

· 护理与康复 ·

量化评估策略的手术室护理在低位单纯性
肛瘘患者中的应用姚园园¹, 陈燕燕²

(1. 平顶山市第二人民医院 消毒供应中心, 河南 平顶山 467000;

2. 平顶山市第二人民医院 肿瘤科)

摘要:目的:探讨量化评估策略的护理干预在低位单纯性肛瘘患者手术室护理中的应用效果。方法:回顾性分析我院2019-01~2020-01期间80例低位单纯性肛瘘患者的临床资料,按入院时间分组,将2019-01~2019-06实施常规手术室护理干预的37例列为对照组,将2019-07~2020-01在常规基础上实施量化评估策略的手术室护理干预的43例列为研究组。比较两组护理前后心理状态(SAS、SDS评分)、术中应激反应情况[入室前、手术开始后30min、术毕心率(HR)、平均动脉压(MAP)水平]、护理满意度。结果:护理后研究组SAS、SDS评分低于对照组($P < 0.05$);手术开始后30min、术毕研究组HR、MAP水平均低于对照组($P < 0.05$);研究组护理满意度为97.67%(42/43),高于对照组81.08%(30/37)($P < 0.05$)。结论:量化评估策略的护理干预在低位单纯性肛瘘患者手术室护理中的应用效果显著,可有效缓解患者不良心理状态,减轻术中应激反应,护理满意度较高。

关键词: 低位单纯性肛瘘;量化评估策略;手术室护理;术中应激

中图分类号:R471

文献标识码: B

文章编号:1673-9388(2021)02-0124-04

DOI: 10.19891/j.issn1673-9388.(2021)02-0124-04

低位单纯性肛瘘属临床常见肛肠疾病,可对患者身体健康及生活质量造成一定影响,及时实施肛瘘切除术是改善患者临床症状,提高其生活质量的关键^[1]。既往临床研究表明,患者多缺乏手术相关知识,易对手术创伤、疼痛等过分担忧,产生焦虑、抑郁等不良心理,增加术中应激反应,因此,配合实施科学合理手术室护理,缓解术中应激,保证良好治疗效果已成为现阶段护理学科探讨的重点课题^[2]。量化评估策略的护理干预将患者作为干预中心,在术前即对其多方面情况实施综合性量化评估,并根据患者具体评估结果实施对应干预措施,可提高护理干预针对性^[3]。本研究将其应用于低位单纯性肛瘘患者的手术室护理中,分组分析其干预效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院2019-01~2020-01期间80例低位单纯性肛瘘患者的临床资料,按入院时间分组,将2019-01~2019-06实施常规手术室护理干预的37例列为对照组,将2019-07~2020-01在常规基础上实施量化评估策略的手术室护理干预的43例列为研究组。研究组男24例,女19例;年龄32~54岁,平均(44.08±4.91)岁;ASA分级:I级31例,II级12例;体质指数(body mass index, BMI)19.2~25.9kg/m²,平均(22.56±1.62)kg/m²;对照组男22例,女15例;年龄34~55岁,平均(44.71±4.83)岁;ASA分级:I级28例,II级9例;BMI19.0~25.6kg/m²,平均(22.28±1.60)kg/m²;两组性别、年龄、ASA分级、BMI等基础资料均衡可比($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

(1)纳入标准:均经视、触诊、肛门镜、肛内B超等临床综合检查确诊为低位单纯性肛瘘;均行肛瘘

收稿日期:2020-10-06;修回日期:2021-01-25

作者简介:姚园园(1979-),女,平顶山市第二人民医院消毒供应中心主管护师。

切除术治疗;均知情本研究并签署同意书;(2)排除标准:存在沟通、认知、精神、心理障碍,临床配合、依从性欠佳;麻醉、手术相关禁忌证;心、肝、肾等重要器官功能障碍;合并严重心脑血管、内分泌系统疾病;妊娠、哺乳期女性。

