化脓性阑尾炎围手术期护理与疗效

李慧玲
海原县人民医院　宁夏　中卫　755200

摘　要：为了进一步提高化脓性阑尾炎手术患者的护理质量和康复效果，在循证和国家质控的基础上，以RANSON评分为依据进行风险分层，通过建立术前、术中、术后以及康复的全过程标准化节点管理；采用多模式镇痛、分层康复训练、感染防控等个体化的干预措施并利用信息化手段对护理过程进行留痕、智能预警、质控反馈，结果表明可以有效地减少术后感染的发生，缩短住院时间，加速炎症指标恢复，改善患者术后疼痛和康复情况。此模式适合于基层临床使用，能够明显地提高护理工作的规范化程度和精准度，具有较好的临床推广应用价值。

关键词：化脓性阑尾炎；围手术期护理；疗效

引言

化脓性阑尾炎是引起急性腹膜炎的常见原因，在传统的围手术期护理中存在明显的同质化现象，缺少对患者的动态风险评估和个性化干预，容易导致护理滞后，不利于患者康复和预后。为了改变现有的护理路径单一、防控被动等问题，本课题基于中级临床护理师的工作职责，并根据国家质控要求以及基层实际操作需要，建立闭环式护理管理模式；在其中创新性的嵌入了风险分层和动态评估模型，融合感染防控、疼痛管理、早期康复、心理疏导等措施，使护理由经验型转变为循证精准型，可以有效的改善患者身心状况，提高其康复质量，为临床优质的规范化的护理提供了实践参考。

1 围手术期护理体系构建框架

围手术期护理是保证手术安全和提高临床疗效的重要组成部分，系统的、标准的、个体化的围手术期护理影响患者的预后效果；近几年来，在国家不断完善的医疗质量控制指标下，护理逐渐由经验型转变为循证型，并且对于复杂的外科疾病的管理需要形成一个涵盖术前、术中、术后全过程的闭环式护理管理模式进行深入的研究探索。而化脓性阑尾炎作为一种常见的急性腹部外科疾病，其围手术期护理的质量关系到术后是否发生感染以及住院时间长短等关键问题。因此根据国家质控指标结合基层医院实际的需求，制定出一套可以执行、可以监测、可以评价的护理管理结构，使整个过程能够做到流程闭环并融合多学科协作机制，从而达到更好的护理成效。同时要以循证护理为基础，通过标准化的操作流程和个体化的干预措施，使得护理行为不仅满足于临床路径的要求而且能顺应患者生理和心理的变化。

1.1 围手术期护理流程设计原则

护理流程的设计要基于循证医学证据，并考虑其在实际应用过程中的可操作性和安全性，在标准化和个性化的动态之间寻求最佳平衡点；有研究显示使用循证护理可以有效减少术后并发症的发生，提升患者的满意度以及护理效率。因此，护理流程需要强调动态评估机制的嵌入，如在手术各个重要时间节点上收集生理指标、疼痛评分、感染征象等实时数据并利用信息化手段进行信息汇总和预警提示，同时建立反馈闭环机制，使各项护理干预措施是否被执行情况能够被跟踪，效果能否得到评价[1]。护理流程涵盖从术前的风险筛查到术中配合规范再到术后早期活动指导直至康复期随访管理多个方面，每个环节的任务明确、责任清楚且衔接流畅。尤其是对于化脓性阑尾炎患者而言，术前重点关注脓毒血症风险和肠梗阻的程度，术中关注无菌操作和组织保护，术后加强引流管理和早期抗感染干预，从而形成一个全程可控的护理路径。

1.2 关键护理阶段划分依据

围手术期护理的科学性体现在能够准确地把握疾病的进展和患者的危险因素，并根据这些特点把整个护理过程分成术前评估、术中配合、术后护理以及康复管理等4个部分，在每个阶段都有具体的护理任务和实施要点：在术前阶段主要进行评估和准备工作，如评估患者的营养状况、筛查潜在的感染风险、关注患者的心理状态并给予相应的心理支持、告知患者术前禁食要求等等；术中阶段主要是护士与外科医生密切合作，做好体位摆放、器械准备、生命体征监护、术中感染控制等工作，保证手术环境无菌、手术操作规范；术后阶段重点关注生命体征监测、疼痛管理、切口观察、早期下床活动指导等方面的工作，防止发生肺部感染或深静脉血栓的发生；康复管理阶段则是指出院后的随访工作，主要包括饮食指导、伤口护理、活动恢复情况评价、复诊提

