

针对内镜下切除胃肠息肉患者实施强化术后护理的效果研究

文 / 单绘铭, 王丽娜, 陈如娟

【摘要】目的: 分析经过内镜下切除胃肠息肉诊治的患者强化术后护理有效性。方法: 近三年接受诊治的胃肠息肉患者102例被纳入分析范围, 这些患者均利用内镜切除术干预, 基于护理方式进行两组患者, 有51例患者接受普通护理干预, 记作普通指导组, 剩余51例患者接受强化术后护理干预, 记作强化指导组, 分析两组患者情绪评分和干预时间。结果: 强化指导组患者不良情绪缓解程度更大 ($P < 0.05$); 强化指导组患者术后多项指标均优于基础组 ($P < 0.05$); 强化指导组有2例患者出现出血现象、1例患者出现胃穿孔现象、1例患者出现感染现象, 总占比7.8%, 小于基础指导组15.6% ($P < 0.05$); 强化指导组对护理工作的多个项目满意度评分和基础护理组比较, 即强化指导组的分数更高 $P < 0.05$ 。结论: 在胃肠息肉患者接受内镜切除术干预后, 医护工作者要及时纳入强化术后护理的思路, 全面改善患者不良情绪, 缩短患者恢复时间, 值得推荐。

【关键词】内镜切除术; 胃肠息肉; 强化术后护理; 应用效果

胃肠息肉, 即出现在机体胃肠道黏膜上, 黏膜有一定隆起病变的特点, 早期患者并不会感受到身体不舒适, 在病情日益进展的过程中会让患者面临着上腹隐痛以及腹胀等症状影响。内镜切除术为常用的一种方式, 可是即便手术属于微创类型, 也会给患者的身体机能带来损伤^[1]。再者部分患者不能充分了解手术治疗的意义和作用, 增加了患者负面情绪的可能性, 阻碍患者有效预后。基于此尝试引进强化术后护理的思路, 选取102例患者实施具体医学调查, 实际报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

入选的患者均被诊断为胃肠息肉疾病, 达到内镜切除术的适应证, 患者和家属均肯定手术诊治的方式, 签署知情书。围绕护理的模式进行两组分配, 有普通指导组以及

强化指导组, 两组患者的数量等同。第一组有26例男性和25例女性, 年龄所处60~79岁区间, 平均年龄(68.42 ± 1.06)岁。病程所处5个月至2年, 平均病程(1.03 ± 0.70)年。第二组有24例男性和27例女性, 年龄所处62~83岁区间, 平均年龄(70.69 ± 2.41)岁。病程所处8个月至3年, 平均病程均(1.83 ± 0.41)年, 纳入条件: 临床资料齐全的患者、半个月之内尚未进行抗生素等药物干预。排除条件: 伴随肿瘤疾病患者、有心脑血管疾病患者、存在凝血功能障碍的患者或者有认知能力障碍患者^[2]。

1.2 方法

对基础指导组患者实施基础术后护理, 护士分析患者的身体状况, 给患者和家属强调需要注意的问题, 结合患者身体情况调节饮食方案和运动训练方案, 促进患者早日康复。对强化指导组患者实施强化术后护理, 首先是健康指导, 在患者体征比较稳定的情况下, 护士开展健康指导, 按照图片或者视频加深患者对疾病的认知, 给患者介绍平时应该注意的并发症, 促进患者转变被动化干预态度, 以积极乐观的心态对待疾病, 排除患者心中疑惑, 引导患者认真配合术后护理的过程^[3]。其次是心理指导, 护士应分

【作者单位】阜宁县人民医院消化内科

【作者简介】单绘铭(1995~), 女, 本科, 护师, 研究方向为消化内科护理工作。

表 1 比较 HAMA、HAMD 量表评分结果 ($\bar{x}\pm s$)

小组	HAMA 量表 (尚未干预)	HAMA 量表 (干预结束)	HAMD 量表 (尚未干预)	HAMD 量表 (干预结束)
基础指导组	18.42±3.62	15.40±3.27	19.06±3.52	15.66±2.40
强化指导组	18.36±2.40	10.06±3.55	18.97±4.10	12.04±1.33
t	0.635	8.524	0.551	7.620
P	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

