

[文章编号] 1007-0893(2024)05-0095-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.05.028

# 评判性思维在腹壁按压辅助肠镜诊疗中的应用研究

邵键伟 陈凤妹 黄贺 陈敏敏 黄瑞 张宇 林映兰\*

(福建医科大学肿瘤临床医学院 福建省肿瘤医院, 福建 福州 350000)

**[摘要]** 目的: 探讨评判性思维在腹壁按压辅助肠镜诊疗的应用效果。方法: 选取 2016 年 10 月至 2021 年 10 月于福建省肿瘤医院接受肠镜诊疗的 845 例患者, 随机数字表法分为对照组 (422 例) 和观察组 (423 例)。对照组患者被动性遵医嘱腹壁按压, 观察组患者评判性思维指导下腹壁按压。统计两组患者检查时间、检查成功率、检查痛苦程度、不良事件发生率、护理满意度及舒张压 (DBP)、收缩压 (SBP)、心率 (HR) 变化情况。结果: 观察组患者检查时间、检查成功率、检查疼痛程度均优于对照组 ( $P < 0.05$ ); 入镜时、镜达回肠末端时观察组患者 HR、DBP、SBP 低于对照组, 且波动幅度小于对照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者不良事件发生率低于对照组, 护理满意度高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 评判性思维应用在腹壁按压辅助肠镜诊疗患者中可有效稳定其生命体征, 缩短检查时间, 缓解检查疼痛, 减少不良事件, 提高检查成功率及护理满意度。

**[关键词]** 肠镜; 腹壁按压; 评判性思维**[中图分类号]** R 473.6 **[文献标识码]** B

肠镜是肠道疾病常用诊疗技术, 可完整、清晰显现肠道内部结构、可疑病灶位置及大小, 诊断价值高, 临床应用广泛, 但由于盆腹部肿瘤占位、盆腹部手术后粘连严重、肠道冗长等因素影响, 进镜期间肠道出现痉挛、成角、成袢, 从而引起腹胀、腹痛、血压升高、心率 (heart rate, HR) 加快等不适反应, 均可导致检查中断<sup>[1]</sup>。资料显示, 肠镜检查期间配合正确腹壁按压手法具有预防性防袢作用, 可减少患者痛苦, 缩短检查时间, 保证检查顺利进行<sup>[2]</sup>。然而传统腹壁按压期间, 护士仅机械性遵医嘱操作, 缺少对正确腹壁按压的思考及总结, 工作效率低下。批判性思维是个体灵活运用已有经验对临床护理问题作出有意义、有目的的反思推理过程, 现已应用于高通量血液透析、老年冠心病心律失常等领域, 并取得一定效果, 但临床鲜少分析评判性思维在腹壁按压辅助肠镜诊疗价值相关报道, 本研究对此展开讨论分析, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 基线资料

选取 2016 年 10 月至 2021 年 10 月于福建省肿瘤医院接受肠镜诊疗的 845 例患者, 随机数字表法分为对照组 (422 例) 和观察组 (423 例)。观察男性 254 例, 女性 169 例; 年龄 16~62 岁, 平均 ( $40.89 \pm 5.56$ ) 岁; 文化

程度: 125 例小学及初中, 170 例高中, 128 例大专及以上学历。对照组男性 249 例, 女性 173 例; 年龄 18~65 岁, 平均 ( $42.56 \pm 4.32$ ) 岁; 文化程度: 122 例小学及初中, 179 例高中, 121 例大专及以上学历。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。

### 1.2 病例标准

1.2.1 纳入标准 (1) 年龄 16~65 岁, 不限性别; (2) 具备肠镜诊疗指征; (3) 意识清楚, 具备正常沟通和交流能力; (4) 对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 肝肾异常者; (2) 精神异常者; (3) 腹部手术史者; (4) 消化道梗阻、穿孔、胃潴留、肠道感染者; (5) 孕妇; (6) 病例资料不完整, 且依从性低下者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 被动性遵医嘱腹壁按压, 即根据主治医师指令行腹壁按压, 乙状结肠: 护士立于患者背侧, 手指和手掌共同压迫左下腹部, 同时手腕弯曲发力, 向内向上托起左下腹部区域; 若肠镜隆起袢曲位于右下腹, 应判断肠镜在乙状结肠起始点袢曲偏向右下腹部, 同法压迫; 脾曲: 护士立于患者背侧, 自左上腹向内压迫, 并向横结肠方向提起, 减少弯曲度, 确保肠镜顺利通过; 横结肠: 护士位于患者背侧, 双手发力于脐上部位至两肋骨间, 压迫横结肠在两手限制范围内, 使横结肠呈直

