

综合护理干预对腹腔镜胃穿孔修补术患者的心理状态的影响观察

曹露

(南京市高淳人民医院 211300)

摘要:目的:分析综合护理干预在腹腔镜胃穿孔修补术患者中的应用效果及其对患者心理状态的影响。方法:从2021年6月至2021年12月阶段在我院行腹腔镜胃穿孔修补术治疗的患者中选取74例,以上对象随机分为2组,包括观察组和对照组,每组各37例。两组患者均采用腹腔镜胃穿孔修补术进行治疗,在围术期对照组实施常规护理,观察组实施综合护理。结果:观察组患者术后的胃肠开始蠕动时间、肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间和首次排便时间,都显著短于对照组, $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。两组患者术前的血浆胃动素、血管活性肠肽水平,无明显差异, $P>0.05$;观察组患者术后的血浆胃动素、血管活性肠肽水平,显著高于对照组, $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。两组患者护理前的SAS评分、SDS评分,无明显差异, $P>0.05$;观察组患者护理后的SAS评分、SDS评分,显著低于对照组, $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。观察组患者的并发症发生率(8.11%),显著低于对照组(32.43%), $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。两组患者护理前的躯体功能、社会功能、心理功能和物质生活状态等GQOLI-74评分,无明显差异, $P>0.05$;观察组患者护理后的各项GQOLI-74评分,显著高于对照组, $P<0.05$ 比较差异有统计学意义。结论:综合护理干预可促进患者术后胃肠动力恢复,显著降低患者的并发症发生率,且能够有效减轻患者的焦虑、抑郁情绪水平,对患者的身心状态均有明显的改善作用,从而缩短患者的术后康复时间,提高其生活质量。
关键词:综合护理;腹腔镜胃穿孔修补术;心理状态

胃穿孔是临床常见的消化系统急症,该疾病具有发病突然,病情进展较快等临床特征^[1]。胃穿孔会在极短的时间内引发患者出现腹痛、恶心呕吐、休克等临床症状,严重危害患者的健康。必须及时地进行准确地诊断和治疗,方可确保患者的生命安全^[2]。当前,随着影像学技术的不断发展,胃穿孔的诊断并不困难。胃穿孔患者在确诊后,往往会采取手术的方式进行治疗,而腹腔镜胃穿孔修补术以其创伤较小、术后恢复较快、并发症较少等优势,而在胃穿孔的治疗中表现出了显著的优势^[3]。因此,当前腹腔镜胃穿孔修补术已经成为了胃穿孔治疗的首选术式,尽管该手术方式属于微创范畴,但仍属于一种有创疗法,从而引起患者产生一定程度的生理应激反应,导致患者面临着一定的并发症风险^[4]。不仅如此,绝大多数的患者,由于发病较急,加之缺乏相应的手术治疗知识,导致其在围术期各个阶段会产生较大的情绪波动,从而引起较为强烈的心理应激反应^[5]。而身心应激反应会对患者的术后康复产生不利影响。因此,临床认为,对于腹腔镜胃穿孔修补患者,需在围术期配合实施科学的护理干预,以改善患者的身心状态,促进患者康复^[6]。综合护理是当前临床公认的一种科学化的护理模式,本文就对综合护理干预在腹腔镜胃穿孔修补术患者中的应用效果及其对患者心理状态的影响进行了分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2021年6月至2021年12月阶段在我院行腹腔镜胃穿孔修补术治疗的患者中选取74例,以上对象随机分为2组,包括观察组和对照组,每组各37例。其中观察组37例患者,男19例,女18例;年龄31—72岁,平均年龄(42.63±5.05)岁;发病到手术时间2—12h,平均时间(5.87±1.21)h;体质量44.93—76.02kg,平均体质量(54.19±2.07)kg;包括胃窦部穿孔22例、胃小弯穿孔15例;穿孔直径0.42—1.21cm,平均直径(0.58±0.22)cm。对照组37例患者,男21例,女16例;年龄48—69岁,平均年龄(53.82±4.83)岁,发病到手术时间2—13h,平均时间(5.73±1.33)h,体质量43.83—75.62kg,平均体质量(53.86±2.32)kg;包括胃窦部穿孔24例、胃小弯穿孔13例;穿孔直径0.45—1.23cm,平均直径(0.60±0.23)cm。2组患者的一般资料相比无显著差异 $P>0.05$ 。该研究获得了医学伦理委员会的批准。

