

加速康复外科在血管介入手术围术期护理的应用

杨丽

(和田地区人民医院血管外科 848000)

摘要:目的:分析在血管介入手术围术期护理中开展加速康复外科干预的价值和效果。方法:将本院2022年3月-2023年3月期间收治的800例血管疾病介入手术患者作为此次研究对象,采用电脑随机分组原则将800例手术患者分成两组(每组400例),其中参照组患者给予常规护理,试验组患者开展围术期加速康复外科护理,对比两组的护理效果。结果:试验组的术后并发症发生率、术前SAS评分低于参照组($P < 0.05$);试验组的下床时间、出院时间短于参照组($P < 0.05$);试验组干预后对比的护理满意度评分、生活质量评分高于参照组($P < 0.05$),差异具有统计学意义。结论:对接受血管介入手术治疗的血管疾病患者配合围术期加速康复外科干预的效果十分明显,不仅能减少和预防并发症的出现,还能缩短患者术后康复出院时间,改善患者预后,提高患者术后生活质量水平。

关键词:血管介入术;加速康复外科;围术期护理;护理满意度;术后并发症发生率

血管介入术属于现阶段临床中较为常用、创新、安全及微创的一种治疗血管疾病的手术方式。具体是指通过穿刺血管,进入导丝、导管等器械,对血管内病变进行诊治的一种方式,属于微创操作的一种^[1];常见的血管介入手术包括血管扩张、血管支架、血管取栓以及血管栓塞等等。相对于传统手术治疗来说,血管介入术具有创伤小、恢复快、定位准确、治疗效果佳等优势,能被绝大多数血管疾病患者接受,患者术后几乎不会出现疼痛表现^[2]。但手术后由于各种因素的影响会导致并发症的出现,可能对手术治疗的效果和患者预后产生严重的影响和威胁^[3]。所以,在血管介入术开展的过程中结合患者的实际情况、护理需求选择高效、合适的康复护理计划和手段显得十分重要,旨在更好的保障血管介入术的效果和安全性,促进患者预后及康复。本院针对收治的血管介入术患者800例展开了对比护理观察,分别使用了常规护理模式及加速康复外科护理,旨在探究加速康复外科护理模式在血管介入术围术期中的价值和效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

对本院同一时间段内收治的血管疾病患者800例实施电脑随机分组法将其分成两组,其中400例参照组患者中男性263例,女性137例,年龄40-71岁,均值(50.12 ± 3.69)岁;试验组400例患者中男性265例,女性135例,年龄41-70岁,均值(50.15 ± 3.67)岁。

