猛,病死率较高,一般患者会出现恐惧、焦虑心理,认为治疗看不到希望。因此责任护士应加强与患者及其家属的沟通,讲解疾病的发生、发展及预后,简要介绍 ABP 治疗经过及大致方案。并说明中药配合西药治疗的方法、作用及其重要性,消除患者紧张情绪,树立战胜疾病的信心。

1.5.2 胃肠减压的护理 在 ABP 的护理中,保证有效、持续的胃肠减压非常重要,不但能充分引出胃液,减少胃酸对胰腺分泌的刺激,使胰腺得到充分休息,也可减轻腹胀,促进胃肠功能的恢复;同时胃管也是灌注清胰汤的通道,因此,保持胃肠减压的有效性是护理的关键,胃管安置成功后,用 3M 加压固定胶带(型号:2733-75)固定胃管,防止患者活动时胃管扭曲、折叠、脱出,以保证有效的胃肠减压。每日 1 剂中药水煎取液

600~800 mL,灌药前充分抽出胃液,然后再用 50 mL 注射器从胃管缓慢注入 30~35 ℃ 的清胰汤 50~100 mL,每天 2~3 次,连续使用 5~7 d,注药前后用 10~20 mL 温开水冲洗胃管,注药后夹管 0.5~1.0 h,若患者出现恶心、呕吐、腹胀,胃管注入量应减少,夹管时间也应缩短,胃管开放后应仔细观察引流液的颜色、容量和性质。

1.5.3 高位保留灌肠的护理 连接一次性吸痰管,排尽空气,患者取左侧卧位,灌肠时臀部抬高 10~15 cm,吸痰管插入深度 20~40 cm,液面距肛门不超过 30 cm,以 60~90 滴/分的速度滴入,每次灌入清胰汤 150~200 mL,应用吸痰管替代常规肛管灌肠,有效确保了插入深度,保证药液大多保留在直肠上端,有利于保证药液在肠道的保留时间,从而在一定程度上有效保证了药效的发挥^[7],药液灌注完毕后 2~3 min 再缓慢拔出肛管,避免因插管、灌液、拔管而造成的连续性刺激,以减轻患者的便意感,延缓排便,从而使药液在肠道中保留时间延长,增加药物的吸收。每天灌肠 2~3 次,连续使用 5~7 d,观察疗效。

1.5.4 病情观察及护理 从胃管注入和从肛管灌入清胰汤后,多数患者大便次数频繁,甚至便床及肛周皮肤发红,责任护士除了观察患者腹痛、腹胀有无缓解,血淀粉酶是否恢复正常外,还应观察患者大便的量、性质、次数及水电解质情况。本组 26 例患者因频繁的解便,肛周皮肤发红且疼痛明显,及时应用温水清洗肛周皮肤,并在肛周皮肤涂皮肤保护膜,防止了肛周皮肤破损的发生;12 例患者水电解质失衡,遵医嘱给予增加输液及补充电解质,防止了水电解质紊乱的发生,同时及时更换因灌肠或排便污染的衣裤及被服,增加了患者的舒适感,提高了患者的满意度。

1.6 统计学处理 应用 SPSS16.0 软件进行统计学分析。所有计量数据采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般指标的比较 通过比较,观察组与对照组在腹痛缓解时间、腹胀缓解时间、肠道功能恢复、血淀粉酶恢复正常时间及住院时间上比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组一般指标比较($\bar{x} \pm s$)

项目	观察组 ($n=43$)	对照组 ($n=46$)	t	P
腹痛缓解时间(d)	2.31 $\pm$ 1.10	5.24 $\pm$ 1.62	11.20	<0.05
腹胀缓解时间(d)	2.84 $\pm$ 1.12	4.57 $\pm$ 1.45	4.58	<0.05
肠道功能恢复正常时间(d)	6.42 $\pm$ 1.21	10.29 $\pm$ 2.44	10.77	<0.05
血淀粉酶恢复正常时间(d)	5.19 $\pm$ 2.37	8.41 $\pm$ 2.54	5.95	<0.05
住院时间(d)	11.12 $\pm$ 2.64	15.69 $\pm$ 4.16	12.44	<0.05

