

多学科协作护理在外科结核患者围手术期的应用效果研究

郑文娟

陕西省结核病防治院 陕西 西安 710100

摘要: **目的:** 探究多学科协作护理在外科结核患者围手术期的应用效果, 重点关注并发症预防成效。**方法:** 将2022年1月8日至2023年1月8日期间的78例外科结核患者平均分为新式组(实施多学科协作护理)和传统组(实施常规护理), 分析结果。**结果:** 新式组伤口感染发生率和深静脉血栓形成发生率均显著低于传统组。在预防伤口感染方面, 外科医生精细操作减少损伤, 结核病专科医生制定精准抗结核方案, 护士严格无菌操作并密切观察伤口; 预防深静脉血栓形成时, 康复治疗师制定个性化早期肢体活动计划, 护士密切关注下肢症状, 二者紧密配合降低风险, 组间数据存在统计学意义, $P < 0.05$ 。**结论:** 多学科协作护理模式在外科结核患者围手术期并发症预防中优势显著, 能有效保障患者术后健康, 助力顺利康复。

关键词: 多学科协作护理; 外科结核; 围手术期; 并发症预防

对于患者, 开展手术期间围术期护理对于病人的恢复具有重要意义。传统护理模式多是从某一领域的角度出发, 很难完全满足病人复杂的生理、心理和疾病康复需要。多学科协同的护理模式则是将多学科的专家和技术融合在一起, 为病人提供全方位的、个性化的高质量护理服务。相关研究显示: 在许多外科疾病的围术期实施多学科协同护理, 可以明显提高病人的康复速度, 减少并发症, 增加病人的满意度^[1]。结核作为一类特殊的外科疾病, 病人在承受手术创伤的同时, 还要应对结核分枝杆菌感染引起的一系列复杂的疾病改变, 因此对围术期护理提出了更高的要求。但是, 对于外科结核病人围术期多学科协同护理的系统研究相对缺乏。基于此, 本项目拟对多学科协同护理模式在手术患者围术期实施的有效性进行深入探索, 为优化结核病病人的护理方案和提高护理质量提供理论和实践基础, 现如下。

1 资料及方法

1.1 基线资料

本研究收集了2022年1月8日至2023年1月8日期间的78例外科结核患者, 将其平均分为新式组和传统组, 每组各39例。新式组中男性21例, 女性18例; 年龄在22-68岁之间, 平均年龄为(45.36±10.24)岁; 病程在3-18个月, 平均病程(8.54±3.12)个月。传统组男性20例, 女性19例; 年龄分布于20-65岁, 平均年龄(43.89±11.05)岁; 病程处于2-16个月, 平均病程(7.98±2.96)个月。

纳入标准为: 经临床症状、影像学及实验室检查确诊为外科结核; 具备手术指征且拟行手术治疗; 年龄在18-70岁; 患者及家属签署知情同意书。排除标准包括: 合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍; 存在精神疾

病或认知障碍无法配合研究; 处于妊娠期或哺乳期的女性; 有其他严重影响研究结果的全身性疾病。

经比较, 两组受试者基线资料差别不显著, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 传统组

传统组采用常规护理。根据手术的一般护理程序, 护士做好术前的准备工作, 详细为: 皮肤清洁, 备皮, 肠道准备等, 把术前的情况告诉病人, 做一些简单的心理安抚。术中密切关注病人的各项生理指标, 与术中配合。术后严密观察创面状况和生命征, 在医生的指导下给予抗感染和补液等治疗, 指导病人做一些简单的肢体运动。

1.2.2 新式组

医院方面建立由外科医师、肺结核专家、护士、营养师、复健师等组成的多学科协同护理队伍。术前, 综合对病人的病情进行综合评价, 由手术医师与肺结核专家联合设计一套个性化的手术方案, 营养师会根据病人的身体状况、病情和手术类型, 制订营养支持方案, 保证病人术前的营养状况, 增强病人的手术耐受能力。护士要对病人的一般资料进行采集, 对其精神状况进行评估, 开展术前的健康教育, 把手术的过程、注意事项以及手术后可能发生的事情告诉患者, 缓解患者的紧张感。

在术中, 护理人员与外科医生紧密合作, 保证手术成功, 护士对病人的生命体征、氧饱和度等指标进行了严密监控, 确保其生命体征稳定。手术结束后, 由外科医师与肺结核专家进行常规查房, 对患者的疗效、预后进行评价, 以指导后续的治疗。要注意伤口的护理, 要做到无菌, 要注意伤口有没有渗血和渗液, 经常更换敷

料,检查患者生命体征变化,防止术后出现并发症。康复医师要针对病人的病情,制订早期的康复方案,指导病人做合适的肢体运动,以加快胃肠道的功能恢复,防止DVT的发生。营养专家会根据病人的康复状况,对病人的营养进行调整,让病人摄入足够的蛋白质和维生素,加快伤口的愈合和身体的恢复。