表 2 比较胃肠道功能改善结果 ($\bar{x}\pm s$)

小组	术后首次排气平均时间	术后首次排便平均时间	术后肠鸣音改善平均时间	住院平均时间
基础指导组	25.43±1.66	37.40±1.25	14.69±2.33	5.50±1.26
强化指导组	20.15±3.24	30.11±1.27	10.46±0.72	2.46±0.77
t	18.625	25.302	14.635	22.201
P	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

析患者是否出现不良情绪,开导患者心理。护士了解患者大便的基本形状以及颜色,整体上记录和观察患者身体康复情况。对患者出现的压痛或者腹痛情况加以统计,让患者体会到人文关怀,促进患者自主表述自己心声,在第一时间得到护士的疏导,缓解患者不良情绪,提高患者依从性^[4]。再次是饮食干预,在患者胃肠息肉直径比较小的情况下,即小于1cm,手术当日便可以指导患者饮水或者进食流质食物。在胃肠息肉直径大于1cm的情况下,手术之后要强调禁食一日,次日适当进食流质食物,手术之后第三日摄入米粥等食物,手术之后一个星期恢复平时饮食^[5]。要求患者在手术30日内优先进食容易消化的食物,添加一些蔬菜和水果,引导患者不要吸烟与饮酒,也不要摄入存在刺激性的食物,促进患者胃肠道恢复健康。在用药的干预上,合理引进静脉输入药物,起到抑酸止血的作用,按照医生叮嘱全面呵护患者,关怀患者^[6]。最后是并发症干预,对患者手术之后的体征进行了解,在胃肠息肉直径不超过1cm的情况下可引导患者手术后三日以卧床为主进行适当活动,在直径大于1cm的情况下可引导患者保持绝对卧床,手术三日后逐步活动,且30日之内不应该剧烈运动,可以通过散步等活动增强体能^[7]。指导患者定期复查,利用肠镜检查评估患者康复程度,提高患者生活水平。

1.3 观察指标

评估患者不良情绪,有HAMA、HAMD量表,每个量

表均包含20个条目,分数越高代表患者焦虑情绪以及抑郁情绪越明显。了解患者胃肠道功能改善的情况,比较患者并发症产生情况,比较术后干预的安全性^[8-9]。按照阜宁县人民医院自制的满意度调查表,组织患者从自身感受出发真实化评估护理工作的效果,有饮食指导、心理指导、运动指导、药物指导、健康指导以及并发症护理,各个项目总分均为40分,满意度和分数之间成正比关系。

1.4 统计学分析

统计学方法:数据应用SPSS 20.0统计学软件分析;计数资料以[n(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验(P<0.05)表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 统计HAMA、HAMD量表评分情况

尚未干预,强化指导组患者HAMA量表分数为(18.36±2.40)分、HAMD量表分数为(18.97±4.10)分,和基础指导组比较无显著差异(P>0.05)。干预结束,强化指导组患者HAMA量表分数为(10.06±3.55)分、HAMD量表分数为(12.04±1.33)分,基础指导组患者HAMA量表分数为(15.40±3.27)分、HAMD量表分数为(15.66±2.40)分,互相比较强化指导组的不良情绪缓解程度更大(P<0.05),如表1。

2.2 统计胃肠道功能改善情况

强化指导组患者术后首次排气平均时间(20.15±3.24)h、

表3 比较满意度评估结果 ($\bar{x}\pm s$)

小组	饮食指导	心理指导	运动指导
基础指导组	21.03±5.22	22.64±3.50	23.17±4.15
强化指导组	35.20±0.44	34.60±1.22	30.20±1.58
t	15.203	18.625	14.302
P	P<0.05	P<0.05	P<0.05

续表3

药物指导	健康指导	并发症护理
22.58±3.59	20.11±1.04	23.65±2.47
32.40±2.22	31.67±0.94	33.10±0.77
16.332	14.207	12.067
P<0.05	P<0.05	P<0.05

