

综合护理在行内镜下大肠息肉摘除术患者中的应用效果分析

王玉芳

常熟市支塘人民医院, 江苏 常熟 215531

【摘要】目的 探究综合护理干预措施应用在内镜下大肠息肉摘除术患者护理中的效果。**方法** 选取2020年1月至2021年12月经本院诊断确诊为大肠息肉的98例患者作为研究对象,开展内镜下大肠息肉摘除手术治疗。按照1:1比例进行盲选分组处理,对照组开展常规护理,观察组则予以综合护理措施。对比两组护理质量、疼痛程度、护理满意度、并发症。**结果** 观察组护理质量评分高于对照组,观察组VAS评分低于对照组($P < 0.05$)。观察组患者护理总满意度高于对照组($P < 0.05$);观察组并发症发生率低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 综合护理措施的实施,对内镜下大肠息肉摘除手术患者具有明显的干预效果,有利于减轻患者的疼痛感,提高护理质量,避免并发症的出现,提高患者对护理服务的满意度。

【关键词】综合护理;内镜下大肠息肉摘除术;护理质量;满意度;并发症

【中图分类号】R473 **【文献标识码】**A

临床上,把突向于黏膜表面的隆起性病变为“大肠息肉”。而大肠息肉有不同分类:肿瘤性息肉、非肿瘤性息肉、肠息肉病。目前,临床收治的多数大肠息肉患者属于炎性息肉或者增生性息肉,仅有少数患者属于腺瘤或者恶性肿瘤,一般临床会建议肠镜检查。炎性息肉与增生性息肉的发生,多是由于慢性炎症反应、肠黏膜组织明显增生所致,而腺瘤的发生,则是癌前病变,很容易演变成大肠癌。然而就当下临床形势而言,难以正确区分肿瘤性息肉和非肿瘤性息肉,所以息肉一直是临床的初步诊断。积极开展病理学检查,待确诊后实施相应的治疗^[1]。在全部肠道息肉患者中,80%左右的患者属于大肠息肉病变,需尽早采取合适的治疗,避免息肉癌变,预防患者因癌症而死亡^[2]。内镜下大肠息肉摘除术是当前临床面对大肠息肉患者的首选治疗方法,创伤性较小,操作相对简单,不会加重患者痛苦,但术后穿孔、出血是大肠息肉摘除术的常见并发症,所以临床需要配合全面、优质的综合护理干预措施。本研究盲选分组2020年1月至2021年12月经本院诊断确诊为大肠息肉的患者,通过组间对比方法,分析综合护理干预的有效性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经过本院电子肠镜检查,共发现98例大肠息肉患者,均伴有不同程度的便血、腹痛、腹胀症状,积极开展内镜下大肠息肉摘除手术治疗,入院时间是2020年1月至2021年12月。基于1:1比例进行盲选分组,每组49例。对照组:男性患者30例,女性患者19例;年龄27~82岁,平均年龄(56.37 ± 3.04)岁。观察组:男性患者37例,女性患者12例;年龄29~85岁,平均年龄(56.85 ± 3.11)岁。经统计分析,不同组别组间资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本院伦理委员会批准研究开展。上述患者均知情同意,并在知情同意书上签字。

