

# 基于症状管理理论的口渴非药物性干预措施在胆道外科围手术期患者中的应用

邵 蒙

西安交通大学第一附属医院-肝胆外科 陕西 西安 710061

**摘要：**目的：探讨基于症状管理理论的口渴非药物性干预措施在胆道外科围手术期患者中的应用效果。方法：选择2024年6月-2024年12月，在我院肝胆外科收治的104例胆道外科手术患者，将其纳入研究对象，以随机数字表法分为对照组和研究组，每组患者各52例，对照组行常规干预，研究组实施症状管理理论的口渴非药物性干预措施，比较两组患者的临床干预效果，包括术后恢复时间、术后并发症、干预后口渴强度（NRS、OOMS）、干预前后的疼痛情况（VAS）、睡眠质量（PSQI）及生活质量（SF-36）。结果：研究组患者术后首次进食时间、排便时间、下床活动时间及住院时间，与对照组患者相比均显著缩短，且研究组术后并发症发生率显著更低于对照组，（ $p < 0.05$ ）；干预后对两组患者展开评估，研究组患者NRS评分、OOMS评分、VAS评分、PSQI评分及SF-36评分均显著较对照组更优，（ $p < 0.05$ ），但干预前两组患者VAS评分、PSQI评分及SF-36评分相比，不具有统计学意义，（ $p > 0.05$ ）。结论：临床应用症状管理理论的口渴非药物性干预措施，有效降低患者口渴强度，减少术后并发症发生率，促进患者术后快速康复，值得推广。

**关键词：**症状管理理论；口渴非药物性干预；胆道外科；围手术期

口渴是一种想要饮水的主观感受，是由于血浆胶体渗透压和血容量的变化导致口腔中唾液丧失，不能充分滋润口腔黏膜而造成患者唇舌及口腔干燥的感受，可通过口渴强度、痛苦感、频率和持续时间四个维度进行描述。由于手术前后禁食水时间过长、术中插管、阿托品、镇静镇痛等药物的应用及患者心理情绪变化等因素，多数患者会在术后出现不同程度的口渴。口渴不仅增加术后应激反应、加重患者耗氧量及代谢负担，还可能使患者出现无助、焦虑等负性情绪，同时，持续的口渴刺激还会使患者出现躁动、心律失常、血压升高，增加导管滑脱、伤口出血、坠床等意外风险的发生。由于胆道外科手术的特殊性，临床多采用湿润口唇、刺激唾液腺分泌等方式来缓解患者的口渴状况，缺乏综合性的护理措施及科学的理论指导<sup>[1-2]</sup>。本研究旨在探讨临床应用症状管理理论的口渴非药物性护理干预在胆道外科围手术期患者中的效果，现报告如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

在2024年6月-2024年12月期间，从我科选取行手术治疗的患者104例用于研究，以电脑双盲法进行分组干预，每组均占患者52例，对照组患者男性占30例、女性占22例，年龄范围在26岁-55岁，平均（40.68±2.52）岁，疾病类型：壶腹占位性病变19例，胆囊癌14例，肝

门部胆管癌12例，胆管癌7例；观察组患者中男、女占比为28:24，年龄处于25岁-56岁区间，平均（40.14±2.61）岁，疾病类型：壶腹占位性病变18例，胆囊癌16例，肝门部胆管癌14例，胆管癌4例。两组患者基线资料比较，差异无统计学意义，（ $p > 0.05$ ）。医院伦理委员会针对研究项目作出批准。

**纳入标准：**入选患者经CT、B超等检查，均显示占位性病变或肿瘤，符合胆道外科收治标准；具备胆道外科手术治疗指征；患者及家属全部自愿配合，并签署知情同意书参与研究。

**排除标准：**合并严重肾脏功能障碍；肝硬化病变；合并恶性肿瘤；病毒性肝炎；手术禁忌症等。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组患者予以常规干预：术前叮嘱患者禁食、禁饮，并做好肠道准备以及灌肠清洁，术后观察患者切口情况，同时指导其饮食、用药等。

1.2.2 观察组患者应用症状管理理论的口渴非药物性干预，措施如下：①由科室护士长担任组长，组建护理经验丰富的护理人员为护理团队，结合既往临床案例，深入分析诱发患者口渴的相关因素，并熟练掌握NRS、OOMS量表评估患者口渴状态，以此制定非药物干预方案<sup>[3-4]</sup>。②术前，护理人员对患者及家属展开健康宣教，告知手术机制、注意事项及术前各项准备工作等，并在