术后首次排便平均时间 (30.11 ± 1.27) h、术后肠鸣音改善平均时间 (10.46 ± 0.72) h、住院平均时间 (2.46 ± 0.77) d, 基础组患者术后首次排气平均时间 (25.43 ± 1.66) h、术后首次排便平均时间 (37.40 ± 1.25) h、术后肠鸣音改善平均时间 (14.69 ± 2.33) h、住院平均时间 (5.50 ± 1.26) d, 互相比强化指导组患者的胃肠道功能改善效果更好 ($P<0.05$), 如表2。

2.3 统计并发症情况

强化指导组有2例患者出现出血现象、1例患者出现胃穿孔现象、1例患者出现感染现象, 总占比7.8%, 小于基础指导组15.6% (有3例患者出现出血现象、2例患者出现胃穿孔现象、3例患者出现感染现象) ($P<0.05$, $\chi^2=16.302$)。

2.4 统计满意度评估情况

强化指导组对护理工作的多个项目满意度评分和基础护理组比较差异显著, 即强化指导组的分数更高 ($P<0.05$), 如表3。

3 讨论

3.1 强化术后护理可缓解不良症状

分析胃肠息肉患者, 其通常会有胃肠道黏膜增生的病症, 医学专家判断此种疾病在一定程度上和遗传因素以及饮食方式存在关系, 早期患者基本不会出现强烈的症状, 然而经过胃肠镜筛查可以确诊, 此种疾病被理解为良性病变, 在及时诊治时可以提高患者的生存概率^[10-13]。然而

手术诊治会产生创伤, 为此应配合科学的术后护理干预手段, 最大化提高患者康复效果。本次调查结果表明: 尚未干预, 强化指导组患者HAMA量表分数为 (18.36 ± 2.40) 分、HAMD量表分数为 (18.97 ± 4.10) 分、和基础指导组比较无差异性 ($P>0.05$)。干预结束, 强化指导组患者HAMA量表分数为 (10.06 ± 3.55) 分、HAMD量表分数为 (12.04 ± 1.33) 分, 基础指导组患者HAMA量表分数为 (15.40 ± 3.27) 分、HAMD量表分数为 (15.66 ± 2.40) 分, 互相比强化指导组的不良情绪缓解程度更大 ($P<0.05$), 能够明确强化术后护理可直接疏导患者情绪。护士关怀患者, 可从多个维度上掌握患者对待疾病的态度, 护士耐心和学生沟通, 向学生具体阐述疾病知识, 使得患者了解到自己依对从干预工作的重要性, 从而增加患者恢复健康的信心, 消除患者焦虑或者抑郁等不良情绪。

3.2 强化术后护理可促进患者康复

本次实施的强化术后护理方案, 贯彻以患者为中心的原则, 护士在具体实践中能够全方位观察患者体征, 组织患者进行针对性检查和护理指导, 凸显着护理服务的系统性以及科学性优势, 围绕患者病情优化护理计划。结果表明: 强化指导组患者术后首次排气平均时间 (20.15 ± 3.24) h、术后首次排便平均时间 (30.11 ± 1.27) h、术后肠鸣音改善平均时间 (10.46 ± 0.72) h、住院平均时间 (2.46 ± 0.77) d, 均小于基础组患者, 即强化指导组患者的胃肠道功能改善效果更好 ($P<0.05$)。经过干预, 患者可以加深对疾病的掌

握,护士系统性指导患者术后康复,提升患者的主动性,叮嘱患者按照医生开具的药物干预方法服用药物,明显减少胃肠道的负担,有利于胃肠道功能恢复。

3.3 强化术后护理可降低并发症

胃肠息肉患者接受手术诊治,在术后若护士没有制定针对性与细致性预防并发症方案,会影响到患者术后恢复健康的速度,使得患者面临着出血或者感染等不良症状。本次结果表明:强化指导组有2例患者出现出血现象、1例患者出现胃穿孔现象、1例患者出现感染现象。总占比7.8%,小于基础指导组15.6%(有3例患者出现出血现象、2例患者出现胃穿孔现象、3例患者出现感染现象)($P<0.05$)。所以强化术后护理的方法应用更加强调了并发症的规避,护士可以结合胃肠息肉直径的大小帮助患者调整活动计划,帮助患者最大化恢复胃肠道功能,促进胃肠道蠕动,增强患者身体机能,从而减少并发症出现^[14-16]。