**[收稿日期]** 2024-01-05**[作者简介]** 邵键伟, 男, 护师, 主要研究方向是胃肠镜相关护理。**[\*通信作者]** 林映兰 (E-mail: sjw163sjw@163.com)

线状态；肝曲：护士位于患者背侧，双手在右上腹部区域内发力，向右肋骨侧压迫，缩小肝区部位肠镜活动范围；回盲部：患者左侧卧位，护士位于患者背侧，在右下腹部，双手向操作者方向压迫。

1.3.2 观察组 评判性思维指导下腹壁按压，主要内容如下，（1）培养评判性思维能力：开展评判性思维讲座，利用 PPT 介绍评判性思维概念、特点及与护理程度、护理决策关系，并举出相关案例，要求护士通过评判性思维确定问题解决方案，以此提高护士评判性思维能力；（2）评判性思维应用于腹壁按压：肠镜治疗期间，肠道出现痉挛、成角、成袢等症状，经腹壁按压后症状缓解，顺利进镜，但仍有腹痛、腹胀症状，此时对照组做法是被动性遵医嘱进行腹壁按压，可增加患者不适症状，影响检查进程及结果。面对上述问题，护士间运用评判性思维分析其产生原因、解决方法，主要原因为按压位置不对，按压力度过轻或过重，横结肠结襻时，除要求手法外，还应确定按压位置，控制按压力度，以腹壁下陷 3~5 cm 为宜，肝曲结襻时，力度适中，切勿盲目用力，以免引起穿孔、出血等并发症；然而按压力度与个体差异密切相关，其适用性存疑。根据上述问题，护士查找相关资料，再次讨论，得出解决方案：①检查期间播放轻柔、舒缓音乐，待患者主诉腹胀、腹痛时，指导其聆听音乐想象放松，双臂放于身体两侧，双下肢自然伸直，口鼻缓缓吸气，使胸廓隆起，停顿数秒，缓缓吐气，重复 4 次后，闭眼憧憬人生美好未来，放松肌肉，直至检查结束；②为弥补徒手腹壁按压不足，引入奥林巴斯公司生产的 UPD-3 小探头，UPD-3 观察结肠镜在横结肠不前进，若横结肠下垂显著时，手握拳从脐部向上推，或整个手掌平压脐部，当 M 型横结肠时，自脐上 2 cm 处正中位置，横向压迫腹部，使横结肠变直；UPD-3 显示肠镜先端在肝曲处不前进或不进反退，用手指将左下腹向脊柱方向托举，并指导清醒患者从左侧卧位转变为仰卧位。

1.4 观察指标

（1）检查时间是指自肛门进镜至送镜到达回肠末端时间，分为优（≤ 20 min）、良（20 < ~ 30 min）、可（30 < ~ 40 min）、差（> 40 min，或检查失败）四个等级<sup>[3]</sup>。检查成功定义为肠镜到达回肠末端。（2）参照世界卫生组织（World Health Organization, WHO）疼痛程度分级标准评价检查疼痛，包含 0 级（无痛）、1 级（轻度疼痛）、2 级（中度疼痛）、3 级（重度疼痛）<sup>[4]</sup>。

（3）分别于检查前、入镜时、镜达回肠末端时，记录床旁监护仪（飞利浦，C3 型号）舒张压（diastole pressure, DBP）、收缩压（systolic blood pressure, SBP）、HR。

（4）记录不良事件（腹胀、腹痛、出血、血氧饱和度下降）发生率。（5）采用自制调查问卷从态度、技能 2 个维度

评价护理满意度，分为非常满意（90~100 分）、满意（60~89 分）、不满意（< 60 分）3 个等级，总满意度 = （非常满意 + 满意） / 总例数 × 100%。

