

手术压力性损伤采用手术室护理干预的效果分析

卜雅旋

天水市第四人民医院 741020

【摘要】目的 探讨手术压力性损伤采用手术室护理干预的效果。**方法** 收集本院 2022 年 5 月至 2023 年 7 月期间接收的手术治疗患者案例 106 例，随机分为传统组与强化组各 53 例，传统组运用常规护理，强化组运用手术室护理干预，观察不同护理后患者压力性损伤情况与护理质量评分。**结果** 强化组在压力性损伤发生率为 1.89%，传统组为 22.64% ($p < 0.05$)；强化组在患者护理质量评分上，各项评分明显高于传统组 ($p < 0.05$)。**结论** 手术压力性损伤采用手术室护理干预，可以有效减少患者压力性损伤发生率，提升护理质量评分情况，整体状况相对更理想。

【关键词】 手术压力性损伤；手术室护理干预；效果

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2024) 06-144-02

手术压力性损伤是指患者在手术过程中因受到持续的压力而导致的皮肤和软组织损伤，尤其是在术后恢复的早期阶段更为常见。为了有效防控手术压力性损伤，开展手术室护理干预至关重要，从患者入院的那一刻起，护理人员就应对此问题予以高度重视，实施系统化的预防措施。本文采集手术治疗患者案例 106 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

收集本院 2022 年 5 月至 2023 年 7 月期间接收的手术治疗患者案例 106 例，随机分为传统组与强化组各 53 例。传统组中，男：女=28：25；年龄从 35 岁至 67 岁，平均 (54.72 ± 4.09) 岁；强化组中，男：女=31：22；年龄从 34 岁至 66 岁，平均 (53.19 ± 3.54) 岁；两组患者在基本年龄、性别、病情等信息方面没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

传统组运用常规护理，强化组运用手术室护理干预，具体如下：首先，护理干预应着眼于患者的个性化评估。在患者入院后，护理人员需要对每位患者进行详细的风险评估，包括年龄、体重、病史、皮肤状况等多个因素。通过运用压力性损伤风险评估工具，仔细评估患者在手术过程中的风险等级，从而为制定针对性的护理方案提供依据。针对评估结果，护理团队可以制定个性化的护理计划，了解患者在手术过程中最容易受到压力性损伤部位，这将在干预实施过程中指导护理措施的重点。接下来，手术室内的环境管理也至关重要。在手术过程中，调整患者位置和使用适当的垫层可以有效减少压力对皮肤的影响。护理人员应采用专业的压力分散垫或气垫床，这些设备能够帮助分散压力，减少接触点，从而降低损伤的风险。在术中，护理团队还应随时监测患者的体位，定期调整患者的姿势，尤其是当手术时间较长时，尽可能避免在同一姿势下保持过久，以降低压力点的形成。此外，手术室护理干预还应重视皮肤护理。护理人员需定期检查患者的皮肤状况，特别是在承受较大压力的部位，如尾骶部、肩胛部等。同时，护理人员应建议术前进行皮肤清洁，以保持皮肤的干燥和清爽，预防因潮湿导致的皮肤损伤。围手术期的营养支持同样重要，患者需要摄入足够的营养物质，以增强皮肤的修复能力和整体抵抗力。因此，护理人员应在术前评估患者的营养状态，并根据需求进行饮食调整，确保患者在手术前后都能获得适当的能量和营养供给。术后，护理干预不能放松。护理人员需要继续对患者的皮肤进行观察，发

现早期的红肿或压力性损伤迹象时，及时进行处理，对高风险部位应用保护性敷料，防止进一步的损伤。并且，护理人员还应结合患者的恢复情况，指导患者进行适当的活动，避免长期卧床导致的压力积累。

1.3 评估观察

观察不同护理后患者压力性损伤情况与护理质量评分。压力性损伤主要分为 1 期和 2 期。护理质量评分主要集中在医疗环境、服务态度、工作效率等评分，评分越高情况越好。

