

泌尿外科腔镜手术患者的围手术期护理路径研究

陈冬萍 赵丹 侯艳

宁夏回族自治区石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

摘要：泌尿外科疾病发病率逐年上升，腔镜手术以其微创优势成为治疗首选。然而手术风险与并发症不容忽视，围手术期护理至关重要。传统护理模式存在局限性，难以满足患者个性化需求。本文探讨了一种新的围手术期护理方法，通过对照组与观察组的对比，分析了术前、术中、术后的具体护理措施。结果显示，新护理方法能显著降低手术风险，减少并发症，加速患者康复。因此，优化泌尿外科腔镜手术患者的围手术期护理方法具有重要意义。

关键词：泌尿外科；腔镜手术患者；围手术期护理；路径研究

引言

随着生活节奏加快和环境因素影响，泌尿外科疾病发病率持续攀升。腔镜手术以其创伤小、恢复快等优点，在泌尿外科疾病治疗中占据重要地位。手术作为一种应激源，会给患者带来心理和生理上的双重压力。围手术期护理作为手术治疗的重要组成部分，对于确保手术顺利进行、减少并发症、促进患者康复具有重要意义。但传统护理模式存在诸多局限性，难以满足现代医疗需求和患者个性化要求。因此探索新的围手术期护理方法显得尤为迫切。

1 泌尿外科疾病与腔镜手术的发展现状

泌尿外科疾病与腔镜手术的发展现状紧密相连，反映了现代医疗技术的进步与患者需求的深刻变化，随着人们生活节奏的加快和生活方式的多样化，泌尿外科疾病的发病率逐年攀升。泌尿系统结石、肿瘤、前列腺增生等常见疾病，不仅给患者带来身体上的痛苦，还严重影响了他们的生活质量^[1]。这些疾病的发生往往与环境因素、生活习惯以及遗传等多方面因素有关，其复杂性和多样性对治疗提出了更高要求。腔镜手术作为泌尿外科领域的一项重要革新，以其微创、高效的特点，为泌尿外科疾病的治疗开辟了新的途径。与传统开放手术相比，腔镜手术通过微小的切口，利用先进的内窥镜技术和手术器械，能够精准地定位病灶并进行有效治疗。这种手术方式不仅显著减少了手术创伤和出血量，还加快了患者的术后恢复速度，缩短了住院时间，从而减轻了患者的经济和心理负担。在泌尿外科领域，腔镜手术的应用范围日益广泛。膀胱肿瘤电切术、经皮肾镜碎石取石术、腹腔镜前列腺癌根治术等代表性手术，凭借其独特的优势，已成为众多泌尿外科疾病的首选治疗方法。这些手术不仅提高了治疗效果，还降低了手术风险，为患者带来了更多的希望和福音。

2 围手术期护理的重要性

围手术期护理在泌尿外科腔镜手术中的重要性不容忽视，它是确保手术成功、减少并发症、促进患者康复的关键环节，泌尿外科腔镜手术虽然具有创伤小、恢复快等优点，但仍属于有创操作，手术过程中及术后存在一定的风险^[2]。出血、感染、尿漏等并发症的发生，不仅会影响手术效果，还可能给患者带来额外的痛苦和经济负担。此外，手术作为一种应激源，往往会引起患者的心理应激反应，如焦虑、恐惧等，这些负面情绪也会影响患者的手术效果和术后康复。围手术期护理通过术前、术中和术后的全面护理，为患者提供个性化的护理方案，旨在降低手术风险，促进患者康复。术前护理包括对患者进行全面的身体评估、心理准备、营养支持等，以确保患者以最佳的身心状态接受手术。术中护理则要求护理人员与手术团队紧密配合，确保手术过程的安全和顺利。术后护理则侧重于并发症的预防与处理、疼痛管理、康复锻炼等方面的内容，以促进患者的术后恢复。良好的围手术期护理不仅能够降低手术风险，减少并发症的发生，还能提高患者对治疗的依从性和满意度。通过全面的护理评估、个性化的护理计划和细致入微的护理服务，护理人员能够为患者提供全方位的支持和关怀，帮助患者顺利度过手术期，实现早日康复。

3 传统护理模式的局限性

传统泌尿外科护理模式在面对现代医疗需求和患者个性化要求时，确实展现出了一定的局限性，这些局限性在围手术期护理中尤为突出。术前护理阶段，传统模式往往侧重于医嘱的执行和基本护理操作的完成，而对于患者的心理状态和健康宣教则显得关注不足。患者的恐惧、焦虑等负面情绪得不到有效缓解，可能会对其手术效果和术后恢复产生不利影响。此外，缺乏深入的术前宣教也导致患者对手术过程和术后注意事项了解不