1.5 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  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者检查时间及成功率比较

观察组患者检查时间优于对照组，差异具有统计学意义（*Z* = 23.786, *P* < 0.001）；观察组患者检查成功率高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者检查时间及成功率比较 [n(%)]

组别	n	检查时间				检查成功
		优	良	可	差	
对照组	422	74(17.54)	120(28.44)	186(44.07)	42(9.95)	337(79.86)
观察组	423	80(18.91)	201(47.52)	122(28.84)	20(4.73)	420(99.30) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

2.2 两组患者检查疼痛程度比较

观察组患者检查疼痛程度优于对照组，差异具有统计学意义（*Z* = 25.723, *P* < 0.001），见表 2。

表 2 两组患者检查疼痛程度比较 [n(%)]

组别	n	0 级	1 级	2 级	3 级
对照组	422	60(14.22)	111(26.30)	162(38.39)	89(21.09)
观察组	423	87(20.57)	170(40.19)	103(24.35)	63(14.89)

2.3 两组患者生命体征变化比较

检查前两组患者生命体征变化比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；入镜时及镜达回肠末端时观察组患者 HR、DBP、SBP 低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者生命体征变化比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时 间	HR/次·min <sup>-1</sup>	SBP/mmHg	DBP/mmHg
对照组	422	检查前	79.59 ± 5.57	106.95 ± 14.42	73.34 ± 7.62
		入镜时	89.95 ± 7.24	134.49 ± 15.28	87.99 ± 10.01
		镜达回肠末端时	92.26 ± 7.13	130.35 ± 14.42	84.42 ± 8.34
观察组	423	检查前	78.85 ± 6.61	108.11 ± 12.26	72.25 ± 8.87
		入镜时	81.81 ± 6.78 <sup>b</sup>	110.35 ± 14.34 <sup>b</sup>	80.82 ± 9.13 <sup>b</sup>
		镜达回肠末端时	80.33 ± 6.52 <sup>b</sup>	112.46 ± 12.89 <sup>b</sup>	78.86 ± 7.69 <sup>b</sup>

注：SBP—收缩压；DBP—舒张压；HR—心率；1 mmHg ≈ 0.133 kPa。

与对照组同时段比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.4 两组患者不良事件发生率比较

观察组患者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 4。

表 4 两组患者不良事件发生率比较 [n(%)]

组别	n	腹胀	血氧饱和度下降	腹痛	出血	总发生
对照组	422	15(3.55)	18(4.27)	17(4.03)	6(1.42)	56(13.27)
观察组	423	9(2.13)	12(2.84)	6(1.42)	3(0.71)	30(7.10) <sup>c</sup>

注：与对照组比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.5 两组患者护理满意度比较

观察组患者护理总满意度高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 5。

表 5 两组患者护理满意度比较 [n(%)]

组别	n	不满意	满意	非常满意	总满意
对照组	422	119(28.20)	146(34.60)	157(37.20)	303(71.80)
观察组	423	34(8.04)	196(46.34)	193(45.62)	389(91.96) <sup>d</sup>

注：与对照组比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

人类结直肠解剖结构复杂，乙状结肠、横结肠、回盲部、脾区、肝区均伴有不同程度弯曲、折角，加之腹部皮肤韧性差、肠管蠕动力弱等因素影响，极易诱发肠袢，增加肠镜诊疗难度<sup>[5]</sup>。腹壁按压是近年较为推崇的辅助手段，可减少患者痛苦，保证肠镜检查顺利进展，但相关研究发现，常规腹壁按压多凭借手感，听从主治医师指挥，存在一定盲目性、局限性，仍需探索更具针对性、科学性的辅助护理方案<sup>[6]</sup>。

