

优质护理程序在急性阑尾炎手术护理患者中的应用分析

管红英 (青岛市黄岛区中心医院, 山东青岛 266555)

摘要: 目的 探讨优质护理程序在急性阑尾炎手术护理患者中的应用效果。方法 将2020年1月~2021年1月因急性阑尾炎前往我院行手术治疗60例患者作为研究对象, 随机分为常规组和护理组各30例, 常规组接受标准化护理程序干预, 护理组接受优质护理程序干预, 比较两组围术期指标、术后疼痛视觉模拟评分、睡眠质量评分、患者遵医行为评分及并发症发生率。结果 护理组患者围术期指标改善幅度优于常规组 ($P < 0.05$); 干预后, 护理组患者疼痛评分、睡眠评分均显著降低, 且低于常规组 ($P < 0.05$); 护理组患者遵医行为评分高于常规组 ($P < 0.05$)。护理组并发症发生率较常规组低 ($P < 0.05$)。结论 优质护理程序的应用能显著改善急性阑尾炎手术患者术后疼痛程度, 促进患者较快康复, 增加术后舒适度, 提高患者遵医行为, 临床应用价值显著。

关键词: 外科护理; 术后护理; 阑尾炎术后; 急性阑尾炎

急性阑尾炎为急腹症, 发病率较高^[1]。普外科因急性阑尾炎就诊人数逐渐增加, 对相关治疗、护理工作提出了更高的要求^[2-3]。现阶段, 常规护理干预措施无法满足日益增长的护理需求。临床需对现有的临床护理干预措施进行优化, 提高护理措施的针对性, 同时应以患者护理体验感为出发点, 深度优化护理程序, 为改善患者预后与生活质量打下良好基础^[4-5]。本研究以急性阑尾炎患者为研究对象, 分析优质护理程序在急性阑尾炎手术护理患者中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年1月~2021年1月因急性阑尾炎前往我院行手术治疗60例患者作为研究对象, 随机分为常规组和护理组各30例。常规组男11例, 女19例; 年龄21~78.5岁, 平均年龄 (45.58 ± 5.24) 岁。护理组男12例, 女18例; 年龄19~78岁, 平均年龄 (45.98 ± 6.26) 岁。两组一般资料比较无显著性差异 ($P > 0.05$),

具有可比性。见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	常规组 (n=30)	护理组 (n=30)	t/ χ^2	P
年龄	21~78.5	19~78		
年龄区间 (岁)				
平均	48.38 ± 13.88	46.57 ± 12.51	0.503	0.597
性别				
男	11 (36.67)	12 (40.00)		
(例)			0.070	0.790
女	19 (63.33)	18 (60.00)		

纳入标准: 自我院建档立卡的患者; 意识清晰且自行或由他人代笔签署相关协议的患者; 患者家属知情且顺应性较强, 并同意患者签署相关协议; 患者家属或本人联系方式真实, 或能够与患者家属取得直接联系的患者; 符合急性阑尾炎诊断标准的患者。

排除标准: 存在烈性传染病患者; 存在恶性纯度较高的肿瘤或存在近/远端转移的患者; 存在肝脏功能、肾脏功能不全或衰退的患者; 因个人原因无法完成研究全程的患者。

1.2 方法

1.2.1 常规组应用标准化护理

对患者进行标准化手术护理指导, 包括术前指导、用药指导、术中管理、术后指导、饮食指导、术后预防性与对抗性抗炎支持, 以及常态化心理指导。

1.2.2 护理组应用优质护理程序

(1) 心理指导: 运用抑郁、焦虑自评量表评估患者负性情绪状态, 拟定有效的心理干预方法, 护理人员观察患者心理状态, 给予相应的安抚和鼓励, 让其正视疾病并对治疗充满信心, 针对患者现存的疑问和疑虑给予细致、耐心的解答, 避免影响患者的负性情绪。在治疗、护理中多与患者交谈, 鼓励患者倾诉自身想法, 作为倾听者不可将患者的思虑打断, 通过肢体动作、语言、眼神等方法给予患者足够的安慰, 尊重患者。