3.4 强化术后护理可提高满意度

调查结果表明:强化指导组对护理工作的多个项目满意度评分和基础护理组比较差异显著,即强化指导组的分数更高差异显著($P<0.05$)。所以强化指导组的护士能够在干预工作中做到全方位和全面引导患者制定科学的饮食方案,利用疾病知识让患者形成正确的疾病观念,让患者主动配合并依从护士,更好地提高患者满意度,基于此要大力宣传强化术后护理方案,提升胃肠息肉患者术后护理的综合效果。^[7]

【参考文献】

[1] 黄雪娟,李睿,林翠琴,陈艺玲,黄清蓉,唐庆林,吕新芝.信息化管理在日间胃肠息肉切除术患者中的应用效果[J].广西医学,2021,43(24):3011-3015.

[2] 曾雪华.分析针对内镜下切除胃肠息肉患者实施强化术后护理的价值[J].医学食疗与健康,2021,19(18):129-130.

[3] Zhang Shuang. Clinical effects of quality care in patients with endoscopic high-frequency electric resection of gastrointestinal polyps [J]. The Chinese Journal of Misclassification,2021,16(4):346-347.

[4] 马赵诣,杨嫚,高远征.探讨对接受无痛内镜下切除的胃肠息肉患者进行综合护理的效果[J].黑龙江医

学,2021,45(2):186-187+190.

[5] 仲红蓉,赵君君.多样性心理护理在内镜下胃肠息肉切除术后的应用价值[J].心理月刊,2020,15(21):118-119.

[6] Chen Xiaoying, Yan Lizhen. Analysis of the intervention and effect of dietary care after endoscopic treatment of gastrointestinal polyps [J]. Jilin Medicine,2020,41(5):1265-1266.

[7] 王娜.胃肠息肉患者行内镜下黏膜切除术综合护理效果评价[J].中国社区医师,2019,35(23):146+149.

[8] 尹雪梅.网络平台健康宣教在胃肠息肉术后患者延续护理中的应用效果[J].中国药物与临床,2019,19(13):2313-2314.

[9] 孙凌,米琰,李小妹.胃肠息肉摘除术后低血糖反应发生的原因及护理干预对策[J].中国临床新医学,2019,12(2):218-220.

[10] 竺黎君.内镜下黏膜切除术治疗胃肠息肉疗效及对炎性因子的影响[J].基层医学论坛,2023,27(14):14-16.

[11] 阮细萍.体表胃肠电起搏+中频电穴位刺激干预联合心理放松语言护理在结肠息肉内镜下切除后的应用研究[J].智慧健康,2022,8(35):64-67.

[12] 颜雪方,杨熹.内镜下黏膜切除术与内镜下高频电切术治疗胃肠道无蒂息肉的临床对比研究[J].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(23):62-65.

[13] 井晓辉,孙淑珍,高磊.内镜下不同术式对胃肠息肉治疗效果比较及对肠道菌群的影响[J].河南医学研究,2022,31(17):3149-3151.

[14] 白玉强,白云磊,王蒙.老年胃肠道息肉患者采用内镜下黏膜切除术治疗的效果及对血清炎症因子与预后的影响观察[J].贵州医药,2022,46(3):379-381.

[15] 许亚培,龙润,杨金国等.“健脾化浊方”对内镜下大肠腺瘤性息肉切除术后血清炎症因子、胃肠功能恢复及息肉复发的干预作用研究——附48例临床资料[J].江苏中医药,2021,53(7):30-33.

[16] 朱有斌,翁丽燕,徐志强.内镜下黏膜切除术对胃肠道息肉患者炎症指标及应激指标、并发症、围术期相关指标的影响[J].中国医学创新,2021,18(18):55-59.