

防治, 将增加患者的治疗风险、治疗经费以及造成医疗资源浪费。如何尽量不增加患者检查费用的同时早期发现和预防隐匿性 PICC 导管相关性静脉血栓, 值得我们医疗护理人员进一步的研究和探讨。本研究探讨了应用集束化管理预防 PICC 导管相关性静脉血栓的效果, 研究表明, 规范的置管与维护结合集束化管理具有循证基础, 能够有效预防和减少恶性肿瘤患者 PICC 导管相关性静脉血栓的发生。在关注高危患者 PICC 导管相关性静脉血栓发生的同时也要关注非高危患者的 PICC 导管相关性静脉血栓发生, 做好患者的观察和健康宣教, 及时发现和有效预防隐匿性 PICC 导管相关性静脉血栓向症状性 PICC 导管相关性静脉血栓发展。在护理过程中, 护理人员应该具备循证思维, 做好患者的观察护理, 对潜在的、可能发生的护理问题进行评估和预防, 通过不断完善工作程序, 用最优化的集束化管理措施为患者提供更好的照护, 降低医疗成本, 为服务于护理事业做贡献。

参考文献

- [1] 彭星宇, 方汉萍. PICC 相关性静脉血栓危险因素及预防措施研究进展 [J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22 (3): 54-56.
- [2] 张海婷. PICC 相关性静脉血栓的危险因素及防治研究进展 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2016, 1 (6): 50.
- [3] Stevedore S C, Tong D, Stein J, et al. Temporary central venous catheter utilization patterns in a large Armenia care center: tracking the "idle central venous catheter" [J]. Infect control Hosp Epidemiologist, 2012, 33 (1): 50-57.
- [4] Bull A, Wilson J, Worth L J, et al. A bundle of care to reduce

- colorectal surgical infections: an Australian experience [J]. J Hosp Infect, 2011, 78 (4): 297-301.
- [5] 吴婷婷, 梅俊辉. 功能锻炼预防白血病患者置入 PICC 后血栓的效果观察 [J]. 中国妇幼健康研究, 2017, (S2): 62-63.
- [6] 王锦佳, 肖妮珠, 郭金玉, 等. 全程护理对预防 PICC 相关并发症的效果分析 [J]. 福建医药杂志, 2018, 40 (4): 176-178.
- [7] 鲍爱琴, 成芳, 刘为红, 等. 循证护理在肿瘤患者 PICC 置管预防静脉血栓形成中的应用 [J]. 全科护理, 2012, (32): 3031-3032.
- [8] 北京白求恩公益基金会. 安全输液操作流程 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 1-302.
- [9] 中华人民共和国卫生计生委. 静脉治疗护理技术操作规范 (WS/T 433-2013) [S/OL]. (2013-11-14) [2020-01-09]. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/pjl/201412/806fe9a7171e4cf-584c0d40ed093dfa7.shtml>.
- [10] 林翠芬, 肖妮珠, 柳燕瑛. 心电图对 PICC 尖端最佳位置定位及置管并发症的影响 [J]. 护理学杂志, 2015, 30 (23): 38-40.
- [11] 柳燕瑛, 肖妮珠. 延续护理对肿瘤患者 PICC 置管后并发症的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2017, 36 (14): 1887-1890.
- [12] 杨茵茵. 探讨 PICC 拔管前行置管侧上肢静脉彩色多普勒超声以确认有无导管相关性上肢静脉血栓的必要性 [J]. 中国实用医药, 2014, 9 (35): 189-190.
- [13] 蒋青玉, 张金桃, 李湘, 等. 11 例鼻咽癌患者双腔中心静脉导管发生症状性静脉血栓的护理 [J]. 中华护理杂志, 2017, 52 (1): 17-20.

快速康复外科护理在胃癌围手术期患者的应用效果

福建省立医院肿瘤外科 (福州 350001) 郑敏辉 罗建花 江林梅 李娟兰 潘 芸

中国国家癌症中心最新统计数据显示, 胃癌的发病率高居恶性肿瘤第 2 位, 死亡率高居第 3 位。目前, 胃癌最佳的治疗方式仍为手术治疗, 但术后严重的应激反应及并发症的发生延缓了患者的康复时间, 加重了患者的经济负担和心理负担, 严重影响到患者的生命质量。快速康复外科护理 (fast track surgery nursing, FTSN) 是指在多学科配合下, 采用已被循证医学证实有效的围术期处理方法来减少患者应激反应及并发症的发生, 促进患者快速康复, 缩短住院时间, 减少医疗费用^[1]。我们将 FTSN 应用于胃癌围手术期患者, 探讨其应用的临床效果。