纳入标准:①患者均符合胃穿孔的诊断标准,并经胃镜检查证实为胃穿孔;②具备腹腔镜胃穿孔修补术手术指征的患者;③自愿采取腹腔镜胃穿孔修补术治疗的患者;④研究依从性良好的患者;⑤患者及家属对研究知情同意。

排除标准:①合并手术禁忌症的患者;②合并心、肝、肾功能障碍疾病的患者;③合并心、脑血管疾病的患者;④合并严重感染性疾病的患者;⑤合并恶性肿瘤疾病的患者;⑥合并上腹部手术史的患者;⑦合并认知障碍、精神疾病的患者;⑧无法获得随访资料的患者。

1.2 干预方法

两组患者均采用腹腔镜胃穿孔修补术进行治疗,在围术期对照组实施常规护理,观察组实施综合护理,干预方法:

1.2.1 术前护理

①心理护理:在患者手术治疗前对其开展术前健康宣教,主要介绍腹腔镜胃穿孔修补术开展的必要性和重要性,同时介绍腹腔镜胃穿孔修补术的实施流程、具体方法、术中配合事项等,让患者对腹腔镜胃穿孔修补术有更加清晰的了解,以避免患者由于缺乏手术了解而产生的不良情绪,同时也能够使患者更加认可临床治疗,更加配合手术实施。在此基础上,向患者介绍手术注意事项、进出手术室流程,并提供手术室环境、设备照片,消除患者对陌生环境的恐惧感和排斥感。同时以治疗成功的典型病例为例,鼓励患者积极面对治疗,帮助患者树立治疗信心。②术前准备:帮助患者进行术前的各项临床检查,并记录患者的检查结果。在此基础上,为患者进行手术准备,对术区皮肤进行剃毛、去污、消毒处理。术前准备期间,要注意关注患者的舒适度,操作期间要注意动作轻柔,注意保护患者隐私。

1.2.2 术后护理

①心理护理:术后待患者麻醉苏醒后,首先告知患者手术治疗情况,消除患者的担忧。术后回到病房,及时与患者沟通,向患者介绍术后可能出现的情况,并告知其应对措施,消除患者由于缺乏认知而引起的恐慌情绪。在此基础上,评估患者的情绪状态,给予针对性的情绪安抚,让患者保持平稳的心态进行术后修养。可在病房内通过播放音乐等方式,分散患者的注意力,帮助患者放松情绪。②体位护理:帮助患者术后取平卧位,并且将头部偏向一侧,避免患者发生窒息。③饮食护理:根据患者的术后胃肠道功能恢复情况,给予饮食,在术后2h可指导患者通过嚼口香糖的方式,来促进患者胃肠道蠕动的恢复,在术后6h即可给患者饮用温开水,少量多次饮用温开水后,如果患者没有不适症状后,即可在术后24h左右进行半流质饮食,并逐渐增加进食量、逐渐进行饮食过渡,恢复正常饮食。并指导患者术后要改善饮食结构,多摄入富含优质蛋白、维生素的食物。④疼痛管理:全面开展疼痛感转移法帮助患者缓解疼痛,例如在病房内播放一些舒缓、愉悦的音乐,使患者放松;或者与患者进行聊天,聊患者感兴趣的事,或者为患者播放喜爱的电视节目,来转移患者的注意力,使其弱化对疼痛的关注度,从而减轻疼痛感。当患者的疼痛程度比较剧烈,无法忍受时,则可以遵医嘱给予镇痛药物进行镇痛。⑤体温管理:术后要加强患者的体温监测,并且做好保温工作。将病房内的温度控制在26℃左右,以维持患者的体感舒适度。同时患者术后静脉输液过程中,要对其液体进行加温,避免患者体温流失。如果是天气比较寒冷的秋冬季节,则应采取相应的措施来加强保温,例如为患者铺保温毯。⑥促进胃肠功能恢复:在患者术后6h时,采取多种干预手段,促进患者的胃肠蠕动功能恢复,包括以下措施:腹部热敷:将一茶匙松节油撒在

