

围术期个性化护理干预在肝胆外科手术护理中的临床应用

朱桃桃 陆颖^{通讯作者}

(海军军医大学第三附属医院东方肝胆外科医院 上海 200000)

摘要: 目的: 探讨在肝胆外科手术护理中实施围术期个性化护理干预手段的效用价值。方法: 此次研究共选取 138 例患者进行对比实验, 均行肝胆外科手术治疗, 采取盲抽方式进行分组, 沿用常规护理模式的对照组与实施围术期个性化护理手段的观察组各 69 例患者, 对两组临床应用效果深入分析并展开比较。结果: 经实验中相关数据显示, 观察组进食、排气、排便、下床活动与住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$); 与此同时, 相比对照组, 观察组并发症发生率较低 ($P < 0.05$); 护理前两组患者 SAS、SDS 评分经对比无统计学意义 ($P > 0.05$), 但护理干预后, 观察组 SAS、SDS 评分明显低于对照组 ($P < 0.05$); 比较两组对护理工作满意度可见, 观察组满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 对于行肝胆外科手术治疗的患者而言, 给予围术期个性化护理可有效加快患者康复进程, 降低并发症的发生, 切实改善患者负性情绪, 促进患者对护理工作满意度的提升。

关键词: 围术期; 个性化护理; 肝胆外科手术; 临床应用

引言: 肝胆外科手术因解剖结构复杂、手术难度系数相对较高, 而且此类手术基本为中大型手术, 术后极易出现各种并发症, 这也会直接影响到手术效率。所以在此期间还需配合相应的护理服务, 结合患者实际情况制定个性化护理方案, 从而提高护理的相符性与可行性, 切实满足患者临床需求, 提高整体疗效。本文主要探讨了围术期个性化护理干预在肝胆外科手术护理中的临床应用, 具体如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入实验的 138 例对象均为 2022 年 3 月~2023 年 2 月在院内行肝胆外科手术治疗的患者, 因后期需采取比较的方式进行差异判别, 所以实验前应进行分组, 分组方式随机展开, 以对照组作为参照对象, 并设立观察组, 为能够确保实验结果具有参考价值, 两组人数应当相同。患者年龄最小值为 31 岁、最大值为 59 岁, 其中对照组男性 36 例、女性 33 例, 中位年龄 (46.72 ± 3.59) 岁, 观察组男女人数、中位年龄分别为 38、31 例 (47.19 ± 4.22) 岁。纳入标准: 所有患者经诊断均符合肝胆外科手术指征, 了解此次实验目的并签署相关同意书; 排除标准: 交流不畅、合并其他器质性疾病、凝血功能障碍、全身性感染、依从性较差患者。本次研究的内容、流程、操作细节、方案拟定以及相关注意事项等均已通过医院伦理委员会的审核。两组患者的临床线性资料相比具有同质性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采取常规护理模式, 遵医嘱在术前对患者展开宣教, 准备好各医疗设备及药品, 辅助患者完成相关检查, 将结果反馈给医生以便于其治疗方案的制定, 同时叮嘱患者提前禁食禁水, 便于手术工作的开展。术中

密切配合医生完成各项治疗操作, 监测患者生命体征。术后实施常规镇痛, 在用药、饮食方面给予指导, 加强与患者沟通交流, 做好情绪安抚工作。

观察组实施围术期个性化护理手段, 以此来提高护理的全面性与针对性, 确保可为患者提供优质的护理服务, 切实满足患者身心发展需求, 主要可从以下几方面展开: (一) 术前, 因手术有着外侵性、未知性特点, 患者会因担忧而出现各种负性情绪、焦躁不安、抑郁、恐惧是其主要临床表现, 这也会导致其血压、心率均呈现出不稳定性特点, 给后期手术造成一定干扰, 对此护理人员还应当术前对患者进行访视, 为患者讲解手术相关事宜, 可结合患者认知与理解情况选择发放健康手册、播放视频、一对一宣教等方式, 内容方面包括手术方式方法、必要性与目的、相关注意及配合事项等方面, 并告知其常见并发症与应对措施, 着重强调医院设备及技术的先进性, 通过分享成功案例的方式来消除患者顾虑, 帮助其树立治疗信心, 使其能够积极配合医护人员的各项操作。因术前需长时间禁食禁水, 患者机体会产生饥饿感, 随后会出现烦躁情绪, 针对于此可以在术前 2 小时为其输注葡萄糖, 浓度为 10%, 用量为 500 毫升, 满足患者机体运转需求。同时对手术室进行全面消毒清洁, 根据主治医师习惯将各医疗器械放置合适的位置, 便于后期取拿^[1]。(二) 术中, 在将患者送入手术室期间可通过与患者聊天、轻拍肢体的方式来转移其注意力, 安抚患者情绪; 随后根据手术需求辅助患者完成体位调整, 注意询问患者舒适度; 同时需调节手术室温湿度, 通常建议温度为 23~25℃、湿度为 55%左右最佳, 为保持患者体温的稳定性, 可应用加热手术床, 并对输注液体、冲洗液进行加温处理, 在满足手术需求的同时尽量减少皮肤暴露面积, 防止失温现象的发生。对患者生命体征

