

围术期护理干预对肛肠科患者的护理效果

成 芹 饶 军

南充市中心医院中西医结合肛肠科 四川 南充 637000

摘要: **目的:** 分析围术期护理干预对肛肠科患者的应用效果。**方法:** 选取2022年4月-2023年4月本院78例肛肠科疾病患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组39例,行常规护理,观察组39例,行责任制护理,比较两组护理效果。**结果:** 观察组的病区管理、工作能力、健康知识宣讲、关爱/沟通、服务态度和护理主动性评分均明显高于对照组,并发症发生率、SAS、VAS、SDS评分、术中出血量、手术时间、肠鸣音恢复时间、住院时间和排便时间均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 给予肛肠科疾病患者责任制护理能有效优化手术效果,改善身心状态,防范并发症,提高护理质量,具有推广价值。

关键词: 责任制护理; 肛肠科; 护理质量

肛肠疾病发生率高,广义层面讲发生部位主要为大肠和肛门,约有100余种疾病类型,狭义层面讲发生部位为直肠和肛门,包含内痔、混合痔、肛瘘、直肠炎等30余种疾病^[1]。临床常将该病划分为四种类型,包括肛周出血、肛裂、肛瘘和痔疮等。患者多接受手术治疗,术后易伴有消化系统不适,患者排便、饮食等情况出现改变,可能出现尿潴留、感染等并发症,住院时间延长,生活质量降低。围术期顾名思义即为手术全过程,起始点为制定手术方案,终点为疾病大体恢复。手术治疗会给患者带来一定应激,导致生命体征波动,心理压力增加,对术后康复产生妨碍^[2]。常规护理流于形式,遵循医嘱展开操作,相对片面,综合分析病情,为患者提供个性化、精细化护理有积极意义^[3]。本次研究以肛肠科疾病患者为对象,分析责任制护理的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年4月-2023年4月本院78例肛肠科疾病患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组39例,男20例,女19例,年龄为24-72岁,平均年龄(42.18±4.71)岁;观察组39例,男21例,女18例,年龄为25-73岁,平均年龄(42.76±4.13)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准: 接受肛肠手术;意识清晰;资料完整;知情同意本次研究。**排除标准:** 认知功能障碍;伴有心理疾病;精神疾病;无手术指征;手术不耐受;凝血功能异常;内分泌疾病;神经系统疾病等。

1.2 方法

对照组行常规护理,监护病情,讲解肛肠疾病知识,安抚患者情绪,及时清洁卫生,遵循无菌理念等。

观察组以对照组为基础,行责任制护理:

1.2.1 组建护理小组

护士长1名,责任护士2名,护士若干名,为患者讲解责任制护理的内涵、内容,保证组员掌握各项技能,且能够灵活应用各项干预方案。

1.2.2 完善责任制制度

①对接制度:全面分析患者个体差异、病情,确定护理内容,为患者展开责任制对接干预,主要负责人为护士长,小组责任人为责任护士,每位护士负责对应患者,落实1VS1干预,建立护理小组,为患者展开各项护理措施。责任护士负责评估护理工作,护士长负责评价综合护理效果。②建立查房制度:将查房时间固定,细化、系统化查房内容,小组成员应全面、深入掌握患者生理感受和睡眠情况,如患者出现不适,应及时发现,并予以干预。③排班管理制度:不同班次开展交接班时常存在各种问题,难度较大,优化排班制度,制作排班交接表,细化存在的各种问题,做好书面记录,保证临床护理连续、精准。

1.2.3 术前护理

随时与患者交流,为患者讲解手术过程、实施必要性、方法和注意事项等。取得患者配合,帮助其降低心理负担,减轻负面情绪。术前,密切监测呼吸、心率和血压等指标,了解患者是否存在心脏病发作史,有无其他系统性疾病。对患者心肺功能进行评估,为制定手术方案提供信息支持。

1.2.4 术中护理

保证手术室温湿度适宜,询问患者主观意愿,适当调整,观察手术器械,检验其是否完备,功能是否正常,术中密切配合医生工作,精准传递相应器械、物品,缩短手术流程,监测患者体征,保障手术安全。教