随着人们对护理服务要求提高，护士角色功能随之发生转变，除具备一般知识技能外，还需具备独立获取信息、处理复杂临床问题等能力，这对提高护士素质，促进护理发展具有重要意义<sup>[7]</sup>。评判性思维的应用可促进护士主动学习理论知识、操作技能，在实际操作中快速做出决策，满足患者需求，提高护理质量。尽管评判性思维在护理管理中取得确切效果<sup>[8]</sup>，但尚未见其在腹壁按压辅助肠镜诊疗中应用，能否取得同等或更甚效果尚缺乏循证支持，故本研究对此展开讨论分析，发现入镜时、镜达回肠末端时观察组患者 HR、DBP、SBP 低于对照组，不良事件发生率低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。可见评判性思维有助于稳定患者生命体征，减少不良事件发生。对于机体来说，肠镜检查属于侵入性操作，在肠腔内向前推进时，肠腔出现反射性痉挛，诱发腹痛、腹胀等不适症状，加剧焦虑、抑郁情绪，兴奋交感-肾上腺髓质系统，释放大量儿茶酚胺，增加机体应激反应，最终导致生命体征波动，检查中断。根据结肠解剖理论，采用正确腹壁按压手法可有效抑制肠镜所致迷走神经兴奋性，缩小结肠曲度，减少腹胀、腹痛症状，缓解负面情绪，稳定生命体征，保证检查顺利进行。除此之外，评判性思维还针对护士展开理论知识及技能

培训，旨在帮助其对可能发生问题进行合理性预见，采取针对性护理措施，纠正以往坐等问题出现再处理的工作态度；其次鼓励护士站在全面管理者视角，分析腹壁按压无效产生原因，制定针对性解决方法，如 UPD 引导下腹壁按压，可清晰显现结肠肠袢位置及状态，提高腹壁按压有效率及准确率，减少不良事件发生；音乐则能减轻交感神经张力，减少肾上腺素、儿茶酚胺生成量，降低全身小动脉张力，稳定血压，放松想象训练可促使患者心情放松，减轻机体应激反应，减少血压、HR 波动幅度。

同时本研究发现，观察组患者检查时间、检查成功率、检查疼痛程度均优于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。说明评判性思维应用于腹壁按压辅助肠镜诊疗中，可显著减轻疼痛程度，缩短检查时间，提高检查成功率。究其原因在于，评判性思维指导下，有机结合腹壁按压和 UPD，易于快速、准确找到压迫点，在成袢早期进行有效解袢，协助主治医师顺利进镜；音乐可调节机体循环，减轻疼痛感知，促进检查顺利进行。资料显示，当聆听音乐时间超过 10 min 后，机体疼痛程度明显减轻，且减轻幅度与听音乐时间呈现密切相关性，故肠镜检查期间全程播放音乐<sup>[9]</sup>。本研究还发现，观察组患者护理满意度高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。可见具有评判性思维的护士更能准确了解患者需求，重视患者对腹壁按压意见反馈，主动改进腹壁按压不足之处，使患者获取更好护理体验，营造良好护患气氛，杜绝护患纠纷。

综上所述，评判性思维应用于腹壁按压辅助肠镜诊疗中，有助于稳定生命体征，缩短检查时间，缓解检查疼痛，减少不良事件，提高检查成功率及护理满意度。但评判性思维首次应用于腹壁按压辅助肠镜诊疗，具体实施内容及评价标准尚无统一论，加之肠镜诊疗准确性、安全性并非单纯取决于腹壁按压，还与肠道准备质量密切相关，仍需后续研究进一步完善与改进。

### [参考文献]

- [1] 张凌云, 刘颖, 刘佳, 等. 二氧化碳充气对无痛结肠镜诊疗患者舒适度的影响 [J]. 中国内镜杂志, 2020, 26 (1): 25-28.
- [2] 张桂芬, 叶兰兰, 周梦知, 等. 中医情志护理联合腹部按摩对肠镜检查肠道准备的影响 [J]. 新中医, 2020, 52 (4): 152-154.
- [3] 李晶. 基于评判性思维的护理干预在高通量血液透析患者中的应用效果观察 [J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21 (17): 148-149.
- [4] 陈超, 于文敏. 评判性思维护理对老年冠心病心律失常患者生活质量疗效和护理满意度的影响 [J]. 山西医药杂志, 2019, 48 (24): 3126-3128.
- [5] 王君, 丁艳. 腹部手法按压联合结构式心理护理对电子结

