

# 护理综合管理在胃大部切除术后胃肠道功能恢复的临床应用

张丽娜

营口市中西医结合医院, 辽宁 营口 115007

**摘要:** 目的 观察护理综合管理在胃大部切除术后胃肠道功能恢复的临床应用。方法: 选取在 2019 年 4 月到 2020 年 4 月期间我院诊治的需要进行胃大部切除术患者 70 例, 按入院顺序编号, 随机分为对照组和护理组(每组 35 例)。对照组行传统护理方式, 护理组行护理综合管理方式, 对比两组患者的 vas 疼痛评分、治疗有效率和不良反应发生率。结果: 护理组在术后 12 小时的 vas 疼痛评分低于对照组, 对照组患者的治疗有效率为 40.00%, 无效率为 25.71%, 不良反应发生率为 31.42%, 护理组患者分别为 74.28%、5.71%、11.42%。结论: 对行胃大部切除术患者术后实施护理综合管理, 能够有效提高治疗率, 具有较好的临床应用价值。

**关键词:** 护理综合管理; 胃大部切除术; 术后功能恢复; 观察疗效

## 引言

胃大部切除术是临床上治疗胃穿孔、胃肿瘤、胃溃疡等疾病的重要手段, 多年来取得的临床治疗结果显著, 但是患者在术后出现并发症的概率较高, 一旦出现患者的病情也会加重<sup>[1]</sup>。如果能够及时为患者给予合适的护理措施, 预防和避免相关并发症的出现, 那么将有效提高患者的生存质量, 也有利于患者进行功能康复训练<sup>[2]</sup>。本篇文章, 就对行胃大部切除术的患者术后实施护理综合管理方式展开研究, 试验证明能够取得较好的临床疗效, 现将报告的主要内容如下阐述。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次试验, 选取在 2019 年 4 月到 2020 年 4 月期间我院诊治的需要进行胃大部切除术患者 70 例, 按入院顺序编号, 抽签决定随机分为对照组和护理组, 每组 35 例。这些患者的一般资料如下: 对照组男性有 23 例, 女性有 12 例, 年龄在 41~76 岁之间, 平均年龄为 (53.26±2.89) 岁, 患病类型: 胃癌 10 例, 胃溃疡出血 16 例, 胃溃疡伴穿孔 9 例; 观察组男性有 19 例, 女性有 16 例, 年龄在 39~75 岁之间, 平均年龄为 (52.36±2.54) 岁, 患病类型: 胃癌 11 例, 胃溃疡出血 13 例, 胃溃疡伴穿孔 11 例。将两组患者的一般资料进行比较分析, 发现无差异, 无统计学意义, 具有可比性(P<0.05)。

### 1.2 护理方法

对照组患者术后行传统护理方式, 护理组患者术后行护理综合管理方式。其中, 术后护理综合管理方式的具体措施有: ①饮食护理。一般在术后 3 到 4 天的时间内, 患者的肠鸣音已经恢复, 肛气也出现排气, 这时患者饥饿感觉可拔出胃管, 给予患者少量的饮用水大约每 2 小时进水一次, 若患者反映有所不适, 则适当延长间隔时间; 之后可以给予患者适量流食, 以菜汤、蛋汤为宜, 同时嘱咐患者在进食时不能过快、过急、过量, 谨记少食多餐的原则, 日常要吃清淡、易消化的食物, 询问患者是否有胃部不适感觉。②并发症护理。患者出现术后梗阻现象, 进食时可能引起呕吐。一旦出现该类情况, 医护人员应及时对其进行胃肠减压、禁食等操作, 并向上级报告; 观察和询问患者是否出现流血现象, 若有少量暗红色或者暗色血液流出, 要告知患者这是正常情况, 不必过于担心<sup>[3]</sup>。③心理护理。由于该手术的创面面积较大, 在术后患者容易出现神经绷紧、焦虑等消极心理, 从而降低治疗康复的信心。对此, 医护人员要及时分析原因, 密切观察患者的日常行为, 对其进行心理疏导, 同时护士要做好患者家属的思想工作, 要求家属们给予患者治疗支持和帮助。④健康教育护理。医护人员要对术后患者进行健康知识教育, 在饮食方面应逐渐采取给予半流质饮食。做好护理的日常工作, 开窗透风, 安排运动康复训练, 提高免疫力, 避免感染其他疾病<sup>[4]</sup>。注意养成良好作息的习惯, 在出院后定时来医院进行复检。

### 1.3 观察指标

### 1.3.1 vas 疼痛评分

分别对两组患者在术后 3 小时, 术后 12 小时进行 vas 疼痛评分, 运用视觉模拟评分方法, 满分为 10 分, 其中, 得分越高说明疼痛越剧烈。

### 1.3.2 治疗有效率和不良反应发生率

分别比较两组患者的治疗有效率和不良反应发生率情况

### 1.4 统计学分析

使用 SPSS23.00 软件进行数据统计, 以平均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 代表计量数据, 以 n(%) 代表计数数据, 根据实际情况分别行 T 检验或 X<sup>2</sup> 检验。临床上, 治疗总有效率用百分数表示, 设 P<0.05, 说明有两者存在差异。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者的 vas 疼痛评分情况

两组患者在术后 3 小时的 vas 评分情况无差异, 但在术后 12 小时的 vas 评分上明显存在差异, 且 P 值低于 0.05, 见表一。

表 1 对比两组患者的 vas 疼痛评分[分,  $\bar{x} \pm s$ ]

组别	例数	术后 3 小时	术后 12 小时
对照组	35	6.41±0.93	5.83±1.04
护理组	35	6.12±0.75	3.02±1.02
T		1.494	4.712
P		0.00	0.00

### 2.2 比较两组患者的治疗有效率和不良反应发生率

对照组患者的治疗有效率为 40.00%, 无效率为 25.71%, 不良反应发生率为 31.42%, 护理组患者的治疗有效率为 74.28%, 无效率为 5.71%, 不良反应发生率为 11.42%。见表二。

表 2 对比两组患者的治疗有效率和不良反应发生率[% , 例]

组别	例数	治疗有效率	无效率	不良反应发生率
对照组	35	14 (40.00%)	9 (25.71%)	11 (31.42%)
护理组	35	26 (74.28%)	2 (5.71%)	4 (11.42%)
T		2.972	3.081	4.203
P		<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

综上所述, 对胃大部切除术患者术后行护理综合管理, 能够明显提高治疗效果, 减轻患者的疼痛感, 具有较好的应用价值。

### 参考文献

- [1] 卜双, 马燕. 综合护理对胃大部切除术后患者肠蠕动的影响[J]. 中国民康医学, 2020, 32(05): 147-148+151.
- [2] 刘晓燕. 胃大部切除术后功能性胃排空障碍患者非手术治疗的综合护理[J]. 河南外科学杂志, 2019, 25(03): 173-174.
- [3] 江妍. 综合护理干预对胃大部切除术后腹泻患者的应用效果[J]. 医疗装备, 2018, 31(14): 151-152.
- [4] 阳忠, 卢桂江, 彭艳. 影响胃大部切除术后胃瘫综合征发生的相关因素研究及临床应用[J]. 临床医药实践, 2020, 29(04): 277-280.