术前3h, 指导患者服用400ml的12.5%葡萄糖溶液, 来减轻口渴及饥饿感, 术前2h需叮嘱患者禁饮<sup>[5]</sup>。③护士根据患者的口渴症状, 合理调控室内温湿度, 保持室内温度26℃, 湿度50%-60%, 密切监测患者生命体征变化。④术后遵医嘱给予患者定时镇痛, 麻醉清醒后指导患者咀嚼薄荷口香糖, 每次15分钟, 间隔4小时一次。当患者主诉口渴时, 使用温开水喷雾或柠檬水喷雾沿着患者口腔上下左右四个方位各喷洒1次, 针对无主动要求湿润口腔的患者以每隔1小时对口腔上下左右四个方位分别喷洒一次, 针对有需求的患者将间隔时间缩短至30分钟, 按需对患者嘴唇进行湿润, 湿润以后应用凡士林唇膏均匀涂抹给予保湿。在此过程中注意观察患者面部表情, 以免引起患者不适。⑤根据手术方式, 指导患者尽早饮水, 首先协助患者仰卧位休息, 头偏向一侧, 抬高床头15°~30°, 使用带有刻度、吸管的水杯从嘴角指导患者缓慢吸入, 采用试验量2~5 ml, 观察患者有无不良反应。若患者无呛咳, 单次追加量5~10 ml, 间隔5~6 min, 饮水总量不超过50~200 ml, 最大总量为300 ml。遵循少量多次原则。⑥给予患者口腔护理, 评估患者的口渴强度, 针对其症状体验采取适当的非药物干<sup>[6-7]</sup>。

### 1.3 观察指标

1.3.1 观察术后恢复时间: 监测并记录两组患者术后恢复情况, 包括首次进食时间、首次排便时间、下床活动时间及住院时间四项指标。

1.3.2 观察术后并发症: 密切监测两组患者术后出现的并发症, 包括胆漏、尿路感染及切口感染情况。

1.3.3 观察术后口渴强度: 参照NRS (数字等级评定量表)<sup>[8]</sup>, 以0-10分评估口渴强度, 由患者依据自身口渴情况选择分值, 0分即不渴; 1-3分即轻度口渴; 4-7分即中度口渴; 8-10分即重度口渴, 得分越高患者口渴越强烈; 参照OOMS (口腔黏膜湿润度量表), 以1-4分对患者进行评估, 4分即口腔及嘴唇湿润; 3分即口腔湿润但嘴唇干燥; 2分即口腔及嘴唇干燥; 1分即口腔发白且嘴唇脱皮、皸裂, 得分越低患者口渴越严重。准确记录两组患者经临床干预下的术后6h、2d、3d的评分。

1.3.4 观察临床指标: 在两组患者干预前及干预后1周, 分别运用VAS (视觉模拟评分法, 0-10分)、PSQI (匹兹堡睡眠质量指数, 0-21分)、SF-36 (健康生活简表, 0-100分) 进行评估, 其中VAS得分越低, 患者疼痛越轻; PSQI得分越低, 患者睡眠质量越好; SF-36得分越高, 患者生活质量越高。

### 1.4 统计学分析

分析统计研究数据选用SPSS23.0软件, 对比检验计量资料运用t, 以( $\bar{x}\pm s$ )描述, 对比检验计数资料行 $\chi^2$ , 以( $n, \%$ )率描述, 统计意义根据 $p < 0.05$ 具有差异。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者术后恢复时间

详见表1结果, 研究组患者与对照组患者的术后各指标恢复时间相较, 研究组均显著更快, ( $p < 0.05$ )。

表1 两组术后恢复时间对比 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数 (n)	首次进食时间 (h)	首次排便时间 (h)	下床活动时间 (h)	住院时间 (d)
研究组 (n)	52	32.51±3.42	51.42±4.08	29.36±4.22	4.12±2.15
对照组 (n)	52	40.62±3.94	59.63±4.14	35.49±3.91	6.69±2.37
t值	-	10.315	9.357	7.033	5.285
p值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

### 2.2 比较两组患者术后并发症

如表2数据可见, 术后并发症统计显示, 研究组患者发生率相比于对照组发生率显著更低, 两组差异具有统计意义, ( $p < 0.05$ )。

表2 两组术后并发症发生率对比 [ $n (\%)$ ]

组别	例数 (n)	胆漏	尿路感染	切口感染	发生率
研究组 (n)	52	0	1(1.92)	1(1.92)	2(3.85)
对照组 (n)	52	2(3.85)	5(9.61)	4(7.69)	11(21.15)
$\chi^2$ 值	-	-	-	-	5.099
p值	-	-	-	-	< 0.05

### 2.3 比较两组患者口渴强度

由表3可知, 两组患者经临床干预后, 在术后6h、术后2d及术后3d的NRS评分、OOMS评分方面相比差异显著, 明显研究组均优于对照组, ( $p < 0.05$ )。

