

妇科腹腔镜手术的围手术期护理要点

张生润

北京大学第一医院宁夏妇儿医院宁夏回族自治区妇幼保健院 宁夏 银川 750000

摘要: **目的:** 分析妇科腹腔镜手术的围手术期护理措施和效果。**方法:** 选取2022年9月-2023年9月本院88例行妇科腹腔镜手术治疗患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组44例,行常规护理,观察组44例,行综合护理,比较两组护理效果。**结果:** 观察组的病房护理、健康宣教、用药护理、护理态度和基础护理评分均明显高于对照组,术后2h、24h和72h的SAS、VAS评分、并发症发生率、进食时间、下床活动时间、肛门排气时间和住院时间均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 给予行妇科腹腔镜手术治疗患者综合护理能有效改善焦虑情绪,减轻疼痛程度,预后良好,护理满意度高,具有推广价值。

关键词: 妇科;腹腔镜手术;围手术期;综合护理;疼痛

腹腔镜手术具有恢复快、术后疼痛轻和创伤小等特征,在妇产科临床诊治中得到广泛应用^[1]。术中,需要在腹腔内注入气体,建立气腹,以将腹腔充分暴露出来,将术野扩大。尽管腹腔镜便于手术操作,能维护患者安全,但长期观察发现,术后患者季肋部、背部出现并发症,引发非切口疼痛。妇科手术有多种类型,常见的有全子宫切除术、子宫肌瘤剥除术等,常被用于子宫切除、宫外孕和卵巢囊肿摘除等。腹腔镜技术逐渐成熟,操作者技能水平提升,该方式应用越发广泛,涵盖多种外科手术。但该方式依然有一定侵入性,会产生身心应激,术后可能有并发症,为此做好临床护理至关重要^[2]。给予患者精细化、全面护理,有助于提高预后。本次研究以行妇科腹腔镜手术治疗患者为对象,分析综合护理的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年9月-2023年9月本院88例行妇科腹腔镜手术治疗患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组44例,年龄为30-64岁,平均年龄(43.46±4.51)岁;观察组44例,年龄为31-65岁,平均年龄(43.15±4.92)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准: 接受妇科腹腔镜手术治疗^[3];资料完整;认知能力正常;知情同意本次研究。**排除标准:** 心肺功能不全;严重高血压、糖尿病;恶性肿瘤;沟通能力障碍;中途退出研究。

1.2 方法

对照组行常规护理,经由团体形式,讲解基础知识,如患者出现疼痛,可提供药物镇痛,疏导负面情绪等。观察组以对照组为基础,行综合护理:

1.2.1 术前干预

创建友善护患关系,提供心理指导,通过1VS1模式,培训疼痛知识。以卵巢囊肿患者为例,部分为未婚女性,其社会阅历不多,年纪较小,不耐受疼痛,一旦其接到手术通知,易出现情绪低落、紧张等情绪,害怕手术会带来明显痛苦,产生并发症,干扰到生育能力。灵活应用心理护理技巧,例如倾听、同情等,和患者有效交流,为其接受责任护士和手术医生,教会其基础自护能力。引导患者做束缚胸式深呼吸锻炼,采取腹带,将其于腹部缠绕好,保证松紧适中,令其闭口,通过鼻进行深吸气,于每次吸气末,进行屏气,维持1-2s,后续缩唇呼气,维持4-6s,20min/次,3次/日,时间为1-3d。教会其正确咳痰、咳嗽,缓解紧张、不安等情绪。

1.2.2 术中干预

选择适当麻醉方式,密切配合麻醉师、医师工作,定时通风,维持空气流通,合理摆放物品。尽可能规避噪音,室温建议为22-24℃,创造良好休息环境,做好体温管理,对于输入液体、冲洗液等,先加温,防范低体温,预防由麻醉并发症产生的呕吐、头晕,减轻疼痛。

1.2.3 术后干预

①基础干预:体位为去枕平卧,维持12h,将头部侧偏,避免误吸呕吐物,导致窒息。处于麻醉恢复期时,风险较高,可能由残留麻醉药作用、疼痛刺激、膀胱刺激征和高碳酸血症等,明确原因,采取适宜干预方法。仔细观察患者,待其清醒后,令其开展深呼吸,采用拍背、翻身等方式,加快痰液排出。尽量减少探视,防范外界刺激,提升睡眠质量。实施低流量吸氧,维持4h,能防范术后呕吐、恶心,促进二氧化碳排出,减轻高碳酸血症。提供心理干预,积极和患者交流。②观察生命

