

医护一体化对行内镜下黏膜切除术患者并发症及心理状态的影响

李红玉, 杨宪武, 杨宏伟, 赵树巧, 刘春, 张晓博

石家庄市第一医院消化三科, 河北 石家庄 050011

摘要: **目的** 探讨对行内镜下黏膜切除术患者实施医护一体化护理干预, 对患者并发症及心理状态的影响。**方法** 选择 2015 年 10 月至 2016 年 6 月进行内镜下黏膜切除术治疗的 58 例胃息肉患者作为研究对象, 根据随机数字表法将其分为观察组与对照组, 各 29 例。对照组患者采用常规护理干预, 观察组患者予以医护一体化护理干预。比较两组患者心理状态、术后恢复情况、并发症发生情况及护理满意度评分。**结果** 干预前两组患者焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分相比, 差异无统计学意义(P 均 > 0.05); 干预后两组 SAS 评分与 SDS 评分均显著低于干预前, 且观察组显著低于对照组(P 均 < 0.01); 观察组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间及住院时间均显著短于对照组(P 均 < 0.01); 对照组患者术后并发症总发生率显著高于观察组(20.69% vs 0, $P < 0.05$); 与对照组患者相比, 观察组及时性、连续性、全面性、适宜性等护理满意度评分均较高, 差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。**结论** 医护一体化护理干预可显著改善行内镜下黏膜切除术患者的心理状态, 促进患者术后恢复, 减少术后并发症的发生, 提高患者对护理工作的满意度。

关键词: 医护一体化; 内镜下黏膜切除术; 并发症; 心理状态; 护理满意度

中图分类号: R 473.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)10-1438-03

胃息肉为临床常见的消化系统疾病, 临床治疗多以手术治疗为主, 其中内镜下黏膜切除术可同时完成病理组织的完整获取及病变组织的完整切除, 临床应用极为广泛^[1]。与传统开腹式手术相比, 内镜下黏膜切除术具有创伤小、术后恢复快、并发症少等显著优点, 已成为临床治疗胃息肉的首选治疗方案。虽然内镜下黏膜切除术临床优势十分突出, 但仍属于一项侵入性操作, 会引起患者不同程度的应激反应, 影响手术疗效。加之围手术期涉及医护两个工种的配合, 为避免因两个工种交接不当而导致患者的并发症及负性情绪发生, 影响手术的疗效及预后结局, 对围手术期实施护理干预非常重要及必要^[2]。医护一体化为一种新颖、有效、完整的护理模式, 是由医生及护士共同围绕患者展开的诊疗、护理工作, 以为患者提供科学、系统的人性化医疗服务^[3]。相关研究显示, 将医护一体化护理应用于临床可取得较为理想的效果^[4]。基于上述分析, 本研究进行医护一体化对行内镜下黏膜切除术患者并发症及心理状态影响的探讨。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 10 月至 2016 年 6 月于我院进行内镜下黏膜切除术治疗的 58 例胃息肉患者作为研究对象。根据随机数字表法将其分为观察组与对照组, 各 29 例。观察组, 男 19 例, 女 10 例; 年龄 32~66(43.28 ± 10.54) 岁; 息肉直径 1~4(2.17 ± 1.12) cm; 15 例单发, 14 例多发; 息肉部位: 6 例胃体, 16 例胃窦, 7 例胃底; 病理分型: 11 例腺瘤性, 9 例炎症性, 6 例增生性, 3 例神经内分泌肿瘤。对照组, 男 17 例, 女 12 例; 年龄 34~65(42.84 ± 9.81) 岁; 息肉直径 1~5(2.45 ± 1.36) cm; 16 例单发, 13 例多发; 息肉部位: 5 例胃体, 15 例胃窦, 9 例胃底; 病理分型: 13 例腺瘤性, 7 例炎症性, 5 例增生性, 4 例神经内分泌肿瘤。两组患者一般资料相比, 差异无统计学意义(P 均 > 0.05), 具有可比性。本研究经过我院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入标准与排除标准 **纳入标准:** (1) 资料完整, 且可进行正常沟通的患者; (2) 对本研究知情并签署同意书的患者。**排除标准:** (1) 伴有严重心、脑、肾等脏器类疾病; (2) 伴有精神或心理疾病; (3) 凝血功能障碍; (4) 依从性较差, 不愿配合研究者。

