

围术期护理干预在钬激光碎石术后患者中的应用

梁锦珍 袁思苹 蔡丹梅 杨红霞 林倩君

广东省阳江市人民医院 529500

【摘要】目的 探讨围术期护理干预在钬激光碎石术后患者的应用效果。**方法** 随机选择我科收治的钬激光碎石术后患者50例作为研究对象,分为对照组和观察组各25例,对照组采用常规护理,观察组采用围术期护理干预;对比两组患者的护理满意评分和梗阻、局部损伤的并发症发生概率。**结果** 观察组的患者护理满意评分显著高于对照组,且梗阻、局部损伤的发生概率明显低于对照组。**结论** 围术期护理干预可有效提高患者的护理满意度,减少护患矛盾的同时减轻并发症的发生率,缩短患者住院时间,加快康复治疗,值得临床推广。

【关键词】 围术期护理; 钬激光碎石术后; 应用

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1000-8470 (2025) 10-104-02

钬激光碎石是泌尿外科常见的碎石手段,当输尿管或者上尿路出现结石后,可采用输尿管软镜,确定结石的具体位置后,再用纤细可弯曲的钬激光将其打碎排出体外^[1]。不用动刀,身体无明显创口,术中麻醉也不会出现疼痛,一次性碎石率较高,患者更容易接受。临床经验表示,围术期的护理干预对钬激光碎石成功率和预后有一定的影响。本研究旨在讨论围术期护理干预对治疗泌尿结石的医学价值,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

随机选择于2024年3月-2024年9月我科收治的钬激光碎石术后患者50例作为研究对象,分为对照组和观察组各25例,对照组男女比例为13:12,年龄范围24-80岁,平均年龄(58.68±5.67)岁,结石位置:上段10例、中段7例、下段8例,结石直径0.6-1.8cm,平均直径(0.89±0.65)cm;观察组男女比例为14:11,年龄范围23-81岁,平均年龄(59.57±3.18)岁,结石位置:上段9例、中段8例、下段8例,结石直径0.9-2.0cm,平均直径(0.98±0.54)cm;两组患者一般资料差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。我院伦理对此研究完全知情且全面批准。

1.2 方法

对照组采用常规护理。观察组采用围术期护理干预,措施如下:术前护理:①科学宣教:患者入院后用深入浅出、容易理解的语句进行疾病知识普及,内容包括有结石的形成、钬激光的操作原理、手术时间、手术范围等,对于患者提出的问题,要热情耐心的解答,②术前准备:术前禁食12h,禁水4h,术前需采取灌肠措施,清洁下腹部皮肤并备皮,以及做好药物皮试工作,术前采用静脉泌尿系统造影确定结石所在部位、范围以及肾脏功能。③术前心理干预:患者可能担手术意外,手术并发症等存在明显的焦虑心态,护理人员可以多举本科已经康复的实例、或者拍摄手术室的视频,鼓励患者自己在网上搜索钬激光的相关知识,减轻因不了解而产生的焦虑和担忧,还可以采用术前陪患者说话直至进入手术室开始手术减少焦虑心理。术中护理:①保暖工作:麻醉状态满意后配合医师实施钬激光碎石手术,因患者体位原因,术中需要保护患者隐私和注意保暖工作,在患者肩颈位置放置软枕,调整患者躺姿。术后护理:①姿势护理:全麻后将患者平卧于床铺上,头侧放,保持呼吸道畅通,避免出现阻塞。②饮食护理:术后6h可使用少量流质食物,可建议下床活动、

并且保证日饮水量在1500ml以上,加大排尿量方便结石排出。③导尿管护理:固定好导尿管,使用碘伏消毒尿道和导尿管,女性则需要消毒整个外阴,消毒频率为1-2次/d,提醒患者不要大幅度活动,以免牵拉扯动导尿管引起疼痛或引流不畅。导尿管每隔15天进行更换,而引流袋每周更换1次。④留置双J管护理:提醒患者避免腰部剧烈活动,日常生活中改变体位,动作一定要缓慢,出现腰痛、尿痛和血尿的情况一般是正常反应,但情况严重者,可及时来医院就诊。