(2) 体位指导: 根据麻醉方式让患者保持侧卧位, 头部偏向一侧, 避免因分泌物误吸而出现窒息。术后 6 h 帮助患者调整体位为半卧体位, 对患者各生命指标进行密切观察, 防止出现异常、感染情况, 若发现异常第一时间上报给主治医师进行处理, 做好病房清洁工作, 定时消毒, 同时做好探视人员限流工作, 防止出现交叉感染。

(3) 并发症预防措施: 密切观察心电图情况, 根据患者自身病情给予合理氧气吸入治疗, 严格遵医嘱采取用药辅助治疗, 对患者机体血液黏稠度进行调整。鼓励患者术后尽早下床活动, 防止出现胃粘连的情况, 如出现呕吐、恶心。患者呕吐后对其口鼻分泌物进行清除, 使用清水漱口, 可在医师的指导下使用适量止吐药物改善患者不适感。针对炎症反映严重的患者, 术后可留置腹腔引流管, 做好引流管固定和维护工作, 保证引流通畅状态, 避免出现倒流情况。

(4) 疼痛干预: 患者术后切口会发生疼痛感, 造成应激反应。因此, 在麻醉失效后需密切观察患

者的疼痛感, 严格遵医嘱使用镇痛药物。依照患者真实情况, 帮助其转移对疼痛的注意力, 如呼吸疗法、音乐疗法, 疼痛不适感明显减轻。

(5) 生活干预: 告知患者保持良好的心理状态, 提升预后效果。向患者普及健康的生活习惯和规律, 对以往不健康的生活习惯、饮食习惯予以纠正, 不可过度饮酒、暴饮暴食、摄入高热量食物, 保证机体处于平稳的碳水水平。每天可多摄入新鲜水果、蔬菜, 保证充足饮水量, 提升机体代谢抵抗力。患者出院后, 通过电话随访工作掌握其恢复情况, 嘱咐患者如出现异常情况需及时到院复查。

1.3 观察指标

比较两组围术期指标、术后疼痛视觉模拟评分、睡眠质量评分、患者遵医行为评分及并发症发生率。于术后 3 d 评估疼痛程度, 0 分为无痛, 1~3 分为轻度疼痛, 4~6 分为中度疼痛, 7~10 分为重度疼痛。睡眠质量采用 PSQI 量表评估, 0~5 分为睡眠质量优良, 6~10 分为睡眠质量尚可, 11~15 分为睡眠质量一般, 16~21 分为睡眠质量差。

1.4 统计学分析

数据处理采用 SPSS 25.0 统计学软件, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术护理指标比较

护理组手术时长、住院时长、恢复活动能力时长、胃肠道功能恢复时长均明显短于常规组, 术中失血量明显低于常规组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组手术护理指标比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	手术时长 (min)	住院时长 (d)	恢复活动能力时长 (h)	胃肠道功能恢复时长 (h)	术中失血量 (ml)
护理组 (n=40)	22.63 ± 5.41	7.75 ± 1.27	11.22 ± 2.52	12.62 ± 2.44	122.24 ± 35.35
常规组 (n=40)	35.55 ± 5.42	4.62 ± 1.44	19.95 ± 2.33	15.57 ± 2.31	162.24 ± 32.26
<i>t</i>	9.240	8.928	13.932	4.808	4.539
<i>P</i>	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 两组术后疼痛评分与睡眠质量评分比较

护理前, 两组术后疼痛评分与睡眠质量评分比

较无显著性差异; 护理组术后疼痛评分与睡眠指数评分均显著降低, 且低于常规组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后疼痛评分与睡眠质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	VAS 评分		PSQI 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
护理组 (n=30)	6.44 ± 2.61	2.42 ± 1.17	12.54 ± 2.51	3.44 ± 1.35
常规组 (n=30)	6.95 ± 2.27	4.79 ± 1.25	12.39 ± 2.67	6.62 ± 2.27
<i>t</i>	0.807	7.581	0.224	6.594
<i>P</i>	0.422	< 0.001	0.823	< 0.001