热毛巾上,趁热敷于患者的腹部,直到腹部皮肤发红,每次热敷时间30min,每日2次。以此来达到促进血液循环、消除肠道水肿,促进肛门排气和排便的目的。食欲刺激:包括视觉刺激:在患者术后餐前30min播放一些美食视频,美食的选择要结合患者的饮食偏好,播放30min,每日播放3次。嗅觉刺激:在患者的床边摆放患者喜好的食物、水果,让其散发出的气味来刺激患者的食欲。味觉刺激:术后可让患者口含维生素C片,每次100mg,每日3次。同时可指导患者间断性的咀嚼口香糖,每次5min,每日2次。⑦早期活动:术后12-24h,指导患者进行腹式呼吸训练,10-20min/次,2次/d。术后18-24h,对患者进行腹部按摩,4-8min/次,2次/d。术后第2d,指导患者伸直下肢、屈伸足背,缓慢抬升单侧下肢到离创面30-40cm的位置,保持4-6s。双下肢按照以上方法交替练习。然后取仰卧位,缓慢屈曲膝关节,双脚蹬床,两肘着床面施力,慢速向上抬升臀部,绷紧臀部肌肉,然后复位恢复放松状态。以上练习8-10组/d,每日分3次完成。术后第3d,如果患者切口愈合良好,且生命体征稳定,则可指导患者下床活动。

1.3 评价指标

①术后恢复情况:统计患者的术后胃肠开始蠕动时间、肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间和首次排便时间。②胃肠动力恢复效果:分别在术前和术后检测患者的血浆胃动素、血管活性肠肽水平。③心理情绪状态:以焦虑自评量表(SAS)评价患者护理前后的焦虑情绪水平,共包含20个条目,每个条目的计分均为1、2、3、4分,得分范围20-80分,分数与患者的焦虑情绪水平成正比;以抑郁自评量表(SDS)评价患者护理前后的抑郁情绪水平,共包含20个条目,每个条目的计分均为1、2、3、4分,得分范围20-80分,分数与患者的抑郁情绪水平成正比^[7]。④并发症发生情况:统计患者的粘连性肠梗阻、切口感染、吻合口梗阻、出血等发生率。⑤生活质量:以生活质量综合评定量表(GQOLI-74)对患者护理前后的生活质量进行评估,包括躯体功能、社会功能、心理功能和物质生活状态,每项计分范围均为0-100分,分数与生活质量成正比^[8]。

1.4 统计学处理

数据均用Spss21.0软件处理,计量资料($\bar{x} \pm s$)和计数资料(%)分别采用t检验和卡方检验进行比较,P<0.05表明比较差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的术后恢复情况比较

观察组患者术后的胃肠开始蠕动时间、肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间和首次排便时间,都显著短于对照组,P<0.05比较差异有统计学意义。见下表:

表1 两组患者的术后恢复情况比较(d)

组别	n	胃肠开始蠕动时间	下床活动时间	进食普食时间	肛门排气时间	住院时间
观察组	37	2.15 ± 1.07	0.48 ± 0.18	3.01 ± 0.69	2.45 ± 1.13	6.61 ± 1.64
对照组	37	3.67 ± 1.06	1.36 ± 0.21	3.86 ± 0.78	3.91 ± 1.28	9.25 ± 1.74
t		8.167	6.026	10.128	9.582	10.623
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者的胃肠动力恢复效果比较

两组患者术前的血浆胃动素、血管活性肠肽水平,无明显差异,P>0.05;观察组患者术后的血浆胃动素、血管活性肠肽水平,显著高于对照组,P<0.05比较差异有统计学意义。见下表:

表2 两组患者的胃肠动力恢复效果比较(ng/L)

组别	n	血浆胃动素		血管活性肠肽	
		术前	术后	术前	术后
观察组	37	112.15 ± 15.32	170.28 ± 20.11	139.68 ± 13.11	184.11 ± 22.08
对照组	37	112.12 ± 15.31	134.64 ± 18.15	139.55 ± 3.24	161.25 ± 19.65
t值		0.032	7.628	0.027	4.573

P值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05
----	-------	-------	-------	-------