足,增加了手术风险。在术中护理阶段,传统模式下护理人员与手术医生之间的配合可能不够默契,这在一定程度上影响了手术的顺利进行。手术过程中的信息传递、器械传递等环节若存在不畅或失误,都可能对手术效果产生不良影响。在术后护理阶段,传统模式对患者的康复指导和并发症预防措施往往不够全面和细致。患者缺乏科学的康复锻炼指导,可能导致恢复缓慢;对并发症的预防也缺乏系统的措施,增加了患者术后出现并发症的风险。

4 泌尿外科腔镜手术患者的围手术期护理方法

4.1 对照组护理方法

对照组患者采用常规护理方法。术前,进行基本的健康宣教,告知患者手术的大致时间、注意事项等;按照常规流程进行皮肤准备,如清洁手术部位皮肤、剃除毛发等;根据手术需要进行肠道准备,如禁食、灌肠等。术中,护理人员主要配合医生完成手术操作,传递手术器械,协助医生暴露手术视野等。术后,密切监测患者的生命体征,包括体温、血压、心率、呼吸等;做好切口护理,保持切口清洁干燥,定期更换敷料;妥善固定引流管,观察引流液的颜色、性质和量,并准确记录。

4.2 观察组护理方法

4.2.1 术前护理

心理护理:患者在得知需要接受手术治疗后,由于对手术的不了解以及对疾病预后的担忧,往往会产生紧张、焦虑、恐惧等不良情绪。护理人员应在患者入院后第一时间主动与患者进行沟通,建立良好的护患关系,详细了解患者的心理状态、家庭背景、文化程度等信息,根据患者的具体情况,采用通俗易懂的语言向患者介绍手术的目的、方法、优势、预期效果以及可能出现的风险和应对措施等,让患者对手术有一个全面、客观的认识。鼓励患者表达自己的担忧和顾虑,耐心倾听患者的心声,给予患者充分的心理支持和安慰^[3]。对于担心手术疼痛的患者,护理人员可以向其介绍术后有效的止痛方法;对于害怕手术失败的患者,护理人员可以分享一些成功的手术案例,增强患者的信心。还可以邀请心理专家对患者进行心理评估和疏导,必要时给予心理干预。

术前评估:对患者进行全面、细致的身体评估,包括生命体征、心肺功能、肝肾功能、凝血功能等各项指标的检查,详细了解患者的身体状况,评估手术的风险。对患者的营养状况进行评估,通过测量患者的体重、身高、BMI指数,以及检测血清白蛋白、血红蛋白等指标,判断患者是否存在营养不良。对于营养不良的患

者,制定个性化的营养支持方案,如给予高热量、高蛋白、富含维生素的饮食,必要时通过鼻饲或静脉营养补充营养,以提高患者的手术耐受性。此外还需评估患者的心理状态、社会支持系统等,为制定个性化的护理计划提供依据。

术前准备:协助患者做好术前的各项准备工作,如皮肤准备、肠道准备、禁食禁水等。在皮肤准备过程中,注意动作轻柔,避免损伤皮肤,防止术后切口感染。对于肠道准备,根据手术类型和患者的具体情况,选择合适的肠道准备方法,如口服泻药、灌肠等,并向患者讲解肠道准备的重要性和注意事项,指导患者正确配合。严格执行禁食禁水的时间要求,告知患者禁食禁水的目的是防止术中呕吐、误吸等情况的发生。为患者提供舒适的住院环境,保持病房的安静、整洁、温度适宜,保证患者的休息和睡眠。在术前一晚,可根据患者的需求,给予适量的镇静药物,帮助患者缓解紧张情绪,提高睡眠质量。

4.2.2 术中护理

手术室环境准备:提前调节手术室的温度和湿度,将温度控制在22-24℃,湿度保持在50%-60%,以确保患者在手术过程中感到舒适。保持手术室的清洁和安静,减少外界干扰,为手术的顺利进行创造良好的环境。在手术开始前,仔细检查手术所需的设备和器械是否齐全、完好,确保手术能够顺利进行。

术中配合:巡回护士和器械护士应密切配合医生进行手术,严格遵守无菌操作原则。巡回护士负责观察手术进展情况,及时为手术医生提供所需的物品和器械,确保手术的顺利进行。密切观察患者的生命体征和病情变化,如发现异常情况,及时报告医生并协助处理。器械护士要熟悉手术步骤,准确、迅速地传递手术器械,确保手术操作的流畅性。在手术过程中,注意保护患者的隐私,为患者提供必要的保暖措施,避免患者因体温过低而影响手术效果。