1 对象与方法

1.1 对象: 选择 2018 年 6 月至 2019 年 11 月我院肿瘤外科住院的胃癌患者, 共 126 例。纳入标准: 1) 18 岁 ≤ 年龄 ≤ 75 岁; 2) 经病理检验首次确诊为原发性胃癌, 临床分期 I ~ III 期; 3) 未行新辅助化疗; 4) 手术方案为根治术; 5) 能正常沟通, 知情同意, 愿意配合。排除患有其他脏器重大疾病或 (和) 严重并发症的患者。两组患者按计算机随机法进行分组, 采用系列编号且不透光、密封的信封保存随机分

配方案, 再根据信封内编号的分配方案分为观察组和对照组各 63 例。其中, 观察组男 42 例、女 21 例, 平均年龄 (59.23 ± 6.2) 岁; 对照组男 40 例, 女 23 例, 平均年龄 (59.86 ± 6.7 岁)。两组患者在性别、年龄、文化程度、婚姻状况、收入情况、肿瘤分期等一般资料比较的差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组护理: 给予常规护理措施。1) 常规术前准备: 术前向患者交代相关注意事项, 告知患者提前做好准备; 术前 12 h 禁食、禁饮, 常规留置导尿管和胃管, 常规进行肠道准备, 术前 1 天口服泻药清洁肠道。2) 术后护理: 严密观察病情, 监测生命体征, 常规给予止痛药。术后 unlimited 补液量, 待肛门排气后方可拔除胃管, 进食流质饮食, 根据病情决定下床活动时间。

1.2.2 观察组护理: 在常规护理的基础上实施快速康复外科护理。成立快速康复护理小组, 由 4 名医生和 8 名护士组成, 科主任和护士长共同负责, 定期开展快速康复护理学习与讨论, 材料为欧洲加速康复外科协会制定的《胃切除术加

速康复外科指南》和相关文献 [2-3], 且结合临床情况, 共同制定胃癌围手术期患者的快速康复护理干预方案。

1.2.2.1 术前护理: 1) 对患者进行健康教育如讲解胃癌的基础知识, 手术的流程及注意事项, 快速康复外科治疗护理的理念和具体内容等。2) 对患者进行心理护理如评估患者的心理状态, 倾听并鼓励患者说出内心的疑惑, 并让经过快速康复外科护理的患者现身说法, 减轻其紧张和焦虑等情绪。3) 术前禁烟 2 周, 指导患者进行有氧活动, 如散步、爬楼梯 (3 次/天, 30 min/次)、吹气球 10 次或鼓气等肺功能锻炼。4) 术前不常规进行肠道准备, 术前 6 h 禁食、2 h 禁水。5) 按照患者情况决定是否留置胃管。

1.2.2.2 术中护理: 选择气管插管下全麻联合连续硬膜外麻醉, 不常规行胃肠减压。加强保温措施, 所需输注液体提前加温至 36~38℃。使用保温毯或保温被或 50℃ 暖水袋予双足底保暖。

1.2.2.3 术后护理: 1) 严密观察患者生命体征变化, 如有异常及时处理。患者麻醉清醒后, 告知患者可咀嚼口香糖 (3 次/天, 1 片/次), 促进排气。给予 10 mL 温开水, 如果患者没有发生呛咳, 此时给予 100~150 mL, 促进肠蠕动, 听到肠鸣音时即可进流质饮食。根据患者身体状况调整饮食种类及饮水量, 加强患者营养, 促进伤口愈合。2) 采取限制性补液, 生命体征稳定后, 补液量控制在 100~1 500 mL。3) 患者麻醉清醒后指导其进行床上翻身, 更换体位, 若无不适指导患者下床活动, 由简单的床边坐逐渐过渡到床边走动、爬楼梯活动等。4) 如有留置胃管的患者, 待胃液 <500 mL 时即给予拔除胃管。同时, 术后 12 h 进行导尿管夹闭训练, 24 h 后拔除导尿管。5) 充分镇痛, 术中经硬膜

外或静脉途径安置镇痛泵, 或定时口服止痛药。

1.3 评价指标: 1) 引流管留置情况: 统计两组患者胃管、导尿管的留置时间及比例。2) 术后恢复情况: 统计两组患者术后肛门首次排气时间、下床活动时间、进食时间、住院时间及住院费用。3) 并发症发生情况: 统计两组患者术后并发症 (切口感染、吻合口瘘、肺部感染等) 发生例数。

1.4 统计学方法: 采用 SPSS 18.0 软件进行分析。计量资料用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料用频数和百分比表示。进行正态分布及方差齐性检验, 组间比较采用两独立样本 t 检验和卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 引流管留置情况: 与对照组相比, 观察组胃管、导尿管的留置时间均更短, 胃管的留置比例更小, 两组比较的差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 1)。

表 1 两组患者的引流管留置情况
[$\bar{x} \pm s$, 例 (%)]

