

## 综合护理干预对腹部手术后粘连性肠梗阻护理效果观察

胡志皓 彭琬蕴 周满

(西南医科大学附属中医医院 四川泸州 646000)

**摘要:** 目的: 探究腹部手术后粘连性肠梗阻应用综合护理干预的效果。方法: 试验于 2022 年 1 月—2023 年 7 月共选取受试对象 60 例, 均在我院普外科接受腹部手术治疗, 将其随机分成两组, 各组例数均为 30, 对照组患者应用常规围手术期护理, 研究组则给予综合护理干预, 比对两组护理后患者生活质量、并发症、机体功能和肠道功能恢复情况。结果: 研究组腹部手术后患者排气、排便、胃肠功能恢复时间、症状缓解和住院时间更短,  $P < 0.05$ ; 研究组腹部术后并发症率 3.33% 高于对照组 23.33%,  $P < 0.05$ ; 研究组 SF-36 评分高于对照组,  $P < 0.05$ ; 护理手段干预后研究组 KOS 评分高于对照组, SDS、SAS 评分则低于对照组,  $P < 0.05$ 。结论: 腹部手术期应用综合护理干预, 可以最大限度阻止粘连性肠梗阻发生, 降低术后并发症发生率, 促进胃肠道功能恢复, 强化患者机体功能。

**关键词:** 综合护理; 腹部手术; 粘连性肠梗阻; 生活质量; 并发症; 机体功能; 胃肠道功能

腹部手术可根据手术方式的不同分为开腹术和微创手术, 常见术式有阑尾、结肠、胆囊切除术、横结肠癌、直肠癌根治术等<sup>[1]</sup>。其中术后最为常见的并发症为粘连性肠梗阻, 由腹腔内手术、炎症、创伤和出血等因素所引起, 相关研究表明, 腹部手术术后粘连发生率高达 80%<sup>[2]</sup>。患者主要表现为腹痛、腹胀、恶心、呕吐和肛门停止排气, 疾病早期患者生命体征相对平稳, 随病程发展, 患者将出现脱水症状, 严重者甚至休克, 危及患者性命。针对该并发症, 临床以预防为主, 药物治疗为辅, 手术治疗为广泛性粘连梗阻首选方式。相关研究表明, 高效科学的护理方式可以取得良好预防效果, 促进腹部术后功能康复, 降低并发症风险<sup>[3-4]</sup>。优质护理目前已成为临床应用最为广泛的护理方式, 其干预效果已得到广大医师和患者证实, 将其应用于腹部手术患者围术期, 可有效预防术后粘连性肠梗阻发生, 避免对患者造成 2 次伤害。文章选取普外科在院 60 例患者为研究对象, 探究综合护理在腹部手术围术期的干预效果, 报道如下。

### 1. 资料和方法

#### 1.1 一般资料

试验于我院普外科选取受试对象, 时间在 2022 年 1 月—2023 年 7 月, 例数共 60 例, 均在我院接受腹部手术治疗, 将其随机分成两组, 各组例数均为 30, 对照组: 男 17, 女 13, 年龄 32—64, 均值  $(55.62 \pm 4.14)$  岁, 手术时间 30min—2h, 均值  $(1.02 \pm 0.31)$  h; 研究组: 男 16, 女 14, 年龄 32—63, 均值  $(55.37 \pm 5.10)$  岁, 手术时间 30min—2h, 均值  $(1.03 \pm 0.28)$  h, 对比资料  $P > 0.05$ 。患者意识、行为、语言等功能均正常, 签署同意书。排除脏器功能障碍、代谢或血液系统疾病患者。

#### 1.2 方法

对照组患者应用常规围手术期护理, 根据普外科护理流程开展各项干预措施, 术前根据患者手术类型做好准备工作, 对患者进行简单教育指导, 术后密切监测体征, 遵医嘱施护。研究组则给予综合护理干预, 具体如下: (1)术前: ①教育及心理护理: 主动与手术患者及家属寻求沟通, 了解患者对自身疾病和腹部手术认知情况, 术前强调医师操作经验和手术安全性, 尽可能缓解患者紧张情绪; 介绍术后可能出现的并发症, 做好前期解释工作, 让患者意识到术后疼痛、腹胀为正常现象, 不需过于担忧, 随机体康复上述症状也将快速缓解, 提高患者信任度和心理抵御力, 减轻不良情绪, 缓解其应激心理障碍, 帮助其建立手术治疗和术后康复信心。②肠道准备: 术前一晚需灌肠, 使用浓度为 5% 的肥皂水 500—800ml 灌肠, 帮助患者排出腹腔内粪便和气体, 彻底清洁肠道, 灌肠可以有效预