体征：尽管腹腔镜切口小，仍然需要监测伤口出血状态，特别是存在出血危险者，多集中在8h内发生，观察血氧、血压和心电。倡导其尽早下床活动，加快胃肠道恢复速度，防范腹胀。③腹部切口干预：因在盲视下穿刺腹壁，术后拔出穿刺鞘后，无压迫作用，若创可贴牵拉不牢或缝合不当，可能引发穿刺孔出血。开展腹腔术后，通过脐部大网膜可能膨出，分析原因可能术后气量排尽及缝合技术等，另外术后呕吐可能导致腹压提升。一旦有呕吐现象，应立即对症干预，遵医采取止吐剂，可借助腹带或用手对腹部进行按压，以降低腹压。④疼痛干预：关注患者上肢、肩部和胸部有无疼痛，若有应详细介绍疼痛产生原因，疼痛一般见于术后48h内。程度严重者，选择胸膝卧位，促进二氧化碳聚集于腹腔，减轻其给膈神经和肋间神经产生的刺激，缓解疼痛；也可行俯卧位，保证头高脚低，抬高臀部，令其高于胸部，令二氧化碳向下半身转移，能有效减轻后颈、肩膀胀痛。⑤尿管干预：维持尿管通畅，通常第二天能拔出尿管，对于宫颈癌者，应留置1-2周尿管，令会阴部处于清洁、干燥状态，采取1：5000高锰酸钾溶液，为患者冲洗，每天2次。⑥关注小切口变化：关注小切口变化，

了解其生长情况，定时换药，1次/d，监测是否渗液、渗血。采取该疗法者，其一般能快速恢复，小切口愈合时间为3-4d。防范感染，一旦出现感染，可能呈现出假愈合，应提供出院指导。

1.3 观察项目和指标

评价焦虑和疼痛程度：前者用SAS量表^[4]评估，57分为临界值；后者用VAS量表^[5]评估，0-10分。评价术后恢复情况：观察两组进食时间、下床活动时间、肛门排气时间和住院时间。评价护理满意度：通过问卷调查，包括病房护理、健康宣教、用药护理、护理态度和基础护理，均为0-10分。评价并发症^[6]：包括高碳酸血症、肩酸痛和胃肠道反应。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据，($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料，分别行 t 与 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组焦虑和疼痛程度比较

观察组的术后2h、24h和72h的SAS、VAS评分均明显低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组焦虑和疼痛程度比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	SAS (分)			VAS (分)		
		术后2h	术后24h	术后72h	术后2h	术后24h	术后72h
观察组	44	41.25±3.61	37.25±4.16	31.26±4.28	7.15±1.27	3.46±1.00	1.25±0.21
对照组	44	52.26±3.47	43.26±3.68	38.72±4.19	8.54±1.52	5.21±1.14	3.79±0.26
t	/	14.585	7.178	8.262	4.655	7.655	50.412
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组术后恢复情况比较

观察组的进食时间、下床活动时间、肛门排气时间

和住院时间均明显低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组术后恢复情况比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	进食时间 (h)	下床活动时间 (h)	肛门排气时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	44	17.84±1.20	10.34±2.68	14.41±1.22	3.55±1.24
对照组	44	26.58±1.31	18.14±2.41	25.24±1.23	5.52±1.19
t	/	32.633	14.355	41.467	7.603
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组护理满意度比较

观察组的病房护理、健康宣教、用药护理、护理态

度和基础护理评分均明显高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组护理满意度比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	病房护理 (分)	健康宣教 (分)	用药护理 (分)	护理态度 (分)	基础护理 (分)
观察组	44	8.94±1.12	8.85±0.33	9.33±0.17	8.80±0.45	9.21±0.41
对照组	44	6.66±1.21	6.04±0.41	6.46±0.28	6.42±0.26	7.26±0.36
t	/	9.173	35.415	58.118	30.377	23.707
P	/	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	高碳酸血症	肩背酸痛	胃肠道反应	发生率
观察组	44	0	1	1	4.55
对照组	44	2	4	4	22.73
χ^2	/	/	/	/	6.175
P	/	/	/	/	0.013

