

复杂性肛瘘患者围手术期护理措施及效果研究

张珊珊

厦门市第五医院

【摘要】目的 分析复杂性肛瘘患者围术期采用不同护理方案的价值。**方法** 筛选 2020 年 2 月-2021 年 12 月入本院治疗的复杂性肛瘘患者 60 例作为研究对象,并按“随机抽样法”分 2 组(每组 30 例),对照组给予常规护理,观察组给予围术期综合护理,对比 2 组护理效果、并发症率。**结果** 观察组疼痛程度、住院时间、创面愈合时间、SAS 评分、SDS 评分低于对照组($P < 0.05$);观察组并发症率(6.67%)低于对照组(26.67%)($P < 0.05$)。**结论** 选择综合护理可改善复杂性肛瘘患者围术期心理状态及疼痛程度,亦可促进创面愈合,提高整体预后效果,值得借鉴。

【关键词】 复杂性肛瘘; 围手术期护理; 疼痛程度; 创面愈合时间

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-7858 (2022) 02-117-02

复杂性肛瘘是指有 2 个或以上内口或外口,临床认为该病在肛瘘治疗中难度最大。复杂性肛瘘发病原因复杂多样,例如脓肿的反复感染、手术操作不当等,发作后可见流脓、肿痛、瘙痒、畏寒等症状,因该病无法自愈,因此临床多采取手术切除治疗,但围术期患者受认知、手术刺激等影响极易产生身心压力,同时影响手术治疗顺利性,因此需在围术期加强护理干预,旨在通过系统、全面的护理服务提高患者对疾病、手术认知,从而积极配合展开治疗^[1]。常规护理在临床有广泛应用,但因各项措施无针对性无法满足当前患者需求,而综合护理以患者康复为主,为准确评估其应用价值,本文遴选复杂性肛瘘患者 60 例(2020 年 2 月-2021 年 12 月)展开对比研究,报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选择的 60 例复杂性肛瘘患者均自 2020 年 2 月-2021 年 12 月入本院进行治疗,按“随机抽样法”分为 2 组(每组 30 例)。

观察组中男/女=21/9,年龄 20-60 岁(均值 39.24±10.42 岁),病程 2-3 年(均值 2.14±0.42 年),18 例低位、12 例高位;对照组中男/女=20/10,年龄 21-60 岁(均值 39.28±10.38 岁),病程 2-3 年(均值 2.16±0.38 年),17 例低位、13 例高位,数据统计 $P > 0.05$ 。

纳入标准:①经直肠指诊确诊者^[2];②肛周存在流脓、肿痛、瘙痒、疼痛等症状者;③年龄在 18-20 岁者;④无手术禁忌症者;⑤自愿入组并签署“知情同意书”者。

排除标准:①无法参与本次研究者;②代谢功能障碍者;③读、写、听障碍者;④心脑血管疾病者;⑤自愿退出本次研究者。

1.2 方法

对照组给予常规护理:在患者入院后协助其进行相关检查,同时密切监测其生命体征变化,并遵医嘱展开常规护理服务,若发现异常及时上报处理。

观察组给予围术期综合护理:(1)术前,在手术实施前指导患者进行超声、肛门镜等各项检查,旨在明确内口解剖部位、肛管走向等情况;其次术前 1 晚做好清洁灌肠工作,并叮嘱其选择流质、易消化饮食,在手术前 30min 遵医嘱给予患者抗生素,若术前检查 CRP 等水平较高可在炎症控制后实施手术。(2)术中,患者入手术室后加强与其沟通、交流,同时指导其采取正确的麻醉及手术体位,术中做好保暖措施同

