

肝移植患者术前访视的效果分析

李静 杨怡萍 王兰英

(天津市第一中心医院, 天津 300192)

【摘要】 目的 探讨术前访视对肝移植患者术后恢复的作用及影响。方法 选取 2013 年 3 月至 2014 年 9 月 168 例天津市第一中心医院移植重症加强治疗病房(ICU)收治的择期肝移植手术患者,按简单随机分组法分为术前访视组 85 例和对照组 83 例。两组术前均进行常规术前教育指导,术前访视组在此基础上由移植 ICU 专职护士给予针对性指导。比较两组患者术后焦虑程度、遵医行为、治疗效果、对护理工作的满意度。结果 术前访视组患者术后心理焦虑程度明显低于对照组(分: 45.82 ± 2.32 比 51.46 ± 2.78 , $P < 0.01$),遵医行为和护理工作满意度均高于对照组(均 $P < 0.01$)。结论 肝移植术前访视可降低患者心理焦虑程度,提高遵医行为和患者对护理工作的满意度,融洽护患关系,有利于患者的恢复。

【关键词】 肝移植; 术前访视

肝移植手术作为终末期肝病的最佳治疗手段已经为愈来愈多的临床医生所接受^[1]。由于肝移植手术难度大,操作复杂,手术时间长,患者在围手术期内会表现出复杂的病理生理变化^[2];移植术后患者会进入移植重症加强治疗病房(ICU)进行严密的监护和观察,因而会产生恐惧感,使机体处于生理和心理双重应激的状态。此时不仅需要医护人员提供医疗技术支持,还应从各种渠道协助患者正确面对心理上的失衡,术前访视则是一种有效的干预措施^[3],是围手术期护理的重要环节,更是实现患者获得高质量护理及顺利康复的关键^[4]。本科自 2013 年 3 月对择期肝移植术患者进行术前访视效果明显,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取 2013 年 3 月至 2014 年 9 月在本院行肝移植手术后拟入住移植 ICU 的住院患者 168 例,其中男性 107 例,女性 61 例;年龄 26 ~ 69 岁,平均 (51.2 ± 1.5) 岁。临床诊断:乙肝肝硬化 84 例,丙肝肝硬化 39 例,肝癌 27 例,隐源性肝硬化 18 例。按简单随机分组法将 168 例患者分为访视组 85 例和对照组 83 例。两组患者均在全麻下气管插管后进行手术,术后转入移植 ICU 进行术后常规监护。两组患者性别、年龄、术前诊断、术式等比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),有可比性。

1.2 方法: 对照组患者入院后由病房护士进行常规术前教育;访视组患者在常规术前教育基础上于术前 1 d 由移植 ICU 专职护士进行访视。访视护士要求由有 5 年以上工作经验的护师担任,具有扎实的专科理论知识及护理技术,沟通能力强,人员相对固定。访视护士应首先查看病历,了解患者一般情况,如性别、年龄、诊断、术前生命体征、用药情况、各种实验室及特殊检查结果等,再根据患者的职业、文化层次、家庭背景、经济状况确定不同的交谈方式及侧重点。

采集资料后,携带本科制作的术前访视记录单、术后宣教材料以及病房环境图片等材料到患者房间进行访视工作。

1.3 访视具体内容: ① 首先向访视者进行自我介绍,使患者了解并接纳访视者,尽量在轻松的氛围下建立良好的护患关系;② 介绍移植 ICU 内医生及护士的人员安排情况;③ 向患者及家属介绍移植 ICU 环境(附图片)及设施,如病情允许可陪同患者参观 ICU 内环境和仪器设备,以增加患者的安全感和信任感;④ 告知患者和家属移植 ICU 探视制度、咨询电话及入住所需的生活用品,并提供文字材料以方便家属准备;⑤ 向患者讲解术后咳嗽的重要性,指导患者进行术后有效咳嗽的方法;⑥ 向患者讲述术后需留置的各种管路名称及留置的意义、重要性、不适及配合要点;⑦ 告知患者术后暂时给予保护性约束的意义,非语言交流方式、拔除气管插管后的注意事项,术后疼痛的处理,床上活动方法,肢体康复锻炼和饮食指导;⑧ 了解患者及家属对入住移植 ICU 的要求,请家属留下有效的通讯方式,以便随时联系。访视护士在介绍过程中应注重具体问题的讲解,利用专业知识回答患者提出的问题,使其产生安全感与依赖感,保持良好心态^[5],禁忌使用医学术语,在对以上内容进行宣教后在访视表上逐项打钩确认。

