

• 论 著 •

围手术期护理干预对阑尾炎手术 120 例患者的临床观察

陈常春

衡南县人民医院 湖南衡阳 421001

摘要：目的 分析围手术期护理干预对阑尾炎手术 120 例患者的临床观察。**方法** 选择 2016 年 2 月至 2017 年 1 月在我院接受治疗的急性阑尾炎患者 120 例作为研究对象。120 例患者中均为手术治疗患者，将 120 例患者按照随机数字法分为实验组与常规组。常规组采取常规护理措施。实验组采取围手术期护理措施。对比实验组与常规组患者的临床指标。**结果** 实验组与常规组在住院时间、拆线时间以及伤口感染方面存在明显数据差异，实验组数据具备明显优势，数据达到统计学标准 ($P < 0.05$)。

结论 围手术期护理干预对阑尾炎手术患者的临床干预作用突出，显著提升手术安全性，优化患者康复水平，值得临床推广。

主题词：围手术期；阑尾炎手术；临床疗效

中图分类号：R473.6

文献标识码：A

文章编号：1009-6647 (2018) 08-020-02

伴随着人们医疗意识、服务意识的不断增强，人们对于医护行为的质量要求不断提升^[1]。相关研究显示，在医院感染中手术所导致的并发症发生率非常高，位居前列^[2]。伴随着急性阑尾炎手术患者的不断增多，临床急性阑尾炎根治术的实施频率不断提升，导致术后伤口感染的发生率高居不下^[3]。对此，为了更好的明确阑尾炎手术的最佳护理措施，本文以对比分析方式探讨围手术期护理干预的方法与效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2016 年 2 月至 2017 年 1 月在我院接受治疗的急性阑尾炎患者 120 例作为研究对象。120 例患者中均为手术治疗患者，将 120 例患者按照随机数字法分为实验组与常规组，每组患者各 60 例。实验组中，男性患者 32 例，女性患者 28 例，年龄 55 至 80 岁，平均年龄 (65.4 ± 3.5) 岁；实验组中，男性患者 31 例，女性患者 29 例，年龄 54 至 79 岁，平均年龄 (62.5 ± 3.6) 岁。两组患者在性别、年龄以及疾病类型等方面无明显差异，不具有统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

入选标准：对本次研究认可并且同意参与；首次接受阑尾炎手术治疗。排除标准：严重脏器疾病或精神疾病；意识障碍；未完成本次研究。

1.2 方法

两组患者均由同一组手术人员采取相同手术方式进行治疗。常规组采取常规护理措施。实验组采取围手术期护理措施，具体措施如下：1、术前做好访视工作。一方面需要将手术安排通知患者，同时对患者实行相关手术操作流程、配合方法的教育，检查患者的皮肤状况，做好评估工作，观察皮肤是否存在红肿问题。对于压疮风险较高的患者应当在术前做好预防干预措施，术前做好心理干预服务，及时解答患者的手术疑问，嘱咐患者注意事项。在患者入院之后的 24 小时之内需要给予严密的病情监测，一旦存在临床指标或体征异常需要立即通知医师，同时按照患者的病症异常情况构建个性化的护理方案；2、心理护理。在临床中患者往往会因为发生肌肉痉挛，感受到剧烈疼痛感，从而形成惧怕、恐惧等心态。对此，护理人员需要及时与患者进行沟通，在患者存在异常心理情绪的时候需要及时给予相应的疏导与帮助，如果患者对治疗效果存在疑虑，则可以通过列举近期案例的方式强化患者的治疗信心。患者如果存在紧张的情绪，可以以聊天、下棋等方式转移患者的注意力，缓解紧张情绪，保持情绪通

畅性对患者进行全面性的检查，包含呼吸、饮食、血压等，并实行抗感染治疗。治疗前与患者进行沟通，让患者对疾病知识形成基本了解；3、伤口处理。在术后注意伤口是否存在红肿、化脓等问题，及时刮除坏死组织，并按照伤口情况每天更换药物 1 到 2 次，换药过程中需要及时对脓苔、坏死组织以及线头等进行处理。术后 3 到 5 天采用庆大霉素对伤口进行处理，应用盐水纱条引流。