纳入标准:经诊断为大肠息肉患者;自愿参与本次研究;无精神疾病。

排除标准:非本研究疾病者;患有精神疾病者;无自理行为者。

1.2 方法

对照组开展常规护理,例如健康教育指导、饮食管理、监测生命体征、要求患者按时按量使用相

关药物等。

观察组实施综合护理措施。

(1) 术前干预: 详细掌握患者的基本情况, 特别注意既往病史, 辅助接受常规检查, 如血常规、血压检测、心电图等, 术前1周停止使用抗凝类药物和禁用甘露醇, 对患者用药后的并发症(如恶心、呕吐、腹泻、腹胀、腹痛)进行严格观察, 向患者询问排便状况, 合理处理不良情况; 详细准备相关手术器械和仪器, 并对器械使用情况进行检查, 保证仪器运转正常; 增加病房巡视频次, 对患者说明手术和疾病相关知识, 重点说明手术期间所需注意的问题, 询问患者有无疑问, 并耐心作出解答, 增进患者认知, 对患者或家属的错误认知进行纠正, 通过告知患者内镜下大肠息肉摘除术的优势来缓解患者的负面情绪, 嘱咐患者放松身心, 积极配合即可; 指导患者规律健康生活, 帮助患者转移注意力, 不要长时间处在劳累和紧张的环境中, 消除自身负面情绪, 亦可教会患者呼吸控制方法, 增强自身调控能力; 术前3d要求患者吃无渣食物, 术前一晚口服复方聚乙二醇电解质散[生产企业: 舒泰神(北京)生物制药股份有限公司; 批准文号: H20040034; 规格: 每包含: A剂: 聚乙二醇400013.125g; B剂: 碳酸氢钠0.1785g, 氯化钠0.3507g, 氯化钾0.0466g]2包, 溶于2000ml水中, 2h内喝完, 叮嘱患者多喝水; 术前服用复方聚乙二醇电解质散同前一天的量, 对患者大便排出情况进行仔细观察。

(2) 术中干预: 术前15min注射丁溴东莨菪碱(生产企业: 烟台鲁银药业有限公司; 批准文号: H37022621; 规格: 1ml: 20mg)20mg, 避免机体肠道快速蠕动, 同时准备相应的手术器械, 如圈套器、热活检钳、注射针、夹子装置等, 提前调节手术室温、湿度, 告知患者术中不可随意变换体位, 让患者在舒适环境中乐观接受手术操作; 协助患者换衣裤, 辅助左侧卧位, 屈曲双腿, 涂抹足够的润滑剂于肛门部后, 进行肛门指诊, 及时检查并判断患者有无痔疮和肛裂现象, 将内镜前端涂抹润滑剂, 插镜过程中, 协助医师操作, 注意各项操作动作轻柔, 避免损伤患者肠壁; 调整手术视野, 待息肉彻底切除后, 观察切除情况, 及时发现穿孔、出血情况, 并协助医师对症处理; 指导患者正确深呼吸, 放松身心, 对患者意识状态和生命体征加以密切监测, 及时发现不良情况, 并停止相应

操作, 对症处理。

(3) 术后干预: 监测生命体征, 及时通知医师患者的不良情况, 询问患者有无乏力、头晕、口渴和心悸并发症, 同时对患者大便性状、量进行详细记录, 及时发现黑便和呕血现象, 予以相应处置; 合理补液, 保护患者肠道功能, 并判断患者是否出现腹胀症状, 对患者排气情况进行观察, 并准确记录; 做好饮食管理, 饮食清淡, 叮嘱患者术后第1天选择流质性的食物, 如米汤、鱼汤, 第2天选择半流质的食物, 如米粥、面条; 不可吸烟饮酒, 尽早下床活动, 但应注意活动力度, 不可过于剧烈; 结合患者康复情况, 制订出院指导方案, 并对病情好转和即将出院的患者做好相应的出院指导工作。

1.3 观察指标

从护理态度、工作责任心、解决问题能力三个角度评定两组护理质量, 总分100分, 分数越高则护理质量越高; 经视觉模拟评分(VAS)法评定两组患者疼痛程度, 使用10cm游动标尺, 两端有0分和10分, 共计10个刻度, 0分即无痛, 10分即剧烈疼痛、难以忍受, 刻度面背向患者, 患者标出自身疼痛程度位置, 评估疼痛程度; 调查问卷评定两组患者满意度, 分数0~30分, 0~10分即不满意, 11~20分即部分满意, 21~30分即满意; 统计两组并发症, 如穿孔、出血、腹胀、腹痛。

1.4 统计学方法

应用SPSS23.0统计软件分析数据, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料以 $n(\%)$ 表示, 采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理质量和疼痛状况比较

观察组护理质量评分高于对照组, 观察组VAS评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组患者护理满意状况比较

观察组患者护理总满意度高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.3 两组患者并发症情况比较

观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

3 讨论

大肠息肉发病率高, 与不健康饮食和不良生

表1 两组患者护理质量和疼痛状况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	护理质量	VAS 评分
对照组	49	80.17 ± 4.22	4.55 ± 1.25
观察组	49	91.02 ± 1.48	2.03 ± 0.98
<i>t</i>		16.983	11.106
<i>P</i>		< 0.05	< 0.05

