

腹腔镜下全膀胱切除原位回肠新膀胱术的护理措施

彭繁繁

(江西省南昌市南昌大学第二附属医院 江西南昌 330000)

【摘要】目的：分析腹腔镜下全膀胱切除原位回肠新膀胱术患者的护理措施。方法：以在我院实施治疗的80例腹腔镜下全膀胱切除原位回肠新膀胱术患者作为此次研究对象，病例收集时间2021年1月-2022年3月，以40例进行优质护理者设为观察组，以40例进行常规护理者设为对照组。结果：观察组以及对照组患者分别进行护理后以7.5%和20%为其并发症发生率，且观察组术后排气时间、术中出血量以及住院时间减少，对比两组上述数据存在统计学意义($P < 0.05$)。结论：析腹腔镜下全膀胱切除原位回肠新膀胱术患者在选择护理时应用优质护理意义重大，利于病情恢复。

【关键词】腹腔镜；全膀胱切除原位回肠新膀胱术；优质护理

Nursing measures for laparoscopic total cystectomy

Peng Fanfan

The Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang, Jiangxi Province, 330000, Jiangxi Province

Objective: To analyze the nursing measures of patients undergoing laparoscopic total cystectomy and orthotopic ileal neobladder surgery. **Methods:** 80 cases of laparoscopic total cystectomy and orthotopic ileal neobladder surgery in our hospital were taken as the research object. The case collection time was from January 2021 to March 2022, with 40 cases of high-quality nurses as the observation group and 40 cases of routine nurses as the control group. **Results:** The incidence of complications in the observation group and the control group were 7.5% and 20% respectively, and the postoperative exhaust time, intraoperative blood loss and hospitalization time in the observation group were reduced. There was statistical significance in comparing the above data between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** It is of great significance to apply high-quality nursing in the selection of nursing care for patients undergoing laparoscopic total cystectomy and orthotopic ileal neobladder surgery, which is conducive to the recovery of their illness.

膀胱癌属于泌尿系统恶性肿瘤，伴随人们饮食结构发生的变化，相应的增加了膀胱癌的发生人数^[1]。就目前而言，以现有的医疗水平并不能彻底治愈此病，虽然早期手术可将肿瘤病灶消除，但会提升复发率。为此在对患者治疗过程中需要予以相应的护理，确保手术顺利实施，并且利于病情恢复，以免患者产生严重并发症。此次研究分析腹腔镜下全膀胱切除原位回肠新膀胱术患者的护理措施，内容如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料

以在我院实施治疗的80例腹腔镜下全膀胱切除原位回肠新膀胱术患者作为此次研究对象，病例收集时间2021年1月-2022年3月，80例患者通过护理模式选择性不同划分

为观察组和对照组，各组40例。对照组患者的构成主要为23例男性以及17例女性，记录患者的年龄最大为75岁，最小为44岁，计算本组患者的平均年龄(58.6 ± 5.1)岁；观察组的构成主要为26例男性以及14例女性，记录患者的年龄最大为76岁，最小为43岁，计算本组患者的平均年龄(59.6 ± 5.3)岁。组间患者的基线资料进行统计对比 $P > 0.05$ ，组间数据存在临床可比性。

1.2 方法

对照组以常规护理作为主要干预模式，护理人员对患者的生命体征进行关注，并且予以心理疏通以及健康宣教，而后对患者的感染情况进行护理。观察组以优质护理模式作为主要干预模式，内容如下：

手术前护理。①心理疏通。因为患病患者会增加心理负担，因此会出现焦虑以及不安等不良情绪，因此护理人员需

要和患者增加相互交流的次数,告知患者手术的方式以及预期疗效,并予以安慰,以此缓解自身的负性情绪,有助于顺利实施手术。②手术前准备。对患者实施手术前需要进行有关检查,将检查过程中注意事项告知给患者,指导患者服用抗生素予以肠道准备,手术前1日需要清肠,采用2000ml甘露醇予以患者导泻,手术当日灌肠。