2.3 两组患者的心理状态比较

两组患者护理前的SAS评分、SDS评分,无明显差异,P>0.05;观察组患者护理后的SAS评分、SDS评分,显著低于对照组,P<0.05比较差异有统计学意义。见下表:

表3 两组患者的心理状态比较(分)

组别	n	SAS评分		SDS评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	37	53.39 ± 3.29	32.01 ± 3.82	55.39 ± 3.48	35.08 ± 3.27
对照组	37	53.43 ± 3.15	37.72 ± 3.16	55.28 ± 3.36	39.43 ± 3.06
t		0.038	6.273	0.118	5.236
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患者的并发症发生率比较

观察组患者的并发症发生率(8.11%),显著低于对照组(32.43%),P<0.05比较差异有统计学意义。见下表:

表4 两组患者的并发症发生率比较

组别	n	粘连性肠梗阻	切口感染	吻合口梗阻	出血	总发生率
观察组	37	1	1	1	1	4 (8.11)
对照组	37	6	3	4	3	16 (32.43)
X ²						8.215
P						<0.05

2.5 两组患者的生活质量比较

两组患者护理前的躯体功能、社会功能、心理功能和物质生活状态等GQOLI-74评分,无明显差异,P>0.05;观察组患者护理后的各项GQOLI-74评分,显著高于对照组,P<0.05比较差异有统计学意义。见下表:

表5 两组患者的生活质量比较(分)

组别	n	躯体功能		社会功能		心理功能		物质生活状态	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	37	75.38 ± 5.64	89.21 ± 7.85	73.28 ± 6.09	87.33 ± 8.18	70.48 ± 6.28	84.47 ± 8.13	72.79 ± 6.15	87.68 ± 8.26
对照组	37	75.19 ± 5.53	81.32 ± 6.66	73.00 ± 6.13	79.19 ± 7.48	70.26 ± 6.31	76.63 ± 7.44	72.48 ± 6.08	79.83 ± 7.36
t		0.472	7.816	0.394	7.926	0.358	8.026	0.402	7.591
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

随着急腹症外科的不断发展,外科微创理念逐渐深入,越来越受到临床的关注与重视^[9]。腹腔镜技术的出现与应用,开启了外科微创的新时代,随着这一技术的不断发展,腹腔镜手术逐渐在胃穿孔的临床治疗中得到了广泛的推广,这一手术方式的应用使得胃穿孔的治疗,逐渐由传统的开腹手术向微创手术转变^[10]。

腹腔镜胃穿孔修补术治疗胃穿孔的过程中,只需借助极小的切口就可以完成手术治疗,且在治疗过程中不会保留患者的腹腔,这是一个飞跃式的进步,不仅显著减轻了手术对腹腔脏器的影响,同时避免了腹腔脏器暴露在空气中易发生感染的问题^[11]。不仅如此,更小的创伤,对脏器更小的影响,不暴露腹腔等诸多因素,都对于患者术后的快速恢复,及获得更好的胃肠动力恢复效果具有重要的意义,这是传统开腹手术所无法比拟的^[12]。同时,能够显著减轻患者对手术治疗的恐惧心理,提高了患者的手术接受度^[13]。不仅如此,腹腔镜微创手术在借助腹腔镜系统的基础上,能够获得清晰的手术视野,可实现快速探查、定位穿孔部位的效果,利于缩短手术治疗时间,且提高了手术的精准性^[14]。因此,腹腔镜胃穿孔修补术在胃穿孔的临床治疗上,逐渐得到了大力的推广和普及^[15]。

随着腹腔镜胃穿孔修补术的广泛应用,其围术期护理问题也逐渐突出。综合护理是一种坚持以人为本的,以患者为中心的护理模式,不断完善和提升患者的身心护理质量,从而使护理服务更加科学化、优质化,同时也充分的体现了人性化护理理念^[16]。本次研究中,通过对观察组患者在围术期实施了综合护理,其胃肠开始蠕动

(下转第152页)

(上接第 150 页)

