

人性化护理对提升消化内镜诊疗工作的效果分析

霍海燕

兰州市第一人民医院消化科 730050

〔摘要〕目的 探讨人性化护理对提升消化内镜诊疗工作的效果。方法 采集 208 例消化内镜诊疗患者案例，随机分为对照组与观察组各 104 例，对照组运用常规护理，观察组采用人性化护理，分析不同护理处理后患者心理状况与检查依从性情况。结果 在 SAS、SDS 等心理评分上，观察组各项检查后评分降低程度明显多于对照组，差异有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者检查依从率上，观察组 98.08%，对照组 70.19%，差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论 消化内镜诊疗中运用人性化护理后可以有效改善其负面情绪，提升检查依从性，保证工作顺利开展。

〔关键词〕人性化护理；消化内镜诊疗；效果

〔中图分类号〕R47 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 07-119-02

消化内镜检查主要是针对胃十二指肠、食管等检查，可以更好的观察肿瘤、溃疡、息肉等病灶的具体范围、大小、性质等情况，为组织学、细胞学有关病理检查做基础条件支持^[1]。该检查手段直接有效，但是检查本身的不适感会带给患者较大的负面情绪，甚至影响检查配合度。本文采集 208 例消化内镜诊疗患者案例，分析运用人性化护理后患者心理状况与检查依从性情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集 208 例消化内镜诊疗患者案例，随机分为对照组与观察组各 104 例，对照组中，男 63 例，女 41 例；年龄从 28 岁至 74 岁，平均 (52.69 ± 3.09) 岁；肠镜诊疗者 46 例，胃镜诊疗者 58 例；观察组中，男 57 例，女 47 例；年龄从 26 岁至 73 岁，平均 (53.15 ± 4.68) 岁；肠镜诊疗者 42 例，胃镜诊疗者 62 例；两组患者在基本的检查类型、性别、年龄等信息上不存在明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组采用人性化护理，内容细节如下：

1.2.1 检查前护理

首先需要评估患者综合情况，尤其是存在风险因素的患者，则需要做好更为细致的护理支持。要了解患者的病情、性格、病史、心理状况等多种情况，由此为后续的护理工作奠定基础，同时也辅助达到排除风险因素的效果。不同情况的患者行为表现与特点不同，需要满足个性诉求，提升其整体治疗依从性^[2]。要说明检查时间、注意事项，同时依据个人情况差异做对应的心理疏导安抚。要观察是否有假牙、避免因为其脱落导致的窒息风险。要做好检查当天禁饮食管理，同时配备及时抢救的物品，保证特殊问题及时应对。一般指导工作可以配合口头指导与书面直接结合，发挥互相补充支持的效果，确保有关事项指导落实到位，满足患者知情权，同时引导其更好反馈全面信息，避免问题的遗漏^[2]。

1.2.2 检查中护理

需要对输液速度做观察，防控药物渗漏，做好针头固定。严格做好各项生命体征的观察，如果患者做的常规消化内镜，不适感强，需要及时运用肢体语言与有声语言做安抚，报告进度，提升患者对检查的耐受度^[3]。做好注射速度的调控，如果呼吸困难，需要及时高流量吸氧。如果需要活检，要保持柔和精准的钳取对应组织，而后做好甲醛溶液固定，及时送检。

1.2.3 检查后护理

需要辅助患者做检查后的休息，可以停留 5 分钟后再辅助其坐起，同时做好口腔清洁等，防控由于分泌液导致的呛咳、窒息。如果患者没有做活检，可以在半小时后饮食^[4]。如果有活检，则需要嘱咐其 2 小时后再饮食。同时饮食要保持温凉性质的流食，

由此来改善食物对黏膜创伤组织构成的刺激。同时患者可能因为检查导致咽喉等区域的不适感，声音沙哑等，需要嘱咐其可以自行好转。要观察是否有出血问，如果有口腔出血，需要及时进行淡盐水的含漱来达到止血功效。如果有呕血与便血情况，则需要做对应操作，同时避免剧烈活动，如果有不适感，需要及时复诊。

