

手术室护理干预对手术压力性损伤的影响分析

加永拉措

西藏昌都市人民医院手术麻醉科 854000

【摘要】目的 探讨手术室护理干预对手术压力性损伤的影响。**方法** 采集本院 2023 年 4 月至 2024 年 6 月期间接收的 124 例手术患者案例，随机分为传统组与干预组各 62 例，传统组运用常规护理，干预组运用手术室护理干预，观察不同护理操作后患者手术压力性损伤发生率与患者护理满意度情况。**结果** 干预组在手术压力性损伤发生率上为 1.61%，传统组为 16.13% ($p < 0.05$)；干预组在患者护理满意度上为 96.77%，传统组为 83.87% ($p < 0.05$)。**结论** 手术室护理干预对手术压力性损伤有一定防控作用，同时可以有效的提升患者的护理满意度，整体情况更好。

【关键词】 手术室护理干预；手术压力性损伤；影响

【中图分类号】 R472.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2024) 05-122-02

在手术过程中，护理干预对于预防和控制手术压力性损伤具有重要作用。具体的护理操作需要从术前、术中和术后各个阶段进行全面细致的干预，以确保患者在整个手术过程中得到最佳保护，减少压力性损伤的发生。本文采集 124 例手术患者案例，分析运用手术室护理干预后的效果，具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2023 年 4 月至 2024 年 6 月期间接收的 124 例手术患者案例，随机分为传统组与干预组各 62 例，传统组中，男：女=35：27；年龄从 42-83 岁，平均 (55.81 ± 3.72) 岁；干预组中，男：女=32：30；年龄从 40-82 岁，平均 (56.97 ± 4.54) 岁；两组患者在基本年龄、性别与病情等资料上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

传统组运用常规护理，干预组运用手术室护理干预，具体如下：

1.2.1 术前护理

术前准备阶段，护理人员需要进行详细的风险评估。这包括评估患者的皮肤状况、营养状况、既往病史及当前身体状况，特别是高风险患者如老年人、长期卧床或营养不良者。使用专业的压力性损伤评估工具，如布拉登量表 (Braden Scale)，可以帮助护理人员系统地评估风险，并制定个性化的护理计划。此外，术前应与患者及家属进行充分的沟通，解释手术过程及压力性损伤的预防措施，增强患者的配合度和依从性。

1.2.2 术中护理

在手术过程中，手术室护理干预的关键是确保患者体位的正确摆放和定时调整。手术台上的各种体位，如仰卧、俯卧或侧卧体位，都需使用适当的支持设备如软垫、海绵垫等，以减轻压力集中在某一点上。护理人员应每隔 2 小时进行一次体位调整，特别是对于长时间手术的患者，确保每次调整后再次评估皮肤状况，及时发现和处理任何早期的皮肤变化或红肿区域。另一个重要的措施是在手术中使用减压装置和材料，如减压气垫、凝胶垫等，尤其是在骨突起部位，如骶尾部、肘部和脚跟。这些装置能够有效分散压力，减少皮肤和组织的受压时间。为了更好地预防压力性损伤，护理人员还需要定时记录患者的体位和皮肤检查结果，确保所有干预措施都得到落实和追踪。

1.2.3 术后护理

术后护理同样至关重要。手术结束后，护理人员应立即检查患者的皮肤状况，特别关注手术中受压部位。对于有初步损伤迹象的区域，采取相应的护理措施，如使用敷料保护，保持局部皮肤干燥和清洁，避免再次受压。术后护理还包括继续评估患者的营养状况，必要时给予营养支持，以促进皮肤和组织的修复。同时，鼓励患者适度活动，帮助恢复血液循环，减少长时间卧床带来的压疮风险。

1.3 评估观察

观察不同护理操作后患者手术压力性损伤发生率与患者护理满意度情况。护理满意度为很满意与基本满意的比例之和。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验， $P < 0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 患者护理满意度情况

见表 1 所示，干预组在患者护理满意度上为 96.77%，传统组为 83.87% ($p < 0.05$)。

表 1：患者护理满意度评估结果 $[n(\%)]$

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意度
干预组	62	45 (72.58)	15 (24.19)	2 (3.23)	96.77%
传统组	62	31 (50.00)	21 (33.87)	10 (16.13)	83.87%

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 患者手术压力性损伤情况

见表 2 所示，干预组在手术压力性损伤发生率上为 1.61%，传统组为 16.13% ($p < 0.05$)。

表 2：患者手术压力性损伤评估结果 $[n(\%)]$

分组	n	红斑	水疱	破损	手术压力性损伤发生率
干预组	62	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.61)	1.61%
传统组	62	6 (9.684)	2 (3.23)	2 (3.23)	16.13%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

本研究结果中可以发现，手术室护理干预对手术压力性损伤具有显著防控作用，其基本原因在于这些干预措施通过多方位的介入，有效减少了皮肤和深层组织受到持续压力的

(下转第 124 页)

比表示, 组间比较采用卡方检验, 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

对照组患者基本治愈、显著进步、进步、无变化及恶化分别为 35.0%、20.0%、15.0%、30%, 总有效率为 70.0%;

观察组患者基本治愈、显著进步、进步、无变化及恶化分别为 45.0%、25.0%、25.0%、5%, 总有效率为 95.0%。观察组患者有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 结果详见表 1。

表 1: 两组患者治疗效果比较 [n, (%)]

组别	例数	基本治愈例 (%)	显著进步例 (%)	进步例 (%)	无变化及恶化例 (%)	总有效率例 (%)
对照组	20	7 (35.0)	4 (20.0)	3 (15.0)	6 (30)	14 (70.0)
观察组	20	9 (45.0)	5 (25.0)	5 (25.0)	1 (5.0)	19 (95.0)
χ^2						4.329
P 值						0.037

