

风险评估联合层次化护理干预在胃肠息肉内镜黏膜下剥离术患者的应用效果

彭桂芳

南方医科大学第三附属医院 广东广州 510000

摘要:目的:探究风险评估联合层次化护理对采取内镜黏膜下剥离术(ESD)的胃肠息肉患者的应用积极性和干预优势。方法:纳入2022.04-2024.11进行ESD治疗的50例胃肠息肉患者作为此次研究对象,由抽签法分为对照组、试验组,各25例,前组采取常规护理模式,后组采取风险评估联合层次化护理,探究干预差异。结果:试验组的并发症率更低($P<0.05$),试验组肛门排气、排便和肠鸣音恢复时间均更短,且干预后的生活质量评分更高($P<0.05$)。结论:风险评估联合层次化护理属于应用优势较为突出的护理方式,不仅可以显著缩短胃肠息肉的康复时间,还可以显著预防风险因素,减少并发症,也可显著改善患者生活状况,获取较高的生活质量评分。

关键词:风险评估;层次化护理;胃肠息肉;内镜黏膜下剥离术;并发症

胃肠息肉属于常见胃肠道疾病,早期无明显不适症状,但发现后需要采取及早干预措施,以抑制息肉增长,降低癌变概率^[1]。临床多采取手术治疗方式,其中内镜黏膜下剥离术(ESD)为临床应用频率较高的手术方法^[2],也是康复效果较为理想的手术方式,但手术存在一定疼痛感,患者对手术认知水平相对较低,手术应激水平相对较高,可提高术后风险等级。不同耐受程度的患者其术后风险等级也有一定差异。常规护理存在一定局限性,无法对不同风险等级患者采取针对性的差异性护理措施,其对风险能力的防护效果相对较差。本文认为可以将风险评估与层次化护理结合起来,针对不同患者采取针对性干预措施,以有效加快康复速度,现在50例胃肠息肉ESD手术患者中国应用,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对象:纳入2022.04-2024.11进行ESD治疗的50例胃肠息肉患者。分组:抽签法,均分为2组。

纳入标准部分:患者意识清醒,符合内镜检查要求。排除标准:精神疾病者;患者存在多次内镜手术史;合并胃肠道肿瘤患者;凝血功能异常者;重度营养不良者;免疫系统疾病者;认知障碍;患者不同意参与研究者;患者存在精神疾病者。

自然信息相似($P>0.05$)。见表1。

表1 自然信息 [$n/(\bar{x} \pm s)$]

组别	n	男/女	年龄/岁	病变部位:胃息肉/十二指肠息肉/直肠息肉
对照组	25	13/12	58.95 ± 5.27	11/11/3
试验组	25	16/9	58.09 ± 6.24	10/10/5
X ² t		0.739	0.526	0.595
P		0.390	0.601	0.743

1.2 方法

1.2.1 护理方法

对照组:常规护理。护士需要优化病房环境,保持静谧、卫生、舒适度较高的病房环境,了解患者需求,尽可能满足,如果护士发现患者存在异常的心理状况,可以采取合适的语言开导患者。护士了解患者身体情况,根据手术内容,做好术前准备措施。护士在术前需要根据患者文化程度,选择合适的沟通方式讲解手术内容、重点注意内容、手术常见不适症状、不适症状对症干预措施或预防措施等,尽可能讲解优秀干预案例,鼓励患者保持积极的治疗态度。术中和术后住院期间,密切观察患者体征数据,出现异常情况时,护士需要及时上报主治医生。对于术后引流患者也需要做好各项管路护理。

试验组：风险评估联合层次化护理，在上述基础护理内容上根据文献资料和护理经验进行优化、强化，具体如下：

(1) 组建小组：纳入科室经验丰富、学习能力强的护士组成专项小组，由最高资历者担任组长，学习本项护理理念精神和护理操作规范，成员均需要参与考核，通过考核方可参与研究；(2) 风险评估：通过学习掌握风险评估方法，本项研究根据 Brathel 指数 (BI) 为基本的风险评估量表，护士需要根据量表内容，评估患者术后日常生活行为，评估患者生活能力，并根据评分划分为不同等级，其中 0-40 分表明患者无自理能力，无法自主生活，需要专项护工或家属照顾，41-60 分则表明患者可以完成一些简单的生活项目，但大部分生活项目需要他人协助；61-99 分则表明患者可以完成大部分简单的生活项目，但一些比较困难的生活项目需要他人协助，而满分患者 (100 分) 的生活能力与正常人相同，可以独立完成各项生活项目；(3) 分层次护理：结合风险评估和 BRS 量表将其划分为不同层次，对于不同层次则需要采取针对性较高的对症护理措施，以提高护理效率和降低风险因素；对于 BRS 评分在 6 分以上，其中 BI 评分在 0-40 分者，临床手术后需要高度重视，护士需要每隔半小时巡视一次，出现异常体征数据后，护士需要联系医生及时做好抢救措施，并给患者建立两条以上的静脉通道，且需要在家属协助下做好情绪疏导工作，以免情绪波动影响临床治疗效果，根据术后常见并发症 (恶心、呕吐、出血等)，及早预估，及早采取预防措施，术后需要适当延长卧床时间，也需要适当延长禁食时间；BRS 评分 \leq 6 分、BI 评分在 41-99 分者，