1.3 观察指标

(1) 对比两组干预后胃肠功能恢复时间、下床活动时间。

(2) 对比两组干预前后体重、血清蛋白水平、C反应

蛋白(CRP)及血沉(ESR)水平。

(3) 对比两组患者干预后伤口感染发生率、深静脉血栓形成发生率。

1.4 统计学原理

采用SPSS 19.0统计学软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预后胃肠功能恢复时间、下床活动时间,详细见表1。

表1 两组干预后胃肠功能恢复时间、下床活动时间($\bar{x} \pm s$)

观察指标	新式组($n = 39$)	传统组($n = 39$)	t	P
胃肠功能恢复时间(h)	24.56 ± 3.25	30.12 ± 4.08	6.842	0.000
下床活动时间(d)	1.54 ± 0.42	2.38 ± 0.56	7.774	0.000

2.2 两组干预前后体重、血清蛋白水平、C反应蛋白(CRP)及血沉(ESR)水平,详细见表2。

表2 两组干预前后体重、血清蛋白水平、C反应蛋白(CRP)及血沉(ESR)水平($\bar{x} \pm s$)

观察指标	组别	干预前	干预后	t	P
体重(kg)	新式组($n = 39$)	58.62 ± 6.34	60.15 ± 6.08	2.276	0.026
	传统组($n = 39$)	58.45 ± 6.51	59.03 ± 6.22	1.028	0.308
人血白蛋白(g/L)	新式组($n = 39$)	35.18 ± 3.52	38.24 ± 3.21	4.645	0.000
	传统组($n = 39$)	35.06 ± 3.60	36.17 ± 3.38	2.378	0.020
血清前白蛋白(mg/L)	新式组($n = 39$)	185.36 ± 20.15	205.68 ± 22.34	4.432	0.000
	传统组($n = 39$)	184.89 ± 20.87	193.56 ± 21.02	2.011	0.048
C反应蛋白(mg/L)	新式组($n = 39$)	25.68 ± 5.42	15.36 ± 4.87	9.438	0.000
	传统组($n = 39$)	25.81 ± 5.56	19.89 ± 5.12	6.352	0.000
血沉(mm/h)	新式组($n = 39$)	45.23 ± 8.67	30.56 ± 7.98	8.564	0.000
	传统组($n = 39$)	45.56 ± 8.91	36.23 ± 8.24	5.237	0.000

2.3 两组患者干预后伤口感染发生率、深静脉血栓形成发生率,详细见表3。

表3 两组患者干预后伤口感染发生率、深静脉血栓形成发生率

观察指标	新式组($n = 39$)	传统组($n = 39$)	χ^2	P
伤口感染发生率	2 (5.13%)	7 (17.95%)	3.852	0.049
深静脉血栓形成发生率	1 (2.56%)	5 (12.82%)	3.041	0.081

3 讨论

由于结核分枝杆菌感染,手术后病人的疾病状态非常复杂,结核菌肆意蔓延至多个器官系统,致使机体生理功能紊乱。此外,外科手术创伤引起的应激反应与结核分枝杆菌感染诱发的炎症反应相互影响,构成多重障碍,严重影响病人的康复进程。

从护理发展的历史来看,早期临床护理工作重点主要置于疾病治疗的配合层面,其中大部分的工作都是围绕着生命体征监测、伤口清创换药等基本护理过程来进行的,其目标是保证医疗治疗措施的顺利和有序实施。但是,随着医疗观念由单纯的疾病治疗转向以病人为中

心的全面康复方向转变,护理工作的范围和内涵也在逐步扩大,多样化的护理方式已是大势所趋。

外科结核病人在生理上受到结核分枝杆菌的腐蚀和手术创伤的双重折磨,营养消耗巨大,机体的抵抗力也明显降低;由于病情迁延,担心手术效果,容易出现消极情绪,如焦虑、抑郁等;由于结核分枝杆菌的顽固特性,疾病恢复的进程也是一个不确定的过程。因此,传统的护理方式已经很难适应患者的复杂需要,迫切需要进行精准、全面和有针对性的护理服务。多学科协同护理模式应运而生,其主要将外科医生、感染科专家、营养师、康复治疗师和专业护士等多个方面的专家有机地

结合起来,从疾病的诊断、营养支持、心理疏导到康复训练等多个方面,为外科结核病病人提供全面、个性化护理方案,以全面提高护理质量,帮助病人早日康复,重建健康的人生。

本组实验结果清楚地表明,新式组胃肠道功能的恢复速度优于传统组。多学科协同护理小组的营养师根据手术后机体代谢特征、营养需求和可能出现的消化、吸收功能紊乱等特点,结合各自的专长,设计出一套精确的营养方案^[2]。本研究着眼于各种营养成分的合理搭配,在保证营养供应的前提下,为胃肠道黏膜的修复和胃肠蠕动功能的恢复提供充分的物质基础。同时,康复治疗师主动参与,引导病人进行早期的康复活动,有目的的腹部按摩、适当的肢体床上运动等,可以促进胃肠道的蠕动,加快胃肠功能的恢复。