时密切监测患者生命体征情况,并加强与手术及麻醉医师配合,确保手术顺利实施。(3)术后,术后麻醉未清醒时,协助患者选择去枕仰卧位并将头偏向一侧,避免呕吐物堵塞呼吸道;术后 6h 严格禁饮、禁食,并密切观察患者生命体征变化,一旦发现异常需及时上报医师处理;患者胃肠功能恢复后指导其选择流质、半流质饮食,而后逐渐向普食过渡。在手术后加强对患者临床症状及切口状态的观察,若发现渗血、感染、疼痛、尿潴留等情况需及时上报处理,同时与患者沟通,达到缓解其负面情绪的目的。(4)出院指导,在患者出院前,叮嘱其生活中多饮水,并养成良好的排便及饮食习惯;其次每日进行适量训练,但需合理控制训练强度,并叮嘱其定期入院复查,以便明确其康复情况。

1.3 观察指标

(1)根据疼痛程度(参考 VAS 量表,分值 0-10 分,得分越疼痛程度呈反比)、住院时间、创面愈合时间、心理状态(参考 SAS、SDS 量表评价,临界值 53 分、50 分,得分与心理状态呈反比^[3])等评价护理效果。(2)记录两组渗血、感染、尿潴留等并发症发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS23.0 软件整理分析数据,计量资料采用均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 值检验(符合正态分布,方差齐性要求),对于不符合要求需要采用非参数检验方法(Z 检验);计数资料采用百分比或率(n,%)表示,组间比较采用卡方检验(χ^2)或 Fisher 检验, $P < 0.05$ 表示有统计学差异。

2 结果

2.1 统计两组护理效果

表 1 可见:观察组 5 项指标均低于对照组,组间对比 $P < 0.05$ 。

2.2 统计两组并发症率

表 2 可见:观察组并发症率(6.67%)低于对照组(26.67%),组间对比 $P < 0.05$ 。

表 2: 两组并发症率对比 [n(%)]

组别	渗血	感染	尿潴留	合计
对照组(n=30)	3 (10.00)	2 (6.67)	3 (10.00)	26.67%(8/30)
观察组(n=30)	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)	6.67%(2/30)
χ^2	--	--	--	4.320
P	--	--	--	0.037

3 讨论

复杂性肛瘘患者的治疗技术目前已经趋于成熟,但因手术部位特殊、患者身心压力较大,因此需在围术期展开细致的护理服务,在手术前通过护理为手术创造必要的条件,术后护理确保预后效果理想,从而促进患者身体各功能恢复。

常规护理工作中主要依据医师的医嘱及相关护理制度为患者提供护理服务,工作中护理人员处于被动状态下,且无法从各个方面为患者实施全面护理服务,对促进疾病的康复无理想价值。围术期综合护理作为一项优化护理服务措施,可弥补常规护理不足之处,在护理中工作人员可根据患者实际情况主动为患者提供护理服务,通过术前检查、肠道准备、术中生命体征观察、术后护理等措施可确保治疗工作进行,同时改善整体预后效果;其次综合护理过程中,充分遵循“以人为本”的护理理念,根据患者实际情况制定切实可行的护理方案,既可满足患者康复需求,亦可规避潜在并发症,避免在康复期间因切口出现渗血、感染等情况延长住院及切口愈合时间,继而增加患者身心及经济压力^[4]。

表 1: 两组护理效果对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	疼痛程度(分)	住院时间(d)	创面愈合时间(d)	SAS 评分(分)	SDS 评分(分)
对照组 (n=30)	5.32±1.11	27.62±8.22	35.69±8.44	40.87±7.11	41.71±5.22
观察组 (n=30)	4.71±1.05	23.05±6.25	30.24±9.72	35.11±6.25	36.72±8.52
t	2.186	2.424	2.358	3.338	2.735
P	0.033	0.018	0.022	0.002	0.008

(上接第 116 页)

稳苏醒,降低术后躁动风险,为减少术后躁动发生率,目前临床护理现状包括术前访视、心理干预、术中麻醉深度维持、术后个性化镇痛、避免有害刺激、及时拔除导管等措施,也有研究强调注意麻醉干预方法十分重要^[6]。

