

- 院输液工具使用现状分析 (J). 解放军护理杂志, 2019, 36(11): 38-41.
- (4) 福建省护理质量控制中心. 静脉治疗护理技术操作标准化程序 (M). 北京: 化学工业出版社, 2017: 51.
- (5) 李精健, 熊真真, 袁丽. 静脉留置针堵管的影响因素与预防研究进展 (J). 上海护理, 2018, 18(5): 60-63.
- (6) 李润婕, 黄媛媛. 静脉留置针回血堵管的影响因素研究进展 (J). 当代护士 (下旬刊), 2021, 28(7): 65-68.
- (7) 聂雷霞, 张敏, 胡帆, 等. 浅静脉血管评级在静脉输液穿刺管理中的应用 (J). 护理学报, 2012, 19(11): 38-41.
- (8) Gorski LA. A Look at 2021 Infusion Therapy Standards of Practice (J). Home Healthc Now, 2021, 39(2): 62-71.
- (9) Marsh N, Webster J, Ullman A, et al. Peripheral intravenous catheter non-infectious complications in adults: A systematic review and meta-analysis (J). Journal of Advanced Nursing, 2020, 76(12): 3346-3362.
- (10) 周静, 胡小梅, 陈婵, 等. 老年病人静脉留置针非计划拔管影响因素 Logistics 回归分析 (J). 全科护理, 2019, 17(5): 528-530.
- (11) 刘玲燕, 白建荣, 时晓慧. 山东省某三级甲等综合医院消化内科患者静脉留置针留置时间影响因素分析 (J). 齐鲁护理杂志, 2021, 27(10): 5-7.
- (12) Simin D, Milutinović D, Turkulov V, et al. Incidence, severity and risk factors of peripheral intravenous cannula-induced complications: An observational prospective study (J). Journal of clinical nursing, 2019, 28(9): 1585-1599.
- (13) Wallis MC, McGrail M, Joan Webster B, et al. Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: A multivariate analysis of data from a randomized controlled trial (J). Infection Control and Hospital Epidemiology, 2014, 35(1): 63-68.
- (14) 童翠玲, 周红, 耿敬. 外周静脉留置针脉冲式和直接推注式封管效果的 Meta 分析 (J). 中国实用护理杂志, 2018, 34(34): 2717-2721.
- (15) 童翠玲, 耿敬, 胡红, 等. 静脉留置针冲管方法对血管影响的实验研究 (J). 护理研究, 2021, 35(1): 1-6.
- (16) 蒋晶红, 狄红月, 王燕. 留置针堵管风险评估体系的建立 (J). 天津护理, 2019, 27(4): 389-392.
- (17) Liu C, Chen L, Kong D, et al. Incidence, risk factors and medical cost of peripheral intravenous catheter-related complications in hospitalised adult patients (J). The Journal of Vascular Access, 2022, 23(1): 57-66.
- (18) Hebbard P D, Flinn P. Intravascular catheters-an ultrasound imaging based observational study of position and function (J). Anaesthesia and Intensive Care, 2017, 45(4): 499-502.
- (19) 张颖. 预充式导管冲洗器在正压型无针连接式留置针封管中的应用价值 (J). 医疗装备, 2021, 34(6): 169-170.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)14-0129-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.14.040

全程优质护理在酒精中毒性精神障碍中的应用

谢培英 吴春迎 吴晓凤

(泉州市第三医院, 福建 泉州 362000)

〔摘要〕 **目的:** 分析全程优质护理在酒精中毒性精神障碍患者中的应用效果。**方法:** 选取 2021 年 5 月至 2022 年 2 月至泉州市第三医院接受治疗的 64 例酒精中毒性精神障碍患者为研究对象, 采用抽签法将其进行随机分为对照组和观察组, 各 32 例。对照组患者入院后接受基础护理, 观察组患者入院后接受全程优质护理。比较两组患者护理效果。**结果:** 护理后, 观察组患者治疗及护理依从性优良率均高于对照组, 不良事件发生率低于对照组, 症状自评量表 (SCL-90) 各维度评分、中文版护理谵妄筛查量表 (Nu-DESC-SCV) 评分、汉密顿焦虑量表 (HAMA)、汉密顿抑郁量表 (HAMD) 等精神状态评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对酒精中毒性精神障碍患者实施全程优质护理可提升患者的治疗及护理依从性, 对降低患者不良事件发生风险、促进临床症状、体征恢复, 改善谵妄、焦虑、抑郁等不良心理均有积极意义。