在起床的时间上,新式组也表现出了出色的效果。复健医生会根据病人的手术类型、损伤程度和全身情况,为每个病人制定个性化的运动计划^[3]。由手术前的被动肢体运动,逐渐向积极地坐、站、走运动转变,按照循序渐进的原则,令患者的身体功能得到最大限度地发挥。此类个性化、科学化的康复引导,不但可以防止因长期卧床而引起的肌肉萎缩和深静脉血栓形成,而且可以明显加快病人的康复速度。

本组内,新式组的受试者体重、血清蛋白、C-反应蛋白和血沉均优于传统组。在多学科合作的模式中,营养专家深入地参与病人的营养管理。手术后,病人的身体将进入高分解代谢的阶段,结核分枝杆菌的感染又会引起消化道的功能失调,影响营养吸收。营养师会根据病人的情况,根据手术创伤的大小、病灶的发展情况,对饮食进行精确的调整^[4]。通过蛋白质、碳水化合物、脂肪和各种维生素和矿物质的合理搭配,保证病人能够获得足够的营养,达到身体的康复需要,积极促进病人血清蛋白水平稳定上升,为组织修复和身体功能的恢复打下扎实物质基础。

在此同时,研究小组也在控制炎症反应中扮演着重要的角色。通过高超的技术,术者可以保证手术的准确性,最大限度地减少不必要的伤害,降低感染的概率。针对结核分枝杆菌的耐药性,开展有针对性的抗结核药物治疗,可以有效地抑制结核分枝杆菌的增殖和蔓延。在进行创面护理时,要严格遵守无菌原则,对创面的愈合进行严密的观察,对出现的问题进行及时的检查和治疗,以加快创面的愈合。两种治疗方法的联合应用,令C反应蛋白和血沉明显下降。C反应蛋白是一种急性时相反

应蛋白,该项指标的降低可以形象地反映出机体的炎症状况是否得到了有效的控制;血液流变学异常往往伴随着炎症活动,血液流变学指标的降低进一步证明了多学科协同治疗对减轻病人的炎症反应是非常有效的^[5]。

本研究证实:新式组切口感染率、深静脉血栓的发生率都比传统组要低,显示出多学科协同治疗对术后并发症的防治具有明显的优越性。多学科协同的护理队伍在防止伤口感染上表现出很强的专业和协作精神。通过对患者进行细致的术前处理,使患者对创面的伤害降到最低,将术后切口感染的可能性降到最低。工作人员对结核分枝杆菌特征的认识,根据病人的具体情况,设计出准确、高效的抗结核药物治疗方案,从致病角度抑制结核分枝杆菌对伤口的侵入,创造一个有利于创面愈合的环境。护士在围术期的工作中起到了至关重要的作用,从术前的皮肤准备,到术中的器械的传输,到术后的伤口的护理,都要严格地执行无菌操作。注意观察伤口有没有红肿、渗液、疼痛加重等情况,如果有异常情况,要及时联系医生进行治疗,经此方式,能防止伤口感染的发生和发展。

康复医师会根据病人的手术类型、身体条件和康复情况,制订个体化的肢体活动方案。手术后由单纯的床上活动为主,逐步发展为积极的关节屈伸和肌肉收缩练习,以达到改善血流的目的。在平时的护理过程中,要注意观察病人下肢皮肤的温度、颜色和肿胀情况,同时还要注意有没有下肢疼痛、麻木等不适,这样才能尽早地发现深静脉血栓的征兆。

参考文献

- [1]蒋嫣,龙雅琴,王瑞兰,等.加速康复外科理念在脊柱结核围手术期护理中的应用效果分析[J].中国防痨杂志,2022,44(6):555-558.
- [2]中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会感染学组,中国医师协会骨科医师分会脊柱感染学组.脊柱结核手术加速康复外科实施流程专家共识[J].中华骨与关节外科杂志,2023,16(1):1-16.
- [3]张双彩,王书萍.快速康复外科理念在老年脊柱结核围手术期护理中的应用效果[J].临床医学工程,2023,30(9):1267-1268.
- [4]马方全.手术联合药物治疗脊柱结核的临床研究[J].现代诊断与治疗,2013,24(3):515-516.
- [5]李卓,张贺龙,姚黎明,等.个体化术式联合闭合置管灌洗治疗复治脊柱结核的临床研究[J].河北医科大学学报,2017,38(7):770-773.