临床常规护理模式从心理、供氧、生命体征监护、保温护理等措施入手,虽然可在较大程度上降低躁动风险,但考虑患者的个体化差异,无法持续改进长期的躁动管理质量,而 PDCA 循环管理模式是坚持提高护理质量与管理效益,在管理活动中开展计划、实施、检查、处理环节,是一种螺旋式上升循环过程,降低护理不良事件与并发症风险^[7]。如本次研究结果显示,甲组躁动发生率 7 例(16.28%),低于乙组 16 例(37.21%), $P < 0.05$;甲组不良事件发生率 4.65%,低于乙组 23.26%, $P < 0.05$ 。分析原因发现,甲组应用 PDCA 循环管理干预,应用 PDCA 循环管理模式可帮助医护人员及时发现问题,及时纠正,按照循环的完整性、连续性等特点,在每次循环时及时发现问题,再结合问题提出解决方案,帮助解决问题。PDCA 管理模式根据往期病例分析患者发生躁动等护理不良事件的原因,制定护理解决措施,再讨论预防躁动的护理流程,尤其注意加强术前健康教育,帮助提高患者手术适应能力,提高患者遵医意识,减轻生理与心理应激反应,减少引起躁动的刺激,如气管、尿管、疼痛等,护士将护理不良事件作为工作重点,合理运用约束带,增设床栏,提高安全防范意识,显著减少躁动发生率^[8]。

综上所述,临床开展 PDCA 循环管理干预可降低手术麻醉恢复期患者的躁动与不良事件发生率。

参考文献:

[1] 蔡俊娣, 刘丽妹, 毛晓园, 等. 舒适护理对行清醒气

综上所述,复杂性肛瘘患者围术期展开综合护理可改善身心应激反应及预后效果,亦可缩短住院及康复时间,值得借鉴。

参考文献:

[1] 隋婷婷, 魏莹, 王艳芝. 综合性护理干预对高位复杂性肛瘘手术患者术后自我护理能力及换药疼痛的影响[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27(S01):1.
 [2] 彭小春, 陈杏仪, 刘妹, 等. 快速康复外科护理在复杂性肛瘘围术期患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(15):3.
 [3] 邢艳霞, 邢慧芳. 个性化心理护理对高位复杂性肛瘘患者围术期焦虑, 抑郁, 疼痛及术后恢复的影响[J]. 河南医学研究, 2021, 30(36):4.
 [4] 屠英戟. 基于快速康复外科理念的中西医结合护理在高位复杂性肛瘘手术患者中的应用分析[J]. 中国肛肠病杂志, 2021, 41(2):2.

管插管术饱胃患者麻醉恢复期躁动的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(7):1247-1249.

[2] 瞿碧霞, 邵喜娜. 前馈控制在麻醉恢复室全身麻醉患者躁动护理中的应用研究[J]. 临床护理杂志, 2021, 20(5):50-53.
 [3] 黄莉, 谭湘美, 赵汝运, 等. 基于预警理念的预见性干预在预防 THA 患者麻醉恢复期躁动中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(4):113-116.
 [4] 张红妍, 支慧, 吴苏. 探讨基于预警理念的预见性干预在预防全髋关节置换术麻醉恢复期躁动患者中的应用效果[J]. 临床研究, 2021, 29(7):173-174.
 [5] 张向鸽. 预防术中低体温对开胸手术患者麻醉恢复期的作用评价[J]. 临床研究, 2021, 29(4):170-171.
 [6] 陈姿妃, 林芝. 苏醒期专项护理在预防全麻腹腔镜手术患者苏醒期躁动低体温及恢复期寒战的应用研究[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(1):135-137.
 [7] 刘君, 彭文君, 周丽冰, 等. 输尿管软镜钦激光碎石术中温度控制对患者麻醉恢复期的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(2):115-116.
 [8] 王慧, 杨文曲, 韩冲芳, 等. 前馈控制在麻醉恢复室全身麻醉病人躁动护理中的应用[J]. 护理研究, 2019, 33(11):1995-1997.

表 2: 比较 2 组不良事件情况 (n=43, 例)

组别	坠床	意外拔管	呛咳	伤口出血	发生率 (%)
甲组	0	1	0	1	2(4.65)
乙组	0	3	4	3	10(23.26)
χ^2	-	-	-	-	6.198
P	-	-	-	-	0.013