

# 无缝隙护理在浸润性膀胱癌围术期护理中的应用观察

陈小英 胡建梅

(重庆市巴南区第二人民医院 重庆 400054)

**【摘要】**目的:探究无缝隙护理在浸润性膀胱癌患者围术期运用。方法:选出80例患者为样本,随机分组(常规组、研究组),各组40例,分别采取常规护理、无缝隙护理不同模式,分别从两组术后炎症因子水平(WBC、CRP)、手术指标(肛门排气、住院时间)、并发症率、满意率上比较,以总结无缝隙护理优势。结果:首先,分别对比术后1d、3d、7d两组WBC、CRP,结果显示不同时间点均是研究组指标水平更低( $P < 0.05$ )。其次,研究组术后肛门排气( $1.7 \pm 0.2$ )d,住院时间( $9.0 \pm 1.5$ )d,短于常规组( $3.0 \pm 0.6$ )d、( $12.6 \pm 3.2$ )d,证明研究组康复速度更快( $P < 0.05$ ;  $t = 5.268$ ;  $5.179$ )。最后,研究组术后并发症率5.0%(2/40),护理满意率92.5%(37/40),常规组对应指标是并发症率15.0%(6/40)、满意率82.5%(33/40),各指标均研究组更佳( $P < 0.05$ ;  $\chi^2 = 5.552$ ;  $5.150$ )。结论:无缝隙护理用于浸润性膀胱癌患者围术期效果突出,能改善患者炎症缩短其康复时间,减少并发症,值得运用。

**【关键词】**浸润性膀胱癌;无缝隙护理;围术期

## Application of seamless nursing in perioperative nursing care of patients with invasive bladder cancer

Xiaoying Chen Jianmei Hu

(The Second People's Hospital of Banan District, Chongqing, 400054)

**[Abstract]** objective to explore the application of seamless nursing in patients with invasive bladder cancer during perioperative period. Methods: 80 patients were randomly divided into two groups (routine group and Study Group), 40 patients in each group were given routine nursing and seamless nursing respectively, the levels of inflammatory factors (WBC, CRP), operative indexes (Anal Exhaust, hospital stay), complication rate and satisfaction rate were compared between the two groups to summarize the advantages of seamless nursing. Results: First of all, comparing WBC and CRP of the two groups on the 1st, 3rd and 7th day after operation respectively, the results showed that the levels of WBC and CRP of the study group were lower than those of the control group at different time points ( $p < 0.05$ ). Secondly, after operation, the patients in the study group had anal exhaust ( $1.7 \pm 0.2$ ) days and hospital stay ( $9.0 \pm 1.5$ ) days, which were shorter than those in the routine group ( $3.0 \pm 0.6$  days,  $12.6 \pm 3.2$  days). It was proved that the patients in the study group had a faster recovery rate ( $p < 0.05$ ;  $t = 5.268$ ;  $5.179$ ). Finally, the postoperative complication rate was 5.0% (2/40) and the satisfaction rate of nursing care was 92.5% (37/40) in the study group. The corresponding indexes were the complication rate 15.0% (6/40) and satisfaction rate 82.5% (33/40) in the routine group, all indexes were better in the study group ( $p < 0.05$ ;  $2.552$ ;  $5.150$ ). **CONCLUSION:** seamless nursing for patients with invasive bladder cancer during the perioperative period of outstanding results, can improve the inflammation of patients to shorten their recovery time, reduce complications, it is worth using.

**[key words]** invasive bladder cancer; seamless nursing; perioperative period

### 1 资料和方法

#### 1.1 一般资料

获得院伦理委员会、泌尿外科科室审核批准后,此次从2021年1月~2022年2月收治的患者资料中共选出80例。纳入标准:(1)经病理组织学确诊。(2)满足腹腔镜手术指征。排除标准:(1)合并其他恶性肿瘤<sup>[2]</sup>。(2)意识、认知障碍。(3)手术禁忌症。随后随机分组,每组40例。常规组:男32例,女8例,年龄在56.0~80.0岁,中位值( $57.2 \pm 5.0$ )岁。研究组:男33例,女7例,年龄在55.0~79.0岁,中位值( $57.2 \pm 6.2$ )岁。用统计学软件对比两组病程、职业、性别、年龄等多项基线资料,结果显示呈正态分布 $P > 0.05$ ,满足对比均衡性原则。研究符合《赫尔辛基宣言》,家属均知情。

