

整体护理应用于胸外科患者中的效果

路颖慧, 李亚莉[#] (首都医科大学附属北京友谊医院, 北京 100050)

摘要: 目的 分析整体护理在胸外科患者中的效果。方法 以2020年3月~2022年10月我院收治的120例接受手术治疗的肺癌患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 每组60例。对照组予以常规围术期护理, 观察组予以围术期整体护理。比较两组术后康复指标、并发症发生率、心理状态及护理满意度。结果 观察组术后首次进食时间、首次下床活动时间、导尿管留置时间、胸管留置时间及住院时间均显著少于对照组 ($P < 0.05$); 观察组术后并发症发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$); 术前1 d、术后7 d, 观察组SAS评分、SDS评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组护理满意度显著高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 整体护理应用于胸腔镜肺叶切除术后肺癌患者, 有利于促进患者术后康复, 减少术后相关并发症的发生, 缓解患者负性情绪, 提高护理满意度。

关键词: 肺癌; 胸外科; 胸腔镜手术; 整体护理; 心理状态; 并发症

肺癌是肺部常见恶性肿瘤。随着影像学技术的发展和人们健康意识的增强, 早期肺癌的检出率明显提高^[1-2]。胸腔镜手术是治疗肺癌的重要方式。由于手术创伤较大, 围术期护理不当可能增加术后多种并发症的发生, 如气胸、胸膜反应、切口感染、肺炎等, 严重时还会并发阵发性心房纤颤。整体护理是在以患者为中心的整体思想指导下形成的一种现代化护理模式, 强调为患者提供全方位、全面的护理服务, 促进患者早日恢复健康^[3]。本研究旨在分析整体护理在胸外科患者中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以在2020年3月~2022年10月我院收治的120例接受手术治疗的肺癌患者为研究对象, 以随机分为对照组和观察组, 每组60例。对照组男33例, 女27例; 年龄39~69岁, 平均(58.76 ± 3.49)岁; 病变部位: 左肺上叶16例, 左肺下叶10例, 右肺上叶12例, 右肺下叶11例, 右肺中叶11例; 肺腺癌39例, 肺鳞癌21例。观察组男31例, 女29例; 年龄在41~72岁, 平均(58.97 ± 3.56)岁; 病变部

位: 左肺上叶15例, 左肺下叶11例, 右肺上叶13例, 右肺下叶10例, 右肺中叶11例; 肺腺癌40例, 肺鳞癌20例。两组一般资料比较无显著性差异, $P > 0.05$, 具有可比性。

纳入标准: 经影像学检查、病理学检查确诊为肺癌, 且为单侧病灶; 符合胸腔镜手术指征; 无禁忌证; 接受胸腔镜肺叶切除术治疗; 签署知情协议书。**排除标准:** 合并其他严重心肝肾功能不全; 既往有胸部病史和胸部手术史; 合并精神病史、痴呆、聋哑交流障碍; 临床资料不完整。

1.2 方法

1.2.1 对照组围术期予以常规护理

主要措施包括术前健康宣教、心理干预、术后病情监测、引流管监测、病房清洁卫生护理和生活指导等。

1.2.2 观察组围术期予以整体护理

(1) 术前心理干预: 动态评估心理状态和精神状态, 并采取针对性的心理疏导, 缓解患者的心理压力; 多给予语言鼓励和情感支持, 多讲解成功病例, 增强患者对疾病治疗的信心; 嘱咐家属多关心爱护患者, 给予情感支持。

(2) 术前系统性健康宣教: 护理人员将肺癌

[#] 通信作者: 李亚莉, 569887955@qq.com。

患者行胸腔镜下肺叶切除术治疗的相关疾病知识、治疗护理的意义与方法、手术流程、手术配合要点、术后注意事项等内容编撰成健康宣教手册，图文并茂。手术前，护理人员在床旁使用手册对患者进行宣教，重点讲解手术相关知识，并播放健康宣教视频，耐心解答患者的各种疑问。