3 讨论

目前于妇科治疗中, 开腹手术逐渐被取代, 腹腔镜使用率越来越高。后者以传统手术为主, 引入相应科技设备, 经由摄像头清晰显示出机体盆腔、腹腔中含有的脏器, 开展手术操作^[7]。腹腔镜具有微创性, 在未来医学发展中属于热点内容, 由于其疼痛感较轻、创口小, 受到患者青睐。另外和传统术式相比, 采取腹腔镜技术, 能缩短住院时间, 美观性高。但腹腔镜手术存在一定创伤, 也可能产生并发症, 包括高铁碳酸血症、恶心呕吐、腹胀和肩背酸痛, 故而应实施针对性、全面护理措施。

实施综合护理, 将中心定为患者, 贯穿围术期, 强化基础护理, 同时关注患者心理健康, 做好健康宣教, 积极防范并发症。通过心理干预, 能帮助患者减轻疼痛压力, 加强抗病信心, 提高依从性、配合度, 防范并发症。开展综合护理, 可提高患者生活质量, 术后疼痛会产生躯体不适, 干扰到心理、精神等层面, 因害怕疼痛, 导致不敢进行活动, 同时长期卧床, 容易产生并发症, 对康复进程产生干扰。做好疼痛护理, 及时帮助患者解除疼痛, 能改善预后。全面监测患者病情, 结合患者接受能力、个体心理需求及手术情况等, 开展有效护理, 可拉近护患关系, 调节社会功能, 促使依从性提升, 加快康复速度。该模式打破常规护理禁锢, 常规护理根据医嘱执行相应措施, 无法切实减轻紧张、焦虑等心理。实施综合护理, 可以尽快、因地和因时开展干预, 帮助患者缓解疼痛, 调节心境, 患者疼痛耐受力增强, 提升睡眠质量。本次研究结果显示和对照组比, 观察组的术后2h、24h和72h的SAS、VAS评分均更低 (P

< 0.05), 表示综合护理能减轻焦虑情绪, 缓解疼痛程度。观察组的进食时间、下床活动时间、肛门排气时间和住院时间均更低 ($P < 0.05$), 表明综合护理可加快后续康复速度, 缩短恢复时间。观察组的病房护理、健康宣教、用药护理、护理态度和基础护理评分均更高 ($P < 0.05$), 代表该模式能提高护理质量, 患者满意度高。观察组的并发症发生率更低 ($P < 0.05$), 提示综合护理能防范并发症。黄方等以112例接受腹腔镜手术治疗者为对象, 一组行常规护理, 另一组实施综合护理, 结果显示, 后者并发症更低。说明应用综合护理可以提高妇科腹腔镜手术预后, 更安全更可靠, 能尽量满足患者需求。

综上所述, 给予行妇科腹腔镜手术治疗患者综合护理能有效改善焦虑情绪, 减轻疼痛程度, 预后良好, 护理满意度高, 具有推广价值。

参考文献

- [1]皮庆霞,胡晓.加速康复外科理念在泌尿外科腹腔镜手术围手术期护理中的应用效果[J].现代养生,2023,23(17):1316-1318.
- [2]李荔,张明会,曹娟娟,王柯惠.AIDET沟通模式联合JCI理念管理模式在妇科腹腔镜手术患者围术期护理中的应用[J].当代护士(中旬刊),2023,30(06):87-91.
- [3]李莉莉,蒙美英,刘兰英,张国玺,何志华.基于加速康复外科理念的护理管理在泌尿外科耻骨上机器人辅助经脐双通道腹腔镜护理中的应用[J].赣南医学院学报,2023,43(5):508-512.
- [4]刘凰.手术室护理路径在胆囊结石合并高血压患者腹腔镜手术中的应用[J].心血管病防治知识,2023,13(14):93-96.
- [5]曲宝诺,吴医学.基于德尔菲法构建预防妇科腹腔镜术后深静脉血栓形成的护理质量敏感指标[J].当代护士(上旬刊),2021,28(9):1-4.
- [6]李青.充气式加温仪保温护理在腹腔镜手术中的应用效果[J].医疗装备,2021,34(20):148-149.
- [7]肖凤波.妇科腹腔镜手术患者围手术期应用精细化护理干预的效果观察[J].现代诊断与治疗,2022,33(11):1730-1732.