1.3 方法

均行肛瘘切除术治疗。

1.3.1 对照组 实施常规手术室护理干预:术前进行常规访视与准备,告知患者术前准备事项及手术注意事项,检查手术相关器械、物品完整性、可用性及安全性;器械护士提前整理无菌器械台,合理摆放,保证术中器械准确传递;巡回护士核对患者信息无误后引导其进入手术室,连接心电监护设备,建立静脉通道;术中密切关注患者各项基本生命体征,根据患者情况及时对输液速度、用量进行调整,做好术中保暖,及手术协助工作,术后清点器械,做好病房护士交接。

1.3.2 研究组 在常规基础上实施量化评估策略的手术室护理干预:(1)术前量化评估:术前对患者年龄、不良嗜好、病情、营养情况等资料进行量化评估,根据各项风险程度分别记为1分(低风险)、2分(中度风险)、3分(高风险),同时采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)对患者心理状态进行量化评估,根据结果将其分为1分(无负性心理或轻微)、2分(负性心理中等)、3分(负性心理较重),即共评估5个项目,总分5~15分,将5分患者列为低风险组,6~10分患者列为中风险组,11~15分患者列为高风险组;(2)分层护理策略:以风险程度为参考分配手术室护理人员,低风险组1:1,中风险组1:2,高风险组1:3;(3)可控因素干预:①心理状态:心理状态量化评估1分患者由手术室巡回护士进行术前访视,术前1天进入病房,向患者介绍手术室环境、手术过程及配合事项,及时解答患者提问,对其对手术的错误认知及时纠正;2分、3分患者由手术室巡回护士及具有心理护理经验的主管护师共同术前访视,与其充分沟通详细了解其内心状态后结合患者自身疾病严重程度、家庭、教育背景等对其实施针对性心理疏导,使其建立正确手术认知及治疗信心;在此基础上,3分患者必要情况下安排其提前熟悉手术室环境,并协同家属对其进行开导,指导其通过心理暗示、听音乐等方式放松心情,减轻不良情绪;②营养情况:营养情况量化评估1分患者

无需实施营养干预,仅由巡回护士术前访视时向其讲解饮食搭配与注意事项;2、3分患者可根据其具体情况予以静脉营养支持,以保证机体营养需求;(4)手术室强化护理:调节手术室适宜温湿度,患者入室后主动与其沟通交流,介绍手术室环境、手术操作成熟性等,消除其焦虑、恐惧情绪,协助患者摆放最佳手术体位,术中对患者进行适当肢体按摩,促进血液循环;(5)术后护理:轻声唤醒患者,告知其手术情况,对疼痛明显患者可通过语言交流、按摩等方式转移其注意力,减轻其疼痛感,患者无异异常后将其护送至病房。

1.4 疗效评估标准

(1)采用SAS、SDS评分评估两组护理前后心理状态,其中SAS评分 ≥ 50 分即表示存在焦虑,SDS评分 ≥ 53 分即表示存在抑郁,评分越低心理状态越好;(2)记录并比较两组入室前、手术开始后30min、术毕心率(heart rate, HR)、平均动脉压(mean arterial pressure, MAP)水平以评估其术中应激反应情况;(3)于术后1天采用院内自制“护理干预满意度调查表”评估患者护理满意度,总分0~100分,90分以上为非常满意,75~90分为满意,75分以下为不满意;护理满意度=(非常满意+满意)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学处理

通过SPSS 22.0软件进行数据处理,计数资料以($n, \%$)表示,行 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义

2 结果

2.1 心理状态

护理前两组SAS、SDS评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),护理后研究组SAS、SDS评分低于对照组($P < 0.05$)(见表1)。

2.2 术中应激反应情况

入室前两组HR、MAP水平比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),手术开始后30min、术毕研究组HR、MAP水平均低于对照组($P < 0.05$)(见表2)。

2.3 护理满意度

研究组非常满意24例,满意18例,不满意1例,护理满意度为97.67%(42/43);对照组非常满意14例,满意16例,不满意7例,护理满意度为81.08%(30/37);研究组高于对照组($\chi^2 = 4.380, P = 0.036$)。