#### 1.2 方法

常规组采取常规护理,如生命体征监测、口头宣教。研究组采取无缝隙护理。

术前护理:(1)病情评估。基于尊重及保护患者隐私前提下,温和询问患者病情相关信息,利于后续制定有效手术治疗及护理方案<sup>[3]</sup>。(2)术前护理及准备。浸润性膀胱癌患者可能存在膀胱刺激、无痛性血尿等症状,再加之源自家庭及社会外界压力,部分患者会感到焦虑、烦恼,产生抑郁、悲观等心理,甚至排斥治疗,预后状况差。护理人员要针对患者学历、职业、经历等耐心做好术前疏导工作。保持耐心和专业度,提升患者对医护人员信赖度。宣教方式可多样化,如一对一教育、播放手术科普视频、设置宣讲栏、

开展知识讲座、下发科普小手册等,以综合提高患者对自身疾病及手术治疗认知,告知患者手术安全性及优越性,树立起积极治疗的意识及自信心。做好家属思想工作,叮嘱家属充分发挥亲情支持力量,鼓励患者勇敢治疗,予以情感支持。协助患者做好基础检查工作,积极纠正其原发疾病,告知注意事项,如术前3d口服庆大霉素,术前1d食用流质食物,晚上10点后禁食水,术晨起予以生理盐水灌肠。

术中护理:(1)体位护理。协助患者调整体位,于其腘窝下垫上软枕,并用肩托固定其肩膀。用柔软毛巾保护患者骨突部位,以防止手术中出现压疮。由于手术时间相对较长要做好对患者受压部位皮肤按摩,以改善血液循环。(2)辅助干预。护理人员要熟悉整个手术治疗流程及医师操作习惯,积极配合及辅助医师手术操作,提升手术效率及质量。在建立气腹操作时要确认穿刺针进入腹腔方可充气,准确把控住各项数据指标及参数。(3)患者生命体征监测。严密观察患者各生命指征,若发现存在皮下气肿及时处理。(4)环境护理。合理控制手术室温湿度,为患者做好保暖减少不必要肢体暴露,以降低患者术中低体温发生风险。手术中为患者输血、输液治疗时,将液体温度控制在 $37^\circ\text{C}$ <sup>[4]</sup>。

术后护理:(1)严密观察病情变化。术后24h严密监测生命体征指标,每间隔30min测定其血压、脉搏、体温等指标,并检查患者肝肾功能、电解质,防止出现诸如呼吸困难等不良症状。(2)引流管护理。术后留置不同功能管道,如胃管、腹腔引流管、胃管、双侧输尿管支架管,明确标识用途,每日定时记录下各引流液性质(量、颜色等)。针对于连接

患者盆腔及腹腔的引流管,要定时检查其通畅,可通过适当挤压的方式预防血块阻塞。叮嘱患者术后不可剧烈活动,日常生活中注意固定好各管道,防止压迫、弯曲或是脱落。(3)造瘘口护理。术后观察造瘘肠管引流是否正常,若存在肠黏液堵塞要及时处理。观察造口肠管颜色,通常以鲜红、粉红色为主,若呈暗红色提示患者可能血运不畅通,要及时将相关情况告知医师。落实对患者造瘘口的卫生护理,保持其干净、干燥,可适当涂抹氧化锌软膏预防尿液浸渍下的糜烂。(4)下肢深静脉血栓(DVT)预防。术后及时为患者按摩下肢,定时协助其翻身。若患者处于高凝状态要遵照医嘱为其用药。(5)双侧输尿管支架管护理。留置该支架管时引出肾盂内尿液,以利于患者切口愈合。提醒患者术后翻身或活动时避免牵扯<sup>[5]</sup>。若管道阻塞可借助于生理盐水低压冲洗。观察引流液性质,若短时间出血较多要告知医师处理。

(6)盆腔引流管护理。术后留置盆腔引流管,及时引流分泌物防止盆腔感染。引流液通常是血性液体,若为黄色液体要考虑到低蛋白或尿漏。术后1d引流量约200~400ml而后逐步减少,若日流量少于20ml可考虑拔管。(7)胃管护理。为降低发生肠梗阻、肠痿等并发症,术后可持续进行胃肠减压,以减少发生呕吐、误吸等症状,促进患者吻合口愈合。胃肠功能恢复后拔管,予以患者流食并观察是否存在腹胀、腹肌紧张等表现,对症干预。

### 1.3 评价指标

(1)对比两组术后炎症因子水平,如白细胞计数(WBC;单位:10<sup>9</sup>/L)、C反应蛋白(CRP;单位:mg/L)。

(2)对比两组手术指标。

(3)对比两组术后并发症及护理满意率。前者由医护人员统计可得,后者是自制科室内调查问卷,搜集患者真实评价及建议。

### 1.4 统计学方法

SPSS21.0软件处理,t或c<sup>2</sup>检验。P<0.05差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组术后炎症因子水平对比