进行动态化监测，以便于能够在出现异常时及时识别并展开处理。手术完成后，需查看并清点各医疗器械的数量及完整性，清理患者皮肤血液及渗液，消毒清洁后张贴敷料，将各留置管路固定至合适位置。注意做好患者的隐私保护工作，覆盖棉褥后将患者送入至病房，并与病房护士交接，告知其患者病情与护理着重点^[2]。(三)术后，①疼痛干预，因每位患者的耐受度及敏感度有着较大差异，患者会出现不同程度的疼痛感，对此护理人员还需对患者展开全面评估，对于轻度疼痛的患者可通过播放轻音乐、呼吸调节的方式来起到有效缓解作用，若疼痛程度较为强烈，需遵医嘱给予适量镇痛药物，秉承着三阶梯用药原则，从而减轻患者疼痛感。②管路护理，检查引流管状态，保证其稳固性，防止弯曲、折叠等情况的发生，使其时刻处于通畅状态。同时还应当观察引流液颜色、质地、量等情况，若发现引流量增多且出现臭腥味、脓性絮状引流物时，应及时告知医生处理。在符合标准情况下尽快拔除，防止感染情况的发生。查看切口位置形态变化情况，定期消毒更换药物^[3]。③康复训练，术后 1d 需协助患者改变体位，指导其完成肢体活动，并辅助按摩来加快血液循环，防止血栓、褥疮等不良事件的发生。在患者病情平稳后需鼓励其尽早下床活动，但还需做好训练量、强度及幅度的控制工作，并应用腹带，避免伤口裂开给患者康复造成不良影响^[4]。④饮食干预，需为患者制定科学合理的饮食结构方案，询问患者需求，在符合标准情况下尽量满足，在保证营养充足的情况下以清淡易消化的食物为主，禁食辛辣刺激以及易产气的食物种类，早期为流质食物，后根据患者病情情况逐步调整为普食。多食用新鲜蔬菜水果，防止便秘。(四)出院前，在患者符合出院标准后即可帮助其办理出院手续，依照每位患者实际情况实施出院宣教，为其制定个性化护理计划，告知其需遵医嘱用药，并详细告知每种药物的正确用法用量，可在外包装上进行标注，便于患者识别。同时叮嘱其日常卫生、饮食、锻炼等方面所要注意的事项，定期回院复查。要求家属需做好监

督工作，确保可严格执行护理计划，以此来保证治疗效果，加快患者康复速度^[5]。

1.3 观察指标

①详细记录两组患者术后进食、排气、排便、下床活动与住院时间，以数据表示便于后期对比工作的开展。②密切观察两组患者临床症状表现，一旦发现异常需及时反馈医生展开处理，最大程度降低对患者的影响，同时做好各并发症的统计与占比计算工作。③评估患者护理前后心理状态时可应用 SAS、SDS 量表，分别表示焦虑、抑郁情绪，前者分值为 50，后者为 53 分，如若高于该中线分值则表明患者存在不良情绪，但具体对比还需以得分情况而定，患者所得分值越低说明患者焦虑、抑郁等不良情绪越轻，反之为重。④以发放问卷调查表了解患者满意度，包含护理全过程的各项操作表现，如服务态度、心理支持、病房环境、操作技术、沟通交流、健康宣教等，不同分值区间分别表示的满意度也有一定差异，其中 90~100 分为非常满意、80~89 分为比较满意、60~79 分为一般、≤59 分为不满意，在患者评分后需做好整合工作，计算总满意率时用以下公式 (≥ 80 分人数之和) \div 小组总人数。

1.4 统计学处理

需对整个研究过程进行统计学处理，对此在本次研究中选取 SPSS22.0 作为统计学处理工具。全面收集整个研究过程的各项观察指标数据，使用“($\bar{x} \pm s$)”表示计量资料，采用“%”表示计数资料，统计学处理过程中分别使用“t”“ χ^2 ”对计量及计数资料进行检验，若数据间存在统计学意义可表示为“ $P < 0.05$ ”，反之则表示为“ $P > 0.05$ ”。

2 结果

2.1 两组术后恢复情况对比

根据患者临床表现来看，相比对照组，观察组患者进食、排气、排便、下床活动及住院时间均显著缩短，数据之间有一定差异表现 ($P < 0.05$)。如表格 1 所示。

表格 1 两组患者术后恢复情况比较 (n/%)，($\bar{x} \pm s$)