防术后肠胀气和便秘症状。③饮食: 术前常规进食高蛋白、高热量和粗纤维食物即可, 根据患者营养状况增加微量元素以及其他营养物质摄入比例。(2)术后: ①疼痛: 腹部术后疼痛症状较为常见, 护理人员应监测患者生命体征, 监测患者心率和血压, 术后一般在 6 小时后可由去枕平卧位转为半卧位, 帮助患者将双下肢抬高约 30 度, 促进血液回流, 在患者病情允许下可调整至最舒适体位, 缓解患者疼痛感, 减轻患者身心不适感, 轻中度疼痛感患者可以通过局部热敷、按摩进行缓解, 疼痛程度较强烈的患者, 可以根据其耐受情况给予镇痛药物。②饮食: 术后 3 天内均需坚持清淡易消化流质饮食, 对于出现胃粘膜水肿或幽门梗阻患者, 可根据其情况早晚 2 次洗胃, 缓解患者术后腹胀症状。术后 6—24 小时患者胃肠功能完全恢复后可恢复半流质或普食, 增加维生素、优质蛋白摄入比例, 少食多餐, 每餐不宜过饱, 减少肠胃负担。③理疗与按摩: 术后 24 小时患者体征平稳, 此时可以利用红外线理疗仪对腹部进行局部照射, 促进消炎消肿, 改善腹部血液循环, 激发肠道血运, 预防术后粘连性肠梗阻。术后 3d 可进行腹部按摩, 按摩应控制力度和时间, 按顺时针方向缓慢揉腹, 每次按摩时间不超过 20min, 以患者感到舒适为宜。④中医护理: 可结合患者情况给予传统中药制剂口服, 如复方大承气汤 (泻下剂), 可治单纯性肠梗阻, 具有行气活血之功, 每天服用 3 次, 连续服用 1 周。⑤早期活动: 术后 6h 患者体征平稳, 可进行呼吸运动, 锻炼腹式呼吸, 正确咳嗽, 促进排痰, 预防肺部感染。后续逐渐根据患者病情康复程度进行上下肢活动, 上肢进行屈曲、抓握和牵拉训练, 下肢则进行屈伸、蹬训练, 早期家属协助变换体位, 后期自主活动, 鼓励患者尽早下地进行站立和行走训练, 每次训练半小时, 加快胃肠活动, 预防粘连性肠梗阻。

#### 1.3 观察指标

(1)两组手术患者术后排气、排便、胃肠功能恢复、腹痛、腹胀缓解、住院等时间指标, 评估术后机体恢复情况; (2)统计两组并发症, 包括腹痛、恶心、呕吐、切口感染、肠狭窄和腹胀; (3)评价两组生活质量, 共 8 项, 单项评分越高越好; (4)使用 SDS、KOS、SAS 等量表评估两组患者不良情绪和机体功能。

#### 1.4 统计学分析

研究数据的处理方法即 SPSS23.0 系统, 计量数据术后恢复情况、生活质量、量表评分的表示方法是  $(\bar{x} \pm S)$ , 组间对比由  $t$  值检验; 计数数据 (并发症) 的表示方法是  $[(n)\%]$ , 组间对比由  $\chi^2$  值检查; 结果为  $P < 0.05$  时表示差异显著, 统计学意义存在; 结果为  $P > 0.05$  时表示差异不显著, 统计学意义不存在。

#### 2. 结果

2.1 比对两组腹部手术患者恢复情况

研究组腹部手术患者术后排气、排便、胃肠功能恢复、腹痛、

表 1 腹部手术患者恢复情况对比 (  $\bar{x} \pm s$  )

组别	胃肠功能恢复时间 (h)	术后排气时间 (h)	排便时间 (h)	腹胀腹痛缓解时间 (h)	住院时间 (d)
研究组 (n=30)	6.46 ± 2.43	42.51 ± 5.42	51.23 ± 5.16	15.82 ± 6.11	26.41 ± 4.74
对照组 (n=30)	17.65 ± 3.29	71.75 ± 6.43	70.82 ± 6.22	30.38 ± 7.13	35.13 ± 5.85
t	14.9850	19.0442	13.2768	8.4931	6.3434
p	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 对比两组并发症

研究组腹部术后并发症 (发生率 3.33%) 高于对照组的 23.33%, P < 0.05, 见表。

表 2 并发症对比 (n, %)

组别	腹痛	恶心	呕吐	切口感染	肠狭窄	腹胀	总发生率
研究组 (n=30)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	1 (3.33)
对照组 (n=30)	1 (3.33)	2 (6.67)	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	2 (6.67)	7 (23.33)
X <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	-	5.1923
p	-	-	-	-	-	-	0.0227

2.3 对比两组生活质量

研究组 SF-36 评分高于对照组, P < 0.05, 见表。

表 3 生活质量对比 (  $\bar{x} \pm s$ , 分)