1.4 统计学分析

spss22.0 分析，计数 $n(\%)$ 表示，卡方检验，计量 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，t 检验， $P < 0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者护理质量评分情况

见表 1，强化组在患者护理质量评分上，各项评分明显高于传统组 ($p < 0.05$)。

表 1：各组患者护理质量评分结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	医疗环境	服务态度	工作效率
强化组	94.17 $\pm$ 2.41	95.87 $\pm$ 3.42	94.78 $\pm$ 3.57
传统组	90.45 $\pm$ 1.38	88.65 $\pm$ 2.09	89.51 $\pm$ 2.46

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 各组患者压力性损伤发生率情况

见表 2，强化组在压力性损伤发生率为 1.89%，传统组为 22.64% ($p < 0.05$)；

表 2：两组患者压力性损伤发生率情况 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	1 期	2 期	压力性损伤发生率
强化组	53	1 (1.89)	0 (0.00)	1.89%
传统组	53	8 (15.09)	4 (7.55)	22.64%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

本研究结果中，手术压力性损伤是术后常见的并发症，其发生不仅影响患者的恢复进程，还可能引发进一步的感染和其他并发症。相较于常规手术室护理，手术室护理干预能够更有效地减少压力性损伤的发生率，从而显著提升护理质量，这主要体现在几个方面。首先，手术室护理干预强调对患者个体差异的深入了解和风险评估。通过对患者病史、身体状况和可能的高风险因素进行全面考量，护理人员可以准确识别出易发生压力性损伤的患者^[1]。在这一基础上，护理团队能够制定个性化的护理计划，从而采取相应措施。其次，手术室护理干预注重对手术环境及器械使用的科学管理。专业

(下转第 147 页)

观察组护理满意度为 98.3%，对照组为 83.3%，对比具统计学差异（ $P<0.05$ ）。

2.3 心理状况两组干预前心理状况无差异，干预后均有改善，观察组更为显著（ $P<0.05$ ）。见表 2。

2.4 并发症观察组仅便秘 1 例，并发症率为 1.7%，对照组便秘 5 例，尿潴留 4 例，并发症率为 15%，对比具统计学差

异（ $P<0.05$ ）。

表 1：两组疼痛评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	术后 1h	术后 8h
观察组（n=60）	0.6±0.1*	1.6±0.2 *
对照组（n=60）	1.7±0.2	2.8±1.6

注：* $P<0.05$ 。

表 2：两组干预前后心理状况评估对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	SAS		SDS	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组（n=60）	51.7±8.2	46.2±2.3*	55.2±5.5	47.2±2.1*
对照组（n=60）	51.0±8.1	49.2±2.14	55.1±5.2	52.4±0.5

注： $P<0.05$ 。

3 讨论

混合痔患者术后常有尿潴留、疼痛、便秘等并发症发生，对创面修复造成了严重影响，中医认为，通则不通、痛则不通，故通其气血，才可祛瘀消滞，发挥通则不通的作用^[3-4]。传统护理多效果有效，而应用中医护理方案，在减少术后并发症，提高治愈率方面价值显著。本次研究观察组应用中医护理方案，结果显示，疼痛程度明显低于常规护理的对照组，心理状况和护理满意度优于对照组，并发症少于对照组。

在本次研究中，观察组首先重视饮食调护，可起活血化瘀、清热燥湿之效；其次，行情志干预，可消除患者负性情绪，增强遵医遵从；应用中医护理技术，可对便秘、尿潴留、疼痛等并发症进行防范；加强中医辨证施护，可缩短患者病程，最大程度改善预后^[4-5]。