手术中护理。手术前麻醉医师以及主刀医生需要对患者信息进行正确核对,并且对患者手术体位进行固定,将臀部垫高,对患者的生命体征进行观察,而后对手术设备进行检查是否处于正常状态。按照手术操作将需要的医疗器械进行分类摆放,护理人员了解手术过程,并且自身熟悉专业知识,可及时向主刀医生传递器械,而后对烧焦组织进行清除,以免出现感染。与此同时护理人员还需要具有观察能力,对患者手术过程中的病情进行关注,并予以提醒。闭合腔体前护理人员需要对医疗器械进行清点,以免丢失。因为手术时间较长需要对患者体温进行维持。

手术后护理。①基础护理。护理人员需要关注患者的生命,观察期血氧饱和度、心率以及呼吸等是否发生异常。②引流管护理。患者完成手术后会导尿管和盆腔引流管放置,为了防止折叠以及压迫现象发生,需要对其进行观察,并且实施清洗,以免产生感染。③拔管后排尿护理。患者手术后容易产生尿失禁,因此男性以及女性发生比例差异较大,女性极易出现此现象,因此户老人恩怨需要指导患者进行肛门肌肉收缩练习以及卧床抬臀练习。④饮食干预。手术后患者需要增加饮水量,以2000-3000ml为主,且患者排气后可进行流食,而后依据患者的实际病情调整饮食。

并发症护理。①肠道并发症。手术后容易出现的并发症为肠道并发症,手术过程中腹腔肠道暴露时间较长以及翻动会出现肠梗阻,如果患者手术后出现腹胀腹痛、恶心、肛门无排气等现象需要及时上报,早期可对患者腹部进行按摩,并予以训练,有助于肠道蠕动。如果发病需要禁食,可以采用中药贴或者阿托品,病情缓解后可指导患者进食,24小时后进食正常。②电解质失调以及感染。因为肠粘膜具有特殊的构造,较多吸收氯离子,因此会出现机体电解质紊乱,护理人员指导患者需要及时排尿,以免过多吸收酸性离子,确保电解质平衡。患者

手术后感染是因为引流管位置感染,需要进行无菌操作,如果出现感染需要及时治疗。③尿漏。患者手术后尿漏是由于回肠分泌粘液,容易对导尿管堵塞引发尿漏,出现此表现后需要导出漏液,并清洗肠粘液确保尿路的顺畅,将营养补充避免感染。④尿失禁。因为患者膀胱以及前列腺切除后会缩短其尿管,降低了阻力。与此同时,手术过程中损伤有关神经出现神经调节异常,极易产生尿失禁,为此护理人员需要指导患者进行夜间排尿,并且采用功能性训练使其排尿能力恢复正常。

1.3 评估指标^[2]

记录观察组以及对照组患者护理后肠痿、肠梗阻、尿失禁以及感染发生情况,以此比较组间并发症发生率;记录观察组以及对照组患者术后排气时间、术中出血量以及住院时间,以此比较组间恢复情况。

1.4 统计学

以SPSS23.0统计学软件计算研究中涉及的并发症发生率和恢复情况等,研究数据结果的比例以n%和均数标准差呈现,对结果数据进行检验过程中以卡方和t值进行,对比两组数据如 $P < 0.05$ 则说明具有统计学意义。

2 结果

2.1 并发症发生率

观察组护理后以7.5%呈现本组并发症发生率,对照组护理后以20%呈现本组并发症发生率,两组数据 $P < 0.05$,见表1。

表1 对比两组患者并发症发生率(n%)

组别	例数	肠痿	肠梗阻	尿失禁	感染	发生率
观察组	40	1 (2.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	0 (0.0)	3 (7.5)
对照组	40	3 (7.5)	3 (7.5)	3 (7.5)	1 (2.5)	10 (20)
X^2						4.5006
P						0.0338

2.2 恢复情况

观察组患者进行护理后大大减少了术后排气时间、术中出血量以及住院时间,两组数据进行比较后具有统计学意义,见表2。

表2 对比两组患者恢复情况

组别	例数	术后排气时间(d)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
观察组	40	2.14 ± 0.36	214.34 ± 14.76	16.71 ± 5.25

对照组	40	3.35 ± 0.56	295.36 ± 15.96	24.36 ± 6.36
t		11.4951	23.5703	5.8667
P		0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