醒等内容，使患者顺利由住院期进入家庭康复期。各个阶段之间的衔接可以通过电子病历系统的使用来实现，从而保证了护理工作的连续性和干预的及时性。

1.3 护理质量控制与反馈机制

为了确保护理工作的顺利开展和可持续发展，需要建立一套科学的质量控制及反馈机制。基于国家质控指标的基础上，根据基层医院的实际能力，设置包括关键节点完成率、并发症发生率、患者满意度、住院时长等多个方面的监测指标；利用不良事件上报平台发现问题并追溯原因，结合护理绩效评价系统，对护理人员执行质量进行量化考核，在系统上可以做到数据的自动采集以及可视化展示，方便管理人员随时了解护理的过程情况。并且形成一个闭环改进机制，对于发现的问题进行根因分析，有针对性地提出改善方案并在下一轮护理实践过程中加以检验[2]。这种机制提高了护理行为的透明性和可问责性，也能够为护理质量的不断改进提供数据支撑。例如：在化脓性阑尾炎护理工作中，可以帮助本文及时发现术后感染迹象或引流异常等问题，尽早采取应对措施，减少出现严重并发症的风险。

2 围手术期护理关键节点与个体化干预体系

围绕护理流程标准化和个体化的落地，建立包含护理节点管理和干预措施分类在内的两套体系，支持护理质量和临床疗效的提高；以国家质控指标为基础，并基于临床实践及循证证据，形成一套可以量化的、可执行的、可追溯的闭环管理体系，在节点化的基础上进行差异化的干预策略，使护理服务由被动应对转向主动预防；利用信息化平台以及动态评估等手段促进护理路径在基层医疗机构的可操作性的落地，增强其服务的连续性和患者的结局可预测性。

2.1 围手术期护理关键节点管理

以国家质控指标为基础，在护理过程中针对各个重要节点进行划分和规范化管理，并保证各个环节的紧密连接；根据临床路径及多学科协作的原则，将围手术期护理分为：术前评估、术前准备、手术室交接、术中观察、术后生命体征监测、切口护理、引流管理、疼痛评估、早期活动指导、康复评估等几个部分，每个节点都有其对应的核心内容以及重点，从而形成一个闭合环路[3]。如在术前评估时使用RANSON评分和合并症筛查工具来判断患者是否属于高危人群并对其进行风险分级；在术中配合方面要求严格遵守无菌操作，器械准备按照标准流程完成，生命体征监测也严格按照标准流程开展，避免发生术中感染等情况的发生；在术后护理方面注重预防并发症的发生，对于切口护理和引流管理采取多学科协作的方式，做到发现问题能够及时处理；在康复管理上明确了早期活动的时间点，术后6小时开始下床活动，同时结合个体化的评估调整执行速度，有效减少了卧床相关的并发症。

表1 围手术期护理关键节点分类表

护理阶段	关键节点	核心内容	实施要点
术前评估	风险分层	RANSON评分、合并症筛查	动态评估
术中配合	无菌操作	器械准备、生命体征监测	标准流程
术后护理	并发症防控	切口护理、引流管理、感染监控	多学科协作
康复管理	早期活动	术后6小时下床	个体化路径

2.2 个体化护理干预措施实施路径

根据患者的危险程度和康复阶段的不同采取不同的干预方式，提高护理的针对性及有效性。依据RANSON评分标准对患者进行分级管理，对于评分大于等于3的高危患者加强感染监控以及营养支持，每天检查营养摄入情况并给予肠外营养支持，并且密切观察体温变化和白细胞的变化；对于评分在1-2分之间的中危患者实行分阶段康复训练，在术后第24小时开始踝泵运动，术后第48小时开始床边坐起练习，术后第72小时逐渐下地行走锻炼；对于评分小于等于零的低危患者尽早下床活动，术后6小时即可开始下床活动路径，同时做好疼痛评估和心理疏导工作。以上各项干预都遵循循证护理指南和路径优化模型的设计，具有一定的科学性和可行性。

表2 个体化护理干预措施分类表

干预维度	具体措施	适用场景	实施依据
疼痛管理	PCA+非药物干预	术后急性期	循证护理
康复促进	早期下床活动	术后恢复期	路径优化
风险分层	分级护理+动态评估	高危患者	RANSON评分
护理安全	不良事件上报	基层机构	宁夏培训方案

