

子宫肌瘤围手术期呼吸道管理护理措施研究

邢丽英

磁县肿瘤医院 河北 邯郸 056500

摘要:目的:探讨子宫肌瘤围手术期呼吸道管理护理措施对患者术后恢复的影响。方法:选取2023年1月至2025年1月我院收治的子宫肌瘤患者120例,采用随机数字表法分为观察组和对照组各60例。对照组给予常规护理,观察组在常规护理基础上实施系统性呼吸道管理护理措施。比较两组患者术后肺部感染发生率、住院时间及护理满意度。结果:观察组患者术后肺部感染发生率显著低于对照组,住院时间明显缩短,护理满意度显著提高($P < 0.05$)。结论:系统性呼吸道管理护理措施能够有效降低子宫肌瘤围手术期患者肺部感染风险,促进患者康复,提高护理质量。

关键词:子宫肌瘤;围手术期呼吸道管理;护理措施

引言:子宫肌瘤是女性生殖系统最常见的良性肿瘤,发病率约为20%-30%,其中需要手术治疗的比率逐年上升。随着微创技术的发展,腹腔镜手术已成为子宫肌瘤的主要治疗方式,但围手术期并发症的发生仍不容忽视。呼吸道并发症作为妇科手术常见的术后并发症之一,严重影响患者的康复进程和生活质量^[1]。传统的护理模式往往侧重于手术部位的护理,而对呼吸道管理重视不足,导致术后肺部感染、呼吸困难等并发症时有发生。因此,建立科学有效的围手术期呼吸道管理护理体系具有重要的临床意义^[2]。本文旨在探讨子宫肌瘤围手术期呼吸道管理护理措施对患者术后恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2025年1月我院收治的子宫肌瘤患者120例,采用随机数字表法分为观察组和对照组各60例。观察组:年龄28-62岁,平均年龄(45.3±8.7)岁;病程6个月-8年,平均病程(3.2±1.5)年。对照组:年龄26-64岁,平均年龄(46.1±9.2)岁;病程5个月-9年,平均病程(3.4±1.7)年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:经病理确诊为子宫肌瘤;符合手术指征。排除标准:合并其他恶性肿瘤;术前存在呼吸道感染;凝血功能障碍。本研究经医院伦理委员会批准,所有参与研究的患者均签署知情同意书。

1.2 方法

对照组患者接受常规护理措施:术前健康教育:向患者介绍手术流程、注意事项及术后可能出现的不适症状;术前准备:协助完成各项术前检查,指导患者进行术前禁食禁饮;术后基础护理:监测生命体征,观察切口情况,按时更换敷料,预防切口感染;疼痛管理:根

据患者疼痛程度给予相应镇痛处理;饮食指导:术后逐步恢复饮食,从流质过渡到普食;活动指导:鼓励患者早期下床活动,促进胃肠功能恢复。

观察组在对照组护理基础上实施系统性呼吸道管理护理措施,具体包括以下几个方面:

1.2.1 术前呼吸道准备阶段

首先进行全面的呼吸道评估,包括既往吸烟史、慢性呼吸道疾病史、近期上呼吸道感染史等。对于有吸烟习惯的患者,要求术前至少戒烟2周,并提供戒烟指导和支持。进行肺功能锻炼指导,教授患者深呼吸、有效咳嗽技巧,每日练习3-4次,每次15-20分钟。指导患者掌握腹式呼吸法,通过鼻吸气使腹部隆起,呼气时收缩腹部,以增强膈肌力量。同时进行胸部物理治疗,包括胸部叩击和振动排痰,每日2-3次,每次10-15分钟。

1.2.2 术中呼吸道保护阶段:

密切监测患者血氧饱和度变化,维持 $SpO_2 \geq 95\%$ 。协助麻醉医师选择合适的麻醉方式,优先考虑对呼吸功能影响较小的麻醉方案。保持呼吸道通畅,及时清除呼吸道分泌物。控制输液速度和量,避免液体过负荷导致肺水肿。维持适当的体位,避免长时间头低足高位增加呼吸道压力。