2.2 治疗有效率的比较 通过比较,观察组有效 40 例,无效 3 例,有效率为 93.02%;对照组有效 30 例,无效 16 例,有效率为 65.22%,两组有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

ABP 在胰腺炎中所占比例超过总数的 60% 以上,无论国内还是西方国家,胆石症均是本病的主要原因(50%),酒精性原因占第 2 位(20%~30%),其余的(20%~30%)原因不明,称为特发性胰腺炎。但是,Schiertroma 等^[8]发现特发性胰腺炎中 50%~70% 是由于目前影像学检查不能发现的小结石(<2 mm),胆泥、胆固醇结晶、胆色素颗粒等因素刺激所诱发。临床上根据治疗需求将胆源性胰腺炎分两类:(1)胆道结石自

发经胆总管通过十二指肠乳头诱发 AP,这类患者仅需保守治疗;(2)胆管存在结石或者胆囊结石有排石可能诱发 AP 的患者,则需急诊或择期手术治疗^[9]。中医认为 ABP 可分四型:(1)气滞郁热、肝气郁结型;(2)湿热蕴结、阳明腑实型;(3)肝胆热疲型;(4)热厥气脱型。本试验所涉及的病例,经中医科医师会诊,均为气滞郁热、肝气郁结型。有研究称,AP 是在气、湿、热结聚不散造成热毒内生,终致“留淤化热”、“络淤化毒”等恶性循环,发展为“毒淤互结”之症^[10]。病至后期则表现为脾胃亏损,气阴两虚。因此,在治疗上则要理气、通化痰等,配合清热解毒、攻下等^[11]。

ABP 的西医治疗在预防控制感染、抑制胰腺分泌、减少胃肠道分泌方面有一定疗效,但在改善胃肠功能、全身症状,促进胰腺修复方面并不理想。采用本方以柴胡、香附、大黄为君药,予行气舒肝通滞为主,辅以厚朴、枳实、木香、元胡、芒硝、白芍等行气通络止痛、泄热,黄芩、胡黄连等清热解毒和胃降逆,全方组合可抑菌、抗炎、利胆和促进肠蠕动,从而减轻 ABP 时胰腺及肠组织的病理损伤。有研究表明,早期应用清胰汤,可促进胃肠蠕动,消除胃肠道“死腔”,减少细菌过量繁殖,保护胃肠道屏障功能,减少细菌移位,也可促进腹腔渗液的吸收。最新研究表明生大黄能够降低 ABP 患者胰酶分泌,抑制炎症介质释放清除自由基,起到保护胰腺、胃肠道,促进肠功能恢复,减少其他器官并发症的作用。在本次研究中,观察组患者加用清胰汤后,患者腹痛、腹胀缓解时间、血淀粉酶恢复正常时间均较对照组明显缩短。可能与清胰汤“理气、泻下、止痛、泻热”作用密切相关,促使了肠道蠕动、炎症消退,从而减轻毒素进入血液循环,在一定程度上促使胆汁、胰液和细小结石排出,可解除梗阻,使病情恢复加快。但是部分病例治疗效果不理想,即转为手术治疗,恢复可,说明加用中药治疗也存在不足,需要结合临床和患者的具体病情随时调整治疗方案及护理措施。

