

护士的工作体验。探视既是家属探望患者的环节,也包含了护患沟通交流的过程,因此实行 SBAR 标化探视流程,护患沟通流畅,则促使探视工作的整体管理效果得到提升。

综上所述,SBAR 标化探视流程注重以探视家属为中心,符合 PFCC (以患者家庭为中心) 探视模式的精神理念^[13],也能较好地满足首次探视家属的个性化需求,因而能有效提高其满意度水平,同时使参与实施 SBAR 标化探视流程的 ICU 护士自我效能水平得到了改善,也改进了探视管理效果。由此可见,这对于 ICU 探视工作具有一定的临床实用性。

参考文献

- [1] 郭晓莉,柏涌海,浦方芳.危重患者家属需求的研究进展及对创建和谐护患关系的启示[J].解放军护理杂志,2017,34(6):51-54.
- [2] 牛敬雪,赵红.北京某三级甲等医院 ICU 患者家属满意度调查研究[J].现代生物医学进展,2013,12(9):1734-1737.
- [3] 黄妹妹,陈杰.成人 ICU 患者家属满意度的研究进展[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2016,11(4):423-425.
- [4] 李明珍,邓爱辉,龚凤翔.ICU 护士与患者家属沟通影响因素的质性研究[J].护理学杂志:综合版,2015,30(17):54-56.
- [5] Boaro N, Fancott C, Baker R, et al. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams [J]. J Interprof Care, 2010, 24(1): 111-114.
- [6] Institute for Healthcare Improvement. SBAR: Structured to communication and psychological safety in health care [EB/OL]. (2014-01-30) [2014-06-15]. [http://www.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/WI HISBAR Structured Communication and Psychological Safety in HealthCare. aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/WI%20HISBAR%20Structured%20Communication%20and%20Psychological%20Safety%20in%20HealthCare.aspx).
- [7] 吴锦芳,林芳,邓凤. SBAR 沟通模式对 ICU 患者家属探视焦虑情绪及回访满意度的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(15):52-54.
- [8] 李丽,马修强,赵继军.中文版危重患者家属满意度量表信效度分析[J].解放军护理杂志,2014,31(15):1-4.
- [9] 刘怀莉,王亚杰,周圆鸳,等.标准化沟通方式带教对护理本科实习生一般自我效能感的影响[J].中华护理教育,2016(6):450-452.
- [10] 陈晓杰. ICU 患者家属需求及满足程度的调查[J].解放军护理杂志,2007(17):16-19.
- [11] Davidson J E, Aslakson R A, Long A C, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU [J]. Crit Care Med, 2017, 45(1): 103-128.
- [12] 张晓梅.“CHIEF”沟通模式在神经外科重症监护病房家属探视时的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(15):2319-2320.
- [13] Jacob M, Horton C, Rance-Ashley S, et al. Needs of patients family members in an intensive care unit with continuous visitation [J]. Amer J Crit Care, 2016, 25(2): 118-125.

集束化护理预防重症脑卒中患者压力性损伤的效果

福建医科大学附属第二医院神经内科(泉州 362000) 林秀娇 胡 荣¹

重症脑卒中是由于患者神经功能重度损害,出现呼吸、循环、消化等多系统功能严重障碍的脑血管疾病。重症脑卒中患者临床治疗时间较长,容易产生多种并发症,其中最为常见的是压力性损伤^[1]。压力性损伤的发生不仅增加了患者的经济负担,严重时可导致医患矛盾,而且增加了患者的痛苦,影响其生活质量^[2-5]。国内外有很多预防压力性损伤的方法,但没有统一的护理流程和标准。集束化护理为一系列有循证基础的干预措施组合在一起形成的护理方案,通常包括 3~5 项简单、清晰和有效的循证实践措施^[6]。笔者参考压力性损伤的预防措施并结合重症脑卒中患者特点制订系统的集束化护理策略,旨在预防重症脑卒中患者压力性损伤形成。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取 2017 年 8 月至 2018 年 2 月入住我院神经内科的重症脑卒中患者作为研究对象。纳入标准:1)符合各类脑卒中诊断标准,并经头颅 CT 扫描或 MRI 确诊;2)住院时间 ≥ 24 h;3)入住重症监护病房,符合急性生理学和慢性健康状况(APACHE) II 评分 >16 分,格拉斯哥