1.3 评估内容

分析不同护理处理后患者心理状况与检查依从性情况。心理状况观察焦虑与抑郁自评量表 SAS、SDS 的评分结果，评分越低情况越好。检查依从性主要分为完全依从、部分依从与不依从，其中完全依从与部分依从的比例之和为总依从率。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验， $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 不同护理前后患者心理评分情况

如表 1 所示，在 SAS、SDS 等心理评分上，观察组各项检查后评分降低程度明显多于对照组，差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1：不同护理前后患者心理评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	SAS	SDS
观察组	检查前	46.75 $\pm$ 3.81	43.16 $\pm$ 2.53
	检查后	31.68 $\pm$ 2.24	33.12 $\pm$ 3.76
对照组	检查前	47.14 $\pm$ 4.28	44.65 $\pm$ 3.34
	检查后	43.72 $\pm$ 3.58	41.47 $\pm$ 2.97

注：两组护理前对比， $p > 0.05$ ，两组护理后对比， $p < 0.05$

2.2 各组患者检查依从性情况

见表 2，在患者检查依从率上，观察组 98.08%，对照组 70.19%，差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2：各组患者检查依从性结果 [$n(\%)$]

分组	完全依从	部分依从	不依从	总依从率
观察组 ($n=104$)	63 (60.58)	39 (37.50)	2 (1.92)	98.08%
对照组 ($n=104$)	32 (30.77)	41 (39.42)	31 (29.81)	70.19%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

消化内镜诊疗中需要针对不同诊疗情况做对应的处理，诊疗中与诊疗后会有不适感，可以通过提前处理来降低不适感，提升检查依从性。要纠正错误认知，安抚负面情绪，同时提升生理舒适度。一般情况下，无痛性的处理可以有效的提升检查依从性，患者感受相对更好。但是部分患者检查后的反应也有不同，有人头晕明显，也有人没有特殊的感觉。要针对不同反馈情况做对应

(下转第 120 页)

宫外孕患者术后护理体会

王 红

河北定州市妇幼保健院 073000

〔中图分类号〕R473.71

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕2095-7165 (2020) 07-120-01

宫外孕是妇科临床最常见和多发的急腹症，是受精卵在运动过程中偏离了预定路线，没有进入子宫，绝大多数宫外孕主要发生于输卵管，该情况下，受精卵不但无法正常发育，而且严重威胁到患者的生命安全，是导致早孕期孕妇发生死亡的主要原因。现将 20 多年来宫外孕患者术后护理体会如下：

一、密切观察生命体征

观察患者的呼吸、脉搏、体温，是否有呼吸困难、血压下降等。如出现口唇苍白、烦躁不安、汗出等症状，应警惕休克的发生。术后监测血压 1 次/h，嘱患者麻醉术后 6h 内去枕平卧，头偏向一侧，防止呕吐物误吸引起窒息；术后禁食 6h，然后根据肠功能恢复情况酌情给予清淡、易消化、高营养物质饮食，避免进产气多、含糖高的食物。指导患者吃易化、高蛋白、高维生素食物。任何一例宫外孕都可能引起内出血，这样会造成贫血状态或者是身体比较虚弱，在恢复过程中要增加营养以补充铁，如鸡蛋、肝脏，这样对身体复原有帮助。另外，补充一些维生素 B、钙片、维生素 C 等。

二、镇痛泵护理

保持镇痛泵通畅，防止脱管。观察患者有无恶心呕吐，防止窒息发生及意外。观察泵的注药速度，警惕麻醉镇痛剂进入患者体内过量危及患者生命。观察患者双下肢是否存在感觉、运动障碍，防止下床活动时摔伤。术后 48h 拔除镇痛泵后仍需观察 24h。

三、体位护理

由于手术对肠道的刺激及麻醉药的影响，宫外孕术后患者都有不同程度的肠胀气而发生腹胀。患者入病房平卧后早期，采取随患者意愿的随意卧位，可增加产妇舒适度，促进肠蠕动，促进血液循环，预防下肢深静脉血栓形成。当患者处于半卧位时，让

患者双腿屈膝 35° ~ 45° 并左右摆动，腹部活动 25° ~ 35°，能促进肠蠕动，提前肛门排气时间，减少腹胀的发生^[1]。待麻醉作用消失，拔出导尿管后，如患者血压、脉搏正常即可下床活动。