1.2.3 术后呼吸道管理阶段

术后早期是呼吸系统并发症高发期,需严格按时间节点监测血氧饱和度。监测时确保探头接触良好,避免因患者躁动或循环不良影响读数准确性。当 SpO_2 低于95%时应及时查找原因,必要时通知医师处理。加温湿化氧气能有效预防呼吸道干燥,减少痰液粘稠度。氧流量调节需个体化,根据患者血气分析结果和临床表现适时调整。定期检查湿化器水位,确保湿化效果。深呼吸训练要求患者缓慢吸气至最大容量,屏气3-5秒后缓慢呼出。

缩唇呼吸训练指导患者吸气时经鼻，呼气时缩唇，延长呼气时间。这些训练有助于增加肺活量，改善通气功能。翻身拍背时采用空心掌，从肺底部向上叩击，力度适中。拍背前后指导患者深呼吸并用力咳嗽，提高排痰效果。对于疼痛明显者，可在活动前适当使用镇痛药物。雾化吸入可稀释痰液，便于排出。选择合适的雾化药物，指导患者正确配合吸入。雾化后及时漱口，预防口腔感染，鼓励患者主动咳嗽排痰。

1.2.4 并发症预防措施：

建立呼吸道管理档案，详细记录患者的呼吸频率、节律、深度以及痰液性质、量等信息。制定个体化的呼吸道管理计划，根据患者的具体情况进行调整。加强营养支持，保证充足的蛋白质摄入，增强机体抵抗力。合理使用抗生素预防感染，严格掌握用药指征和剂量。

1.2.5 心理支持与健康教育：

向患者及家属详细解释呼吸道管理的重要性，提高其配合度。针对患者的焦虑情绪进行心理疏导，缓解紧张情绪对呼吸功能的影响。建立良好的护患关系，及时解答患者的疑问和担忧。

1.3 观察指标

(1) 术后肺部感染发生率。(2) 住院时间。(3) 护理满意度：采用护理满意度调查表评价，总分100分， ≥ 80 分为满意。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数 \pm 标准差表示）资料分别行 χ^2 、 t 检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 术后肺部感染发生率比较

观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组患者术后肺部感染发生率比较[n(%)]

组别	例数	肺部感染	无肺部感染	发生率
观察组	60	2(3.3)	58(96.7)	3.3%
对照组	60	9(15.0)	51(85.0)	15.0%
χ^2 值				5.267
P值				0.022

2.3 住院时间比较

观察组短于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组患者住院时间比较（ $\bar{x} \pm s$ ，天）

组别	例数	平均住院时间
观察组	60	5.2 \pm 0.2
对照组	60	7.8 \pm 0.6
t 值		8.234
P值		0.000

2.3 护理满意度比较

观察组高于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 两组患者护理满意度比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	满意度评分
观察组	60	92.5 \pm 6.8
对照组	60	82.3 \pm 8.4
t 值		6.741
P值		0.009

3 讨论

现代护理学理论强调以患者为中心的整体护理模式，呼吸道管理正是这一理念的具体体现，它不仅关注生理层面的呼吸功能维护，还注重心理社会层面的支持和教育。从护理程序的角度看，呼吸道管理遵循评估-诊断-计划-实施-评价的完整循环^[3]。评估阶段需要全面了解患者的呼吸状况，包括既往病史、当前症状、体格检查发现等；

诊断阶段识别潜在的呼吸道问题和风险因素；计划阶段制定个性化的护理方案；实施阶段执行各项护理措施；评价阶段监测效果并及时调整方案。这种系统化的方法确保了护理工作的科学性和有效性^[4]。在具体实施过程中，术前呼吸道准备是整个管理体系的基础环节。肺功能锻炼的科学依据在于通过有意识的训练可以增强呼吸肌的力量和耐力，改善肺活量和通气效率。深呼吸训练能够