昏迷评分法(GCS)评分 ≤ 12 分;4)自愿参与并签署知情同意书。剔除标准:1)患有皮肤病(如系统性红斑狼疮、银屑病、癣等)以及皮肤损伤(如烧伤、破损、溃疡等)的患者;2)入组前已发生压力性损伤的患者;3)患者的病情不允许翻身者(如骨盆骨折、颈椎骨折、强迫体位等);4)患者皮肤肤色较深,难以进行皮肤状况的评估者;5)研究期间中途出院、转科、死亡各种原因无法继续参加本试验的患者。神经内科 A、B 两区采用抽签法进行随机化分配,A 区进入观察组,B 区进入对照组。该研究通过医院伦理委员会审查{[2017]福医附二伦理审字(95)号}。

1.2 护理方法:

1.2.1 观察组干预方法:由伤口治疗师 1 名、神经内科主任医师 1 名、副主任护师 1 名、主管护师 2 名组成压力性损伤集束化研究小组,查阅国内外相关文献,制定“预防重症脑卒中患者压力性损伤集束化干预策略”初稿。采用专家咨询法对初稿进行评分和评价,由研究小组对预防压力性损伤集束化干预策略进行改进和细化,确定预防压力性损伤集束化干预策略的终稿。

基金项目:福建省卫生计生青年科研课题(2017-2-30);泉州市科技计划医学与临床研究项目(2018N032S)

¹ 通信作者,福建医科大学内科教研室,Email: hurong1246@126.com

1.2.1.1 集束化干预措施: 1) 风险评估: 每日采用 Braden 评分表进行风险评估, 并记录评估结果。2) 使用预防性敷料: 在骨隆突处(如足跟、骶尾部)使用聚氨酯泡沫敷料; 在医疗器械及各种管道之下及周围的皮肤使用聚氨酯泡沫敷料或薄膜敷料; 敷料卷边、脱落或潮湿时予以及时更换。3) 使用支撑面: 使用足跟托起装置或泡沫垫垫于患者小腿, 使足跟抬高离床面, 膝关节呈轻度($5^{\circ}\sim 10^{\circ}$)屈曲; 使用软枕、翻身垫及其他辅助物支撑; 使用气垫床; 使用辅助器具(移位板、翻身单)搬运患者。4) 皮肤护理: 每日使用 pH 值平衡的皮肤清洗剂清洁皮肤; 使用乳液维持皮肤滋润; 使用皮肤保护膜及保护粉; 保持床单、衣物的清洁、平整; 使用吸收垫或干燥垫控制潮湿, 并及时更换; 皮肤易压红部位使用赛肤润液体敷料外用; 皮肤湿疹处使用造口护肤粉及皮肤保护膜外用。5) 体位变换与早期活动: 定期翻身或更换体位(至少 q2 h); 建立翻身卡; 侧卧位 $<30^{\circ}$; 床头抬高 $<30^{\circ}$; 坐轮椅至少每 15~30 min 抬臀一次; 指导执行肢体主动被动活动。6) 预防医疗器械相关性压力性损伤: 正确摆放体位, 预防管道压迫; 确保医疗设备型号正确且佩戴合适; 每 2 h 为患者调整体位和/或重置医疗设备, 检查医疗设备下方及周围的皮肤; 保持医疗设备下方的皮肤清洁干燥。

1.2.1.2 护理人员的培训: 集束化干预策略应用前, 对神经内科 A 区的 28 名注册护士进行教育和培训, 提高护理人员对重症脑卒中患者压力性损伤专科知识的掌握和临床护理实践能力, 内容包括压力性损伤高危因素、压力性损伤的预防及护理和集束化方案同质化的理论、操作培训。培训结束后进行相关的理论、操作考核, 考核合格后开始收集资料, 不合格者则继续培训至合格。同时, 研究人员编制了集束化干预手册, 将集束化干预方案及涉及操作纳入手册, 分发给科室的所有护士, 并将其放置于科室的业务学习手册内, 以便查阅。由伤口治疗师示范干预方案中涉及的操作, 如预防性敷料的选择与使用、皮肤保护膜的使用、造口护肤粉的使用等, 指导护士掌握正确的护理措施和使用方法。