〔关键词〕 酒精中毒性精神障碍; 全程优质护理; 精神状态

〔中图分类号〕 R 473.74 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2022-05-24

〔作者简介〕 谢培英, 女, 主管护师, 主要从事精神与行为障碍方面工作。

Application of Whole Course Quality Nursing in Alcoholic Mental Disorder

XIE Pei-ying, WU Chun-ying, WU Xiao-feng
(Quanzhou Third Hospital, Fujian Quanzhou 362000)

(Abstract) **Objective** To analyze the effect of whole course quality nursing in patients with alcoholic mental disorders. **Methods** A total of 64 patients with alcohol-toxic mental disorders who received treatment in Quanzhou Third Hospital from May 2021 to February 2022 were selected as the research objects. They were randomly divided into a control group and an observation group by drawing lots, with 32 cases in each group. The control group received basic nursing after admission, and the observation group received whole course high-quality nursing after admission. The nursing effect of the two groups was compared. **Results** After nursing, the excellent rate of treatment and nursing compliance in the observation group was higher than that in the control group, and the incidence of adverse events was lower than that in the control group. The scores of symptom self-rating scale (SCL-90), nursing delirium screening scale simplified Chinese version (Nu-DESC-SCV), Hamilton anxiety scale (HAMA), Hamilton depression scale (HAMD) and other mental state scores were lower than those in the control group, the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The implementation of whole-course high-quality nursing for patients with alcoholic toxic mental disorders can improve the treatment and nursing compliance of patients, reduce the risk of adverse events, promote the recovery of clinical symptoms and signs, improve delirium, anxiety, depression and other adverse psychology has positive significance.

(Keywords) Alcohol-toxic mental disorders; Whole process quality nursing; Mental state

酒精中毒目前在各大医院急诊科中均较为常见, 饮酒后大量酒精经小肠吸收后可随机体血液循环分布到全身各个脏器, 当血液中酒精含量过高时可导致血-脑脊液屏障的通透性增强, 从而对人体中枢神经系统造成损害而引发酒精中毒^[1]。酒精会首先抑制人体大脑皮层, 此时饮酒者可出现健谈、控制力下降及情感高涨等表现, 随酒精浓度增加, 大脑皮层的抑制也会相应加深, 此时饮酒者可能出现轻度行为障碍或意识模糊, 当血液中酒精含量超过自身可负荷水平后, 即可出现呕吐、便溺、面色苍白甚至昏迷的酒精中毒症状, 部分严重患者存在一定死亡风险^[2-3]。由于大脑皮层及中枢神经系统受损, 酒精中毒患者多伴有不同程度精神障碍, 受遗传、心理、生化及社会等不同因素影响, 酒精中毒患者的精神障碍可表现为谵妄、焦虑、抑郁、暴躁等多种。常规的治疗措施可有效改善患者的症状表现, 但多数酒精中毒患者的酗酒行为是由多种原因诱发, 除予以必要的临床治疗外, 对患者实施科学、有效的临床护理对改善其预后也有重要意义^[4]。本研究主要探讨全程优质护理在酒精中毒性精神障碍患者中的应用效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 5 月至 2022 年 2 月至泉州市第三医院接受治疗的 64 例酒精中毒性精神障碍患者为研究对象, 采用抽签法将其进行随机分为对照组和观察组, 各 32 例。对照组男 32 例; 年龄 25 ~ 50 岁, 平均 (37.58 ± 2.45) 岁; 就诊时间 1 ~ 8 h, 平均 (4.52 ± 0.31) h, 饮酒量 (白酒) 500 ~ 1200 mL, 平均 (862.36 ± 10.74) mL。观察组男 32 例; 年龄 27 ~ 48 岁, 平均 (38.11 ± 2.26) 岁; 就诊