组别	n	进食时间 (h)	排气时间 (h)	排便时间 (h)	下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	69	40.72 \pm 5.15	42.98 \pm 4.92	68.49 \pm 5.21	2.32 \pm 1.34	14.39 \pm 2.18
观察组	69	29.81 \pm 4.06	31.56 \pm 5.11	51.09 \pm 6.32	1.51 \pm 1.42	9.86 \pm 1.53
t		10.519	8.776	12.361	5.369	9.834
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组并发症发生情况比较

通过所记录的数据来看，两组均发生不同程度的并发症，观察组仅发生 4 例，占比为 5.80%明显低于对照

组的 13 例 (18.84%)，组间经对比可见显著差异 ($P < 0.05$)。见表 2。

表格 2 两组并发症发生率对比 (n/%)，($\bar{x} \pm s$)

组别	n	感染	胆漏	呕吐	胸腔积液、出血	总发生率
对照组	69	5	3	3	2	13 (18.84)
观察组	69	2	1	1	0	4 (5.80)
X^2		11.453	7.312	7.312	6.938	13.762
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者护理前后心理状态评分对比

护理干预前两组患者 SAS、SDS 评分相对较为均衡 ($P > 0.05$)；在采取不同护理对策后均有所改善，观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组及护理前，两组比较后可见统计学意义 ($P < 0.05$)。具体数值见表 3。

表 3 两组患者护理前后 SAS 及 SDS 评分比较 (n/%)，($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	69	54.73 ± 3.95	44.06 ± 4.34	57.82 ± 4.31	46.23 ± 4.83
观察组	69	55.02 ± 3.41	36.38 ± 3.92	58.02 ± 4.93	38.42 ± 3.31
t		0.359	10.581	0.216	7.226
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 护理满意度比较

整体来看，观察组对护理工作满意度明显高于对照组，且评分多集中在八十分以上，不满意例数为 0 远少于对照组，总满意率分别为 95.65%、81.16%，对比后可见差异 ($P < 0.05$)。见表 4。

表格 4 两组患者的护理满意度对比 (n/%)，($\bar{x} \pm s$)

组别	n	90~100	80~89	60~79	≤59	总满意率(%)
对照组	69	37	19	7	6	56 (81.16)
观察组	69	55	11	3	0	66 (95.65)
X^2		11.051	8.312	6.829	9.378	14.916
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

肝胆外科手术作为临床常见手术类型，所收治的患者病情复杂且有着较大差异性，再加上手术操作有着外侵性特点，患者的情绪状态也会有所不同，而为提高患者整体配合度，保证临床疗效，还应当围术期配合相应的护理服务。常规护理多集中在治疗方面，就有一定局限性，可能无法满足每位患者的实际需求，对此应不断优化完善。个性化护理是秉承着以患者为中心的原则，根据每位患者的实际情况制定不同的护理方案，并将其贯穿至术前、术中、术后、出院等护理全过程，通过在

术前对患者展开健康宣教可切实减轻患者负性情绪，提高患者整体依从性。而术中的保暖护理以及体位护理可有效防止因体温过低出现凝血功能紊乱等情况，减少出血量的同时加快术后康复进程。并且在术后实施个体化疼痛干预、管理护理以及康复训练、饮食指导等多项护理服务均可减轻患者生理不适感，降低并发症的发生，使得患者机体各功能可尽快恢复。实验结果表明，观察组患者术后进食、排气、排便、下床活动、住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$)，相比如对照组，观察组并发症发生率较低，SAS、SDS 评分显著降低，对护理工作满意度大幅度提升 ($P < 0.05$)。

综上所述，在患者行肝胆外科手术治疗期间配合围术期个性化护理能够减轻患者负性情绪，切实加快患者康复速度，减少并发症的发生，从根本上促进患者对护理工作整体满意度的提升。具有一定推广价值。

参考文献：

- [1]杨兴艳. 围术期个性化护理干预对肝胆外科手术患者的术后影响 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2022, 39 (02): 179-180.
 - [2]沈起莲,岳丽娟. 围手术期个性化护理干预在肝胆外科手术护理中的临床应用效果分析 [J]. 青海医药杂志, 2020, 50 (02): 19-20.
 - [3]马慧,张海萍,吕晓蕊. 个性化护理干预对肝胆外科围手术期护理中生活质量及并发症的影响 [J]. 山西医药杂志, 2020, 49 (01): 104-106.
 - [4]沈燕玲,马倩红,王媛媛,等. 围术期个性化护理干预在肝胆外科手术护理中的临床应用 [J]. 临床普外科电子杂志, 2020, 8 (01): 37-40.
 - [5]陈艳杰. 探讨个性化护理联合心理行为干预对肝胆外科围手术期患者术后恢复的影响 [J]. 中国医学创新, 2019, 16 (22): 99-102.
- 作者简介:朱桃桃(1990.02),女,汉族,籍贯:皖,初级职称,护理,研究方向:外科护理。