1.2.2 对照组干预方法: 对照组按预防压力性损伤常规护理进行预防护理, 内容包括风险评估; 每隔 2 h 帮助患者翻身 1 次; 使用水垫、翻身垫、软枕等避免患者皮肤受压; 保持床单干净卫生, 以免刺激患者皮肤; 大小便工具完好无损; 每日用温水擦拭患者的皮肤, 促进血液循环, 按摩受压处的皮肤; 及时补充营养, 如蛋白质、维生素、碳水化合物等, 以提高患者的免疫力; 开展健康教育等。

1.3 资料收集方法: 患者入院 24 h 内, 研究人员完成首次风险评估和一般资料的收集。此后, 研究者与责任护士每日评估患者, 并观察、记录和监督护士对患者采取的措施。调查至患者出院或转科为终止。

1.4 质量控制: 准确实施护理措施尤为重要, 护士长、质控护士和研究人员负责监督和检查干预措施的实施情况。所有资料收集由研究者及 2 名研究助理完成, 并判断研究对象是否发生压力性损伤, 对于存在无法明确判断皮肤情况的患者由伤口护理专家协助判断。在资料收集阶段要求结果测评者在收回资料收集表时检查有无漏项、错误。若患者或家属在提供患者资料时存在理解困难, 结果测评者应给予解释但

不可诱导患者的判断。若患者意识不清楚或无法自行提供相关资料, 需由长期照顾的家属代为诉说, 保证资料收集的质量。

1.5 评价指标:

1.5.1 压力性损伤发生率: 压力性损伤分期采用美国国家压力性损伤咨询委员会(National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP) 2016 年修订的压力性损伤分期系统。压力性损伤发生率(%) = 同期发生压力性损伤患者例数/统计周期内患者总例数 $\times 100\%$ 。

1.5.2 患者满意度: 采用自行设计的《住院患者满意度问卷调查表》, 内容包含三大项: 卧床体位安置的舒适程度、访视宣教内容的认知程度、护士服务的满意程度, 共 15 个问题, 以“是”或“否”回答, 是为 1 分, 否为 0 分, 总分 0~15 分, 得分越高说明患者的满意度越高。根据患者情况, 在患者出院时评估。

1.5.3 执行率: 研究小组成员根据集束化干预策略的措施制定了《预防压力性损伤集束化干预策略核查表》, 内容包括核查项目和执行情况。6 项措施中有 1 项未执行即视为预防压力性损伤集束化干预策略整体未落实。执行率(%) = 落实次数/核查次数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学方法: 采用 SPSS 25.0 软件进行数据汇总和统计学分析, 由两人核实后录入, 保证数据的准确性。性别、瘫痪、大小便失禁、留置导管构成比, 压力性损伤发生率, 患者各项目满意度为计数资料, 组间比较采用卡方检验或者 Fisher 确切概率法。计量资料中年龄、白细胞计数符合正态分布, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用两样本 t 检验; APACHE II 评分、GCS 评分、Braden 评分、住院时间、空腹血糖、患者满意度总分为非正态分布, 以中位数(上四分位数, 下四分位数)表示, 组间比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料比较: 纳入患者 124 例, 观察组和对照组各 62 例, 干预过程中, 观察组脱落 11 例(其中 3 例中途出院, 1 例转科, 5 例拒绝干预, 2 例拒绝继续参与研究), 对照组脱落 8 例(其中 4 例中途出院, 1 例死亡, 3 例拒绝继续参与研究)。最终共有 105 例(观察组 51 例, 对照组 54 例)完成干预并最终纳入分析。对两组的基线资料进行比较, 结果见表 1。由表 1 可知, 两组患者的基线资料差异均无统计学意义($P > 0.05$), 说明两组患者均衡, 具有可比性。

2.2 压力性损伤发生率比较: 观察组 51 例患者中, 无压力性损伤发生, 发生率为 0%; 对照组 54 例患者中, 6 例发生了压力性损伤, 发生率为 11.11%。观察组与对照组的压力性损伤发生率比较, 差异有统计学意义($\chi^2 = 6.010, P = 0.027$)。

2.3 患者满意度比较: 观察组和对照组的满意度比较, 观察组在是否知道预防压力性损伤应该注意的问题及护士的操作技术是否熟练两个项目的评分高于对照组($P < 0.05$), 其余各个项目的比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。观察组满意度总分高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者基线资料比较