时间 2 ~ 7 h, 平均 (4.61 ± 0.26) h, 饮酒量 (白酒) 550 ~ 1100 mL, 平均 (858.47 ± 10.82) mL。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 入组患者的诊断要点参考《中国精神障碍分类与诊断标准》(CCMD3) 中嗜酒所致精神障碍相关内容^[5]; (2) 入院时均伴有不同程度谵妄、焦虑、抑郁等精神状态异常症状; (3) 均伴有面色苍白、四肢发冷、瞳孔缩小等相关体征; (4) 经询问患者日常均具有完全行为能力。

1.1.2 排除标准 (1) 伴有先天性、器质性精神障碍类疾病者; (2) 既往伴有严重酒精过敏病史者; (3) 意识模糊、昏迷者; (4) 依从性差不愿配合研究或家属不同意参与研究者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 入院后即实施临床基础护理, 主要包括: 治疗前的健康宣教, 包括酒精中毒的原因、危害性及治疗策略, 体征及病情监测, 包括心率、呼吸、血压等基础体征, 予以相应的补液和营养支持治疗, 通过催吐、洗胃等方式缓解临床症状, 帮助清除口鼻内异物, 保证呼吸通畅, 密切关注患者的生理、心理状态, 做好意外事件 (坠落、自伤或误伤等) 防范工作等。

1.2.2 观察组 基于以上基础护理, 实施全程优质护理, 具体如下: (1) 本组护士施护前需系统学习酒精中毒的发生原因、危害性、应急处理措施等相关内容, 强化对酒精中毒性精神障碍的认知。(2) 全程健康教育: 自入院时将患者送入急诊室后即同时对患者及其家属进行系统健康宣教, 在予以对照组宣教内容基础上根据不同患者的体征及症状表现, 向患者本人或家属科普不同

症状出现的具体机制,通过询问家属了解患者醉酒原因,在患者接受相关治疗及护理时为其详细讲解具体干预措施的实施目的、实施流程,帮助加强患者对不同治疗方案的了解程度,待患者生命体征恢复平稳后需再次进行健康宣教,宣教内容主要包括后续康复过程中的注意事项,反复强调过量饮酒的危害性,尽量帮助患者戒掉酒精避免再次发生危险。(3) 全程病情监测:患者入院时即为其建立健康档案,准确记录患者个人信息(姓名、性别、年龄、饮酒史、本次饮酒量、首次测得血压、心率等),在接受相关治疗前需将患者的体征指标情况转交给主治医师,以实施针对性处理(呼吸支持、营养支持、补液等),治疗过程中采用轮班制密切关注患者各项体征变化情况,并记录患者治疗反馈,若对现有治疗方案不耐受者(出现躁动、疼痛或其他不适反应)需及时上报并选择其他治疗方案,关注患者治疗反馈,定时协助患者完成翻身、拍背(避免误吸等),治疗结束时再次记录基础体征指标,确认均在正常控制范围后方可结束治疗。(4) 全程生理、心理专项干预:借助相关分量表对患者的谵妄、焦虑、抑郁等精神状态以及躁动、疼痛等生理反应进行综合评估,结合评估结果予以相应的心理疏导,了解患者酗酒原因,协同家属一同解决患者心中困惑,必要时可邀请心理科医生协助,治疗结束后需再次评估患者心理、生理状态,做好出院指导,告知患者后续不可再次酗酒,尽可能实现戒酒。

两组患者在院接受护理 15 d 后,予以为期 1 个月的院外随访,随访结束后评估效果。

1.3 观察指标

(1) 首先对两组患者护理后的治疗及护理依从性进行综合评估,两种量表均由泉州市第三医院聘请专业人员联合设计,分优(完全依从)、良(在家属或护士干预下可依从)、差(拒绝依从)3个等级,依从性优良率为优、良例数之和百分比(治疗依从性量表信度系数为 0.81、护理依从性量表为 0.79)。(2) 统计并比较两组患者护理后不良事件发生情况,主要包括误吸、自伤误伤、暴力倾向、坠落昏迷、导管滑脱(主要指输液装置)等。(3) 采用症状自评量表(symptom check-list90, SCL-90)^[6]对患者护理后的症状改善情况进行综合评估,量表包括躯体化症状(分量表 1)、精神症状(分量表 2~9)两个主要维度,各症状指数范围为 1.5~5.0,指数越高症状越严重;(4) 采用中文版护理谵妄筛查量表(nursing delirium screening scale simplified Chinese version, Nu-DESC-SCV)^[7]评分、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)^[8]、汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)^[9]对患者的精神状态进行综合评估, Nu-DESC-SCV 包含 5 个条目,均按