1.3 观察指标

①对比两组患者的护理满意评分,②对比两组患者的并发症发生概率。

1.4 统计学分析

使用SPSS22.0软件分析,使用t和“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料,使用卡方和%表示计数资料, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者的护理满意评分

观察组护理满意评分91.85±2.88分,明显高于对照组88.67±5.91分,差异有统计学意义($t=2.418, P=0.019$), $P < 0.05$ 。

2.2 对比两组患者的并发症发生概率

观察组的患者发生梗阻1例、局部损伤1例,并发症的发生概率为8%,明显低于对照组发生梗阻3例,局部损伤4例,并发症的发生概率为28%,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

3 讨论

围术期护理干预是围绕手术不同阶段开展的干预性措施护理方法^[2]。包括术前的手术治疗和术后的基础护理以及患者在手术前后的心理护理都属于围术期护理干预的内容。旨在综合性的评估患者的身体、心理情况,为其提供每个阶段必要的针对性干预。术前干预可以确保患者以较好的身体素质和心理耐受力接受手术治疗,增加其手术的安全性,保证一次性碎石成功率。术中护理则体现了医院注重患者舒适护理和以患者为中心的护理理念;而术后通过基础护理和综合性干预缩短加快患者康复,减轻患者痛苦的同时,确保了碎石的治疗效果^[3-4]。在本实验中,实验组的护理满评分和并发症的发生概率明显优于对照组,充分说明了围术期护理干预的重要性。

综上所述,围术期护理干预可有效提高患者的护理满意

(下转第107页)

态分布的以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 行 t 检验; 计数资料以例数和百分比 (%) 表示。P<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组与对照组患者自护能力评分比较

干预后, 观察组 ESCA 各项评分均高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。

2.2 观察组与对照组患者心理弹性评分比较

干预后, 观察组 CD-RISC 各项评分均高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。

2.3 观察组与对照组患者遵医行为率比较

干预后, 观察组遵医行为包括按时服药、规律休息、戒烟戒酒、合理饮食、适量运动、定期复查比例高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。

2.5 观察组与对照组患者生活质量评分比较

干预后, 观察组 GQOL-74 各项评分均高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。

3 讨论

由于受不良生活习惯、自身基础疾病、体内激素水平紊乱及环境因素等影响, 近几年甲状腺癌的发病率有逐年升高的趋势。大部分患者对疾病认知程度较低, 对手术过程存在恐惧、焦虑心理, 以及担忧手术风险, 进而影响患者的预后效果, 导致患者术后生活质量下降。常规的护理干预对此类患者仅是采取病情评估、治疗方案介绍、生理指标检测等方法, 干预效果一般。本研究中观察组患者在围手术期给予 5A 护理模式结合赋能健康教育干预, 取得了良好的效果, 表现为观察组患者的 ESCA、CD-RISC 各项评分均高于对照组, 表明 5A 护理模式结合赋能健康教育能够提升患者的自护能力, 改善患者的心理健康状态。这是因为 5A 护理是一种基于循证依据改变认知行为和提升自我管理能力的方法, 即知行模式和延续性护理模式的结合, 并采用询问、评估、建议、帮助、随访 5 个连续步骤对患者进行有效干预, 在询问阶段了解患