项目	观察组 (n=51)	对照组 (n=54)	统计值	P 值
性别				
男	36(70.59)	33(61.11)	1.046 *	0.307
女	15(29.41)	21(38.89)		
年龄/岁	65.63±13.22	66.17±13.31	-0.208 #	0.836
APACHE-II 评分	24(21.27)	22(19.26)	-1.387 △	0.166
GCS 评分	9(7.12)	9.5(8.12)	-1.259 △	0.208
Braden 评分	9(8.11)	9(8.11)	-0.951 △	0.342
住院时间	19(13.27)	16(13.19)	-1.250 △	0.211
空腹血糖	6.3(5.10,7.90)	6.1(5.07,7.72)	-3.530 △	0.724
白细胞计数	9.90±4.07	10.79±4.35	-1.091 #	0.278
瘫痪	30(58.82)	35(64.81)	0.399 *	0.527
大小便失禁	31(60.78)	36(66.67)	0.393 *	0.531
留置导管	27(52.94)	32(59.26)	0.425 *	0.514

注: * 代表 χ^2 值; # 代表 t 值; △代表 Z 值。

表 2 两组的满意度情况比较

项目	观察组 (n=51)	对照组 (n=54)	χ^2/Z 值	P 值
卧床体位安置的舒适程度				
护士是否能体谅您的病情,尽量让您感觉舒适?	47(92.16)	51(94.44)	0.711 *	
当您感觉卧位不舒服时,护士是否尽力帮助您缓解?	47(92.16)	49(90.74)	1.000 *	
护士为您身体暴露部位提供适当遮挡物?	48(94.12)	52(96.30)	0.672 *	
护士是否每 2 h 为您重新安置体位?	51(100)	51(94.44)	0.243 *	
护士是否能及时巡视病房,察觉您的需求?	42(82.35)	46(85.19)	0.155	0.694
访视宣教内容的认知程度				
在护士执行护理操作前,您是否知道为什么要进行此项操作,您应该注意什么?	49(96.08)	49(90.74)	0.438 *	
您是否知道与您疾病相关的健康知识?	45(88.24)	49(90.74)	0.176	0.675
您是否知道在预防压力性损伤方面您应该注意的问题?	51(100)	47(87.04)	0.013 *	
您是否知道您所使用的医疗器械及留置管道的目的和注意事项?	49(96.08)	52(96.30)	1.000 *	
您是否能完全理解并执行护士的各项操作指导?	50(98.04)	51(94.44)	0.618 *	
护士服务的满意程度				
护士对您是否尊重?	51(100)	52(96.30)	0.496 *	
护士是否仔细倾听您讲话?	47(92.16)	49(90.74)	1.000 *	
护士是否以您能理解的方式解释问题	50(98.04)	51(94.44)	0.618 *	
护士的操作技术是否熟练?	49(96.08)	45(83.33)	4.543	0.033
按过床头呼叫铃后,您是否得到及时的帮助?	48(94.12)	48(88.89)	0.490 *	
总分	14(14.15)	14(13.15)	2.632 #	0.008

注: * 代表 Fisher 确切概率法; # 代表秩和检验。

2.4 执行率比较: 护士对观察组 51 例患者中, 48 例患者完全落实预防压力性损伤集束化干预策略, 3 例患者未完全落实预防压力性损伤集束化干预策略, 执行率为 94.12%。集束化干预策略各项措施临床落实情况为: 各项措施核查次数均为 1 063 次, 风险评估落实次数为 1 063 次, 执行率为 100%; 预防性敷料落实次数为 1 034 次, 执行率为 97.27%; 支撑面落实次数为 1 049 次, 执行率为 98.68%; 皮肤护理落实次数为 1 063 次, 执行率为 100%; 体位变换与早期活动落实次数为 1 056 次, 执行率为 99.34%; 预防医疗器械相关性压力性损伤落实次数为 1 038 次, 执行率为 97.65%。

3 讨论

3.1 集束化干预策略可降低压力性损伤的发生率: 本文结果显示, 观察组无压力性损伤发生, 对照组压力性损伤发生率为 11.11%, 观察组的压力性损伤发生率明显低于对照组, 表明通过实施集束化干预策略, 可提高护士预防压力性损伤的意识, 改变其临床护理行为, 降低压力性损伤的发生率。这与王丽娜等^[7]和 Tayyib 等^[8]的研究结果一致。分析原因是因为观察组提出预防压力性损伤危险因素的针对性护理措施, 包括风险评估、预防性敷料、支撑面、皮肤护理、体位变换与早期活动、预防医疗器械相关性压力性损伤。

