

分析健康教育干预在根治性膀胱癌切除术围手术期的应用价值

鲍隆梅

十堰市人民医院 (湖北医药学院附属人民医院) 湖北十堰 442000

【摘要】目的 讨论分析健康教育干预在根治性膀胱癌切除术围手术期的应用价值。**方法** 选取我院实行根治性膀胱癌切除术的患者 60 例, 根据患者的入院时间顺序分为两组, 在实验组中使用健康教育干预, 在对照组中使用常规护理。**结果** 实验组中手术前准备时间, 手术时间小于对照组, 差别较大 ($P < 0.05$)。对照组的手术相关知识, 护理配合度小于实验组, 差别较大 ($P < 0.05$)。对照组的护理满意率小于实验组, 差别较大 ($P < 0.05$)。对照组的术中出血量高于实验组, 差别较大 ($P < 0.05$)。实验组的手术中 SAS 评分的情况小于对照组, 差别较大 ($P < 0.05$)。**结论** 在实行根治性膀胱癌切除术的患者中使用健康教育干预, 能够减少手术前准备时间, 提高护理配合度, 减少手术时间, 手术中出血量, 提高满意率, 减少手术中 SAS 评分, 具有重要的临床价值。

【关键词】 健康教育干预; 根治性膀胱癌切除术; 围手术期

【中图分类号】 R473.73

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 02-083-02

膀胱癌是一种常见的泌尿系统恶性肿瘤, 在治疗中使用根治性膀胱癌切除手术, 可以将病灶彻底切除, 减少疾病复发率, 具有较好的治疗效果^[1]。在手术治疗过程中使用健康教育干预, 可以减少手术前准备时间, 提高护理配合度, 减少手术时间, 手术中出血量, 提高满意率, 减少手术中 SAS 评分^[2]。本文中选取我院实行根治性膀胱癌切除术的患者 60 例, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院实行根治性膀胱癌切除手术的患者 60 例, 其中, 实验组患者有女性 14 例, 男性 16 例, 平均年龄为 55.9 岁。对照组患者有女性 15 例, 男性 15 例, 年龄的平均数为 56.1 岁。

1.2 方法

在对照组中使用常规护理, 在此不作赘述。

在实验组中使用健康教育干预。(1) 在手术前, 护理人员指导患者进行各种检测, 主要包括常规心电图, 血液标本化验, 腹部, 心脏彩超检测, 胸部拍片, 进行尿路检测, 癌细胞采集, 泌尿系统检测, 膀胱镜检查等。之后指导患者饮食, 在手术前一晚进行清洁灌肠。护理人员在手术前与患者进行

沟通, 讲解手术的流程, 注意事项等, 并了解患者心理情况, 进行心理疏导, 缓解患者的恐惧, 担忧, 焦虑等情绪, 拉近与患者的关系, 得到患者的信任, 提高患者对手术的配合度。

(2) 在手术中, 护理人员需要注意及时安抚患者的情绪, 简单介绍手术室的器具, 通过交谈核对患者的床号, 姓名等。(3) 在手术后, 护理人员需要关注患者脉搏, 心电监控, 血压等生命体征, 如果出现异常的情况, 立即通知医生。

1.3 统计学方法

使用 SPSS22.0 软件分析统计, 其中计量资料, 实行 T 检验, 计数资料, 实行卡方进行检测。 $P < 0.05$, 那么差别较大。

2 结果

2.1 实验组和对照组的手术前准备时间, 手术相关知识以及护理配合度, 护理满意度的情况

实验组中手术前准备时间小于对照组, 差别较大 ($P < 0.05$)。对照组的手术相关知识的情况小于实验组, 差别较大 ($P < 0.05$)。实验组的护理配合度高于对照组, 差别较大 ($P < 0.05$)。对照组的护理满意率小于实验组, 差别较大 ($P < 0.05$)。

表 1: 实验组和对照组的手术前准备时间, 手术相关知识以及护理配合度, 护理满意度的情况

组别	例数	手术前准备时间	手术相关知识	护理配合度	护理满意度
实验组	30	2.2 ± 0.3	28 (93.33%)	28 (93.33%)	29 (96.67%)
对照组	30	4.3 ± 0.8	15 (50.00%)	15 (50.00%)	13 (43.33%)
T 值 / χ^2 值		7.568	7.559	8.652	8.689
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 实验组和对照组的手术时间, 手术中出血量以及手术中 SAS 评分的情况

实验组的手术时间小于对照组, 差别较大 ($P < 0.05$)。

对照组的手术中出血量高于实验组, 差别较大 ($P < 0.05$)。实验组的手术中 SAS 评分的情况小于对照组, 差别较大 ($P < 0.05$)。

表 2: 实验组和对照组的手术时间, 手术中出血量以及手术中 SAS 评分的情况

组别	例数	手术时间	手术中出血量	手术中 SAS 评分
实验组	30	263.12 ± 38.22	422.52 ± 18.35	16.38 ± 2.18
对照组	30	272.31 ± 43.58	488.58 ± 23.85	21.53 ± 4.99
T 值		7.853	7.556	7.812
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

根治性膀胱癌切除手术是一种侵入性治疗方法, 在手术

后对患者具有较大的损伤, 但是可以将病灶彻底切除, 可以 (下转第 86 页)

与干预前比较,干预后两组内源性呼吸末正压更低,最大呼气流量更高,与对照组比较,观察组内源性呼吸末正压更低,最大呼气流量更高,有比较意义($P < 0.05$);见表2。