经统计对比,术后不同时间点的两组WBC、CRP指标,均是研究组各指标水平更低P<0.05。如表2-1所示:

### 2.2 两组手术指标对比

各指标均是研究组用时更短,P<0.05。如表2-2:

### 2.3 两组术后并发症及护理满意率对比

统计显示:研究组并发症率5.0%(2/40),护理满意率92.5%(37/40),常规组对应指标分别是:并发症率15.0%

(6/40),满意率82.5%(33/40)。组间对比,研究组占据优势,P<0.05。如表2-3所示:

## 3 讨论

膀胱癌是泌尿系统常见疾病,多因遗传、环境因素所致。手术是治疗浸润性膀胱癌当前最常使用的方法,虽然腹腔镜手术能规避传统手术中的不足,但作为有创性治疗还是有可能出现并发症风险,从而导致最终疗效受到影响。因此针对手术治疗的患者应当强化对其围术期的有效护理,以最大程度上降低术后并发症,为患者获得更好的预后质量奠定基础。无缝隙护理遵循以患者为中心的护理原则,且基于循证医学理论实施,和常规护理模式比较,它具备更细致、更完善、更系统化的特征及优势。有研究指出通过实施该护理模式,能很大程度发挥出协同效果,减少并发症提高患者康复质量。回顾本次研究结果:(1)关于术后炎症因子水平,术后不同时间点的两组WBC、CRP指标对比,均是研究组更低,表示各组炎症情况术后改善更明显。组间数据对比P<0.05。

(2)关于术后指标。无论是术后肛门排气,还是患者住院用时,均是研究组更短,指标比较P<0.05。(3)关于并发症及满意率。研究组并发症发生率更低,且患者整体满意率更高,组间对比,P<0.05。究其原因研究组分别在术前、术中、术后积落实针对性干预措施,结合人性化服务下能提升患者对手术及护理的配合,确保手术顺利实施且各项护理细节均被完善,综合提升护理质量。综上所述,无缝隙护理用于浸润性膀胱癌患者围术期效果显著,不仅能改善患者炎症指标促进其康复,还能减少并发症风险,患者对该护理模式满意度也较高,因而值得推广研究。

### 参考文献:

[1]任胜杰.Roy-Neuman综合模式在浸润性膀胱癌手术患者护理中的应用效果[J].长治医学院学报,2020,34(03):227-230+235.

[2]金霞.分析对浸润性膀胱癌患者行腹腔镜全膀胱切除回肠代膀胱术的围术期护理干预[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(22):144+147.

[3]张卓仙.浸润性膀胱癌应用腹腔镜膀胱癌根治回肠代膀胱术治疗的围术期护理分析[J].中国社区医师,2019,35(04):179+181.

[4]林铃铃,林美娇.腹腔镜全膀胱切除回肠代膀胱术对浸润性膀胱癌的围术期护理干预分析[J].中外医学研究,2018,16(25):70-71.

表2-1 两组术后炎症因子水平对比( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | WBC(术后1d) | WBC(术后3d) | WBC(术后7d) | CRP(术后1d) | CRP(术后3d) | CRP(术后7d) |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 研究组 | 13.4±2.6  | 11.4±2.0  | 7.5±1.0   | 74.5±21.3 | 61.2±15.3 | 7.0±1.0   |
| 常规组 | 15.2±3.3  | 13.3±2.6  | 8.9±2.3   | 85.3±32.2 | 67.9±24.3 | 9.6±1.8   |
| t值  | 5.130     | 5.234     | 5.458     | 5.136     | 5.421     | 5.334     |
| P值  | <0.05     | <0.05     | <0.05     | <0.05     | <0.05     | <0.05     |

表2-2 两组手术指标对比(d; $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | N  | 术后肛门排气时间 | 住院时间     |
|-----|----|----------|----------|
| 研究组 | 40 | 1.7±0.2  | 9.0±1.5  |
| 常规组 | 40 | 3.0±0.6  | 12.6±3.2 |
| t值  |    | 5.268    | 5.179    |
| P值  |    | <0.05    | <0.05    |

表2-3 两组并发症及满意率对比(n,%)

| 组别         | N  | 肠痿      | 肠梗阻     | DVT     | 尿痿      | 并发症率  | 满意率   |
|------------|----|---------|---------|---------|---------|-------|-------|
| 研究组        | 40 | 0(0.0)  | 0(0.0)  | 1(2.50) | 1(2.50) | 5.0%  | 92.5% |
| 常规组        | 40 | 1(2.50) | 1(2.50) | 2(5.0)  | 2(5.0)  | 15.0% | 82.5% |
| $\chi^2$ 值 |    |         |         |         |         | 5.552 | 5.150 |
| P值         |    |         |         |         |         | <0.05 | <0.05 |