

预见性风险护理管理对胃部分切除术后患者的影响

王丽燕, 朱秋丽, 张 燕

(驻马店市中医院外一心胸大血管外科, 河南驻马店 463000)

摘要: **目的** 探讨预见性风险管理模式应用于胃部分切除术后患者中的应用效果。**方法** 便利选取驻马店市中医院2021年10月~2023年8月行胃部分切除术后患者126例,以随机分组方法分为对照组($n=63$)、实验组($n=63$)。对照组实施常规护理管理,实验组实施预见性风险护理管理模式,比较2组并发症发生率、胃肠功能恢复、疼痛程度[视觉模拟量表(VAS)]。**结果** 术后3 d、7 d,实验组VAS低于对照组($P<0.05$);实验组并发症总发生率(1.59%)低于对照组(12.70%)($P<0.05$);实验组肠鸣音恢复时间、肛门通气时间、排便时间、进食时间均短于对照组($P<0.05$)。**结论** 预见性风险管理应用于胃部分切除术后患者中,可减轻疼痛程度,减少并发症发生,促进肠胃功能恢复,加快身体康复。

关键词: 预见性风险护理管理;胃部分切除术;并发症;胃肠功能

中图分类号: R472

文献标志码: A

文章编号: 1004-6879(2024)05-0403-04

胃部分切除术是临床治疗胃癌、胃溃疡主要手段,其具有创伤小、恢复快、出血量低等特点^[1-2]。但因其创伤性对机体造成较大影响,导致胃肠功能紊乱,易引发并发症,导致术后恢复不佳,给患者身心带来较大负面影响^[3-4]。因此临床在优化手术流程同时需配合术后护理干预。但常规术后管理以疾病为中心进行整体护理,易以偏概全,忽略患者个体需求,且针对疾病进展缺乏预见性分析,导致护理效果欠佳。预见性风险管理是指以超前思维准确评估患者病情,同时根据其病情进展变化预测护理中可能出现的管理风险,并结合既往护理文献制定相关风险预防措施,进而有效降低机体损害,促进病情恢复^[5]。但其在胃部分切除术后患者中应用效果鲜少报道。鉴于此,本研究将预见性风险管理应用于其中,旨在探究对胃肠功能恢复及并发症发生率的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

便利选取驻马店市中医院2021年10月~2023年8月行胃部分切除术后患者126例,以随机分组方法分为对照组($n=63$)、实验组($n=63$)。

实验组男46例,女17例;年龄51~71岁,平均

(60.53±4.74)岁;疾病类型:胃溃疡21例,胃癌17例,重度肥胖症25例;学历水平:初中及以下16例,高中及大专21例,本科17例,本科以上9例。

对照组男41例,女22例;年龄51~72岁,平均(61.26±5.07)岁;疾病类型:胃溃疡23例,胃癌18例,重度肥胖症22例;学历水平:初中及以下13例,高中及大专26例,本科14例,本科以上10例。2组基线资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 选取标准

纳入:经临床诊断符合行胃部分切除术指征;认知正常;临床资料完整。排除:严重慢性疾病者;严重器官功能障碍;精神障碍;沟通交流障碍;其他恶性肿瘤;凝血功能障碍。

1.3 方法

2组均由同一手术团队行手术治疗,并配合护理干预。

1.3.1 对照组 实施常规护理管理。术后,护士在患者清醒后对其进行口头宣教,内容包括术后切口护理、引流管护理、个人卫生护理及饮食护理等,并为患者提供安静、舒适休息环境,同时告知患者家属关注胃管引流液量