2.3 护理路径信息化与可操作性优化

利用信息化平台进行评估工具、干预记录和反馈的数据整合，在基层机构落实护理路径，提高护理服务的可及性和连续性；集成了RANSON评分模块、疼痛评估表、康复路径图、不良事件上报接口等功能，实现了护理决策支持和过程留痕，并且所有的节点操作都记录并存入电子病历系统，可以提取质控数据做趋势分析。同时，平台有移动端的应用，方便护士在床边随时录入评估结果，保证信息的及时性和完整性。并且会自动触发高危预警，如果患者的评分出现异常或者生命体征发生改变，则会立刻向主管护士以及医生发出提醒。研究表明，使用信息化平台之后，护理路径执行完整率从原来的62.4%上升到了93.1%，路径偏差率也降低了61.2%。对

于基层医疗机构来说，护理人员对路径的操作掌握程度由原来48.3%上升到了87.6%，大大减少了由于缺乏相关经验而导致的执行偏差情况的发生[4]。此外还可以进行多级别的质控数据回溯，从而完成从个体病例到群体数据的分析闭环。借助于动态反馈，护理干预措施可以根据患者恢复进展情况做出相应的调整，形成了一个完整的“评估-干预-反馈-优化”闭环模型。这一模式有效地解决了以往护理路径存在的“重流程、轻个体”，为基层护理服务提供了可复制、可推广的技术范式。

3 讨论

术后感染率由8.3%下降至4.1%，这得益于对术中无菌操作全过程的标准化执行，尤其是手术室环境管理和器械灭菌流程和术中防护措施的闭环监督；这种标准化的操作降低了由于操作失误而引入病原体的风险，在化脓性阑尾炎这样感染负荷高的疾病尤为重要；此外，通过术后切口护理及引流管管理进行动态评估，及时发现并处理异常情况，避免局部感染蔓延到全身。这也符合以往的研究认为，“围手术期感染控制需要依靠可追溯的流程管理”，再次证明了标准操作对于减少感染的重要性。

平均住院时间减少1.8天，说明康复路径和早期活动干预有效；患者在手术后24小时内开始进行个体化的活动安排，在疼痛控制、呼吸功能训练的基础上，明显改善了术后胃肠功能恢复及卧床并发症的发生情况。这些内容均作为系统化护理的一部分并进入日常流程之中，借助信息化手段对执行情况进行跟踪管理，保证其依从性和连续性[5]。相较于传统的护理模式而言，这种机制打破术前—— 术中—— 术后各个阶段的信息壁垒，让整个康复过程无缝对接。类似的有研究表明早期活动可以显著降低深静脉血栓以及肺部感染等的发生率，但本文将其嵌套于一个可操作的闭环体系当中，提高了执行效率和临床转化的能力。

疼痛评分在术后24小时内降至2.3分，这主要是由于采用多模式镇痛方案：患者自控镇痛PCA和非药物治疗手段的心理疏导、体位和音乐等相结合；疼痛控制更加精准有效，不但减轻患者的痛苦，而且减少因为疼痛而引起的活动延迟，“镇痛—— 活动—— 康复”，形成了良性循环。炎症指标CRP/WBC恢复更快达35%以上，这是因为在术前根据风险分层对高危患者进行了及时干预，防止炎症进一步加重，在每天观察指标的变化趋势的基础上，结合患者症状体征做出判断，由被动变为主动，这种做法符合目前文献中的观点：“早期发现炎症失控信号并干预”。对于化脓性阑尾炎这样的病情变化快的急腹症尤为重要。

结语

综上所述，通过建立符合国家质控标准且适合于基层使用的化脓性阑尾炎围手术期闭环护理管理模式，在标准化流程和个体化干预的基础上进行动态评估并利用信息化手段实施管理，能够有效地减少患者的术后感染率及缩短住院时间，并能改善术后疼痛和炎症指标，提高护理工作的精准性和连续性；解决基层个体化护理落地难的问题，具有较高的临床推广价值。但是本研究仍存在一定不足之处：如单中心、主观记录偏倚等问题，需要在今后的研究中开展多中心的大样本研究和完善随访体系以及搭建质控监测平台以进一步证实其临床普适性。

参考文献

[1]张丽.积极心理支持在急性化脓性阑尾炎患儿围手术期护理中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2025(06):161-164.

[2]秦佳,何庆时.头孢曲松联合奥硝唑用于急性化脓性阑尾炎围手术期抗感染治疗效果[J].临床普外科电子杂志,2025(02):93-96.

[3]阎忠琴.个性化心理护理在儿童急性化脓性阑尾炎围手术期的应用[J].妇儿健康导刊,2024(06):164-166.

[4]王丹.手术治疗急性化脓性阑尾炎的围手术期护理措施探讨[J].中国医药指南,2022(10):120-122.

[5]邹剑.系统化护理在急性化脓性阑尾炎患者围手术期的应用效果[J].中国医药指南,2021(26):172-173.