统计学处理两组血管介入术患者的资料,结果差异不大($P > 0.05$)且可比性高。

纳入标准^[4]:1)经影像学及造影检查均符合“血管疾病”的诊断标准;2)符合血管介入术的临床指征;3)资料完整且同意参与观察;4)能独立的参与护理观察与研究。

排除标准:1)合并介入手术禁忌症或严重的心衰;2)合并先天性精神障碍或严重药物过敏史;3)聋哑人或沟通障碍、精神障碍性疾病;4)拒绝接受介入手术或观察。

1.2 方法

对参照组患者实施常规护理干预,包括术前常规检查、术前准备、术中护理配合、术后对症处理、指导患者在术后养成科学的生活习惯。

为试验组患者开展围术期加速康复外科护理,具体如下:(1)术前加速康复外科护理:手术前除了做好术前准备和检查工作外,

还应该通过多途径宣教介入手术相关知识的内容,让患者充分了解血管介入技术的成熟性、危险性等等,介绍手术步骤、术中和术后可能出现的意外、优势、安全性等等,减轻患者由于认知不全引发的术前焦虑、紧张情绪。术前还应综合评估患者术前的紧张情绪和心理压力,结合患者性格、年龄特点、疾病、手术特殊性等等开展一对一的心理安慰、语言疏导、眼神肯定、正性暗示、家属陪伴支持等等,更好的让患者放松心理顾虑,积极主动的接受手术治疗,帮助患者更好的建立战胜疾病的自信心。最后,术前还应帮助患者做好术前准备工作,如备皮、术前的饮食指导,指导患者训练床上排尿和排便,对于无法自主排尿的患者应留置导尿管。(2)术中加速康复外科护理:手术中协助患者采用仰卧位,充分暴露出腹股沟、股动脉、腕部等穿刺部位,对于躁动、紧张、焦虑患者应给予约束带适当的约束四肢。实施局部麻醉后还应密切监测患者生命体征指标的波动,将造影剂推注的过程中轻声告诉患者可能会出现一过性头昏、头胀等症状,告诉患者这是正常的避免情绪波动和躁动。(3)术后加速康复外科护理:手术后穿刺部位制动6小时,对穿刺部位实施止血带的压迫,观察足背动脉搏动、肢体皮温、肢体近远端血运情况;术后如果发现穿刺部位有红肿,第一时间考虑是否存在感染或迟发血肿,给予5%的硫酸镁湿敷,减轻局部疼痛和血肿。叮嘱患者术后6-8h内饮水1500-2000ml,术后4h内尿量保持在800ml以上,以便造影剂能够顺利通过肾脏排泄。术后患者体征平稳后应指导其早期下床活动,减少压力性损伤、尿潴留等的发生。术后患者一旦出现胸部闷痛、面色苍白、气短、频频出冷汗、恶心呕吐、低血压、心率下降等不良反应,应第一时间考虑是否存在迷走神经综合征,护理人员应第一时间帮助患者保持平卧或头低足高位,头偏向一侧,防止呕吐物误吸,引起窒息、为患者提供吸氧,心电监护监测其血压和心率,如果血压正常、心率减慢,给予静推或肌注阿托品0.5-1mg,观察约2分钟心率无变化,可再追加0.5-1mg阿托品;如果血压明显下降,可给予多巴胺或肾上腺素升高血压。对于恶心和呕吐的患者,可给予胃复安10mg肌肉注射。介入术后24小时内容易出现脑出血,术后应指导患者平稳心情、切忌用力排便,减少术后肢体活动幅度,叮嘱患者不要做屈膝、屈髋、手腕活动等,减少穿刺部位皮下血肿的发生。术后患者可能出现造影剂过敏反应,主要表现为恶心呕吐、头痛等,严重者还会出现休克、四肢抽搐、呼吸困难等表现,护理人员应每小时巡视病房,主动询问患者是否存在以上症状,并及时处理。术后指导患者清淡、易消化的饮

食,多进行慢跑、散步、游泳等运动锻炼,多喝水、多休息,减少情绪波动,更好的提高患者的生活质量水平,改善患者预后。

1.3 观察指标

比较两组的术前 SAS 评分、下床时间、出院时间、护理满意度评分、生活质量评分及术后并发症发生率。(1)术前 SAS 评分:采用 SAS 焦虑自评量表,总分 100 分,分数越高患者的焦虑情绪越严重;(2)生活质量评分:采用 SF-36 量表,总分 0-100 分,分数越高患者的生活质量越高;(3)术后并发症^[5]:包括术后出现的尿潴留、心律失常、恶心呕吐等。

1.4 统计学分析

采用 spss23.0 软件处理,当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的术前 SAS 评分、生活质量评分、护理满意度评分

护理前,两组的术前 SAS 评分、生活质量评分无显著差异 ($P > .05$);干预后,试验组的生活质量评分、护理满意度评分高于参照组,而 SAS 评分低于参照组 ($P < 0.05$),有统计学意义;见表 1:

组别	护理满意度评分	生活质量评分		术前 SAS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
参照组 (400)	85.65 ± 4.55	62.50 ± 4.15	65.59 ± 5.67	51.17 ± 3.26	47.41 ± 2.50
试验组 (400)	92.31 ± 3.69	62.53 ± 4.20	71.16 ± 6.20	51.20 ± 3.25	44.26 ± 2.38
t 值	22.737	0.102	13.259	0.130	18.252
P 值	<0.001	0.919	<0.001	0.896	<0.001

表 1: 两组患者的护理满意度评分、术前 SAS 评分、生活质量评分 (分)

2.2 组的下床时间、出院时间

试验组的下床时间、出院时间相对于参照组更短 ($P < 0.05$),差异具有统计学意义;见表 2:

表 2: 两组护理后的下床时间、出院时间

组别	例数 (n)	下床时间 (h)	出院时间 (d)
参照组	400	12.10 ± 2.26	5.26 ± 1.30
试验组	400	6.35 ± 1.89	3.25 ± 1.25
t 值	-	39.034	22.290
P 值	-	<0.001	<0.001

2.3 2 组的术后并发症发生率

和参照组比较,试验组的术后并发症发生率更低 ($P < 0.05$),差异具有统计学意义;见表 3:

表 3: 参照组、试验组的术后并发症发生率 (n/%)