0~2 分计分,总分 3 分及以上认为存在谵妄, HAMA 包含 17 个条目,均按 1~4 分计分, HAMD 包含 14 个条目,均按 1~4 分计分,二者分值越高表明焦虑、抑郁症状越严重。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者依从性比较

护理后, 观察组患者的治疗及护理依从性优良率均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者依从性比较 ($n = 32, n(\%)$)

组别	治疗依从性	护理依从性优良
对照组	23(71.88)	25(78.13)
观察组	29(90.63) ^a	30(93.75) ^a

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者不良事件总发生率比较

护理后, 观察组患者的不良事件发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者不良事件总发生率比较 ($n = 32, n(\%)$)

组别	误吸	自伤误伤	暴力倾向	坠落昏迷	导管滑脱	总发生
对照组	2(6.25)	3(9.38)	2(6.25)	1(3.13)	1(3.13)	9(28.13)
观察组	1(3.13)	1(3.13)	1(3.13)	0(0.00)	2(6.25)	5(15.63) ^b

注: 与对照组比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者 SCL-90 评分比较

护理后, 观察组患者各维度 SCL-90 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者 SCL-90 评分比较 ($n = 32, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	躯体化症状	精神症状
对照组	1.83 ± 0.45	12.71 ± 1.29
观察组	1.52 ± 0.31 ^c	10.32 ± 1.14 ^c

注: SCL-90 一症状自评量表。与对照组比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者精神状态评分比较

护理后, 观察组 Nu-DESC-SCV、HAMA、HAMD 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组精神状态评分比较 ($n = 32, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	Nu-DESC-SCV	HAMA	HAMD
对照组	4.06 ± 0.14	19.25 ± 2.71	18.45 ± 2.36
观察组	2.75 ± 0.45 ^d	17.33 ± 2.23 ^d	16.44 ± 2.41 ^d

注: Nu-DESC-SCV 一中文版护理谵妄筛查量表; HAMA 一汉密尔顿焦虑量表; HAMD 一汉密尔顿抑郁量表。与对照组比较, ^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

世界卫生组织曾指出, 过分饮酒者对酒精已产生一定依赖, 酒精对神经物质具有较高亲和力, 在短时间内大量饮酒可导致机体出现一些急性精神症状, 长期大量饮酒不仅引发酒精中毒性精神障碍, 还可造成不可逆的神经系统损伤^[10]。酗酒者在大量酒精作用驱使下, 可存在一定身心受损风险, 部分患者可出现暴力或犯罪倾向, 目前认为酗酒者饮酒原因与个人家庭、人际关系及心理状态等密切相关, 发生酒精中毒后也极易并发一些类型谵妄、焦虑、抑郁等精神障碍症状, 目前精神病学界也已逐步意识到了酒精与各类精神疾病间的关联^[11]。目前临床针对各类酒精中毒患者常会予以催吐、洗胃等醒酒治疗, 此外, 针对不同患者的体征及症状表现还会予以相应的补液、吸氧或血糖、血压控制等相关治疗, 但由于酒精中毒者的大脑皮层已出现不同程度损伤, 即便接受系统的治疗后, 仍有部分患者清醒后可存在不同程度的精神障碍, 对酒精中毒患者实施科学、有效的临床护理干预是促进其精神障碍症状恢复并改善患者预后的关键环节^[12]。目前针对酒精中毒性精神障碍患者的护理要点主要在于健康宣教、病情监测以及生理、心理护理等多个方面。