- 肠镜检查患者的影响[J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(11): 1990-1993.
- [6] 纪浩旋, 陈秀迎, 樊红革, 等. 辅助电子结肠镜进镜腹部按压器的研制与应用[J]. 护理学报, 2020, 27(9): 76-78.
- [7] 龙小静. 评判性思维联合 SBAR 标准沟通模式在发热门诊中的应用效果研究[J]. 临床研究, 2023, 31(11): 168-172.
- [8] 夏育娟, 李少莉, 张婷. 评判性思维护理模式对哮喘患儿预后生命质量表达的影响[J]. 贵州医药, 2023, 47(2): 335-336.
- [9] BASHIRI M, AKÇALI D, COŞKUN D, et al. Evaluation of pain and patient satisfaction by music therapy in patients with endoscopy/colonoscopy [J]. Turk J Gastroenterol, 2018, 29(5): 574-579.

[文章编号] 1007-0893(2024)05-0098-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.05.029

## 乌司他丁联合生长抑素治疗急诊重症急性胰腺炎的疗效观察

侯君 郑喜胜 李长力

(南阳市中心医院, 河南 南阳 473000)

**[摘要]** 目的: 探究急诊重症急性胰腺炎的治疗中乌司他丁和生长抑素治疗的联用疗效。方法: 应用异体配对分析法, 对南阳市中心医院 2021 年 10 月至 2022 年 10 月收治的 160 例急诊重症急性胰腺炎患者进行分组, 对照组和观察组分别予以常规治疗、乌司他丁联合生长抑素治疗, 观察并比较两组患者的疗效。结果: 观察组的总有效率为 95.00%, 明显高于对照组的 75.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 观察组患者的血清降钙素原、腹腔内压水平更低, 血清铁蛋白水平更高, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗后的胃蛋白酶原、胃泌素水平、体质量、实际体质量/理想体质量 (WT/IBW)、上臂中部肌肉周长 (MANC)、三头肌皮皱厚度 (TSF)、转铁蛋白 (TRF)、血清清蛋白 (ALB); 前清蛋白 (PA) 水平均高于对照组, 前白蛋白、总蛋白、血红蛋白水平均低于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 在急诊治疗的重症急性胰腺炎患者中, 乌司他丁联合生长抑素与治疗的疗效好, 可改善预后及其血清学指标。

**[关键词]** 重症急性胰腺炎; 乌司他丁; 生长抑素; 急诊

**[中图分类号]** R 657.5<sup>+</sup>1 **[文献标识码]** B

重症急性胰腺炎为急诊科危急重症之一, 一旦救治不及时, 则可直接导致患者死亡。随着疾病进展, 部分病情严重者常并发感染、腹膜炎、休克。合并低血压或休克及水、电解质酸碱平衡和代谢紊乱, 并且出现明显的腹痛 (全腹或上腹压痛), 肌紧张、反跳痛, 甚至伴血性腹水, 腹胀相对明显。故在急诊治疗中, 需结合患者的病况, 采取联合治疗以控制疾病进展, 改善患者预后<sup>[1]</sup>。常规治疗中, 多以早期肠内营养支持治疗为主, 存在较大局限性。而有研究显示<sup>[2]</sup>, 在采用乌司他丁联合生长抑素治疗后, 可以显著地恢复患者胃肠功能, 维持肠道屏障功能, 并提高患者免疫功能、保障患者摄入充足的营养功效, 因此两药联合成为该病急诊救护环节

的热点之一。对此, 笔者为探究急诊重症急性胰腺炎治疗中乌司他丁联合生长抑素的疗效, 特筛查南阳市中心医院 160 例急诊重症急性胰腺炎患者资料作为研究对象进行分析, 结果总结如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

应用异体配对分析法, 对南阳市中心医院 2021 年 10 月至 2022 年 10 月收治的 160 例急诊重症急性胰腺炎患者进行分组, 其中对照组中, 男女比例 32:48, 年龄 20~72 岁, 平均年龄 ( $40.3 \pm 5.7$ ) 岁; 观察组中, 男女比例 33:47, 年龄 21~71 岁; 平均年龄 ( $40.5 \pm 5.5$ ) 岁。

**[收稿日期]** 2023-12-23

**[作者简介]** 侯君, 男, 住院医师, 主要研究方向是重症医学。