2.3 两组遵医行为评分比较

护理前, 两组医行为评分比较无显著性差异;

护理后, 护理组患者遵医行为评分更高, 且高于常规组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组遵医行为评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	处方药用药配合度		护理配合度		饮食指导配合度	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
护理组 (n=30)	9.95 ± 2.21	14.79 ± 3.25	8.77 ± 1.26	16.57 ± 2.37	7.51 ± 1.24	15.20 ± 2.27
常规组 (n=30)	9.80 ± 2.35	12.24 ± 3.31	8.95 ± 1.24	13.39 ± 2.24	7.66 ± 1.29	12.10 ± 3.35
<i>t</i>	0.254	3.010	0.557	5.341	0.459	4.195
<i>P</i>	0.799	0.003	0.579	< 0.001	0.647	< 0.001

2.4 两组并发症发生率比较

护理组并发症发生率为 6.67%, 明显低于常规组的 30.00%, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组并发症发生率比较 [n (%)]

组别	恶心	呕吐	切口疼痛	合计
护理组 (n=30)	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)	2 (6.67)
常规组 (n=30)	3 (10.00)	2 (6.67)	4 (13.33)	9 (30.00)
χ^2				5.454
<i>P</i>				0.019

状, 多与其自身病情恢复存在直接关系, 因此临床护理工作中需重视疼痛管理。因急性阑尾炎手术具有创伤性, 术前给予患者心理指导, 与体位、生活、并发症干预等联合实施, 改善患者恢复效果, 缓解其疼痛感、不适感, 降低并发症发生率。优质护理是指将患者的护理需求、护理体验感作为护理服务重点, 围绕患者病情进展与恢复进度开展全方位护理程序, 从术前、术中、术后 3 个阶段入手, 针对不同阶段患者的心理、医疗需求进行个性化补充, 提高其护理体验感, 有效降低护患事件发生风险。

综上所述, 优质护理程序的应用能显著改善急性阑尾炎手术患者术后疼痛程度, 促进患者较快康复, 增加术后舒适度, 提高患者遵医行为, 临床应用价值显著。

3 讨论

急性阑尾炎主要因细菌感染、阑尾管梗阻等因素致病, 可在短时间内发病, 且病情发展极快, 若患者不能获得有效治疗, 会危及生命安全。患者伴有明显的转移性右下腹疼痛、不适感, 阑尾点压痛、反跳痛的症状。阑尾与盲肠连接, 出现梗阻后管腔中分泌物出现积存情况, 提升管腔压力, 压迫阑尾壁, 对远端血液供给造成影响^[6]。

本研究结果显示, 观察组疼痛评分、遵医行为等指标均优于对照组 ($P < 0.05$)。优质护理程序主要以心理护理作为工作切入点, 帮助患者维持稳定情绪状态, 提升其临床配合度和依从性, 减轻因不良情绪对患者自身脉搏、血压、心率等指标造成的影响。疼痛为急性阑尾炎手术患者术后的常见症

参考文献

[1] 戴菲菲, 杨芳. 探析急性阑尾炎手术护理中个性化护理的临床应用效果 [J]. 航空航天医学杂志, 2021,32(5):622-623.
 [2] 韩倩倩. 细节护理在藏药益西周肌卡擦联合腹腔镜手术治疗急性阑尾炎护理中的应用效果 [J]. 中国民族医药杂志, 2021,27(2):64-65.
 [3] 赵贵濮. 细致化护理干预在急性阑尾炎围手术期的应用效果 [J]. 河南医学研究, 2021,30(11):2098-2100.
 [4] 钟素琼. 心理护理干预在急性阑尾炎患者手术室护理的应用效果及对患者不良心理的改善分析 [J]. 包头医学院学报, 2021,37(7):79-83.
 [5] 于泓. 舒适护理干预在急性单纯性阑尾炎手术病人中的应用及效果评价 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2021,21(85):551-552.
 [6] 高杰. 经腹部浅表超声检查对急性阑尾炎患者检出率的影响 [J]. 广州医药, 2022,53(1):4.