1.3 方法 对照组采用常规护理干预, 术前对患者的临床情况进行评估, 协助患者做好术前检查, 告知

患者相关的注意事项,对于心理压力过大的患者进行心理疏导,手术完成后,向患者及其家属说明术后注意事项,预防术后并发症。观察组患者予以医护一体化护理,首先,选取优化骨干人员以护士长为组长成立专项小组,组员由 2 名主管级以上的护士和 2 名麻醉师组成,护理方案的设计、监管与总结由护士长负责,具体的护理方案由组员实施,科主任为小组顾问,与组长一起共同管理相关研究事宜。其次,共同制定护理流程,加强护理人员与麻醉医师的合作,以提高护理质量为主要目标。医护人员共同对患者进行术前 1 d 访视、术中护理及术后访视,并对患者的病情进行讨论,提出护理要点及难点,根据患者的实际情况,对护理方案进行修正、完善。详细医护一体化护理步骤如下。(1)术前访视:术前 1 d 到病房探视,首先了解患者的一般资料,之后进行自我介绍,并介绍治疗的目的、手术方法、手术过程及息肉相关的知识,强调内镜下黏膜切除术治疗的必要性、安全性与临床优势,对存在严重心理负担或顾虑较大的患者进行耐心的心理开导,提高患者治疗的依从性,建立融洽的护患关系。(2)术中护理:准备好手术所需的器材,帮助患者取手术所需的体位,连接好监测体征的仪器,主动与患者进行交流,安慰、鼓励患者,密切关注其心理变化,适时予以疏导;同时配合术者完成手术,做好术中用药、监测体征、标本采集、送检等工作。(3)术后干预:医护人员共同护送患者至病房,予以鼻导管吸氧、生命体征监测,并与临床责任护士完成交接工作,根据术后观察结果安排患者进食时间与进食种类,同时做好并发症的预防工作。

1.4 观察指标 比较两组患者的心理状态、术后恢复情况、并发症发生情况及护理满意度。(1)采用焦虑自评量表(SAS)^[5]、抑郁自评量表(SDS)^[6]评估两组患者干预前后的心理状态,总分 80 分,50 分为分界值,分数越高表示患者的心理状态越差。(2)通过记录肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间及住院时间评估患者的术后恢复情况。(3)并发症包括迟发性出血、穿孔等。(4)采用自行编制的护理满意度调查问卷,通过对护理及时性、连续性、全面性、适宜性等 4 个方面进行调查,分值在 0~25 分之间,分值越高表示患者对护理工作越满意,反之则不满意。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 20.0 统计学软件处理数据。计数资料以百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验和校正 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用成组 t 检验,组内比较采用配对 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心理状态 干预后两组 SAS 评分与 SDS 评分均显著低于干预前,且观察组显著低于对照组,差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 1。

2.2 术后恢复情况 观察组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间及住院时间均显著短于对照组,差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 2。

2.3 并发症 对照组患者术后并发症总发生率显著高于观察组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 护理满意度评分 与对照组患者相比,观察组及时性、连续性、全面性、适宜性等满意度评分均较高,差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 4。

表 1 两组患者心理状态评分对比 ($n=29$,分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | SAS 评分 | | SDS 评分 | |
|-------|--------------|----------------|--------------|----------------|
| | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 | 58.59 ± 6.48 | 43.87 ± 4.52 * | 57.14 ± 5.63 | 42.85 ± 4.12 * |
| 观察组 | 59.37 ± 5.35 | 36.98 ± 3.73 * | 58.06 ± 5.38 | 35.13 ± 3.95 * |
| t 值 | 0.499 | 6.331 | 0.636 | 7.283 |
| P 值 | >0.05 | <0.01 | >0.05 | <0.01 |