四、外阴及尿管的观察与护理

术后患者回病房安置好体位后即将尿管固定好，尿袋下端出口应保持悬空，不应接触地面中其他脏物，以免引起逆行感染。注意观察尿量、尿颜色，拔尿管前夹尿管定期开放，训练膀胱肌的舒缩功能，减少尿潴留的发生。拔管后注意患者的排尿情况，如果出现尿潴留，应及时处理。加强外阴护理，每天用络合碘冲洗外阴 2 次，勤换会阴垫及衣裤，避免逆行感染。

五、心理护理

术后会出现切口疼痛；有患者认为输卵管为女性激素分泌器官，切除后容易变老，甚至影响夫妻生活和生育。因此，要做好解释工作，消除患者的顾虑，用诚恳的态度开导患者，调整心态，积极配合治疗。有些患者，特别是年轻的育龄妇女，会对手术留下的疤痕担心。因此，护理人员要及时进行疤痕护理的指导，以消除其心理压力；告诉患者不要过早地揭切口的结疤，以免感染，影响肉芽组织的形成；避免阳光照射，防止紫外线刺激伤口形成色素沉着。

六、出院指导

鼓励患者保持良好的心态，合理的营养、休息、睡眠和活动，注意个人卫生和外阴清洁。不要喝酒，未经医生许可也不要洗澡，因为洗澡有时可引发感染。服装应保持宽松，不要穿过于紧身的。指导避孕方法，一般术后 4 周内禁止性生活，3 ~ 6 个月落实避孕措施。

(上接第 118 页)

肿瘤放疗患者的护理效果非常好，所以采用优质护理是非常有必要的^[4]。

优质护理即由专业护理团队制定科学的护理方案，立足生活督导、心理疏导、环境优化、健康宣教几个方面全面提升护理效果，提升肿瘤放疗患者的生活质量并降低放疗副反应发生率。具体来说：生活督导可以为患者提供饮食、用药指导和良好的休养空间，心理疏导可以改善患者的心理状况，环境优化可以为患者提供良好的治疗和恢复环境，健康宣教可以让患者了解肿瘤疾病从而消除恐惧心理。综上所述，优质护理始终坚持“以人为本”，即以人为护理核心^[5]，在肿瘤放疗患者护理中具有巨大的应用价值。

〔参考文献〕

- [1] 郑晓真. 优质护理在肿瘤放疗患者中的应用研究[J]. 中医药管理杂志, 2016, 024(023):100-102.
- [2] 王丽娟, 梅彩玲. 优质护理流程管理在预防肿瘤放疗化疗病人跌倒中的应用[J]. 健康必读, 2019, 000(012):291-292.
- [3] 祁卫华. 优质护理流程管理在预防肿瘤放疗化疗患者跌倒中的应用观察[J]. 糖尿病天地, 2019, 16(007):188-189.
- [4] 左秀娟. 优质护理在肿瘤放疗患者中的应用研究[J]. 中国继续医学教育, 2017, 13(10):12-12.
- [5] 李瑶. 优质护理在预防肿瘤放疗化疗患者跌倒中的应用效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2016, 1(004):8-8.

(上接第 119 页)

指导，由此来提升工作开展的安全性与顺畅性。

总而言之，消化内镜诊疗中运用人性化护理后可以有效改善其负面情绪，提升检查依从性，保证工作顺利展开。

〔参考文献〕

- [1] 段家丽. 消化内镜下治疗胃肠息肉的护理体会[J]. 健康必读, 2020, (27):96.

- [2] 胡银清, 帅红梅, 李花林, 等. 消化道专科护理联合无缝隙对接护理在提升消化内镜护理质量中的作用[J]. 健康必读, 2020, (23):81.

- [3] 郑颖颖. 无缝隙对接护理提升急诊消化内镜护理效果的观察[J]. 健康大视野, 2020, (18):149.

- [4] 刘萍. 标准化护理在消化内镜室护理质量管理中的应用研究[J]. 健康大视野, 2020, (18):276.