优质护理强调以患者为中心, 是一种在强化基础护理措施原则上, 全面落实护理责任制的护理方法, 对深化护理专业内涵、提升临床整体护理质量具有积极意义^[13]。相较于临床其他急诊科患者而言, 酒精中毒性精神障碍患者的病情、体征变化较快, 受酒精作用影响, 此类患者的行为及症状表现均难以预测, 而本研究针对观察组患者所实施的全程优质护理则是在基于优质护理基础上, 强调了酒精中毒性精神障碍患者的全程、整体护理的重要性, 在治疗前、治疗时及治疗后分别为患者实施优于基础护理的优质护理, 或可更好适应此类患者不同阶段的临床需求。本研究结果显示, 观察组患者护理后的治疗及护理依从性优良率均高于对照组, 对应的不良事件发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。在其具体护理方案中, 护士在施护前对酒精中毒性精神障碍的相关内容进行了深入学习, 自患者入院时起, 护士即为其建立了健康档案, 通过更加详细、丰富的健康知识宣教, 可很大程度上提升患者及家属对此病的认知, 由此可大幅提升患者的诊疗依从性, 当患者可完全配合医护人员接受治疗及护理后, 其症状恢复进程可明显加快, 治疗期间发生不良事件的风险也会明显降低。本研究中, 观察组患者所实施的护理方案中, 包含了针对心理、生理的专项护理, 通过系统评估患者的精神及躯体状态予以针对性干预, 可更好的改善患者生理症状表现, 并促进其精神状态恢复。经全程优质护理后, 观察组患者

各维度 SCL-90 评分、Nu-DESC-SCV、HAMA、HAMD 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。李振洋等^[14] 研究结果显示, 对酒精中毒性精神障碍患者实施全程无缝隙的优质护理后, 患者的不良事件发生率更低、依从性更高、心理、生理症状改善效果更好, 与本研究结果具有一致性。可见全程优质护理在酒精中毒性精神障碍患者的临床护理中具有较高应用价值。

综上所述, 将全程优质护理用于酒精中毒性精神障碍患者可在促进躯体症状恢复同时改善精神状态, 对降低患者不良事件发生风险、提升诊疗依从性均有积极作用。

〔参考文献〕

- (1) 苏红佑, 郑应红. 急诊综合护理在 189 例急性重度酒精中毒患者中的应用 (J). 福建医药杂志, 2020, 42(5): 171-172.
- (2) 董小林, 马鹏程, 战丽萍, 等. 慢性酒精中毒性脑病认知功能障碍的相关性分析 (J). 精神医学杂志, 2020, 33(2): 108-111.
- (3) 杨倩娜. 急诊应用醒脑静治疗急性酒精中毒的临床效果和安全性分析 (J). 中国医药指南, 2020, 18(9): 204-205.
- (4) 王千惠, 史建新. 人文关怀护理模式在酒精所致精神障碍患者中的应用研究 (J). 首都食品与医药, 2020, 27(6): 178.
- (5) 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准 (M). 3 版. 山东: 山东科学技术出版社, 2001: 13-15.
- (6) 杨程惠, 周波, 周凡, 等. 躯体症状障碍患者疾病认知现状及影响因素分析 (J). 中国全科医学, 2020, 23(32): 4039-4046.
- (7) 孙振晓, 于相芬, 麻爱华, 等. 中文版护理谵妄筛查量表在慢性酒精中毒患者中的信度和效度研究 (J). 精神医学杂志, 2010, 23(6): 405-407.
- (8) 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度 (J). 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
- (9) 李文波, 许明智, 高亚丽. 汉密顿抑郁量表 6 项版本 (HAMD-6) 的信度及效度研究 (J). 中国神经精神疾病杂志, 2006, 32(2): 117-120.
- (10) 姜莹莹, 徐晓慧, 徐婷玲, 等. 中国人群饮酒疾病负担及应对措施 (J). 中华预防医学杂志, 2020, 54(7): 731-736.
- (11) 李来香. 慢性酒精中毒性精神障碍患者认知功能研究 (J). 中国社区医师, 2021, 37(7): 38-39.
- (12) 吴波. 探讨酒精中毒所致精神障碍的临床特点和护理措施 (J). 中国医药指南, 2018, 16(31): 200-201.
- (13) 居雪婷, 冯金星, 杨影. 优质护理对提升乙醇中毒患者遵医嘱依从性的效果 (J). 工业卫生与职业病, 2020, 46(4): 351-352.
- (14) 李振洋, 张桂凤. 无缝隙优质护理对急性酒精中毒患者不良事件和依从性及心理状态的影响 (J). 工业卫生与职业病, 2019, 45(2): 152-154.