者的基本情况, 为患者建立健康档案, 为患者干预方案的实施提供病例数据。评估阶段运用相关评估量表评估患者的自护能力和生活质量水平, 有助于了解患者的身体健康状况, 针对性地采取相应的护理干预方案。建议阶段通过一系列的具体手段对患者进行干预, 包括健康教育、饮食指导、用药指导、心理疏导等干预措施, 从心理、生理、认知等多个层面提升患者的预后效果。在帮助阶段, 通过多种形式进一步加强对患者的健康宣教, 提高患者参与疾病照护的主动性。在最后的随访阶段, 继续加强对患者自理能力和生活质量的监测与指导, 改善患者远期康复效果。通过 5A 护理模式 5 个干预步骤的紧密连接, 并引入赋能健康教育, 使两者有机结合, 充分发挥患者的积极主动性, 提高患者的依从性, 进而增强患者的自理能力。这是因为在该护理模式中, 从多个层面和角度对患者的术后并发症进行预防, 并加强对患者的健康教育, 增强患者对疾病的认知程度, 由此改善患者的遵医行为。生活质量比较中, 观察组生活质量各项评分均高于对照组, 表明 5A 护理模式结合赋能健康教育能够改善患者的生活质量, 原因可能是该护理模式对患者干预是全过程的, 从入院到完成手术及居家康复的一段较长时间内, 在健康教育、心理疏导、饮食、用药、康复训练等多个环节中进行干预, 并通过赋能健康教育, 引导患者参与到护理过程中, 提升患者的主观能动性和自理能力, 进而提升患者的生活质量。

综上所述, 5A 护理模式结合赋能健康教育在甲状腺癌围手术期的应用效果良好, 能够提升患者自护能力, 改善患者心理弹性功能, 提高患者遵医行为, 改善患者的生活质量。

参考文献:

[1] 柳娜娜, 舒玲, 刘珊, 等. 应用 5A 模式提高慢性阻塞性肺疾病患者自我效能和肺康复依从性 [J]. 中国临床护理, 2019, 11(2): 130-134.

[2] 张国莉, 张丽敏. 应用 5A 护理模式提高肺癌术后化疗患者自我效能 [J]. 护理学杂志, 2016, 31(6): 91-92.

(上接第 104 页)

度, 减少护患矛盾的同时减轻并发症的发生概率, 缩短患者住院时间, 加快康复治疗, 值得临床推广。

参考文献:

[1] 谢莹. 强化护理干预用于输尿管镜下软激光碎石术治疗输尿管结石的围术期护理效果分析 [J]. 系统医学, 2023, 6(13): 130-133.

[2] 胡东洪. 泌尿结石患者接受软激光碎石取石术治疗的

围术期护理干预方法分析 [J]. 中外女性健康研究, 2022, (08): 129-130.

[3] 李燕. 软激光碎石术治疗输尿管结石围术期护理干预体会 [J]. 心理月刊, 2024, 15(07): 135.

[4] 翟青. 探讨以思维导图为基础的围术期护理干预在乳腺癌患者中的应用效果 [J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(14): 2210-2212.

(上接第 105 页)

降低其生活质量, 严重者可致死^[2]。诸多研究证实, 加强对胃癌术后化疗并发肠梗阻患者的护理干预利于保障其身体健康, 减轻其痛苦^[3]。综合护理是一项系统、科学的护理模式, 可采取病情监测、生活护理、心理干预、胃肠减压护理、胃管注药护理、灌肠护理等干预措施最大限度改善患者临床症状和体征, 确保其身心健康^[4]。本次研究显示, 在对胃癌术后化疗并发肠梗阻患者实施综合护理干预后, 其梗阻缓解时间大为缩短, 生活质量明显提升, 这一护理方式深受患者好评, 护理满意度达 95.5%, 以上指标与采用常规护理的对照组患者相比存在明显区别, P<0.05, 本次研究结果类似于赵钰^[5]的研究结果。

由上可见, 综合护理在胃癌术后化疗并发肠梗阻患者的

护理中具有积极的应用价值, 值得推广。

参考文献:

[1] 林秀菊. 胃癌术后化疗并发肠梗阻的护理措施研究 [J]. 黑龙江医学, 2025, 49(2):212-213.

[2] 丁昌丽. 胃癌术后化疗间歇期并发肠梗阻的护理措施和效果 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2024, 34(8):160-161.

[3] 任琳. 胃癌术后化疗患者并发肠梗阻的临床护理 [J]. 医疗装备, 2024, 37(15):161-162.

[4] 熊玲玲. 胃癌术后化疗并发肠梗阻的护理观察 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2023, 23(12):275-275.

[5] 赵钰. 胃癌术后化疗间歇期并发肠梗阻患者的护理 [J]. 护士进修杂志, 2022, 37(9):814-816.