注:与本组干预前比较,* $P < 0.01$ 。

表 2 两组患者术后恢复情况对比 ($n=29$,d, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 肠鸣音恢复时间 | 首次排气时间 | 首次排便时间 | 住院时间 |
|-------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 对照组 | 1.68 ± 0.18 | 2.07 ± 0.22 | 2.83 ± 0.65 | 14.24 ± 2.44 |
| 观察组 | 1.04 ± 0.12 | 1.32 ± 0.16 | 2.17 ± 0.23 | 6.39 ± 1.26 |
| t 值 | 15.931 | 14.847 | 5.154 | 15.393 |
| P 值 | <0.01 | <0.01 | <0.01 | <0.01 |

表 3 两组患者术后并发症对比 例(%)

| 组别 | 例数 | 迟发性出血 | 穿孔 | 总并发症 |
|------------|----|----------|---------|----------|
| 对照组 | 29 | 4(13.79) | 2(6.90) | 6(20.69) |
| 观察组 | 29 | 0 | 0 | 0 |
| χ^2 值 | | | | 4.647 |
| P 值 | | | | <0.05 |

表 4 两组患者护理满意度评分对比 ($n=29$,分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 及时性 | 适宜性 | 连续性 | 全面性 |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 对照组 | 19.68 ± 2.83 | 19.31 ± 2.57 | 18.87 ± 2.91 | 17.96 ± 2.82 |
| 观察组 | 23.34 ± 1.76 | 22.74 ± 2.15 | 23.21 ± 1.07 | 22.57 ± 1.32 |
| t 值 | 5.914 | 5.512 | 7.538 | 7.973 |
| P 值 | <0.01 | <0.01 | <0.01 | <0.01 |

3 讨论

3.1 医护一体化护理的临床意义 内镜下行黏膜切除术因其操作简单、安全性高等独特的临床优势,已广泛用于临床,较高的安全性易使临床医护人员忽视该类患者的情绪变化,存在较大的安全隐患^[7]。如果患者未出现过大的应激反应,可能被忽略而加大患者术后并发症发生的风险。医护一体化护理为一种

新型的护理模式,其宗旨是“以患者为中心”,由医生与护理人员共同努力最大限度地满足患者的需求^[8]。医护一体化重在两个工种通力合作,但又各有侧重^[9],进而提高对医疗风险的预防和把控。

3.2 医护一体化护理对患者心理状态的作用 由于缺乏对相关专业的了解,特别是手术前夕,患者会被紧张、恐惧、焦虑、抑郁、绝望等悲观的负面情绪笼罩,虽然常规的护理对患者不良情绪具有一定的抚慰作用,但患者仍感到不安^[10]。医护一体化通过术前访视对患者的状态进行评估,了解患者的内心想法,并耐心进行开导与解答患者的疑问,消除患者的顾虑,向患者进行健康教育,使患者正确认识内镜下黏膜切除术,并说明手术过程、治疗优势及相关注意事项等,缓解患者的不安情绪^[11]。本研究结果显示,干预前两组患者 SAS 评分与 SDS 评分相比无差异,干预后两组均显著低于干预前,且观察组显著低于对照组。由此可见,采用医护一体化护理干预可显著改善患者的心理状态,使其感受到个性化与人性化的护理服务,提高治疗依从性。

3.3 医护一体化护理对患者术后恢复的影响 相关研究显示,患者的术后恢复是围手术期最重要的护理阶段^[12]。医护一体化护理通过对患者术前、术中及术后实施整体、连续、系统的康复护理,特别是针对患者现存问题,予以针对性的护理干预,提前采取措施,可预防并发症的发生,有助于促进患者术后恢复^[13]。本研究结果显示,观察组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间及住院时间均显著短于对照组,且术后并发症总发生率显著低于对照组。由此可见,采用医护一体化护理干预可有效促进患者术后恢复,医生与护理人员共同干预,分析、总结护理过程中的难点及重点,并予以相应解决问题的措施,能减少并发症的发生,缩短患者的住院时间。