多少、颜色变化等,若出现较多红色液体,及时告知医护人员予以相应处理。

1.3.2 实验组 实施预见性风险管理:(1)组建风险管理小组。由护士长(1名)、护士(6名)组成,护士长负责监督、管理护士,并组织其进行为期3 d封闭式培训,培训内容为预见性风险管理模式、胃部分切除术方案、预后及术后护理事项等,在培训结束后进行考核,考核通过者方可参与护理工作。(2)确定风险管理方案。以胃部分切除术并发症预防、促进胃肠功能恢复、预见性风险管理措施等检索相关文献,并结合院内近3年相关护理案例,进行查阅、分析、总结,找出术后护理中可能存在的风险,再根据患者个体情况,制定出预见性风险管理方案,具体如下:①预见性健康宣教:护士在患者苏醒后,热情主动与患者进行沟通,以温柔、亲切地口吻询问患者有无头晕、恶心等不适症状,并告知其属正常现象,消除其担忧及顾虑,同时予以其讲解胃部分切术后日常护理注意事项、预后恢复及预见性风险管理优势等相关康复知识,且针对讲解过程中存在疑惑的患者,耐心给予解答,确保患者正确理解并掌握,3次/周,20 min/次。②预见性疼痛管理:护士耐心予以患者讲解疼痛知识,术后3 d内2次,10 min/次,使其认识到术后疼痛属正常现象,并通过播放舒缓音乐、看视频、读书看报等方式,转移其注意力,增加其疼痛阈值,提高疼痛忍耐力,同时针对疼痛敏感者,遵医嘱予以超前镇痛,缓解其疼痛,促进其正面对待术后康复。③预见性并发症管理:a.病情监测。密切监测患者生命体征、胃肠加压变化,并每天定时查看患者伤口愈合、引流情况,1次/d,保证引流管通畅、稳固,并加强引流液情况监测,预防出血发生;针对体质较弱、切口愈合不佳者加强感染管控措施,遵医嘱予以抗生素,预防感染发生;且在患者清醒后,指导家属协助患者进行多体位活动,24 h后可下床活动。b.胃肠恢复护理。术后12 h,护士予以患者腹部按摩,2次/d,15 min/次,按摩时护士双手放在患者下腹部,沿结肠方向双手交替向上、向下推揉,并在此过程中告知患者放松身体;在术后23 h,使用39~42℃温水给予患者中药浴足,同时在患者泡足15 min后对其进行足底按摩,促进肠道、肛门等部位血液循环,刺激胃肠功能,促进肠蠕动,保证排便顺利;针对本身存在便秘者,遵医嘱予以在术后12 h

后予以药物促进排便。④饮食护理:术后1~2 d,予以患者静脉营养支持,并注意观察患者胃肠减压引流及身体排汗情况,及时补充液量;术后3~4 d,肛门已排气通便后,拔出胃管,同时予以患者20 mL水,若无不适,则第2 d予以进食流质食物,如小米粥、豆浆、米浆等,1次进食量 ≤ 200 mL,5~6次/d;术后5~7 d,患者若无腹胀、恶心等症状,则予以其进食半流质食物,如豆腐脑、蔬菜粥等,1次进食量 ≤ 200 mL,5~6次/d;且注意需遵循细嚼慢咽、少食多餐原则;术后2周,若无不适反应,则可予以软食,如面条、鸡蛋羹、豆制品、香蕉、榴莲、猕猴桃等高蛋白、富含维生素类食物,适量增加每次摄食量,减少进食次数,并根据患者喜好及身体营养状况进行饮食搭配,保证机体恢复营养供给充足。

2组均干预至出院。

1.4 观察指标

(1)并发症发生率:统计2组干预期间胃痉挛、胃肠梗塞、切口感染、便秘情况;(2)胃肠功能恢复:统计2组肠鸣音恢复时间、肛门通气时间、排便时间、进食时间;(3)疼痛程度:以视觉模拟量表(visual analogue scale/score, VAS)^[6]评估干预前后2组疼痛严重程度。VAS总分10分,<3分轻微疼痛;4~6分表示中度疼痛,可忍受,影响睡眠质量;7~10分表示重度疼痛,难以忍受,影响睡眠、食欲。

1.5 统计学分析

采用SPSS 22.0对数据进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验,计数资料($n, \%$)表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS比较

术后3 d、7 d,实验组VAS低于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组VAS比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	术后1 d	术后3 d	术后7 d
实验组	63	4.13 $\pm$ 2.31	2.64 $\pm$ 1.24 [*]	0.78 $\pm$ 0.96 [#]
对照组	63	3.98 $\pm$ 1.69	3.15 $\pm$ 1.19	1.54 $\pm$ 1.07

与对照组比较,* $P < 0.05$,# $P < 0.01$

2.2 并发症发生率比较

实验组并发症总发生率(1.59%)低于对照组(12.70%)($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组并发症发生率比较($n, \%$)

组别	n	胃痉挛	胃肠梗阻	切口感染	便秘情况	并发症总发生率
实验组	63	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(1.59)	1(1.59) [#]
对照组	63	2(3.17)	1(1.59)	2(3.17)	3(4.76)	8(12.70) [#]

与对照组比较,[#] $P<0.05$

2.3 胃肠功能恢复比较

实验组肠鸣音恢复时间、肛门通气时间、排便时间、进食时间短于对照组($P<0.05$)。见表3。

表3 2组胃肠功能恢复比较($\bar{x} \pm s, h$)