总之,在本次研究中,加用中药清胰汤后患者腹痛、腹胀缓解时间、肠功能恢复时间和血淀粉酶恢复正常时间均有明显改善,比常规西医治疗有明显的优点,这可能是因为中药弥补了常规西药在改善胃肠功能、改善全身症状和促进胰腺修复上的不足之处,促进了胆源性胰腺炎患者的康复,除采取有效措施保持胃肠减压的有效性,保证清胰汤的及时注入,给予高位保留灌肠,使药液在肠道中保留时间延长,增加药物的吸收外;还加强了患者水电解质的观察及肛周皮肤的护理,及时处理水电解质失衡及频繁排便引起的肛周皮肤发红,防止了水电解质紊乱及肛周皮肤破损的发生,最终使胆源性胰腺炎患者腹痛、腹胀缓解时间缩短,血淀粉酶恢复正常时间及住院时间明显减少,患者恢复较快。因此,联合使用清胰汤配以相关护理的疗

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.11.048

效肯定,值得在临床上推广运用。

参考文献

[1] Kim JE,Hwang JH, Lee SH, et al. The clinical outcome of elderly patients with acute pancreatitis is not different in spite of the different etiologies and severity[J]. Arch Gerontol Geriatr,2012,54(1):256-260.

[2] Carrasco C,Holguín-Arévalo MS,Martín-Partido G, et al. Chemopreventive effects of resveratrol in a rat model of cerulein-induced acute pancreatitis[J]. Mol Cell Biochem, 2014,387(1/2):217-225.

[3] Alper E,Akay S,Buyrac Z, et al. Endosonography and magnetic resonance cholangiopancreatography show similar efficacy in selecting patients for ERCP in mild-moderate acute biliary pancreatitis[J]. Turkish J Gastroenterol, 2012,23(5):580-584.

[4] Shen HN,Wang WC,Lu CL, et al. Effects of gender on severity,management and outcome in acute biliary pancreatitis[J]. PLoS One,2013,8(2):e57504.

[5] 钱文彬.复方银杏叶提取物滴丸的研究[D].武汉:湖北中医学院,2008.

[6] Chen SN,Ding SH,Liu XM. A comparative analysis of ultrasonography,MRCF and ERCP for diagnosing common bile duct stones[J]. J Tropical Med,2011,7:793-795.

[7] 黄毅红,郑萍,邵纯,等.承气散高位保留灌肠治疗重症急性胰腺炎 25 例疗效观察[J].河北中医,2012,34(10):1478-1479.

[8] Schietroma M,Lattanzio R,Risetti A, et al. Treatment of acute biliary pancreatitis in the aged in the endolaparoscopic era[J]. Minerva Chir,1999,54(10):677-684.

[9] Alper E,Akay S,Buyrac Z, et al. Endosonography and magnetic resonance cholangiopancreatography show similar efficacy in selecting patients for ERCP in mild-moderate acute biliary pancreatitis[J]. Turkish J Gastroenterol, 2012,23(5):580-584.

[10] 陈敏捷,王玉玉.清胰汤在急性胰腺炎患者中的临床疗效分析[J].中国医药导报,2013,10(14):85-87.

[11] 杜金柱,许斌.重症急性胰腺炎诊治进展[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(10):266-268.

(收稿日期:2015-11-12 修回日期:2015-12-23)

提升妇科护士对恶性肿瘤患者留置尿管的照护品质的研究*

王富兰¹,赵庆华^{2△},高建琼¹,王琳¹,罗月英¹
(重庆医科大学附属第一医院:1.妇产科;2.护理部 400016)

[中图分类号] R71 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)11-1582-03

妇科恶性肿瘤发病率呈逐年上升趋势,广泛子宫切除术是治疗妇科恶性肿瘤的有效方法。此手术切除范围广,手术并发

症多,而以术后膀胱功能紊乱最常见^[1],因此需考虑留置导尿管约 2 周时间。留置导尿管是妇科恶性肿瘤患者手术后常用

* 基金项目:2010 年国家临床重点专科护理建设项目(财社[2010]305 号)。 作者简介:王富兰(1965—),副主任护师,主要从事妇产科临床护理及护理管理工作。 △ 通讯作者,E-mail:305365700@qq.com。