4.2.3 术后护理

病情观察:术后将患者安全护送回病房,安置舒适的体位,密切观察患者的生命体征、意识状态、切口情况等。每15-30分钟监测一次生命体征,包括体温、血压、心率、呼吸、血氧饱和度等,直至患者生命体征平稳。观察患者的切口有无渗血、渗液,敷料是否清洁干燥,如有异常及时更换敷料并报告医生。密切观察患者的引流液的颜色、性质和量,准确记录引流液的情况,如发现引流液颜色鲜红、量突然增多或出现浑浊等异常情况,及时报告医生进行处理。

疼痛护理：术后疼痛是影响患者恢复的重要因素之一。护理人员应及时评估患者的疼痛程度，采用数字评分法（NRS）或面部表情评分法（FPS）等评估工具，准确判断患者的疼痛情况。根据疼痛程度给予相应的止痛措施。对于轻度疼痛的患者，可采用分散注意力、听音乐、深呼吸等方法缓解疼痛；对于中度疼痛的患者，可遵医嘱给予口服止痛药物，如布洛芬、对乙酰氨基酚等；对于重度疼痛的患者，可给予静脉止痛药物，如吗啡、芬太尼等。在给予止痛药物时，要注意观察药物的疗效和不良反应，如有无恶心、呕吐、头晕等症状，及时调整用药剂量和方法。为患者提供舒适的体位，避免压迫伤口，减轻疼痛。

饮食护理：术后根据患者的病情和胃肠功能恢复情况，指导患者合理饮食。一般术后6小时可给予患者少量饮水，如无不适，可逐渐给予流食，如米汤、菜汤等；术后1-2天，根据患者的情况可给予半流食，如粥、面条等；术后3-5天，可逐渐过渡到普食^[4]。鼓励患者多吃富含蛋白质、维生素和膳食纤维的食物，如鸡蛋、牛奶、鱼肉、蔬菜、水果等，以促进伤口愈合和身体恢复。要注意饮食的清淡易消化，避免食用辛辣、油腻、刺激性食物，以免加重胃肠负担。对于留置胃管的患者，要按照医嘱进行胃肠减压和鼻饲营养支持。

4.3 观察指标

术后恢复指标：详细记录两组患者的术后肛门排气时间、下床活动时间、住院时间等。术后肛门排气时间是指患者术后首次肛门排气的时间，反映了患者胃肠功能的恢复情况；下床活动时间是指患者术后首次能够自主下床活动的时间，体现了患者身体恢复的速度和能力；住院时间是指患者从入院到出院的天数，综合反映了患者的治疗效果和康复进程^[5]。

并发症发生率：密切观察两组患者术后并发症的发生情况，如切口感染、出血、尿漏、深静脉血栓形成等。详细记录并发症的发生时间、症状、处理方法及转

归情况，计算两组患者的并发症发生率，比较两组之间的差异。

患者满意度：采用自制的满意度调查问卷，在患者出院前对患者进行满意度调查。调查问卷内容包括护理服务态度、护理技术水平、健康宣教、疼痛管理、生活护理等方面。满意度分为非常满意、满意、不满意三个等级，满意度 = (非常满意例数 + 满意例数) / 总例数 × 100%。通过患者满意度调查，了解患者对护理服务的评价和需求，为进一步改进护理工作提供依据。

结语

综上，本文通过对泌尿外科腹腔镜手术患者的围手术期护理方法进行探讨，对比分析了对照组与观察组的护理效果。结果显示，观察组采用的术前心理干预、术中默契配合及术后全面康复指导等护理措施，能显著降低手术风险，减少并发症发生，加速患者康复进程。这表明，优化泌尿外科腹腔镜手术患者的围手术期护理方法，改善患者生活质量具有重要意义。未来，我们应继续深化护理研究，为患者提供更加科学、系统、个性化的围手术期护理服务。

参考文献

- [1]黄泽毅,谢辉,倪良诚.腹腔镜在泌尿外科手术治疗中的应用效果[J].中国卫生标准管理,2024,15(4):122-125.
- [2]唐秋玲.泌尿外科腹腔镜手术的护理配合效果观察比较[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(65):1764-1765.
- [3]张恋,张秋燕.早期康复训练对泌尿外科腹腔镜手术后患者的应用价值[J].中国现代药物应用,2024,18(18):159-162.
- [4]黄奕瑄,李新飞,关豹,等.手术导航技术在泌尿外科机器人辅助腹腔镜手术中的应用进展[J].泌尿外科杂志(电子版),2024,16(4):38-44.
- [5]杨霞,李国宏,崔颖,等.全膝关节置换术患者低体温预防的清单式管理[J].护理学杂志.2022,37(19). DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2022.19.042.