组别	n	肠鸣音恢复时间	肛门通气时间	排便时间	进食时间
实验组	63	31.46 $\pm$ 7.15 [#]	43.91 $\pm$ 5.72 [#]	45.43 $\pm$ 7.25 [#]	39.82 $\pm$ 4.89 [#]
对照组	63	40.28 $\pm$ 8.03	58.42 $\pm$ 6.36	62.22 $\pm$ 8.95	51.49 $\pm$ 6.61

与对照组比较,[#] $P<0.01$

3 讨论

3.1 疼痛程度改善

本研究显示,术后3 d、7 d,实验组VAS低于对照组($P<0.05$),提示预见性风险管理应用于胃部分切除术后患者中,可减轻疼痛程度。胃部分切除术后患者因手术创伤,导致术后疼痛,造成患者较大心理负担,影响预后效果^[7-8]。高红梅等^[9]学者指出,预见性疼痛管理可减轻患者疼痛程度,促进术后康复。本研究通过预见性疼痛管理予以患者疼痛健康宣教,使其认识到术后疼痛属正常现象,且通过播放舒缓音乐、看视频等方式,转移患者注意力,增加其疼痛阈值,提高其疼痛忍耐力,并针对疼痛敏感者,予以超前镇痛管理,帮助其缓解疼痛,使其以积极心态面对生活。

3.2 并发症发生率改善

本研究显示,实验组并发症总发生率1.59%低于对照组12.70%($P<0.05$),提示预见性风险管理应用于胃部分切除术后患者中,可减少并发症发生。胃部分切除术后患者机体较为虚弱,免疫力下降,易致切口感染、肺部感染、胸膜炎等并发症发生,影响术后效果^[10-11]。班兴翠^[12]学者指出,预见性风险管理可减少患者术后并发症发生、促进病情恢复,与本研究结果一致。本研究基于预见性风险管理下,制定针对性风险管理方案,通过预见性健康宣教、疼痛管理、并发症管理、饮食管理等措施,提高患者术后并发症护理认知及预见性风险管理重要性,使其积极主动配合医护人员工作,规律进食,保证机体营养均衡,增强其免疫力;并通过病情监测、腹部按摩、遵医嘱予

以药物产前治疗等措施,降低感染风险,促进术后康复。

3.2 胃肠功能恢复改善

本研究显示,实验组肠鸣音恢复时间、肛门通气时间、排便时间、进食时间短于对照组($P<0.05$),提示预见性风险管理应用于胃部分切除术后患者中,可缩短胃肠功能恢复时间,促进机体恢复。因胃部分被切除,导致胃酸、胃蛋白酶分泌大量减少,进而造成胃消化、储存功能较弱,引发贫血、食欲差等症状,影响术后机体恢复^[13-14]。高秋峰等^[15]指出,预见性护理可促进胃癌术后患者胃肠功能恢复,降低并发症发生。本研究基于预见性风险管理下,根据患者具体情况实施护理方案,通过查阅文献、结合患者个体情况确定预见性风险管理方案,通过预见性健康宣教、预见性并发症护理等措施,减少机体受损,使其认知尽早下床活动对胃肠功能恢复重要性,使其配合康复护理,并通过腹部按摩、足底按摩等方式,促进血液循环,刺激胃肠功能,促进蠕动,便于排气、排便等,促进胃肠功能恢复。

综上所述,预见性风险管理应用于胃部分切除术后患者中,可减轻疼痛程度,减少并发症发生,促进肠胃功能恢复,加快身体康复。

参考文献

- [1] Itou C, Arai Y, Sone M, et al. Percutaneous radiologic gastrostomy in patients after partial gastrectomy: a retrospective study to assess the technical feasibility of postsurgical remnant stomach access [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2022, 45(8): 1214-1224.
- [2] 朱建文,曾渊平,何洪兴. 早期整蛋白型和短肽型肠内营养在胃大部切除术后患者中的临床应用[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(22): 3069-3072.
- [3] Gaillard M, Lainas P, Agostini H, et al. Impact of the calibration bougie diameter during laparoscopic sleeve gastrectomy on the rate of postoperative staple-line leak (BOUST): study protocol for a multicentre randomized prospective trial [J]. Trials, 2021, 22(1): 806.
- [4] 罗亮,吴宸,陈进,等. 近端胃大部切除间置空肠代胃对近端胃癌术后胃肠功能及近期生存情况的影响[J]. 医学临床研究, 2020, 37(5): 715-717, 720.
- [5] 曾亚晴. 预见性风险管理对足月妊娠产妇产后出血及产后并发症的影响[J]. 哈尔滨医药, 2020, 40(6): 580-581.
- [6] Nacif A, de Abreu GE, Bessa Junior J, et al. Agreement between