组别	例数	胃管		导尿管	
		留置时间/d	留置比例	留置时间/d	留置比例
观察组	63	2.61±0.62	15 (23.81)	1.22±0.75	63 (100)
对照组	63	4.83±1.14	36 (57.14)	3.94±1.37	63 (100)
t/X^2 值	4.635	14.527		4.264	
P 值	0.021	<0.01		0.033	

2.2 术后恢复情况: 观察组患者术后肛门首次排气时间、下床活动时间、进食时间、住院时间及住院费用均小于对照组, 经比较的差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 2)。

表 2 两组患者术后恢复情况

组别	例数	肛门首次排气时间/h	下床活动时间/h	进食时间/h	住院时间/d	住院费用/万元
观察组	63	25.13±5.12	15.63±3.28	18.62±3.37	8.62±1.25	1.84±1.43
对照组	63	42.24±7.54	46.35±6.43	44.17±6.21	13.38±3.22	2.56±1.87
t 值		8.642	12.243	13.754	6.522	5.846
P 值		0.032	<0.01	<0.01	0.025	0.043

2.3 并发症发生情况: 两组患者术后并发症 (切口感染、吻合口瘘、肺部感染) 发生例数比较, 观察组有 4 例 (6.35%), 少于对照组的 15 例 (23.81%), 经比较的差异有统计学意义 ($X^2 = 7.449$, $P = 0.006 < 0.05$)。

3 讨论

3.1 快速康复外科护理可以减少术后引流管的留置时间: 本文结果显示, 观察组患者术后使用引流管的留置时间及例数均明显小于对照组。有研究表明, 留置胃管的患者感觉更痛苦, 术后清醒及时拔除可减轻管道对咽喉的压迫, 同时去除胃肠减压使各种消化液流向肠道, 可起到润滑、促进肠蠕动恢复的作用^[4]。快速康复外科护理不常规放置各类引流管, 即使留置, 也会在短时间内拔除, 减轻了患者的痛苦感, 缓解患者的焦虑不安情绪, 促进患者的恢复。

3.2 快速康复外科护理可有效促进患者术后快速康复, 减少医疗费用: 胃癌作为一种高发病率癌症, 目前最佳的治疗手段仍为手术, 然而传统的围手术期护理在促进患者康复方

面作用缓慢^[5]。快速康复外科护理是在多学科相互配合的前提下, 对传统围手术期护理的优化, 旨在促进患者快速康复, 减轻患者的负担。本文结果显示, 观察组患者术后恢复情况均优于对照组, 且住院费用明显低于对照组, 这与田慧子等^[6]的报道的结果一致。快速康复外科护理术前对患者进行心理护理, 向患者详细讲解手术的相关知识, 减少了患者因对手术方式及疾病知识的缺乏而引起的恐惧。同时, 请经历过快速康复外科护理的患者现身说法, 能有效提高患者治疗疾病的信息, 减轻焦虑情绪, 从而减轻了患者术中及术后的应激反应。另外, 减少各种引流管的留置数量及时间, 减轻了管道对咽喉的压迫。术后指导患者咀嚼口香糖, 可刺激头-迷走神经, 释放神经体液因子提升胃肠道活力^[7], 促进患者早日康复。因此, 快速康复护理可缩短胃癌患者的住院时间, 减少住院费用, 减轻患者的经济负担。

3.3 快速康复外科护理能有效减少术后并发症的发生。本文结果显示, 观察组术后并发症明显少于对照组, 与何冰洁

等^[8]观察的结果一致。这与以下因素有关：1) 快速康复护理术前对患者进行呼吸功能锻炼, 通过爬楼梯, 吹气球等锻炼方式, 减轻由于手术导致的呼吸受限, 增强患者的肺功能, 减少肺部感染的发生。2) 术前没有进行长时间的禁食禁饮, 减少了术中低血糖和血压波动过大的风险^[9]; 没有进行常规清洁肠道准备, 降低了电解质紊乱导致增加感染的风险^[10]。3) 术中通过热水袋温暖足部, 液体保温等保温护理措施, 增加肝肾器官血流量和微循环血量, 增强身体代谢酶活性, 缩短麻醉药物作用时间, 减少消化道及胃肠道不良反应的发生^[11]; 术后早期经口进食, 早期下床活动, 可促进胃液分泌, 促进肠蠕动, 促进患者的康复。