1.3 观察指标

对比实验组与常规组患者的临床指标。临床指标以住院时间、拆线时间以及伤口感染为主。

1.4 统计学方法

本次研究所有数据均应用基于 SPSS19.0 版本统计学软件建立数据分析模型对研究数据进行统计分析，计数资料应用均是方式表达，采用 $\pm$ 的标准差形式描述，数据之间采用 P 值进行检验，在 P 值 < 0.05 时说明数据差异突出。

2 结果

实验组与常规组在住院时间、拆线时间以及伤口感染方面存在明显数据差异，实验组数据具备明显优势，数据达到统计学标准 ($P < 0.05$)，详细数据见表 1。

表 1：临床指标对比

组别	例数	住院时间 (d)	拆线时间 (d)	伤口感染
实验组	60	5.211 ± 1.20	5.20 ± 1.30	2 (3.33%)
常规组	60	7.50 ± 2.43	6.89 ± 2.51	11 (18.33%)
P 值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

在阑尾炎手术期间做好围手术期护理措施非常重要，护理人员应当积极发挥主动性作用，根据患者的实际情况为患者提供术前访视与心理干预，同时在术后及时做好伤口处理措施，从身心多层面上改善患者的临床症状，减轻患者不适感并提升舒适感，从而提高临床医护效益^{[4]-[5]}。另外，在伤口处理过程中需要做好严密的观察与监督，尤其是及时发现红肿、化脓等症状并进行干预，从而降低伤口感染发生率问题。

本研究结果显示，实验组与常规组在住院时间、拆线时间以及伤口感染方面存在明显数据差异，实验组数据具备明显优势。本次研究中结论充分证明在阑尾炎手术患者围术期提供围手术期护理能够显著提高患者的康复效果，为患者的机体功能恢复有明显的推动作用，同时也是降低各类并发症

(下转第 22 页)

86% ≤ 5mm。进行摆位纠正后, X, Y, Z 三个线性方向存在的摆位误差值均 100% ≤ 1mm。首次摆位时患者的 X, Y, Z 三个线性方向的摆位误差与摆位纠正后患者 X, Y, Z 三个线性方向的摆位误差有明显差异, 两组数据比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。附表 2。

3 讨论

放疗是利用电离辐射对于人体的恶性肿瘤进行照射治疗, 最根本目的是杀死患者体内的癌细胞, 控制患者的病情, 减少患者体内正常器官组织的损伤。随着放射治疗技术的越发成熟, 放射治疗也越发的精细敏感化, 对于患者的照射部位也更加严密的精密, 只有零点几毫米的误差, 在人体卧位正确的情况下, 副作用很小^[2]。但是放疗并不是只有优点没有缺点, 因为放疗是通过通过电离辐射的射线照射来杀死患者体内的癌细胞, 但是在杀死癌细胞的同时也会杀死一部分正常细胞, 导致患者体内的正常组织受到损伤^[3]。而患者卧位一旦不对, 患者的正常部位受到射线的照射量增多, 病变部位的照射量减少, 不仅会加重对患者身体正常器官组织的损伤, 患者体内癌细胞杀死的量减少, 只会造成患者更为严重的生理痛苦^[4]。

放疗存在着一定的毒副反应, 过敏, 脱发, 骨髓抑制, 消化障碍以及心脏毒性等等。很多患者在放疗过程中因为出现过多的不良反应, 无法忍受, 因此放弃放疗, 导致生命更早的流逝。有研究^[5]表示, 宫颈癌患者进行放疗时保持俯卧位能够更好的保护患者体内的各种器官, 尤其是患者的小肠部位。为了能够减少对患者损伤, 临床上充分的考虑到患者进行放射治疗时出现的摆位误差以及患者体内的器官运动等因素, 对患者的放射范围进行更为精准的照射范围, 减少患者体内正常的照射部位的照射。

CBCT 图像能够正确改正患者的摆位误差, 让摆位误差在正常控制的范围之内, 能够更好的设置合理的固定体位, 减少患者的体位误差, 让患者能够更为舒适同时将照射效果(高

精度, 高疗效, 高剂量, 低损伤) 发挥到最大^[6]。让患者受放疗照射的正常部位的照射量减少到最大, 将病灶部位区域的受照射量提高到最大。

摆位误差主要是指系统误差以及随机误差, 系统误差是机器模拟定位时出现的误差, 可以进行调节。随机误差是患者每次放疗时姿态的变化, 无法确定, 但是可以选择更为合适的固定装置来提高精准度, 减小误差。摆位误差越小, 患者的放疗效果越好, 负面影响越小。