(3) 术前饮食管理：护理人员应对患者及家属详细介绍围术期的饮食注意事项，并给予针对性的饮食指导。

(4) 术前功能锻炼：由专门的护理人员每日指导患者进行呼吸功能锻炼和运动训练。呼吸功能锻炼主要包括腹式呼吸训练、有效咳嗽训练、吹气球训练和呼吸操训练，运动训练主要包括握拳松拳、屈腕、踝泵运动等。待患者完全掌握后，护士或家属监督患者每日完成锻炼，每次 15~20 min，2 次/d。

(5) 术中保温护理：术中严密监测患者体温，并用输液加温器对所输注液体进行加温处理。术中使用的冲洗液、消毒液等加温到 37~39℃ 后使用，减轻对患者的刺激。另外，及时给患者加盖毛毯，并合理调节手术室温湿度，预防发生术中低体温事件。

(6) 术后早期进食：术后 6 h 内禁食水；患者苏醒后，将床头抬高约 30°，取半卧位，少量多次饮用温开水；若患者无明显胃肠不适症状，即可进无渣流食，并循序渐进过渡到半流食、普食。

(7) 术后早期功能锻炼：患者麻醉清醒后即可开始运动锻炼。从床上的四肢运动锻炼（如上举、屈伸、内收、外展、后伸等）开始，待术后第 2 天引导患者缓慢坐起，在床上接受呼吸功能训练。并

结合术后病情恢复情况调整呼吸功能锻炼的方式、强度和频率。

(8) 术后心理干预和健康宣教：密切观察患者心理状态，及时进行沟通，缓解患者的焦虑情绪；指导家属多与患者沟通，给予亲情关怀和情感支持。待病情好转后，引导患者通过听音乐、渐进式肌肉训练、深呼吸训练、冥想训练和其他宣泄方法纾解负性情绪。针对患者术后康复情况及时给予针对性的健康宣教，指导患者术后康复及出院后居家康复的注意事项等。

1.3 观察指标

(1) 比较两组术后康复指标：术后首次进食时间、首次下床活动时间、导尿管留置时间、胸管留置时间以及住院时间。

(2) 比较两组并发症发生率。

(3) 比较两组心理状态：采用 SAS、SDS 量表评估患者心理焦虑、抑郁程度，得分越高表明焦虑或抑郁程度越重。

(4) 比较两组护理满意度：包括非常满意、一般满意、不满意，总满意 = 非常满意 + 一般满意。

1.4 统计学方法

数据处理采用 SPSS 24.0 统计学软件，采用 t 和 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后康复指标比较

观察组术后康复时间短于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组术后康复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	首次进食时间 (h)	首次下床活动时间 (d)	导尿管留置时间 (h)	胸管留置时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	60	6.28 ± 0.45	1.20 ± 0.44	14.87 ± 2.13	3.49 ± 0.33	9.43 ± 1.20
对照组	60	13.49 ± 1.12	2.08 ± 0.59	22.27 ± 2.58	5.10 ± 0.49	13.28 ± 1.48
t		46.270	9.261	17.133	21.110	15.652
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组并发症发生率比较

观察组术后并发症发生率为 6.67%，显著低于

对照组的 21.67%，两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较 [n (%)]

组别	n	肺不张	肺部感染	肺栓塞	胸腔积液	切口感染	合计
观察组	60	1 (1.67)	1 (1.67)	0	2 (3.33)	0	4 (6.67)
对照组	60	3 (5.00)	3 (5.00)	1 (1.67)	4 (6.67)	2 (3.33)	13 (21.67)
χ^2							5.551
<i>P</i>							0.018