时间、肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间和首次排便时间,都显著短于实施常规护理的对照组患者, $P < 0.05$ 。这一结果表明,综合护理干预可缩短腹腔镜胃穿孔修补术患者的术后康复时间。且观察组患者术后的血浆胃动素、血管活性肠肽水平,显著高于对照组, $P < 0.05$ 。这一结果表明,综合护理更利于促进患者术后胃肠道功能的恢复。同时观察组患者护理后的 SAS 评分、SDS 评分,显著低于对照组, $P < 0.05$ 。这一结果表明,综合护理能够显著减轻患者围术期的不良情绪。观察组患者的并发症发生率(8.11%),显著低于对照组(32.43%), $P < 0.05$ 。这一结果表明,综合护理干预能够显著降低患者的并发症发生率。而观察组患者护理后的各项 GQOLI-74 评分,显著高于对照组, $P < 0.05$ 。这一结果表明,综合护理能够显著改善患者的术后生活质量。

分析这一原因,主要是由于综合护理在护理实施过程中,始终坚持以患者为中心,从降低患者生理和心理应激反应入手,采取多种护理干预手段,对患者从不同角度、不同层面进行多方面的护理干预,从而在最大程度上帮助患者规避来自于生理和心理上的影响康复的不良因素,促使患者获得良好的康复效果。而良好的康复效果是患者获得优质生活质量的重要保障。

综上所述,综合护理干预可促进腹腔镜胃穿孔修补术患者术后胃肠动力恢复,显著降低患者的并发症发生率,且能够有效减轻患者的焦虑、抑郁情绪水平,对患者的身心状态均有明显的改善作用,从而缩短患者的术后康复时间,提高其生活质量。

参考文献:

- [1]宋艳艳,胡丹.腹腔镜下胃穿孔修补术患者的全身心护理干预效果[J].实用临床医药杂志,2020,24(13):4.
- [2]王骅,刘习红,王希.腹腔镜胃穿孔修补术治疗急性胃穿孔的临床观察[J].锦州医科大学学报,2019,40(3):3.
- [3]周艳.护理干预应用于经腹腔镜下急性胃穿孔修补术围手术

期效果分析[J].中国医药指南,2021,19(27):2.

[4]王丽娜.PDCA 循环式护理模式在腹腔镜胃穿孔修补术中的应用效果[J].中外女性健康研究,2021,9(16):2.

[5]谷培利.老年急性胃穿孔腹腔镜穿孔修补术的围术期整体护理[J].河南外科学杂志,2020,26(1):2.

[6]薛更寅.腹腔镜行胃穿孔修补术围术期对患者应用优质护理模式的价值分析[J].中国医药科学,2020,10(2):3.

[7]田霞,郭丽娇.预防性护理在胃穿孔患者行腹腔镜修补术后的应用效果[J].中国民康医学,2020,32(20):3.

[8]陈丽,黄燕,李智英,等.腹腔镜下急性胃穿孔修补术围术期的护理干预[J].中国继续医学教育,2019,11(1):2.

[9]宁建云.急性胃十二指肠溃疡穿孔腹腔镜穿孔修补术的围术期整体护理体会[J].河南外科学杂志,2020,26(2):2.

[10]曾雪霞,许晓华.快速康复外科理念对腹腔镜胃穿孔修补术患者术后胃动力及并发症的影响[J].黑龙江医药,2020,33(3):2.

[11]林木英.健康宣教+心里支持护理在胃溃疡合并胃穿孔患者中的应用优势[J].医学美学美容,2021,30(7):38-39.

[12]孔伟娜,千冬维.PDCA 循环模式下针对性护理对胃穿孔修补术患者生存质量及睡眠质量的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(8):4.

[13]张会敏¹.健康教育和心理护理在胃溃疡合并胃穿孔患者中的应用价值[J].首都食品与医药,2019,11(5):1.

[14]何妮妮.分析护理干预应用于急性胃穿孔修补术(腹腔镜下)的具体效果[J].中国医药指南,2019,17(12):2.

[15]黄妙平,杨小兰,林翠虹.腹腔镜下急性胃穿孔修补术期患者实施优质护理干预的临床效果分析[J].中国医药科学,2019,9(20):3.

[16]方芳.优质护理在行腹腔镜胃穿孔修补术患者中的应用[J].中国民康医学,2019,31(17):3.

作者简介:曹露,女,1994.11.07,江苏南京,本科,护师。