2.2 两组患者护理前后 Harris、Barthel 评分的比较

两组患者护理前 Harris 评分、Barthel 评分差异无统计学意义 ($P>0.05$); 两组患者护理后 Harris 评分、Barthel 评分高于护理前, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组患者护理后 Harris 评分、Barthel 评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结果详见表 2

表 2: 两组患者护理前后 Harris、Barthel 评分的比较 [n, ($\bar{x}\pm s$)]

组别	Harris 评分		Barthel 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=20)	38.7 $\pm$ 6.3	54.3 $\pm$ 9.8	36.9 $\pm$ 7.2	55.6 $\pm$ 9.9
观察组 (n=20)	38.6 $\pm$ 6.9	71.2 $\pm$ 11.3	37.2 $\pm$ 8.1	76.4 $\pm$ 10.5
T 值	0.048	-5.053	-0.124	-6.446
P 值	0.962	0.000	0.902	0.000

3 讨论

创伤性脑损伤是神经外科常见疾病之一, 是指外部暴力所致的颅脑损伤, 多见于战争和交通事故, 由于损伤位置位于中枢部位, 因此具有较高的致死率和伤残率^[3]。外科手术治疗可以改善患者的预后, 即使经抢救能挽回生命, 但往往伴有肢体残疾、癫痫或学习、记忆等认知功能障碍^[4], 甚至成为植物人丧失生活自理能力, 严重影响患者的生活质量并给社会和家庭带来沉重的负担, 任由病情进展, 患者的认知功能以及日常生活能力将出现全面衰退, 从而使患者生存期限缩短, 生活质量下降。因此如何提高生存者的生活质量是目前临床关注的热点。

近年来的研究显示, 中枢神经系统具有较高的可塑性以及功能重建, 术后护理干预对患者的康复极为重要^[5、6]。创伤性脑损伤患者, 颅脑损伤较重, 病情较复杂, 患者有恐惧、抑郁、焦虑等心理, 身体、心理上均处于高度应激状态, 因此,

对于脑外伤患者而言, 护理工作应能够促进患者生理、心理、精神以及情绪方面的康复。以往的常规护理较注重患者肢体功能的康复, 治疗效果不佳。本研究, 对观察组患者在常规护理基础上进行综合护理, 包括心理护理、感觉功能训练、运动功能训练、语言能力训练、生活能力训练以及记忆力训练等多种护理方式, 结果显示: 观察组疗效高于对照组, 差异有统计学意义; 两组患者护理后 Harris 评分、Barthel 评分高于护理前, 差异有统计学意义, 而且观察组患者护理后 Harris 评分、Barthel 评分高于对照组, 差异有统计学意义。

综上所述, 综合护理干预能促进创伤性脑外伤患者康复, 提高其生存质量, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] Pietrzak E, Pullman S, McGuire A. Using Virtual Reality and Videogames for Traumatic Brain Injury Rehabilitation: A Structured Literature Review[J]. Games Health J, 2021, 3(4): 202-214.
- [2] 陈清棠. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准及临床疗效评定标准[J]. 中华神经科杂志, 2022, 29(6): 381-382.
- [3] Mann Kate, Power Emma, Barnes Scott. Questioning in conversations before and after communication partner training for individuals with traumatic brain injury[J]. APHASIOLOGY, 2023, 29(9): 1082-1109.
- [4] Spielberg Jeffrey M, McGlinchey Regina E, Milberg William P, et al. Brain Network Disturbance Related to Posttraumatic Stress and Traumatic Brain Injury in Veterans[J]. Biological psychiatry, 2023, 78(3): 210-216.
- [5] 鄢杰. 康复护理干预对颅脑外伤患者生活质量的影响[J]. 中外医疗, 2022, 30(20): 151.
- [6] 张润弟. 优质护理在颅脑外伤患者中应用的效果分析[J]. 按摩与康复医学, 2021, 3(20): 112.

(上接第 122 页)

时间和强度, 从而防止了压力性损伤的发生。理解这些作用的原理, 需要从压力性损伤的病理机制出发。压力性损伤主要由于局部组织长期受压, 引起血流受阻和缺氧。正常情况下, 皮肤和深层组织通过充足的血液供应获得所需氧气和营养, 同时代谢废物被及时清除。然而, 当某一区域长时间受到外力压迫时, 毛细血管血流受阻, 导致组织缺氧和营养不足。随着时间的推移, 细胞开始变性和坏死, 最终出现压力性损伤。在手术室护理中, 合理的体位摆放和定时调整是防止压力性损伤的核心措施。通过使用软垫、海绵垫和减压气垫等支持装置, 护理人员能够有效分散压力, 减少皮肤和组织的受压时间和强度。例如, 在髂骨、骶尾部、足跟等骨突起部位使用凝胶垫或气垫, 可以有效减轻局部压力集中, 保持血液循环的畅通。

另外, 体位调整的重要性在于动态分配压力, 让不同区域的组织能够周期性地恢复血液供应和氧气供给。频繁地、更换体位不仅可以防止局部皮肤的持续受压, 还能促进全身血液循环, 有助于各组织器官的正常功能。

总而言之, 手术室护理干预对手术压力性损伤有一定防控作用, 同时可以有效的提升患者的护理满意度, 整体情况更好。

参考文献:

- [1] 康燕, 高颖. 手术室护理干预对改善手术压力性损伤的效果分析[J]. 健康之家, 2023(2): 159-161.
- [2] 李鑫华. 手术室护理干预在降低手术压力性损伤发生率中的临床意义分析[J]. 健康必读, 2023(14): 114-115.
- [3] 朱飞荣, 闫俊萍. 手术室护理干预在降低手术压力性损伤发生率中的应用价值分析[J]. 健康必读, 2023(10): 173-174.