3.2 集束化护理干预策略可提高患者满意度: 本文结果显示, 观察组在您是否知道预防压力性损伤应该注意的问题及护士的操作技术是否熟练两个项目的评分高于对照组, 观察组患者满意度总分高于对照组。这与侯晓敏等^[9]的研究结果一致。实施预防压力性损伤集束化干预, 可通过对护士进行系统化的知识培训, 提高护士的专业知识和操作技能, 保证护理措施的正确实施, 提高规范性和统一性, 提高护士对重症脑卒中患者体位安置和压力性损伤防护的认知, 在与患者及其家属交流的过程中, 可以为患者提供更专业的指导, 提高沟通效果, 从而提高患者及家属的满意度。

3.3 集束化护理干预策略可提高护士的执行率: 靳棋卒等^[10]研究显示, 护士有效实施压力性损伤防范措施的执行率为 74.75%; 但是, 本文结果表明, 实施预防压力性损伤集束化干预策略, 护士对各项措施的执行率均在 97% 以上。这与刘欣敏和高岚^[11]的研究结果一致。这是因为: 制定集束化干预策略的核查表可监督并评估护士对集束化干预措施的落实情况, 促进集束化干预策略的有效实施。该组 51 例患者中, 48 例 (94.12%) 完全落实预防压力性损伤集束化干预策略, 3 例 (5.88%) 未完全落实预防压力性损伤集束化干预策略分析其原因为患者较躁动, 导致预防性敷料脱落及支撑面使用不到位; 护士工作量大, 执行体位变换与早期活动、预防医疗器械相关性压力性损伤不到位。

综上所述, 以风险评估、使用预防性敷料、使用支撑面、皮肤护理、体位变换与早期活动、预防医疗器械相关性压力性损伤等干预措施联合应用作为整体的集束化护理措施具有全面性、针对性特点, 对预防重症脑卒中患者压力性损伤具有较好的效果。预防压力性损伤集束化护理干预的临床应用, 为重症脑卒中患者的皮肤护理提供参考和指引, 使护理工作更加科学和规范, 可降低压力性损伤的发生率, 提高患者满意度, 提高护理工作质量。

参考文献

- [1] Lee S Y, Chou C L, Hsu S P C, et al. Outcomes after stroke in patients with previous pressure ulcer: a nationwide matched retrospective cohort study [J]. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 2016, 25 (1): 220-227.
- [2] Marsden G, Jones K, Neilson J, et al. A cost-effectiveness analysis of two different repositioning strategies for the prevention of pressure ulcers [J]. *J Adv Nurs*, 2015, 71 (12): 2879-2885.
- [3] Joyce P, Moore Z E, Christie J. Organisation of health services for preventing and treating pressure ulcers [J]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018, 12 (12): CD012132.
- [4] Roberts S, Wallis M, McInnes E, et al. Patients' perceptions of a pressure ulcer prevention care bundle in hospital: a qualitative descriptive study to guide evidence-based practice [J]. *Worldviews Evidence Based Nursing*, 2017, 14 (5): 385-393.
- [5] 李环, 江仕爽, 俞群, 等. 重症监护室患儿压力性损伤发生特征及影响因素分析 [J]. *中华护理杂志*, 2018, 53 (3): 261-266.
- [6] 陈杰. 集束化护理的临床应用及研究进展 [J]. *全科护理*, 2014, 12 (19): 1744-1745.
- [7] 王丽娜, 古长维, 张亚茹, 等. 集束化护理干预预防老年脑卒中患者压疮的作用 [J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2015, 18 (24): 139-141.
- [8] Tayyib N, Coyer F, Lewis P A. A two-arm cluster randomized control trial to determine the effectiveness of a pressure ulcer prevention bundle for critically ill patients: pressure ulcer prevention bundle [J]. *Journal of Nursing Scholarship*, 2015, 47 (3): 237-247.
- [9] 侯晓敏, 苏青, 郑莉丽, 等. 集束化护理干预预防神经外科手术患者术中压力性损伤 [J]. *护理学杂志*, 2015, 30 (16): 52-55.
- [10] 靳棋卒, 郭静, 叶洪. 品管圈对提高 ICU 压力性损伤防范措施执行力的影响 [J]. *齐鲁护理杂志*, 2017, 23 (3): 111-113.
- [11] 刘欣敏, 高岚. 预防重症脑卒中患者误吸的集束化干预护理培训效果分析 [J]. *中国实用护理杂志*, 2016, 32 (11): 826-830.