项目	研究组 (n=30)	对照组 (n=30)	T 值	P 值
生理机能	74.36 ± 10.10	66.40 ± 9.14	3.0922	0.0031
情感职能	68.91 ± 8.35	59.60 ± 10.09	3.7615	0.0004
健康状况	72.30 ± 9.74	65.17 ± 9.14	2.8246	0.0066
生理职能	69.73 ± 9.42	58.34 ± 8.38	4.7803	0.0000
总体健康	70.44 ± 8.18	62.69 ± 7.17	3.7701	0.0004
躯体疼痛	71.84 ± 8.07	64.74 ± 10.39	2.8557	0.0061
活力	69.67 ± 7.37	61.66 ± 9.72	3.4747	0.0010
精神健康	70.46 ± 9.12	62.81 ± 8.49	3.2488	0.0020

2.4 对比两组 SDS、SAS、KOS 评分

干预前两组腹部手术患者量表评分差小, 干预后研究组 SDS、SAS 评分低于对照组, KOS 评分高于对照组, P < 0.05, 见表。

表 4 SDS、SAS、KOS 评分对比 (  $\bar{x} \pm s$ , 分)

时间	项目	研究组 (n=30)	对照组 (n=30)	T 值	P 值
干预前	SDS	62.61 ± 5.12	61.24 ± 5.62	0.9870	0.3277
	SAS	60.52 ± 4.25	60.18 ± 5.28	0.2748	0.7845
	KOS	38.21 ± 4.29	37.51 ± 3.61	0.6838	0.4968
干预后	SDS	41.67 ± 3.15	50.51 ± 4.28	9.1112	0.0000
	SAS	40.20 ± 3.68	51.44 ± 2.58	13.6982	0.0000
	KOS	53.62 ± 4.66	40.64 ± 3.71	11.9356	0.0000

3. 讨论

腹部手术在临床普外科较常见, 作为侵入性操作手术应激创伤、术中炎症刺激和药物麻醉均会影响腹腔脏器功能, 术后出现胃肠道功能紊乱和障碍的几率较高<sup>[9]</sup>。影响手术治疗效果, 干扰患者预后康复。粘连性肠梗阻作为腹部手术发生率最高的并发症, 若早期处理不当, 诱发肠绞窄和肠穿孔的几率较高, 威胁患者术后安全。因此, 采取有效护理措施格外重要, 相关研究表明, 优质护理可以降低腹部手术后粘连性肠梗阻发生率, 预防术后并发症。优质护理以患者为护理中心, 结合科室和患者病情施护, 全面落实护理细节, 提升整体护理质量, 致力于给患者创造美好就医体验<sup>[6]</sup>。文章中在腹部手术围术期应用优质护理, 术前对患者进行心理疏导和健康教

腹胀缓解、住院等时间短于对照组, P < 0.05, 见表。

育, 让患者清楚了解自身病情和手术流程及目的, 术前晚间予肥皂水灌肠, 清除肠道内排泄物和气体; 术后实施针对性疼痛管理, 根据患者恢复情况给予阶段性饮食护理, 为预防粘连性肠梗阻给予中医按摩、复方大承气汤口服, 配合理疗和早期活动<sup>[7]</sup>。文章研究结果显示, 研究组腹部手术患者术后胃肠功能恢复、症状缓解和住院时间均短于对照组, P < 0.05, 优质护理使患者康复速度加快; 研究组腹部术后并发症率 3.33% 高于对照组, P < 0.05, 优质护理中按摩、活动、理疗等措施可预防术后并发症; 研究组 SF-36 评分更高, P < 0.05, 优质护理通过饮食、疼痛、早期康复等措施改善患者整体健康状况, 提高其预后生活质量。干预后研究组 SDS/SAS 评分低于对照组, KOS 评分则高于对照组, P < 0.05, 优质护理通过围术期心理和教育干预帮助患者正确认识手术、治疗和康复, 提高其认知水平, 减轻其心理压力<sup>[8]</sup>。

综上所述, 综合护理干预可最大限度阻止腹部术后粘连性肠梗阻发生, 降低术后并发症发生率, 促进胃肠道功能恢复。

参考文献:

[1]高明岩.综合护理对腹部手术后粘连性肠梗阻的并发症发生率的影响[J].中国医药指南,2023,21(08):176-178+182.  
 [2]黎雪娇.综合护理干预在腹部手术后粘连性肠梗阻护理中的应用研究[J].中国医药科学,2021,11(20):135-138.  
 [3]陈显峰.综合护理预防腹部手术后并发粘连性肠梗阻的效果评价[J].中国医药指南,2021,19(03):168-169.  
 [4]周新毓.综合护理干预对腹部手术后粘连性肠梗阻的效果观察[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(04):423.  
 [5]刘鹭,江莲香,温五梅.综合护理模式在腹部手术后粘连性肠梗阻患者中的应用[J].中国当代医药,2020,27(20):228-230.  
 [6]范建云.腹部手术粘连性肠梗阻应用综合护理干预的预防效果研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(25):26.  
 [7]周彩霞,陈婷兰,张锋霖.腹部手术后粘连性肠梗阻护理中综合护理干预的应用分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(26):26.  
 [8]张凌燕.综合护理干预联合常规护理在腹部手术后粘连性肠梗阻护理中临床疗效评价[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(22):22.