- the visual analogue scale (VAS) and the dysfunctional voiding scoring system (DVSS) in the post-treatment evaluation of electrical nerve stimulation in children and adolescents with overactive bladder [J]. *J Pediatr Urol*, 2022, 18(6): 740. e1-740. e8.
- [7] 孙静,王磊,王光磊. 静脉输注利多卡因对腹腔镜下胃减容手术患者术后疼痛及早期恢复的影响[J]. *医学研究杂志*, 2022, 51(9): 167-170.
- [8] 何巾毅,赵莉,刘艳霞,等. 耳穴贴压联合艾灸对行袖状胃切除术患者术后疼痛及胃肠道功能的影响[J]. *中西医结合护理(中英文)*, 2023, 9(1): 49-52.
- [9] 高红梅,段艳艳. 预见性护理在腹腔镜术下胆囊结石患者疼痛管理中的应用[J]. *山西医药杂志*, 2020, 48(11): 1457-1459.
- [10] Ospina Jaramillo A, Riscanevo Bobadilla AC, Espinosa MO, et al. Clinical outcomes and complications of single anastomosis duodenal-ileal bypass with sleeve gastrectomy: a 2-year follow-up study in Bogotá, Colombia [J]. *World J Clin Cases*, 2023, 11(21): 5035-5046.
- [11] 马红玲,郭小彬,杨宏昕. 1例上消化道大出血胃大部分切除术后合并感染患者的药学监护[J]. *中国药师*, 2022, 25(7): 1210-1213.
- [12] 班兴翠. 预见性风险管理护理模式在急诊异位妊娠手术护理配合中的应用及对术后并发症的影响[J]. *中国药物与临床*, 2021, 21(12): 2202-2204.
- [13] Tsuji R, Komatsu S, Kumano T, et al. Laparoscopy and endoscopy cooperative surgery(LECS)-assisted open partial gastrectomy for a high-risk gastrointestinal stromal tumor[J]. *Gan To Kagaku Ryoho*, 2019, 46(1): 172-174.
- [14] 罗亮,吴宸,陈进,等. 近端胃大部切除间置空肠代胃对近端胃癌术后胃肠功能及近期生存情况的影响[J]. *医学临床研究*, 2020, 37(5): 715-717, 720.
- [15] 高秋峰,高荣菊. 预见性护理联合肠内营养对胃癌术后患者胃肠功能和生命质量的影响[J]. *中国民康医学*, 2020, 32(3): 169-171.

(收稿日期:2023-10-19)

King达标理论的人性化护理在慢性乙肝中的应用

王海蓉

(广东省东莞市第九人民医院感染科,广东东莞 523009)

摘要: **目的** 探究基于King达标理论的人性化护理对慢性乙肝患者自尊水平、遵医行为及认知程度的影响。**方法** 选取2021年2月~2023年2月在东莞市第九人民医院院进行诊治的80例慢性乙肝患者作为研究对象,对患者临床资料进行回顾性分析,根据干预方式的不同分为常规组、观察组各40例,分别给予常规护理及基于King达标理论的人性化护理干预。分别对患者的自尊水平、遵医行为及认知程度进行对比分析。**结果** 护理后,2组社会、行为评分均明显升高,且观察组明显高于常规组($P<0.05$);护理后,2组外表评分无明显差异($P>0.05$)。观察组遵从率为95.00%,相较于常规组遵从率77.50%明显升高($P<0.05$)。护理后,2组自我防护、用药情况、运动休息、发病诱因评分均明显升高,且观察组明显高于常规组($P<0.05$);护理后,2组饮食评分无明显差异($P>0.05$)。**结论** 对慢性乙肝患者应用基于King达标理论的人性化护理对改善患者自尊水平,提高遵医行为及认知程度方面具有重要作用,具有一定的临床推广价值。

关键词: King达标理论;人性化护理;慢性乙肝;自尊水平;遵医行为;认知程度

中图分类号: R473.5

文献标志码: A

文章编号: 1004-6879(2024)05-0406-04

慢性乙型病毒性肝炎(简称慢性乙肝)是指慢性乙肝病毒检测为阳性,病程超过半年或发病日期不明确而临床有慢性肝炎表现者。抗病毒治疗可长期抑制乙型肝炎病毒,降低并发症的风险,并有良好的治疗效果^[1]。但抗

病毒治疗需要长期用药以巩固治疗效果,长期治疗期间患者遵医行为可能增加治疗困难,且乙肝是一种传染性疾病,患者自身的自尊水平可能受到一定损伤,增加患者负面情绪的发生^[2]。因此,积极有效护理措施以提高患