表2 两组患者护理满意状况比较 [*n* (%)]

组别	满意	部分满意	不满意	总满意度
对照组 (<i>n</i> =49)	21 (42.86)	20 (40.82)	8 (16.33)	41 (83.67)
观察组 (<i>n</i> =49)	25 (51.02)	23 (46.94)	1 (2.04)	48 (97.96)
χ^2				4.405
<i>P</i>				0.036

表3 两组患者并发症情况比较 [*n* (%)]

组别	穿孔	出血	腹胀	腹痛	并发症发生率
对照组 (<i>n</i> =49)	1 (2.04)	2 (4.08)	2 (4.08)	3 (6.12)	8 (16.33)
观察组 (<i>n</i> =49)	0 (0.00)	1 (2.04)	0 (0.00)	1 (2.04)	2 (4.08)
χ^2					4.010
<i>P</i>					0.045

活习惯密切相关,且我国大肠息肉患病率有逐渐上升趋势。作为消化系统常见性疾病,大肠息肉可发生在任何年龄群,腺瘤性息肉极易引起绒毛状腺瘤癌,对患者生命安全产生巨大威胁。手术是大肠息肉的主要治疗手段,然而传统手术方法虽有一定疗效,但亦会增加患者痛苦,增加术后并发症发生率,临床实际应用中的局限性较大。内镜下大肠息肉摘除术是一种新型微创技术手段,优势较多,相较传统手术,患者术中痛苦度并不高,应用前景相对广阔。经过大量的研究报道^[3],认为行内镜下大肠息肉摘除手术的同时,配合有效的护理干预措施至关重要,有助于减轻患者疼痛,提高手术效果,规避并发症,保证患者安全。

综合护理坚持把护理程序作为护理核心体系,确保护理程序更加系统化,在护理计划、出院计划、护理质量控制等多个方面的工作中,均表现出它的优势。以护理程序为框架,环环相扣,整体协调,可在很大程度上提升整体护理质量。另外,综合护理模式更加符合现代化护理理念,其不仅融

入小组护理优势,还具备责任制护理优点,积极向患者开展优质、全面、系统、科学的护理服务,利于提高患者对护理工作的满意度^[4]。经过本次研究,结果提示观察组患者护理质量评分高,VAS评分低,护理满意率高,并发症发生率低($P < 0.05$),由此可见:综合护理模式对行内镜下大肠息肉摘除术的患者具有积极干预作用,特别是在减弱患者疼痛感、提高护理质量和满意度、降低并发症风险方面,干预价值更为突出。分析原因:术前全面了解患者情况,加强常规检查,监测生命体征,在明确患者病情的同时,可规避既往病史所产生的不良影响,评估手术风险;不少患者不了解疾病和手术治疗情况,内心恐惧、紧张、焦虑,此时,护理人员应加强心理护理,并做好饮食指导,这些均可拉近与患者之间的关系,减弱患者负面情绪,转移注意力,减轻自身疼痛,提高治疗依从性;术中体位干预和生命体征变化监测,便于手术的顺利实施;术后全方位护理干预,密切关注患者并发症,并做好相应管理服务,可促使患者尽早好

(转第100页)