近些年来, 放射治疗已经成为了治疗恶性肿瘤的主要治疗方式, 放射治疗技术也在不断的完善成熟, 能够取得更好的效果。从本次研究可以发现, 宫颈癌患者在进行放疗的过程中保持仰卧位能够减少摆位误差, 进行摆位误差纠正后能够减少对正常组织正常部位的照射, 提高的放射治疗效果的同时, 也能够减少宫颈癌患者的放疗并发症, 提高宫颈癌患者的生存时间, 减少宫颈癌患者的放疗痛苦。

参考文献

- [1] 倪晓雷, 瞿宜艳, 陈文娟等. 利用锥形束 CT 分析宫颈癌放疗分次间摆位误差及趋势研究 [J]. 现代肿瘤医学, 2015, 23(2):269-272.
- [2] 曹倩倩, 朱丽红, 王俊杰等. 6D 治疗床对原发性宫颈癌放疗摆位误差及靶区边界的影响 [J]. 中华医学杂志, 2015, 95(9):689-692.
- [3] 彭亚琪, 任庆兰. 调强放疗在宫颈癌治疗中副反应的研究进展 [J]. 现代肿瘤医学, 2015, (5):716-719.
- [4] 甘勇, 林珠, 林正忠等. 腮窝固定法减少宫颈癌外照射放疗摆位误差的价值 [J]. 肿瘤学杂志, 2016, 22(12):1009-1013.
- [5] 张基永, 林珠, 吴丽丽等. 图像引导自适应放疗在宫颈癌治疗中的应用 [J]. 山东医药, 2015, (27):38-39.
- [6] 刘云, 余炯, 肖何, 等. 体质量指数对图像引导宫颈癌放疗摆位误差的影响 [J]. 第三军医大学学报, 2016, 38(4):419-421.

(上接第 19 页)

图以及其他检查结果, 做出及时而又准确的临床诊断^[3]。临床上通常给予药物治疗, 并在此基础上加之综合的护理干预和指导, 结合患者的实际情况和临床体征, 提供全面而又针对性的护理干预, 具体包括: 心理护理、病情监控以及基础护理等, 经过本组大量的分析和研究所示: 护理后综合组的心功能指标均优于常规组, 综合组的护理满意度 48 例 (94.12%) 显著高于常规组 41 例 (80.39%), $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。由此可见, 临床上通过通过实施综合护理干预, 不仅能够在一定程度上改善了冠心病合并心律失常患者的心功能, 同时, 还能够提高患者对于护理工作的满意程度。

(上接第 20 页)

发生问题的有效途径之一。

综上所述, 围手术期护理干预对阑尾炎手术患者的临床干预作用突出, 显著提升手术安全性, 优化患者康复水平, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 田阿各. 优质护理用于老年患者腹腔镜阑尾切除术围手术期的护理效果观察 [J]. 世界中医药, 2017, 21(a01):57-57.
- [2] 张秀花, 宋会欣, 迟培环. 妊娠早期腹腔镜阑尾切除术

总而言之, 通过对冠心病并发心律失常患者采取综合护理干预, 不仅能够有效改善患者的心功能, 同时, 还能够极大程度满足患者的护理需求。

参考文献

- [1] 瞿菲菲. 冠心病并发心律失常患者临床治疗效果与护理 [J]. 当代临床医刊, 2017, 30(4):3229-3230.
- [2] 张蔚, 雷雪贞, 梁艳, 等. 系统化失眠护理干预对冠心病合并高血压失眠患者睡眠质量及临床并发症的改善效果 [J]. 中国现代医生, 2017, 55(16):145-148.
- [3] 文苏丹. 冠心病心律失常患者护理中循证护理干预实施的效果评价 [J]. 大家健康旬刊, 2017, 11(1):239-240.

围手术期护理体会 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2016, 14(6):470-470.

[3] 王萍霞, 王运华. 单孔腹腔镜胆囊联合阑尾切除术围手术期的护理 [J]. 中国医疗设备, 2016, 23(C00):257-258.

[4] 魏英梅, 黄小桐, 张秀花. 青少年未婚女性腹腔镜阑尾切除术的围手术期护理体会 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2017, 22(3):184-184.

[5] 王宇阳, 姜丹, 王来成. 114 例腹腔镜阑尾切除术围手术期抗菌药物预防应用调查分析 [J]. 徐州医学院学报, 2016, 36(3):203-207.