表3 两组口渴强度评分对比 ( $\bar{x}\pm s$ ), 分]

组别	例数 (n)	术后6h		术后2d		术后3d	
		NRS	OOMS	NRS	OOMS	NRS	OOMS
研究组 (n)	52	3.21±0.77	2.19±0.39	2.71±0.89	3.16±0.59	2.13±1.02	3.95±0.73
对照组 (n)	52	4.18±0.98	2.04±0.22	3.88±0.87	2.84±0.33	3.67±0.93	2.92±0.41
t值	-	4.227	13.527	5.046	16.686	7.101	18.844
p值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 比较两组患者VAS、PSQI及SF-36评分

从表4上看,在干预前进行患者VAS、PSQI及SF-36评估,显示两组各评分差异不大,不存在统计意义, ( $p$

$> 0.05$ ),经临床干预后评估,两组患者VAS评分及PSQI评分比干预前下降,且SF-36评分提高,相较可知研究组各项评分均要比对照组远远更优, ( $p < 0.05$ )。

表4 两组VAS、PSQI及SF-36评分对比[ ( $\bar{x} \pm s$ ), 分]

组别	例数 (n)	VAS		PSQI		SF-36	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组 (n)	52	6.03±1.44	3.97±1.98	17.36±3.15	10.51±2.92	71.33±3.57	82.48±3.89
对照组 (n)	52	6.13±1.71	5.02±1.13	17.62±3.02	14.31±3.16	71.42±3.69	76.57±3.73
t值	-	0.357	4.016	0.399	4.266	0.118	7.327
p值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

围手术期患者禁饮禁食,患者发生口渴的风险较高,传统口渴干预方式虽然能够在一定程度上改善患者口渴程度,但是缺乏系统的、统一的干预模式,为此本研究尝试应用症状管理理论对患者口渴进行干预<sup>[9]</sup>。

症状管理理论主要是将症状管理作为一个多维且动态的过程,通过对患者症状展开全面评估,以此制定针对性的干预计划,达到减轻症状的目的。因此在胆道外科围手术期干预中,以症状管理理论的口渴非药物性干预,根据患者的口渴强度展开个体化干预,在术前、术中及术后全程提供全方位的护理服务,采取一系列的非药物性干预措施,有效减轻患者的口渴强度和持续时间,进而改善其睡眠质量,促进患者术后早日康复<sup>[10]</sup>。本文研究数据可见,以症状管理理论的口渴非药物性干预措施,可加快患者术后康复进程,同时预防相关并发症的发生,并且对患者的口渴症状、疼痛缓解及睡眠改善具有积极的促进作用。

综上所述,在胆道外科围手术期中,应用症状管理理论的口渴非药物性干预措施具有显著效果,利于减轻患者口渴痛苦感,为其术后康复提供支持,值得临床推广。

参考文献

[1]程莉洁,张丙良,娄连玉,孙慧慧,徐庆国,刘恒.基于症状管理理论肝移植术后谵妄患者非药物干预方案的构建[J].中国社区医师,2025,41(01):132-134.

[2]郑剑文,郑艳,陈珍贞.基于症状管理理论的症状群干预方案在胰腺癌患者中的应用研究[J].当代护士(中旬刊),2024,31(12):105-109.

[3]李家乐,花文娟,黄云云,伍玲.消化道出血患者口渴非药物干预的循证护理实践[J].现代医药卫生,2024,40(14):2427-2431.

[4]陆玲玲.基于症状管理理论的多维度疼痛管理策略对晚期癌性疼痛患者的影响[J].当代护士(中旬刊),2024,31(01):92-96.

[5]周丽.基于症状管理理论的强化护理对ICU重症肺炎患者的影响研究[J].婚育与健康,2024,30(21):163-165.

[6]赖琪,何聪聪,张聪慧,聂乐洪,王菲菲,屠恩远.非药物干预措施对ICU病人口渴干预效果的网状Meta分析[J].循证护理,2023,9(20):3627-3636.

[7]赵仰旭,林桦,王兰芬,刘鑫.手术患者术后口渴症状非药物管理的最佳证据汇总[J].护理实践与研究,2023,20(16):2435-2441.

[8]华威,陆晓燕,刘婷,陆晴,赵英男.非药物干预危重病人口渴相关研究的范围综述[J].循证护理,2023,9(16):2932-2937.

[9]王志敏.浅谈腹腔镜胆囊手术患者围手术期的护理方法[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(03):273-274.

[10]刘志武,高雪梅.胆道疾病患者外科手术后胃肠功能恢复的临床研究[J].中国社区医师,2018,34(36):38-39.