总之, 快速康复外科护理有效地促进了胃癌患者术后康复, 减少并发症的发生, 缩短住院天数, 减轻患者的经济负担, 值得临床借鉴与应用。

参考文献

- [1] Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation [J]. British journal of anaesthesia, 1997, 78 (5): 606-617.
- [2] Gustafsson U O, Scott M J, Schwenk W, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]) Society recommendations [J]. World journal of surgery, 2013, 37 (2): 259-284.
- [3] 江志伟, 黎介寿, 汪志明, 等. 胃癌患者应用加速康复外科治疗的安全性及有效性研究 [J]. 中华外科杂志, 2007, 45 (19): 1314-1317.
- [4] 胡锦涛. 老年胃癌患者行根治性全胃切除术不留置胃肠减压管的临床观察 [J]. 中华护理教育, 2013, 10 (7): 291-293.
- [5] 宋秋香, 康海芬, 孙慧卿. 快速康复外科在胃肠道术后患者早期康复活动中的应用效果 [J]. 护理研究: 下旬版, 2017, 31 (7): 2670-2671.
- [6] 田慧子, 王会英, 李静燃. 快速康复护理对中青年胃癌术后患者康复和心理复原力的影响 [J]. 护理研究, 2019 (5): 30.
- [7] 赵萍, 张钦明. 嚼口香糖对腹部手术后肠动力恢复的影响及作用机制研究 [D]. 2008.
- [8] 何冰洁, 房晓雪, 侯杰, 等. 快速康复外科护理理念在胃癌胃大部切除术后患者护理中的应用效果 [J]. 中国全科医学, 2019, 22 (S1): 208-209.
- [9] Soop M, Nygren J, Myrenfors P, et al. Preoperative oral carbohydrate treatment attenuates immediate postoperative insulin resistance [J]. American Journal of Physiology-Endocrinology And Metabolism, 2001, 280 (4): E576-E583.
- [10] 秦薇. 择期手术患者术前禁食禁饮时间的研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2014, 49 (1): 76-79.
- [11] 曾启秀. 快速康复外科护理对胃癌患者术后康复及生活质量的影响 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2014 (5): 607-609.

标准化沟通在血液科实习护生病情掌握中的效果评价

福建省立医院血液科 (福州 350001) 陈燕辉 张瑞春 郑娟 叶海燕 滕清霞 阮一君

实习护生对分管患者的病情掌握是目标性教学中重要内容之一, 也是临床护生落实小责任制护理重要的环节。血液病病程长, 病情复杂, 症状隐匿危重患者多。在临床护理工作中需要实习护生具备良好的沟通交流能力, 较强的病情观察和判断能力。只有熟练掌握患者病情, 才能更准确地进行护理评估, 提出实用的护理措施, 更好地落实责任制护理。标准化沟通方式也称为 SBAR 沟通方式^[1], 是一种标准化沟通模式, 特点是快速、有效、结构化。内容包括现状 (Situation, S)、背景 (Background, B)、评估 (Assessment, A)、建议 (Recommendation, R), 将其运用到临床工作中, 目的是帮助护士理清头绪, 并将收集到的信息加以分析形成数据, 最终得出结论。本研究将 SBAR 沟通交流方式应用于护生对患者病情的掌握, 指导护生运用标准化沟通方式与患者沟通, 高效收集资料, 系统进行病情分析, 有助于更好掌握患者病情, 提升对血液病专科知识的学习。现将研究报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取 2018 年 1 月至 2019 年 12 月在血液科实习护生 61 名为研究对象, 其中男 5 名, 女 56 名; 年龄 20~23 岁, 平均年龄 (21.5 ± 1.1) 岁; 均为本科学历。其中 2018 年 1~12 月来我科实习的 31 名护生为对照组; 2019 年

1~12 月实习的 30 名护生为试验组。每位同学均安排一名高年资护师或主管护师作为带教老师进行一对一实习带教, 带教老师均受过 SBAR 相关知识培训。纳入标准: 1) 入组护生未接受过类似培训; 2) 每位实习同学均自愿参加培训且无语言交流障碍和智力障碍; 3) 实习护生均在血液科轮转实习 4 周。

1.2 方法:

1.2.1 对照组: 按照科室制定的实习计划完成目标性教学实习任务, 落实小责任制整体护理, 熟练掌握分管患者的病情。

1.2.2 试验组: 在血液科实习教学计划基础上, 试验组将 SBAR 沟通方式用于护生对分管患者的病情掌握, 具体实施过程如下: 1) 实习生入科第一天总带教老师安排 SBAR 相关内容的培训, 引导学生学习并熟悉 SBAR 沟通方式。带教小组通过查阅相关文献, 根据血液病专科特点制定 SBAR 病情观察表。SBAR 病情观察表包括, S: 患者一般资料, 主诉, 临床症状; B: 现病史、既往史、目前主要治疗方案等; A: 根据患者生命体征、临床症状、实验室检查结果、社会支持等情况进行评估, 评估内容包括自理能力、皮肤情况、预防跌倒、管路等; R: 针对评估的内容, 分析病情, 提出患者目前存在的主要护理问题, 提出建设性的护理措