表1 两组心理状态比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	SAS评分		SDS评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	43	58.45 ± 3.12	50.06 ± 2.47	57.95 ± 3.04	51.19 ± 2.64
对照组	37	59.13 ± 3.29	54.64 ± 3.01	58.21 ± 3.11	54.98 ± 2.98
t		0.948	7.475	0.377	6.032
P		0.346	< 0.001	0.707	< 0.001

表2 两组术中应激反应情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	HR(次/min)			MAP(mmHg)		
		入室前	手术开始后30min	术毕	入室前	手术开始后30min	术毕
研究组	43	78.26 ± 4.53	80.03 ± 4.71	79.37 ± 4.58	85.19 ± 5.34	86.37 ± 5.51	85.95 ± 5.47
对照组	37	78.75 ± 4.62	83.66 ± 4.79	82.57 ± 4.86	86.07 ± 5.55	89.46 ± 5.78	88.73 ± 5.52
t		0.478	3.410	3.029	0.722	2.445	2.257
P		0.634	0.001	0.003	0.473	0.017	0.027

3 讨论

常规手术室护理多根据手术需求制定,重点在于手术的辅助工作及手术的顺利实施,难以满足现代医学“疾病、生理、心理多方面护理”的需求,仍存在较大改进空间^[4]。

量化评估策略的护理干预属新型手术室护理模式,与常规护理模式比较,更具个性化、合理化及细致化,患者病情及机体状况存在一定个体差异性,在术前对患者病情、营养情况等实施综合量化评估,在评估结果指导下对患者进行对应护理干预措施,是实现针对性护理干预的前提与关键^[5,6]。本研究结果显示,在常规基础上实施量化评估策略的手术室护理干预可有效缓解低位单纯性肛痿患者焦虑、抑郁等不良情绪,减轻其术中应激反应。除手术及麻醉等外界因素外,患者面对陌生手术环境时产生的心理应激反应可导致下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴功能增强,引起交感神经功能亢进,进而

加重机体生理应激反应,使血压升高,心率加快,对手术顺利实施造成一定不良影响^[7,8]。量化评估策略的护理干预在术前即对患者进行量化评分分级,针对不同身体机能及不同负性心理患者相应配置护理人员及护理措施,可提高护理工作可操作性,使患者身心均得到有效改善,增加护患间信任感与亲近感,进而有效缓解其不良情绪,减低术中应激程度。此外,本研究结果中,研究组护理满意度为97.67%,高于对照组81.08%($P < 0.05$),可见量化评估策略的护理干预可明显提高患者护理满意度,临床应用价值较高。量化评估策略的护理干预根据风险评估结果实施分层护理干预,对心理状态、营养情况等可控因素实施针对性干预,可使患者获得更加全面合理的护理服务,进而使护理满意度得到明显提升。

综上所述,量化评估策略的护理干预在缓解低

发生,但两组相比差异统计学意义,可能与本研究选例较少有关,建议临床研究中扩大样本量,进行进一步深入探究。此外,研究组可靠性、反应性、移情性、有形性、保证性评分较对照组高($P < 0.05$),可见,头脑风暴法联合护理专案活动可提高重症颅脑损伤术后气管切开病人护理质量。

综上所述,头脑风暴法联合护理专案活动应用于重症颅脑损伤术后气管切开病人中,可提高湿化效果、降低病人痰液黏稠度,对预防肺部感染等并发症发生、促进护理质量提升具有积极意义。