膀胱癌在临床中患病人数较多,患者生活环境和遗传原因均会引发本病。临床研究显示,如果患者长期吸烟且接触苯胺等会提升疾病的患病率。浸润性膀胱癌需要采用全膀胱切除原位回肠新膀胱术实施治疗,此手术具有一定的复杂性,并且会影响患者,其预后较差,病情易反复,患者因此会产生应激反应,且并发症发生率明显提升^[3-4]。

伴随社会的完善发展,医疗水平进步明显,临床广泛采用微创技术进行治疗,微创治疗创伤较小,可减少恢复时间,同时对于其他器官不会产生损伤,临床研究表明传统手术可增加出血量,并且对患者产生较大床上,由此能够说明腹腔镜下全膀胱切除原位回肠新膀胱术具有明显的优势。

优质护理遵循以人为本原则,护理人员自身需要具有良好的职业素质,并且操作技术纯熟。临床研究显示,优质护理对于患者而言,可提升患者的认知能力,因此在对患者实施护理前需要保证护理人员护理经验丰富,在实施护理前需要通过专门培训,通过考核后可上岗^[5]。与此同时对患者实施护理过程中需要以热情、礼貌态度进行,以此改善护患之间的距离,从而缓解患者的不良情绪,在此护理模式下护理

人员能够及时了解患者的病情,将患者不良预后改善,有助于病情恢复^[6]。大量的研究结果显示,如果想要改善患者的不良预后需要在手术前后实施护理,利于病情恢复。

常规护理虽然具有相应的效果,但是同样有所劣势,患者和护理人员之间无法进行有效沟通,不能创建信任感,显著阻碍护理工作的实施^[7]。此外护理人员并未重视患者的心理,致使不良情绪影响护理顺利实施。而优质护理能够对患者围术期实施治疗,进行心理护理后能够防止不良情绪影响患者的治疗,并且和患者实施有效交流可予以患者关心,改善不良预后。此外手术准备能够将患者的关注度提升,可以进行充分准备,以免产生应激反应;对患者实施引流管护理可防止感染的产生。拔管后排尿护理后可防止患者产生尿失禁,进而将患者的生活质量提升,饮食干预能够予以患者能量支持,以免因为免疫力下降出现不良反应,利于患者病情恢复,由此能够看出优质护理在临床中具有可行性^[8]。

综上所述,腹腔镜下全膀胱切除原位回肠新膀胱术患者在选择护理模式时优质护理应用价值显著,对于患者病情恢复和健康具有重要意义,此模式能够减少并发症的发生人数,并且改善患者的不良预后。

参考文献:

- [1]徐想达,巢海潮,邓雷弘等.拖靠吻合法在腹腔镜根治性全膀胱切除回肠原位新膀胱术中的应用[J].中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2022,16(02):120-123.
- [2]王露.探讨腹腔镜下全膀胱切除原位回肠新膀胱术的护理分析[J].中国医药指南,2021,19(19):222-223.
- [3]郭月,李乔.机器人辅助全腹腔镜下膀胱根治性切除原位回肠新膀胱术的护理配合[J].机器人外科学杂志(中英文),2021,2(03):181-185.
- [4]苏蓉,杨小桢.循证护理配合延续性护理对膀胱全切原位回肠新膀胱术患者自护能力及生活质量的影响[J].中外医疗,2021,40(14):128-130+134.
- [5]王理茜.膀胱全切原位新膀胱术后并发失禁性皮炎患者的护理[J].当代护士(下旬刊),2021,28(03):149-150.
- [6]周海洁.优质护理干预在根治性膀胱全切原位回肠新膀胱术患者中的应用[J].中外医疗,2020,39(19):159-161.
- [7]周华.保留性功能全膀胱切除回肠原位新膀胱术对膀胱癌患者影响的临床分析[J].名医,2020, No.80(01):97.
- [8]刘艳艳,廖斌.腹腔镜全膀胱切除+回肠原位新膀胱术集束化护理对泌尿道功能恢复的效果[J].赣南医学院学报,2019,39(10):1037-1039+1042.