扩张肺泡,增加气体交换面积;有效咳嗽技巧的学习有助于术后及时清除呼吸道分泌物,防止痰液淤积。胸部物理治疗通过机械刺激促进痰液松动和排出,其原理基于振动和叩击产生的剪切力作用于气道分泌物。术中呼吸道保护体现了护理人员的专业技能和敏锐观察力。血氧饱和度的持续监测及及时发现缺氧提供了客观指标,而适宜的体位摆放则有助于维持呼吸道通畅和优化通气/血流比例。液体管理的精准控制避免了肺水肿的发生,这需要护士具备扎实的生理学知识和丰富的临床经验。术后呼吸道管理是整个护理过程的关键阶段,其复杂性体现在既要应对术后生理变化,又要处理各种可能的并发症。雾化吸入治疗通过将药物转化为微粒直接作用于呼吸道,提高了局部药物浓度,减少了全身副作用^[5]。

本研究结果显示,实施系统性呼吸道管理护理措施的观察组患者术后肺部感染发生率显著降低至3.3%,远低于对照组的15.0% ($P < 0.05$),这一结果充分证实了呼吸道管理护理的有效性。从感染控制的角度分析,肺部感染的发生通常涉及病原菌定植、宿主防御机制削弱以及环境因素等多个环节。系统性呼吸道管理通过多个途径阻断了感染链的形成:首先,术前的肺功能锻炼增强了患者的免疫防御能力,提高了呼吸道的自净功能;其次,术中的严密监测和保护措施维持了呼吸道的完整性;再次,术后的积极干预如及时清理分泌物、保持呼吸道湿润等措施有效防止了病原菌的繁殖和扩散。住院时间的显著缩短反映了整体医疗效果的提升。较短的住院时间不仅减轻了患者的经济负担,也降低了院内感染的风险。这一结果的实现得益于多方面的协同效应:有效的呼吸道管理减少了并发症的发生,避免了因感染等并发症导致的住院时间延长;良好的呼吸功能促进了患者的整体康复,使其能够更早地恢复正常生活;高质量的护

理服务提高了患者的依从性和满意度,有利于医患配合。护理满意度的大幅提升体现了护理服务质量的实质性改善。满意度的提高源于患者对护理效果的直观感受,当患者感受到呼吸困难的缓解、感染风险的降低以及整体舒适度的提升时,自然会对护理工作给予更高的评价^[6]。同时,系统性的健康教育和心理支持也增强了患者的信任感和安全感。

综上所述,系统性呼吸道管理护理措施通过科学的理论指导、规范的操作流程和个性化的服务内容,有效改善了子宫肌瘤患者围手术期的呼吸功能,降低了并发症风险,促进了患者康复,提高了护理质量。这一研究成果为临床护理实践提供了有力支撑,值得在更大范围内推广应用。

参考文献

- [1]艾延娥,樊琴.医护一体化模式联合人文关怀在机器人辅助腹腔镜子宫肌瘤剔除术围手术期护理中的应用[J].机器人外科学杂志(中英文),2025,6(9):1522-1526.
- [2]王晓珊.社会支持联合围手术期护理对子宫肌瘤患者术后胃肠功能及睡眠质量的影响[J].山西卫生健康职业学院学报,2024,34(4):133-135.
- [3]吴玲玲,邱伶俐,汪莹.社会支持联合围手术期护理对子宫肌瘤患者术后胃肠功能及睡眠质量的影响[J].中国医药导报,2022,19(23):178-181.
- [4]杨金春.快速康复护理模式在妇科子宫肌瘤围手术期护理中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2023,2(8):171-173.
- [5]陈瑞莉,党慧,高元秀.基于ERAS理念的围手术期护理应用于腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者的效果[J].智慧健康,2022,8(29):195-198,202.
- [6]杨峰.子宫肌瘤患者围手术期护理的研究进展[J].中外女性健康研究,2023(5):16-17,29.