1.4 评价方法: ① 焦虑评估:术后 2 d 采用 Zung 焦虑自评量表(SAS)评估两组患者心理状况;② 遵医行为评估:移植 ICU 护士填写自制护理效果评估表,内容包括术后躁动、自行拔管、有效咳嗽、行为配合、术后功能锻炼等 5 项内容。评定分为完全配合、部分配合、完全不配合 3 种。由责任护士在患者术后 24 ~ 48 h 内完成;③ 患者住院期间的满意度反馈:在患者转出移植 ICU 前,由专职人员协助患者完成本科室设计的满意度问卷,患者根据自我感受完成对移植 ICU 医护人员的评价,评定为满意、较满意或不满意。

1.5 统计学方法: 使用 SPSS 13.0 统计软件分析数据,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 1 结果显示,访视组的术后焦虑值明显低于对照

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2016.03.026

基金项目:国家高技术研究发展计划(2012AA021001);天津市科技计划项目(12ZCZDSY02600,14ZCZDSY00019);天津市卫生行业重点攻关项目(12KG102)

通讯作者:李静,Email: brennda1975cn@126.com

表 1 两组患者焦虑水平、遵嘱行为及满意度的比较

组别	例数 (例)	焦虑值 (分, $\bar{x} \pm s$)	遵医行为 [例 (%)]			满意度 [例 (%)]		
			完全配合	部分配合	完全不配合	满意	较满意	不满意
访视组	85	45.82 ± 2.32	58 (68.23)	23 (27.06)	4 (4.71)	62 (72.94)	22 (25.88)	1 (1.18)
对照组	83	51.46 ± 2.78	25 (30.12)	42 (50.60)	16 (19.28)	42 (50.60)	23 (27.71)	18 (21.69)
t/χ^2 值		-14.264		25.854			19.058	
P 值		< 0.010		< 0.010			< 0.010	

组 ($P < 0.05$), 遵嘱行为和术后满意度均明显高于对照组 (均 $P < 0.01$)。

3 讨论

3.1 访视有利于减轻患者的焦虑状态, 能有效缓解患者及家属的紧张情绪: 患者术后入住移植 ICU, 可以得到密切的监护和治疗, 但由于 ICU 内监护仪器设备的报警声以及医护人员各种医疗活动造成的嘈杂环境, 加之肝移植术后患者留置各种管路造成的不适, 以及由于保护性隔离对探视时间及人员限制的原因, 亦给患者带来了巨大的心理压力。尤其是气管插管并使用约束带进行保护性约束的状态下, 有可能引起患者认知能力的紊乱^[6]。通过术前访视, 移植 ICU 护士对患者的病情及心理状况有了一定的了解, 术后可有针对性的对预见性问题进行干预, 比较容易获得患者的理解与配合, 从而缓解患者的心理焦虑状态。

3.2 术前访视可改善肝移植患者术后遵医行为: 本次问卷调查表显示, 访视组遵医行为与对照组差异有统计学意义。说明通过术前访视, 使患者了解术后为他治疗的医护团队经验丰富、责任心强, 对 ICU 医护团队产生信任感, 提高了患者在 ICU 的安全感; 并且让患者充分了解术后常规治疗及护理的意义, 从而积极主动配合医护人员, 改善了其遵医行为。