会患者正确咳嗽、呼吸方法，展开训练，保证患者切实掌握，便于术后将呼吸道痰液顺利排出，避免痰潴留。

1.2.5 术后护理

做好通风工作，每天至少1次，每次至少30min，合理调节温湿度，做好保暖干预，提供低流量给药，帮助患者拍背，促进其排痰，结合患者需求，提供雾化吸入。提供富含营养、容易消化和流食，告诉其健康饮食有助于推动病情恢复。肛周存在丰富神经，手术会刺激到肛周括约肌，易引发痉挛，出现疼痛。受疼痛影响，患者心脏负担加大，可能导致血压升高，可遵医嘱为患者提供舒乐安定等镇静安眠药物或采取止痛栓塞，若肛内填塞过紧，应将填充物合理抽出，如患者伴有剧烈疼痛，应选取止痛药物予以患者肌注。术后患者易产生尿潴留，该症状出现原因主要有尿道括约肌无法发挥正常功能、精神紧张等，临床可采取心理疏导法、针刺法、诱导排尿法、物理疗法和针刺法等。针对受全麻手术影响，导致的括约肌松弛，可选取新斯的明，予以患者肌注，或在无菌条件下为患者导尿。针对肛肠类疾病，术后患者可能伴有出血现象，发生时间为24h内时，一般

为原发性出血，为1-2周时一般为继发性出血。加大观察力度，一旦患者出现血压降低、面色苍白、坠胀感和皮肤湿冷等现象，应警惕出血。一旦发生出血，应立即止血，提供营养支持，避免大便干结。

1.3 观察项目和指标

评价心理状态、疼痛程度：分别应用SAS、VAS和SDS量表评估焦虑程度、疼痛和抑郁程度。评价护理质量：应用调查问卷，包括病区管理、工作能力、健康知识宣讲、关爱/沟通、服务态度和护理主动性，均为0-100分。评价手术/预后指标：观察两组术中出血量、手术时间、肠鸣音恢复时间、住院时间和排便时间。评价并发症：包括感染、出血和尿潴留。

1.4 统计学方法

SPSS23.0处理数据， $(\bar{x} \pm s)$ 与 $(\%)$ 表示计量与计数资料，分别行 t 与检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状态比较

干预后两组SAS、VAS、SDS评分均明显低于干预前，观察组变化更明显 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组心理状态比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	SAS (分)		VAS (分)		SDS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	57.41±4.21	32.82±3.05 ^a	6.53±1.12	2.02±0.32 ^a	55.26±4.38	30.36±3.61 ^a
对照组	39	57.84±4.09	43.26±3.91 ^a	6.38±1.05	4.12±0.41 ^a	55.81±4.09	41.05±4.09 ^a
<i>t</i>	/	0.458	13.148	0.610	25.216	0.563	12.237
<i>P</i>	/	0.649	0.000	0.544	0.000	0.575	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组护理质量比较

观察组的病区管理、工作能力、健康知识宣讲、关

爱/沟通、服务态度和护理主动性评分均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组护理质量比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	病区管理 (分)	工作能力 (分)	健康知识宣讲 (分)	关爱/沟通 (分)	服务态度 (分)	护理主动性 (分)
观察组	39	93.55±2.73	93.17±2.63	93.78±2.53	94.75±2.26	94.25±2.73	93.25±2.45
对照组	39	86.51±2.51	86.48±3.18	82.26±3.94	80.35±2.38	81.18±2.46	82.26±3.61
<i>t</i>	/	11.855	10.124	15.365	27.400	22.211	15.731
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组手术/预后指标比较

观察组的术中出血量、手术时间、肠鸣音恢复

时间、住院时间和排便时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组手术/预后指标比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	肠鸣音恢复时间 (d)	住院时间 (d)	排便时间 (h)
观察组	39	26.85±4.74	24.61±3.20	2.26±0.26	8.78±1.02	15.74±1.35
对照组	39	41.39±3.69	41.28±3.16	4.79±1.02	11.37±1.03	19.96±2.26
<i>t</i>	/	15.116	23.148	15.010	11.158	10.011
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组并发症比较

对比并发症发生率, 观察组更低 ($P < 0.05$)。详见表4。

表4 两组并发症比较[n(%)]

组别	例数	感染	出血	尿潴留	发生率
观察组	39	1	0	1	5.13
对照组	39	4	2	4	25.64
χ^2	/	/	/	/	6.303
P	/	/	/	/	0.012