3.4 医护一体化护理对满意度评分的影响 护理满意程度是患者对护理质量及服务感受的直接性量化评价,而提高护理满意程度是所有护理人员的最终目标^[14]。内镜下黏膜切除术中常规的护理模式,缺乏对患者心理的重视,忽视满足患者心理需求的重要性,使患者无法获得安全感,缺乏良好的护理感受,因此常规护理的护理满意评分一直较低^[15]。本研究结果显示,与对照组患者相比,观察组及时性、连续性、全面性、适宜性等满意度评分均较高。表明医护一体化护理干预可显著提高患者的满意评分。医护一体化护理通过对患者及其家属介绍疾病、治疗方法、手术过程及注意事项等,在一定程度上满足了患者的知

情权,使患者感受到被重视、被关心,并且通过健康教育提高患者对疾病的认知程度,增加护患沟通,使患者获得心理支持与安慰,加强患者及其家属对医护人员的信任,从而一定程度上改善了护患关系、医患关系,避免发生不必要的医疗纠纷,提高患者对护理工作的满意度。

综上所述,医护一体化护理干预可显著改善行内镜下黏膜切除术患者的心理状态,促进患者术后恢复,同时可减少术后并发症的发生,提高患者对护理工作的满意度。

参考文献

- [1] 李平,王军,孙文静,等. 经内镜黏膜下隧道肿瘤切除术治疗黏膜下肿瘤 12 例护理研究[J]. 检验医学与临床,2016,13(12):1693-1695.
- [2] 李月艳. 内镜下黏膜切除术治疗胃息肉的护理[J]. 护理研究,2015,29(27):3420-3421.
- [3] 张军花,钟奕. 医护一体化模式在手术室护理质量持续改进中的作用[J]. 中国实用护理杂志,2016,32(19):1502-1504.
- [4] 李红永,汤善宏,薛红利,等. 健康教育路径在内镜黏膜下剥离术围手术期患者中的应用[J]. 西南国防医药,2015,25(11):1247-1248.
- [5] 李晚女,乐梅先. 经黏膜下隧道内镜肿瘤切除术治疗食管固有肌层肿瘤的护理[J]. 医学临床研究,2016,33(6):1246-1248.
- [6] 吴小红,王霞,何淑波. 128 例内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌的护理[J]. 局解手术学杂志,2014,23(4):429-430.
- [7] 李光焰,杜娟,刘宝华,等. 结直肠癌围术期医护一体化快速康复理念的研究[J]. 重庆医学,2016,45(5):619-621.
- [8] 方雅丽,张宁霞,陈少娜. 内镜下早期食管癌多环黏膜套扎切除术的护理配合[J]. 海南医学,2014,25(22):3422-3423.
- [9] 徐丽,谢志华. 内镜下 32 例结肠息肉切除术的护理体会[J]. 实用临床医药杂志,2014,18(24):172-173.
- [10] 王亚红,贺屏. 快速康复理念在内镜黏膜切除术治疗结肠息肉中的应用效果[J]. 河北医药,2013,35(11):1743-1744.
- [11] 秦冬岩,岳崇玉,杨红娟,等. 医护一体化护理对肿瘤放疗患者焦虑、抑郁情绪及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志,2016,22(15):2148-2151.
- [12] 童玉琴,秦争艳,葛靖,等. 内镜下全层切除术治疗消化道黏膜下层肿瘤的护理[J]. 护士进修杂志,2015,30(6):516-517.
- [13] 梁白雪,何丽展,刘青萍,等. 医护一体化模式下对直肠癌患者心理状态和应对方式的影响[J]. 实用临床医药杂志,2016,20(10):91-93.
- [14] 路英菊,石秀菊,陈德花,等. 经黏膜下隧道行食管固有肌层肿瘤内镜切除术患者的护理[J]. 护理学杂志,2013,28(21):31-32.
- [15] 商莉莉,杨华. 多环黏膜切除器在内镜食管黏膜切除术中的应用与护理[J]. 上海护理,2014,14(4):41-43.

收稿日期:2017-05-06 修回日期:2017-07-05 编辑:王国品