恒温加热器在保护性回肠造口还纳术肠道准备中的应用

福建省立医院胃肠外科 (福州 350001) 蔡淑惠 梁小琴 梁德尾 王 珑

随着人们生活方式的改变, 直肠癌的发病率逐年上升, 我国发病率居所有肿瘤中的第 3 位, 死亡率居第 5 位^[1], 严重威胁人类健康。目前手术治疗是直肠癌的首选方式^[2], 而低位直肠癌术式由传统的直肠癌根治术加永久性造口转变为直肠癌低位前切术加保护性回肠造口术, 术后 3~6 月行造口回纳术, 以降低术后感染和吻合口瘘的发生率^[3]。造口还纳术为污染手术, 术前需进行充分肠道准备以预防术中污染或术后感染^[4]。清洁灌肠是造口还纳术前的常规准备工作, 传统的清洁灌肠采用温生理盐水 500 mL 经回肠造口灌入, 其成分组成简单, 导泻效果好且不会引起电解质紊乱和过敏反应^[5]。但其配置过程温度不易调节, 易出现配置时间长、温度过低或过高等缺点。为快速准确配置温度合格的灌肠液, 我科自 2019 年 6 月起采用恒温加热器, 有效提高了灌肠配置效率和患者灌肠舒适性, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象: 采用随机抽样法, 选取 2019 年 6 月至 2020 年 4 月我科拟行保护性回肠造口还纳术患者 105 例。纳入标准: 1) 肠镜检查符合行造口还纳术的标准; 2) 患者同意参加并配合灌肠。排除标准: 1) 年老体弱者; 2) 造口有并发症; 3) 伴有全身其他严重脏器疾病。按照随机数字表将患者随机分成两组: 对照组 53 例, 其中男 36 例, 女 17 例; 平均年龄 (62.73±8.65) 岁; 病程 (6.25±1.16) 月。观察组 52 例, 其中男 34 例, 女 18 例; 平均年龄 (63.80±10.91) 岁; 病程 (6.35±1.36) 月。两组年龄、性别、病程平均时间经比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法: 两组患者均在术前晚、术晨行清洁灌肠前先清

洁造口, 换上干净的底盘和造口袋, 并在造口袋靠近造口上方剪一 1 cm×1 cm 小孔。对照组采用传统的方法, 使用微波炉将生理盐水加热 4 min 后, 使用水温计测温, 并根据温差加减温或冷生理盐水, 直至温度为 39~41 ℃, 然后用凡士林润滑肛管前 1/3 备用; 再用示指涂抹凡士林经造口袋小孔轻插入造口探查结肠走向后, 将肛管沿所探查的方向轻插入造口内 7~10 cm, 松开灌肠器调节器使温盐水缓慢注入; 灌肠毕, 用 3M 胶贴住造口袋上方的小孔, 造口袋收集粪液, 达 1/3 满时打开造口袋封条排入便器, 再次灌肠时撕开 3M 胶贴即可, 反复多次直至排出清水样为止。观察组采用恒温加热器, 先将生理盐水 1 000 mL 加入 1.2 L 水壶, 手动触屏调节温度 39 ℃, 然后启动加热按钮, 达到预测温度后自动维持 24 h 恒温状态, 清洁灌肠时, 只需将 500 mL 恒温水倒入灌肠袋即可, 余操作步骤同对照组。

1.3 观察指标: 1) 灌肠操作时间: 记录护士从准备温盐水至灌肠结束的时间; 2) 患者腹痛发生率: 统计灌肠后腹痛发生的例数; 3) 患者舒适度^[6]: 采用视觉模拟评分法 (Visual analoguescale, VAS) 测评患者的舒适度。使用线性视觉模拟评分标尺, 尺上刻度从 0~10 分为 4 个维度, 无症状 0 分, 1~4 分为轻度不舒适, 5~7 分为中度不舒适, 8~10 分为重度不舒适。

1.4 统计学处理: 采用 SPSS 20.0 软件进行数据分析, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组灌肠操作时间、患者腹痛发生率、舒适度比较, 观