3 讨论

肛肠科疾病种类多, 患者常见症状有腹部/肛门疼痛、肛门部位有物脱出、便秘、便血、肛门部有血水或黏液流出、肛门异物感、黏液血便、大便外形变化、腹胀、腹泻、恶寒发热和恶心呕吐等^[4]。该病检查方法主要有肛门视诊、肛肠检查和直肠指诊等。疾病引发因素较多, 常见内因有先天性疾病、遗传因素、生理因素等; 常见外因有排便习惯不良、饮食因素、慢性疾病、排便异常和职业性因素等。手术是肛肠科疾病主要疗法之一, 疗效确切, 同时联合综合化、针对性护理有助于提升预后^[5]。

常规护理局限性大, 难以满足患者精神、心理需求。责任制护理是一种现代化理念, 符合医改要求, 创建护理小组, 建立健全相关管理制度, 包括科学排班、查房等, 实施精细化护理干预^[6-7]。该模式能降低护理压力, 补充常规护理漏洞, 避免重复护理措施^[8]。密切监测患者临床, 做好管理, 分析各项指标, 主动和患者交流, 为患者提供一对一服务, 令其感受到温暖和安全。术前介绍肛肠疾病知识、手术知识, 令患者意识到手术开展重要性, 提供情绪疏导, 减轻焦虑、烦躁等心理, 做好准备工作^[9-10]。术中保证手术室环境适宜, 询问患者主观感受, 提升其舒适度, 监测生命体征, 防止过度波动。术后加强监督, 提供健康指导, 防范并发症^[11-12]。本次研究结果显示和对照组比, 观察组的病区管理、工作能力、健康知识宣讲、关爱/沟通、服务态度和护理主动性评分均更高 ($P < 0.05$), 提示责任制护理能显著提升护理质量, 为患者提供和谐、满意、全面护理服务。观察组的SAS、VAS和SDS评分均更低 ($P < 0.05$), 表示责任制护理可有效减轻疼痛, 缓解负性心理。观察组的并发症发生率、术中出血量、手术时间、肠鸣音恢复时间、住院时间和排便时间均更低 ($P < 0.05$), 代表责任

制护理能缩短疾病恢复时间, 优化手术流程, 防范并发症, 取得良好预后, 推动疾病康复进程。说明应用责任制护理可以加强肛肠科疾病手术效果, 提高护理质量, 缩短恢复时间。

综上所述, 给予肛肠科疾病患者责任制护理能有效优化手术效果, 改善身心状态, 防范并发症, 提高护理质量, 具有推广价值。

参考文献

- [1]吴倩,任爽,王冠忠.小规模限制性在线课程联合以案例为基础的教学法在肛肠科护理教学中的应用[J].卫生职业教育,2023,41(5):69-72.
- [2]茅旭红,李悦,梅祖兵,等.PBL模式在肛肠科护理教学实践中的实施效果和教学满意度[J].海军医学杂志,2022,43(7):758-762.
- [3]阮小倩,唐林,杨伶俐.目标管理理论在肛肠科护理管理中的应用效果及对护理人员绩效管理的影响[J].中国卫生产业,2022,19(19):23-26.
- [4]姚玉柱.10S管理在提升肛肠科中医护理操作水平中的实践分析[J].中医药管理杂志,2022,30(23):92-94.
- [5]谭红蕾.中药熏洗联合肛肠科特色护理对混合痔术后切口水肿的效果分析[J].中华养生保健,2022,40(19):71-73.
- [6]孙佳,蔡月,刘晶,等.心理干预护理对肛肠科手术患者的焦虑情况和满意度的影响分析[J].临床护理研究,2022,31(19):91-93.
- [7]伍红琴.中医护理措施对肛肠科术后尿潴留患者的影响及舒适度分析[J].康颐,2022(15):49-51.
- [8]张蕊,王建明,袁彩霞,等.以规范化柔性管理为前提的肛肠外科新型护理模式对术后患者恢复程度及心理状态的影响分析[J].婚育与健康,2022,28(16):107-109.
- [9]陆叶.围术期护理干预对肛肠科患者的护理效果[J].国际护理学杂志,2019,38(6):836-838.
- [10]秦慧,吴华,雍雅慧,等.肛肠科手术患者围手术期心理状况调查分析及护理对策[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(9):114-116.
- [11]刘爽,何其英,汤亚箐,等.中医综合疗法联合中医特色护理防治肛肠术后尿潴留的效果[J].实用临床医药杂志,2022,26(16):24-29.
- [12]谢亚玲,张硕梅,崔小红.SERVQUAL模型联合多学科团队协作护理模式在肛肠外科手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(12):149-151.