2.3 两组心理状态比较

入院时, 两组心理状态比较无显著性差异 ($P > 0.05$); 术前 1 d、术后 7 d, 观察组 SAS 评分、SDS 评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SAS 评分			SDS 评分		
		入院时	术前 1 d	术后 7 d	入院时	术前 1 d	术后 7 d
观察组	60	54.93 ± 4.55	45.65 ± 3.49	34.59 ± 2.87	51.25 ± 4.34	42.30 ± 3.11	31.28 ± 2.45
对照组	60	54.76 ± 4.50	49.57 ± 3.88	39.50 ± 3.12	51.02 ± 4.30	47.89 ± 2.45	36.58 ± 2.89
<i>t</i>		0.206	5.818	8.972	0.292	10.937	10.836
<i>P</i>		0.837	0.000	0.000	0.771	0.000	0.000

2.4 两组护理满意度比较

观察组护理总满意度显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组护理满意度比较 [n (%)]

组别	n	非常满意	一般满意	不满意	总满意
观察组	60	37 (61.67)	22 (36.67)	1 (1.67)	59 (98.33)
对照组	60	30 (50.00)	23 (38.33)	7 (11.67)	53 (88.33)
χ^2					4.821
<i>P</i>					0.028

3 讨论

胸腔镜下肺叶切除术是一种微创术式, 但依然会使得机体释放大量炎性、致痛物质。术后的疼痛症状也会进一步加重机体应激反应, 引发生理功能紊乱, 进而影响术后康复^[4]。因此, 加强对患者围术期的护理干预十分必要。

整体护理是在以患者为中心的思想指导下, 坚持以人为本, 结合手术患者围术期的特点制定覆盖全面的护理服务^[5]。本研究中, 观察组术后首次进食时间、首次下床活动时间、导尿管留置时间、胸腔管留置时间及住院时间均显著少于对照组; 观察组术后并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$); 术前 1 d、术后 7 d, 观察组 SAS 评分和 SDS 评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组护理满意度显著高于对照组 ($P < 0.05$)。整体护理强化了患者围术期健康宣教和心理干预, 术前的宣教以疾病相关知识、

手术流程、护理配合要点及注意事项为主, 使得患者形成了对疾病及手术治疗的基本认知, 同时辅以多种心理干预措施, 提高了患者的治疗依从性和治疗信心。整体护理指导肺癌患者分别在术前和术后进行功能锻炼, 促进肺部气体交换, 改善肺通气换气功能。术前运动训练能增强机体免疫力, 术后早期运动训练能加速全身血液循环, 促进胃肠功能、肺功能等好转, 减少肺不张等并发症的发生。呼吸操可以减少肺部和心脏瘀血, 改善血液循环功能, 并降低交感神经兴奋性, 改善骨骼肌组织学性状, 提高骨骼肌氧化代谢能力和运动适应性。术前饮食营养管理能提高患者的机体免疫力, 术后早期饮食指导能促进患者胃肠功能恢复, 改善机体营养状况, 加快术后康复。

综上所述, 整体护理应用于胸腔镜肺叶切除术后肺癌患者, 有利于促进术后康复, 减少相关并发症的发生, 缓解患者负性情绪, 提高护理满意度。

参考文献

[1] 刘力娜. 对接受胸腔镜下肺癌根治术的早期肺癌患者进行常规护理与整体护理的效果对比 [J]. 当代医药论丛, 2019,17(17):206-207.
 [2] 周秀娟, 王林飞, 张竞雄, 等. 整体护理干预在胸腔镜治疗孤立性良性肺结节患者中的应用观察 [J]. 中华全科医学, 2020,18(12):2132-2135.
 [3] 许亚芬, 吴文裕. 整体护理干预对肺癌患者术后睡眠及生命质量的改善效果观察 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2020,7(6):1058-1059.
 [4] 贺燕萍. 整体护理对胸外科手术患者的影响观察 [J]. 中国民康医学, 2019,31(4):155-156.
 [5] 陈树红, 梁敏, 郑晓景, 等. 胸腔镜下肺癌根治术的护理配合 [J]. 岭南急诊医学杂志, 2017,22(4):403-404.