参考文献

[1]朱理辉,杨焯玮,陈卫挺,等.气管切开联合经皮内镜下胃造瘘术对重型颅脑损伤患者预后的影响[J].中国现代医学杂志,2020;30(7):121-123

[2]汪涛,袁莉萍.重型颅脑损伤气管切开患者早期康复护理干预的效果分析[J].皖南医学院学报,2020;39(2):197-199

[3]李娟,张扬,田莉,等.循证护理在重型颅脑损伤气管切开术患者护理中的应用[J].实用临床医药杂志,2017;18(34):68-70

[4]吕学文,张小雷,谢利娜,等.重症颅脑损伤病人气管切开后继发肺部真菌感染的危险因素分析[J].临床外科杂志,2019;27(8):700-702

[5]叶磊,屈蕊,张爱琴.颅脑损伤患者气管切开后肺部感染危险因素的 Meta 分析[J].中华现代护理杂志,2020;26(3):350-355

[6]全怡,陶岚,姜琳.戴明循环管理法联合头脑风暴法在消化内镜治疗中对护理配合度及不良事件的影响[J].中国医学装备,2017;14(12):123-126

[7]武艳红,武永锋,宋乃云,等.头脑风暴法在精神科安全管理中的应用[J].国际医药卫生导报,2017;23(23):3811-3813

[8]谷薇娜,俞乐春.护理专案活动可提高肿瘤患者 PICC 规范维护率[J].江苏卫生事业管理,2018;29(3):361-364

[9]刘瑛,丁彩侠.护理专案活动对提高喉癌术后患者气道湿化的效果评价[J].安徽卫生职业技术学院学报,2019;18(6):147-148

[10]沈丽,詹艳,赵丽,等.品管圈活动在重度创伤性颅脑损伤患者气管切开后护理中的应用[J].中华全科医学,2017;7(15):165-167

[11]戚生春,刘家传,刘光杰,等.重型颅脑损伤患者气管切开后并发肺部感染的病原菌及药敏试验分析[J].东南大学学报:医学版,2019;38(1):94-98

[12]朱理辉,杨焯玮,陈卫挺,等.气管切开联合经皮内镜下胃造瘘术对重型颅脑损伤患者预后的影响[J].中国现代医学杂志,2020;30(7):121-123

[13]张金蓉,魏章英,崔吉宏.重型颅脑损伤并发颅内感染患者肺部感染的影响因素及病原学特点[J].中华医院感染学杂志,2019;29(9):1363-1366

[14]耿芳.QCC活动在重度颅脑损伤患者气管切开后中的应用效果[J].河南医学研究,2019;28(7):1323-1325

[15]吴杰.戴明循环理论 QCC 活动对重型颅脑损伤行气管切开患者术后肺部感染发生率的影响[J].护理实践与研究,2019;16(3):70-72

(上接第 126 页)

位单纯性肛瘘患者不良心理状态、减轻术中应激反应方面均有积极作用,护理满意度较高,值得临床参考应用。

参考文献

[1]李文艳.综合护理干预对肛瘘手术患者术后自理能力及康复情况的效果分析[J].山西医药杂志,2017;46(1):115-117

[2]李海云,徐化.正念放松训练对外科手术患者围手术期应激反应和术后康复的影响[J].中国实用护理杂志,2020;36(3):170-175

[3]崔冀芳,叶成杰,潘洪帅.手术室量化评估干预策略对胃肠道肿瘤手术患者应激反应及术后康复的影响[J].癌症进

展,2019;17(11):1357-1360

[4]崔灿,王振宜,王卫民,等.单纯性肛瘘患者接受括约肌间瘘管结扎术治疗过程中的临床路径管理研究[J].结直肠肛门外科,2017;23(04):481-486

[5]陈银英,范琼丹,卢娅萍.基于量化评估策略的手术室护理在宫腔镜子宫内息肉切除术患者中的应用[J].护理实践与研究,2017;14(21):109-111

[6]李静.基于量化评估策略的手术室护理干预对老年重症急性胰腺炎患者术中应激反应的影响[J].黑龙江中医药,2019;48(2):132-133

[7]杨晓莹,胡蓉,杨小香.全程无缝隙护理在手术室护理中的应用效果及患者预后改善的影响分析[J].贵州医药,2019;43(10):1643-1644

[8]周倩.精细化流程管理在手术室中的应用[J].山西医药杂志,2020;49(6):715-717