入糖皮质激素等治疗；监测预后：根据 FENO 检测结果可以监测药物的治疗效果（用药是否正确、有效）；鉴别病因：可鉴别慢性咳嗽的病因，如咳嗽变异性哮喘及嗜酸性支气管炎等，减少误诊误治。FENO 的动态检查还有助于帮助医生评估患者停药时机；还可用于如本研究中 COPD 患者的检查：在一些患有慢性支气管炎和肺气肿（医学上称为慢性阻塞性肺病）的成年人中，当病情稳定时，FENO 通常是正常的。急性加重时，FENO 通常升高。急性加重期激素治疗后 FENO 再次正常。它也有助于尽早控制病情，避免病情进一步恶化。在本研究中，通过对研究对象进行 FENO 检测，且分析 COPD 患者 FENO 与 FEV₁%、EOS、hs-CRP 的相关性。对照组治疗前后 FENO、FEV₁%、EOS、hs-CRP 指标差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；观察组治疗后 FENO、EOS、hs-CRP 均低于治疗前（ $P < 0.05$ ），但治疗前后 FENO 均高于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组治疗后 FEV₁% 明显高于治疗前，但治疗前后均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。治疗前后 FENO 与 FEV₁% 均无相关性（ $r < 0$ ， $P > 0.05$ ），但 FENO 与 EOS、hs-CRP 均呈相关性（ $r > 0$ ， $P < 0.05$ ）。说明采用 FENO 检测可对 COPD 患者进行有效诊断，并为其后续治疗方案的制订提供有效依据。在于森等^[6]研究中也表示，应用 FENO 检测于 COPD 患者诊断中，FENO 升高明显，

可有效用于 COPD 的鉴别诊断。与本研究结果相符，说明 FENO 检测有较高使用价值。

综上所述，对 COPD 患者使用 FENO 检测进行诊断，其结果显著升高，可进行 COPD 的有效诊断，为患者后续治疗提供有效依据，有较高的应用价值，值得推广。

参考文献

- [1] 付群, 郭迪, 赵文飞. 哮喘-慢阻肺重叠、哮喘和慢性阻塞性肺病患者诱导痰 VEGF、ICAM-1、IL-13、呼出气一氧化氮水平的变化及临床意义 [J]. 临床荟萃, 2021, 36 (6): 513-516.
- [2] 陈素婷, 郭锋, 杨剑, 等. 呼出一氧化氮检测在哮喘-慢阻肺重叠综合征患者中的应用及其价值研究 [J]. 临床肺科杂志, 2019, 24 (4): 654-657.
- [3] 张施工. 呼出气一氧化氮检测在哮喘-慢阻肺重叠综合征诊疗中的临床意义 [J]. 中国实用医药, 2019, 14 (17): 53-54.
- [4] 徐冬才. 呼出气一氧化氮检测在哮喘慢阻肺重叠综合征的诊疗价值 [J]. 国外医学 (医学地理分册), 2019, 40 (4): 350-353.
- [5] 和建武, 向丽, 郭春丽, 等. 呼出气一氧化氮检测在哮喘-慢阻肺重叠综合征治疗中的临床应用分析 [J]. 国际呼吸杂志, 2019, 39 (22): 1702-1706.
- [6] 于森, 刘喆, 王颖, 等. 呼出气一氧化氮在哮喘-慢阻肺重叠综合征患者测定的临床意义 [J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31 (6): 700, 726.

(接第 76 页)

转，避免发生并发症，缩短入院治疗时间，提高整体护理效果，提高患者满意度^[5-6]。

综上所述，综合护理干预措施应用在内镜下大肠息肉摘除术患者护理中的效果非常确切，护理质量和患者满意度较高，术后患者并发症较少，疼痛症状较轻，是理想的手术护理配合措施，建议临床普遍推广和应用。

参考文献

- [1] 曾远银, 梁学艳, 吴姍宏, 等. 中医外治综合护理对结肠息肉摘除术患者的影响 [J]. 中医外治杂志, 2020, 29 (6): 47-48.
- [2] 徐金桂. 护理干预在无痛肠镜下结肠息肉摘除术患者

中的效果分析 [J]. 医学理论与实践, 2020, 33 (19): 3286-3287.

- [3] 陈思思, 姚海欣. 早期开放饮食在无痛肠镜下息肉摘除患者术后的应用研究 [J]. 中国药物与临床, 2020, 20 (2): 274-276.
- [4] 吕艳群. 综合护理干预在全麻显微支撑喉镜下声带息肉摘除患者中的应用 [J]. 名医, 2019 (6): 210, 213.
- [5] 钟志珍. 肠镜下高频电摘除大肠息肉术的护理配合及效果探讨 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (14): 29-30.
- [6] 武嘉玲. 综合护理干预在行内镜下大肠息肉摘除术患者中的应用效果观察 [J]. 基层医学论坛, 2020, 24 (3): 428-429.