3.3 术前访视有利于提高患者满意度: 术前访视为护患之间搭建了有效沟通的平台, 通过访视护士的讲解, 患者及家属能够感受到医护人员的尊重和关心, 有效减轻对 ICU 的恐惧和疑虑。同时护士也增加了对患者的了解, 能及时针对其关心的问题及心理状态进行解释和疏导, 从而获得患者的信赖和配合, 对护理工作的满意度相应提高。本研究结果表明, 访视组患者对护理人员的满意度高于对照组。

3.4 术前访视改变了 ICU 护士的工作模式, 提高了护士的整体素质: 术前访视工作对传统的工作模式进行了改良, 护士不再只关心患者的生命体征, 而是从多角度、全方位去了解并满足患者的需求^[7]。ICU 护士的工作范围也延伸至病房, 护士能够较全面了解患者, 通过对患者身心状况进行评估, 实施针对性的术后护理计划, 全方位、全程为患者提供高

质量的服务, 真正做到“以患者为中心”。同时也对 ICU 护士提出了更高的要求, 除了应具备扎实的专业理论技能和丰富的临床经验外, 还需要在心理学、社会学、沟通技巧等多方面接受培训, 以适应护理理念的转变。术前访视充分发挥了 ICU 护士能力的全面性, 使 ICU 护士的整体素质得到了提升。

4 结论

肝移植手术技术的日趋成熟使患者获得新生, 但影响肝移植患者长期存活的因素很多, 只有移植术后对患者进行个体化健康管理, 才能真正提高患者生存质量^[8]。随着以患者为中心整体护理模式的普及, 术前访视工作越来越受到人们的重视。我们将逐步开展多种形式的访视宣传内容, 制作成图册、视频以适应不同人群的需求。在患者选择方面, 也将由部分肝移植术前患者转向全部肝移植、肾移植术前患者, 以满足患者高质量的护理需求。另外, 术前 1 d 是否是进行术前访视的最佳时间, 访视内容是否全面, 还有待进一步探讨。

参考文献

- [1] 王学浩, 张峰, 李相成, 等. 活体部分肝移植、全肝移植的临床研究 (附 22 例报告) [J]. 外科理论与实践, 2002, 7(2): 125-127.
- [2] 沈中阳, 刘懿禾, 于立新, 等. 1 510 例成人原位肝移植患者围手术期的管理 [J]. 中华危重病急救医学, 2005, 17(10): 589-591.
- [3] 马凤霞, 陈海花, 张岚, 等. ICU 护士对心脏手术患者实施术前访视的效果分析 [J]. 护理管理杂志, 2011, 11(11): 835-836.
- [4] 魏革, 林华, 胡玲, 等. 术前护理访视的管理 [J]. 中华护理杂志, 2004, 39(4): 287-288.
- [5] 刘春英. 优质护理服务在移植患者围手术期的应用及进展 [JCD]. 实用器官移植电子杂志, 2015, 3(1): 48-50.
- [6] 李晓晶, 田素斋, 王智敏, 等. 身体约束的应用现状及研究进展 [J]. 护理实践与研究, 2013, 10(8): 114-116.
- [7] 郑微艳. 入住监护室前访视的体会 [J]. 护士进修杂志, 2003, 18(8): 696-697.
- [8] 王颖, 赵文, 陈新国, 等. 肝移植术后患者的个体化健康管理 [JCD]. 实用器官移植电子杂志, 2015, 3(3): 146-148.

(收稿日期: 2015-11-03)

(本文编辑: 邸美仙 李银平)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊对标注染色方法及放大倍数的有关要求

本刊从 2012 年 1 期起, 论文图片说明中标注的染色方法及放大倍数, 均使用“低倍放大”、“中倍放大”或“高倍放大”表示。图片放大倍数低于 200 倍为低倍, 等于 200 倍为中倍, 大于 200 倍为高倍, 例如“HE 染色 ×40”将标注为“HE 染色 低倍放大”, 不再标注具体放大倍数。