3 讨论

老年重症肺炎患者多数存在呼吸功能障碍,针对病原菌侵入身体的抵抗能力低下,在医院进行救治的过程中,稍微不注意就会形成呼吸机相关性肺炎等院内感染,近年来,随着我国运用呼吸机的频率提升,产生呼吸机相关性肺炎的概率逐年升高,已成为了我国常见院内感染,造成老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎的原因较多,一旦形成合并病症,会大大提升患者死亡率,应重视^[3]。

临床上,针对合并病症,依据症状提供对症救治的同时,还应提供优质护理服务,针对合并病症特殊性,常规护理干预虽有一定效果,但是整体干预作用较小,不能满足患者需求;护理干预依据患者治疗过程中实际状况,为其提供插管护理、鼻饲护理及气道护理等操作,能促进患者肺部功能改善,加

快身体恢复,运用价值极高,值得选用^[4]。

综上所述,老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者中运用护理干预的效果显著,与常规干预方案比较,肺部功能改善效果更佳,治疗效果更好,老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者值得运用护理干预方案。

参考文献:

- [1] 覃菁华.护理干预对老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者预后的影响[J].按摩与康复医学,2019,10(8):75-77.
- [2] 钟小红.预见性护理干预在老年重症肺炎患者中的应用效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(11):91-91.
- [3] 张爱红.以人文关怀为主的优质护理干预在老年重症肺炎患者的应用效果及并发症发生率影响观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(12):93-94.
- [4] 王晓华,何秋敏.针对性护理对老年重症肺炎并呼吸机相关性肺炎患者康复进程及护理满意度的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(2):238-242.

(上接第83页)

减少疾病的复发率,提高患者的生存率^[3]。使用健康教育护理,护理人员在手术前,手术中,手术后进行健康教育护理,有利于安抚患者的情绪,提高患者对治疗的依从性^[4]。

经过本文研究发现,健康教育干预组中手术前准备时间小于常规护理组,差别较大($P < 0.05$)。常规护理组的手术相关知识的情况小于健康教育干预组,差别较大($P < 0.05$)。健康教育干预组的护理配合度高于常规护理组,差别较大($P < 0.05$)。常规护理组的护理满意率小于健康教育干预组,差别较大($P < 0.05$)。健康教育干预组的手术中SAS评分的情况小于常规护理组,差别较大($P < 0.05$)。陈群燕等^[5]研究健康教育干预在根治性膀胱癌切除术围手术期的应用效果结果与本文相似。

综上,在实行根治性膀胱癌切除术的患者中使用健康教育干预,能够减少手术前准备时间,提高护理配合度,减少手术时间,手术中出血量,提高满意率,减少手术中SAS评分,

值得临床使用和推广。

参考文献:

- [1] 蔡曾琴,彭胤琮,黄秀娟,刘玲,谷波.快速康复模式护理在腹腔镜膀胱癌根治性切除术围手术期的应用[J].西部医学,2016,28(08):1168-1171.
- [2] 樊静,张浩,何卫阳,肖明朝.快速康复在根治性膀胱切除术围手术期的应用及效果评价[J].重庆医科大学学报,2018,43(04):552-555.
- [3] 孙雅云.快速康复模式护理在腹腔镜膀胱癌根治性切除术患者围手术期的应用效果[J].医疗装备,2019,32(10):167-168.
- [4] 常敏,张志云,刘庆军,张艳华,韩志兴,纪世琪,张海建.加速康复外科理念在膀胱癌患者围手术期中的应用价值[J].癌症进展,2019,17(19):2348-2351.
- [5] 陈群燕,诸靖宇.健康教育干预在根治性膀胱癌切除术围手术期的应用效果[J].中国现代医生,2014,52(14):106-109.

(上接第84页)

养情况,促进手术伤口切口、吻合口愈合,进而对患者实施肠内营养方案,并加以护理。本组患者肠蠕动恢复后便加强鼻胃管肠内营养,予5% GNS 250ml经鼻胃管滴入2d无不适后予百普力500ml经鼻胃管滴入,滴入速度先慢后快,量逐渐增多。注射营养液前后需要用20ml左右温水对鼻胃管进行有效冲洗。为避免堵管,应每隔4h予温水冲洗鼻胃管。有效控制营养液温度,以38℃为具体标准,如果冬天输注,需适当予以加温,以免营养液温度太低,致使腹痛症状、腹胀症状以及腹泻症状等^[3]。拔除鼻胃管后鼓励患者进食高蛋白及高维生素等营养丰富,均衡的饮食,以提高抵抗力。

3 结果

本组患者在发生胰瘘并迟发性出血时均予生理盐水冲洗经胰肠引流管进行冲洗,7例患者均恢复良好,1例因出血严重再次手术,所有患者经精心治疗及护理均康复出院。

4 讨论

胰十二指肠切除术手术创伤大,术后病死率高,术后胰瘘及出血是一种凶险的并发症,时常危及患者生命。因此,在治疗过程中应加强病情观察,尤其对术后并发症的观察和护理。持续腹腔冲洗及有效的负压吸引是治疗胰瘘的基本措施。在积极控制出血的过程中,改善病人营养情况,增强患者机体抵抗力,促进吻合口愈合,促进患者早日康复。

参考文献:

- [1] 边颖,杜颖.一例胰十二指肠术后胰瘘并迟发性出血患者的护理[J].天津护理,2016,24(5):442-443.
- [2] 杨海燕,钟丽群,朱红艳,等.胰十二指肠切除术后迟发性胰瘘并出血的护理体会[J].中国医药指南,2015,13(26):275-276.
- [3] 毛伟成.胰十二指肠切除术后空肠营养管行肠内患者的护理研究[J].大家健康,2017,11(26):232.