组别	恶心呕吐(n)	心律失常 (n)	尿潴留 (n)	术后并发症发生率
参照组 (400)	7 (1.75)	3 (0.75)	10 (2.50)	20 (5.00)
试验组 (400)	2 (0.50)	1 (0.25)	2 (0.50)	5 (1.25)
X ² 值	-	-	-	9.290
P 值	-	-	-	0.002

3 讨论

随着人们生活习惯的变化、老龄化的加剧及基础性疾病的发生,现阶段临床中血管疾病的发生率越来越高,且发病年龄逐渐趋于年轻化的发生趋势。血管疾病—diseases of blood vessel, 主要指

动脉粥样硬化、炎症性血管疾病、功能性血管疾病、血管的真性肿瘤性疾病等,其中以动脉粥样硬化最为常见,严重影响患者的身体健康、威胁患者的生命安全^[6]。

因此,在临床中对血管疾病患者实施及时有效的手术治疗显得尤为重要,是挽救患者生命安全,缓解患者临床症状和提高患者生活质量的基础^[7]。随着微创技术的发展和成熟,现阶段临床中提倡对内脏血管性疾病患者开展血管介入干预,这是一种血管腔内介入治疗属于微创治疗,切口较小,患者的疼痛感十分轻微,主要是在手术操作的过程中通过静脉穿刺或动脉穿刺,把相关器械导入进行治疗的一种技术。且该项治疗技术对患者产生的创伤较小,对人体功能影响也较小,可减少患者发生并发症的情况,术后恢复较快,可以解决原来微创界较多医疗难题,尤其是外周动、静脉,内脏血管性疾病的介入治疗,能取得明显的治疗效果。但研究显示^[8],在这一围手术期配合相应的护理服务显得十分重要。以往的临床护理中通常选择基础护理模式,虽然能起到一定的护理效果,但对于预防和减少术后并发症、加速患者术后康复进程方面的作用并不十分明显,具有一定的局限性。因此,临床护理中提倡结合血管介入术患者围术期的实际情况、护理需求和特殊性开展加速康复外科理念的护理模式,加速康复外科理念是一种基于循证医学证据的一系列围手术期优化处理措施和模式^[9],能很好的减少手术后的创伤及应激反应,减轻术后疼痛反应,促进患者早期进食及活动,加速患者术后康复。加速康复外科理念围术期护理措施落实在血管介入术患者的护理中能够显著缩短患者下床时间及住院时间,降低术后并发症发生率及死亡率,增进护患之间的沟通和互动,缓解患者的紧张和焦虑情绪,保障患者预后^[10]。

由此可见,通过快速康复外科围术期护理措施用在血管介入术患者护理中的效果十分显著,建议在日后的临床中推广使用。

参考文献:

- [1]马晓璞,王苗,张玲等.针对性护理模式在不同体位患者 ERCP 术中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(12):85-87.
- [2]吴昆仙,徐巧荔,谢伟芬.围术期护理在糖尿病下肢血管病介入治疗中的应用分析[J].糖尿病新世界,2023,26(03):155-158.
- [3]刘贺佳,郭萌.《肿瘤微创介入治疗护理学》出版:导管室护理在胃癌晚期介入化疗患者护理中的效果研究[J].介入放射学杂志,2022,31(11):1139.
- [4]尉冠丽.观察经股动脉介入诊疗外周血管发生并发症的因素及针对性护理措施[J].黑龙江中医药,2021,50(05):397-398.
- [5]刘秀芳,张伟伟,吴海平等.ExoSeal 血管封堵器对原发性肝癌介入术后制动时间、疼痛和焦虑情绪的影响[J].河北医药,2021,43(18):2811-2813+2817.
- [6]孙秋,辛丹.分级护理在经外周动脉介入治疗患者术后并发症中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(17):3188-3190.
- [7]刘桂芳.7 例移植肾动脉狭窄病人介入治疗围术期护理[J].全科护理,2019,17(29):3657-3658.
- [8]孟晓丹.经动脉行冠状动脉介入手术后外周血管并发症观察及护理体会[J].中国现代药物应用,2019,13(11):190-191.
- [9]王玉,叶宝珠,王国勤等.水化及规范护理对肾动脉狭窄介入治疗致对比剂肾病的预防作用[J].中国血液净化,2018,17(08):566-569.
- [10]夏春燕.心血管介入治疗并发血管迷走性反射的护理观察[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(20):39+44.