综上，针对临床收治的混合痔术后病例，采用中医护理方案展开综合干预，可有效缓解疼痛，改善患者心理状况，提高护理质量，确保临床安全性，具有非常积极的应用价值。

参考文献

[1] 戎艳莉, 王坤, 郑宝玲. 混合痔术后疼痛中医护理体会[J]. 河北中医, 2022, 36(2): 303-304.
[2] 黄蓝萍. 中医护理临床路径在混合痔患者围术期护理中的应用效果[J]. 内蒙古中医药, 2022, 33(34): 170.
[3] 朱慷裙. 中医护理干预对混合痔外剥内扎术后疼痛控制 30 例临床观察[J]. 亚太传统医药, 2023, 8(4): 217-218.
[4] 王维芬. 混合痔中医护理方案实施体会[J]. 内蒙古中医药, 2022, 34(12): 146-147.
[5] 伍跃麟, 谷云飞. 中医治疗混合痔术后疼痛的临床进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 23(15): 1706-1708.

（上接第 144 页）

的护理团队会确保手术台的设计和材料符合减少承压点的原则，应用压力分散垫、气垫等设备，最大程度地减轻对皮肤和软组织的压力^[2]。此外，护理人员还会进行术中位置调整，防止长时间维持同一姿势，从而有效地避免压力性损伤的高发。同时，对手术室环境的严格消毒和清洁也为减少术后感染风险提供了保障^[3]。

总而言之，手术室护理干预在防控手术压力性损伤中的作用不可或缺。通过全面评估、环境控制、持续关注皮肤状况及术后干预等综合措施，可以大大降低针刺损伤的发生率。

通过这些有针对性和系统性的护理措施，保障患者在手术过程中的安全性，为其术后恢复提供良好的条件，提高整体护理质量，提升患者的满意度。

参考文献

[1] 金绍辉, 田青, 陈丽, 等. 手术室护理干预对手术压力性损伤的影响[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13(9):175-178.
[2] 张菊英. 手术室护理干预对手术压力性损伤的影响[J]. 饮食保健, 2021(24):165.
[3] 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.

（上接第 145 页）

以此保证护理的安全与实效^[3]。对于患者而言，中医护理路径的实施可以使得患者感受到更加贴心和专业的护理服务，从而提高患者满意度，不断推进临床治疗。中医火疗通过局部加热促进血液循环，缓解炎症和疼痛，从而减少了并发症的发生，结合中医护理模式，通过情志护理、中药熏洗等措施，不断改善患者的整体健康状况，进一步降低了并发症的风险^[4]。相较于常规治疗方式以及护理方式而言，中医护理路径的制定考虑了患者的个体差异和病情特点，对可能出现的并发症进行了针对性的预防，通过中药的使用应对了患者可能出现的口腔并发症、肺部感染等，从而降低了并发症发生的可能。同时中医护理还强调患者的心理支持，减少了因心理因素导致的并发症，有助于患者更好地应对治疗过程中的压力和挑战^[5]。

综上，对神经性皮炎患者展开中医火疗和护理支持能够有效改善患者临床症状，促进皮损恢复，获得良好的临床治疗成效，同时可降低不良反应的发生率，临床应用成效良好，

可采纳、应用。

参考文献

[1] 陈曙光, 王学敏, 段方红, 等. 基于当代医案的中药治疗神经性皮炎用药规律分析[J/OL]. 中国实验方剂学杂志, 1-13[2024-07-07].
[2] 范佳敏, 李家林, 蒋蓉, 等. 放血疗法联合复方倍卤米松乳膏治疗局限性神经性皮炎临床观察[J]. 光明中医, 2023, 38(12):2297-2299.
[3] 刘青梅. 蛇黄软膏联合穴位自血疗法治疗局限性神经性皮炎（风湿热蕴证）的临床疗效观察[D]. 成都中医药大学, 2023.
[4] 卢柯遐. 柴芍龙牡加减方联合糠酸莫米松软膏外用治疗局限性神经性皮炎（肝郁化火证）的临床疗效观察[D]. 成都中医药大学, 2022.
[5] 李汶峰. 基于“以皮治皮”理论探讨五皮饮加味醋剂治疗局限性神经性皮炎（风湿热蕴证）的临床研究[D]. 成都中医药大学, 2022.