术后护士巡护频率为每隔 1-2 小时 / 次，护士对于此类患者可以进行合适的健康教育，可以通过讲座、发放宣传手册、播放视频等方式讲解疾病诱发因素、诊疗内容、健康生活方式等，提高患者对疾病的了解程度，可以一定程度预防风险事件，护士也需要关注患者教育进度，耐心解答患者疑问，为缓解负面情绪，护士也可讲解优秀干预案例，让患者保持良好情绪面对治疗，如果患者情绪波动较大，可以邀请专业心理疏导人员进行专业心理疏导，护士在日常护理中，也需要关注患者病情变化，按医嘱给患者服用药物，指导患者保持健康生活方式；BI 评分在 100 分者，护士巡护频率为一天 2 次，患者术后风险等级相对较低，护士多关注患者人文需求，尽可能减少不适感。

1.2.2 质量评估

分析术后并发症、康复指标 (肛门排气时间、肛门排便时间、肠鸣音恢复时间)、生活质量。

其中生活质量采取 SF-36 量表进行评估，分数越低患者生活水平越低^[3]。

1.3 统计学处理

处理软件为 SPSS22.0，计数数据通过 (%) 以表达，施以 X² 检验表示检验结果，计量数据通过 ($\bar{x} \pm s$) 以表示，施以 t 检验表示检验结果。

2 结果

2.1 术后并发症

试验组的并发症率更低 (P<0.05)。见表 2。

表 2 术后并发症 n (%)

组别	n	腹胀	恶心	呕吐	感染	误吸	外周静脉炎	并发症率
对比组	25	1 (4.00)	2 (8.00)	1 (4.00)	2 (8.00)	2 (4.00)	1 (4.00)	9 (36.00)
试验组	25	1 (4.00)	1 (4.00)	1 (4.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (12.00)
X ²								3.947
P								0.047

2.2 康复指标和生活质量

试验组肛门排气、排便和肠鸣音恢复时间均更短，且

干预后的生活质量评分更高 (P<0.05)。见表 3。

表 3 康复指标和生活质量 ($\bar{x} \pm s$)

组别	N	肛门排气时间 /d	肛门排便时间 /d	肠鸣音恢复时间 /d	干预前 生活质量 / 分	干预后 生活质量 / 分
对比组	25	1.89 \pm 0.39	2.19 \pm 0.53	3.32 \pm 0.62	56.93 \pm 3.62	68.95 \pm 4.28
试验组	25	1.63 \pm 0.42	1.89 \pm 0.38	2.65 \pm 0.37	57.12 \pm 4.05	76.23 \pm 3.62
t		2.268	2.300	4.640	0.175	6.494
P		0.028	0.026	0.000	0.862	0.000

3 讨论

胃肠息肉患者的个体素质差异大、手术耐受度差异大,风险评估的优势在于可以在较早时候对患者身体健康水平进行预估,区分患者风险等级,及早发现潜在的风险因素。层次化护理则作为临床应用优势较为明显的护理模式,其也可以评估患者病情程度,并将患者区分为不同等级,在不同等级患者身上采取对症的护理措施,可以一定程度满足不同患者的护理需求,也可更好地进行术后风险预防。两者联合干预后,可以最大程度结合两种护理模式,形成特色鲜明的联合型护理模式,可以根据患者风险等级(自身健康水平)、病情严重程度分为不同等级患者,采取针对性护理措施;对于病情不稳定、自理能力较低者缩短巡护频率,针对高危因素进行预防性护理;而对于病情稳定、自理能力较强的患者,则适当延长巡护频率,并进行合适的健康教育、情绪疏导、生活指导等措施,以满足患者个体化需求,减少护理不适感。

两种护理模式联合干预下,本文也发现相比于常规护理,此项护理模式确实可以显著降低术后并发症,也可显著缩短康复时间,提高生活质量,具有较为明显的应用优势。

总之,风险评估联合层次化护理属于应用优势较为突出的护理方式,可缩短康复时间、预防风险因素、改善生活状况。

参考文献:

- [1] 杨清,潘剑,谢欣,等.循证护理在胃肠息肉消化内镜诊疗中的应用效果[J].中国医药导报,2022,19(34):166-169.
- [2] 徐泽静,范颖英,郭晓鹤,等.音乐放松训练结合护理认知干预对内镜黏膜下剥离术患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(24):82-85.
- [3] 向龙艳,朱飞,孙优平,等.集束化护理干预对内镜黏膜下剥离术治疗患者的康复影响[J].浙江创伤外科,2024,29(02):393-395.