

# 急性胆囊炎患者腹腔镜胆囊切除术后 全面护理干预的效果观察

尹翠

(新泰市人民医院肝胆外科, 山东 泰安, 271200)

**摘要:**目的 探究急性胆囊炎患者腹腔镜胆囊切除术后全面护理干预对其影响。方法 选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月新泰市人民医院收治的 96 例接受腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎患者作为研究对象, 按照抛硬币方法分为对照组和观察组, 每组 48 例。对照组实施常规护理, 观察组实施全面护理, 比较两组患者不同时间疼痛程度、护理前后情绪状态及并发症发生率。结果 术前, 两组患者疼痛视觉模拟法 (VAS) 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。术后 6 h、12 h 及 24 h, 观察组 VAS 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。护理前, 两组焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 评分水平比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 护理后, 观察组 SAS、SDS 评分水平低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 对急性胆囊炎患者腹腔镜胆囊切除术后实施全面护理干预, 可缓解其术后疼痛程度, 改善其不良情绪, 降低并发症发生率。

**关键词:**腹腔镜胆囊切除术; 全面护理; 急性胆囊炎

**中图分类号:** R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2024)-01-0127-03

急性胆囊炎为临床常见消化系统疾病, 发病原因与胆管堵塞、细菌感染等有关, 临床主要表现为右上腹阵发性绞痛, 伴腹肌强直及触痛感, 并伴恶心、呕吐、发热等症状, 随炎症反应进展可能会出现胆囊穿孔、感染性休克等症状, 威胁患者生命安全<sup>[1]</sup>。腹腔镜胆囊切除术为该病主要治疗方案, 具有创伤小、术后恢复快等特点<sup>[2]</sup>。但受手术牵拉反应、炎症刺激, 可能会出现术后疼痛感受明显、胃肠道功能紊乱等情况, 因此需加强护理干预。在对腹腔镜胆囊切除术患者术后常规护理中, 以监测患者生命体征、简单口头宣教、对症护理等为主, 护理方法较简单, 且护理实施多以护士临床经验为主, 可能会影响护理完整性<sup>[3]</sup>。全面护理干预指在护理中进行多层次、多环节护理干预, 以保证护理全面性、完整性, 提升患者术后康复质量。为此, 本研究选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月新泰市人民医院收治的 96 例接受腹腔镜胆囊切除术的急性胆囊炎患者, 探究在其术后护理中实施全面护理对其影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月新泰市人民医院收治的 96 例接受腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎患者作为研究对象, 按照抛硬币方法分为对照组和观察组, 每组 48 例。对照组男 27 例, 女 21 例; 年龄 53 ~ 76 岁, 平均年龄 ( $67.02 \pm 3.58$ ) 岁; 身体质量指数  $19 \sim 29 \text{ kg/m}^2$ , 平均身体质量指数 ( $24.13 \pm 1.98$ )  $\text{kg/m}^2$ ; 合并症: 高血压 18 例, 糖尿病 5 例, 冠心病 7 例; 文化水平: 初中及以下 15 例, 高中

及中专 19 例, 大专及以上学历 14 例; 观察组男 29 例, 女 19 例; 年龄 52 ~ 78 岁, 平均年龄 ( $68.34 \pm 4.11$ ) 岁; 身体质量指数  $20 \sim 31 \text{ kg/m}^2$ , 平均身体质量指数 ( $24.59 \pm 2.34$ )  $\text{kg/m}^2$ ; 合并症: 高血压 21 例, 糖尿病 6 例, 冠心病 7 例; 文化水平: 初中及以下 18 例, 高中及中专 17 例, 大专及以上学历 13 例; 两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 有可比性; 本研究经新泰市人民医院医学伦理委员会审核批准。患者及家属对研究知情同意, 自愿签署知情同意书。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①经临床表现、CT 等诊断确诊为急性胆囊炎; ②均接受腹腔镜胆囊炎切除术治疗, 手术顺利完成, 无术中转开腹情况; ③认知、精神状态正常, 可配合完成研究。

排除标准: ①合并凝血功能障碍、血液系统疾病; ②合并恶性肿瘤; ③合并其他消化道疾病 (消化道溃疡、消化道息肉等); ④合并心肝肾等器官功能衰竭; ⑤合并其他急性感染疾病。

### 1.3 方法

对照组实施常规护理。监测患者生命体征; 妥善固定引流管, 观察引流液性质; 疼痛严重者遵医嘱应用镇痛药物干预、静脉营养支持; 对于氧气支持患者, 5 L 氧气流量仍无法正常呼吸时, 遵医嘱机械通气并强化排痰; 鼓励患者尽早下床活动。

观察组在对照组的护理基础上实施全面护理。(1) 系统性健康教育。结合患者文化水平、认知功能, 利用肝胆模型、相关文献资料等, 对其介绍腹腔镜胆囊切除术后对消化功能影响、复发情况、良好饮食习惯对消化功能影响、术后尽早康复锻炼重要性等; 宣教期间关注患者反馈情况, 并通

过多次宣教、家属重点宣教、改变话术等方式满足其健康宣教需求。(2)心理疏导。实施分级心理护理方案,即应用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)对患者焦虑情绪严重程度进行分层,SAS<50分且SDS<53分患者,向其介绍成功案例,介绍医院团队专业性,以提升其康复信心,心理护理时间为5min;SAS≥50分或SDS≥53分,强化基础认知干预,强调情绪状态与其康复质量之间关系,日常护理中实施积极心理暗示,如“您今天状态看起来很不错!”“您今天有什么值得开心的事吗?”等,以改善患者不良情绪,心理护理时间为10min;SAS≥50分且SDS≥53分,在上述心理护理内容基础上,嘱家属提供轻松病房情绪环境,指导患者进行日记护理以缓解其不良情绪,必要时邀请心理咨询师辅助干预。(3)疼痛管理。应用疼痛视觉模拟法(VAS)对其进行三级镇痛法护理;1~3分患者,2次/d评估,并指导患者通过肌肉放松、呼吸调控等方式分散疼痛注意力;协助患者改为舒适体位,缓解其疼痛感受;4~6分患者,3次/d评估,并在上述护理基础上遵医嘱应用口服镇痛药物干预;>6分患者,立即通知医生并检查是否存在并发症或感染情况,并配合治疗。(4)营养支持。初期静脉营养支持,术后6h指导患者咀嚼口香糖,患者胃肠道功能恢复后,在予以肠道内少量低蛋白营养液;患者胃肠道功能稳定后,逐渐增加蛋白浓度,并逐渐减少肠外营养支持,直至患者恢复正常饮食后,每日食用40~50g蛋白质,30g脂肪,350~450g碳水化合物,避免高蛋白高脂肪饮食。(5)饮食护理。患者完全恢复经口进食后,在保证低蛋白低脂肪饮食基础上,结合其营养水平、饮食喜好、在饮食习惯等,与其共同制订院内及院外自我饮食护理方法;叮嘱家属尽量与患者保持饮食一致性,以提升其饮食依从性。(6)并发症防护。①肺部感染。高龄患者卧床期间持续低流量吸氧,麻醉完全清醒后进行腹式呼吸训练、缩唇训练,以改善其肺部通气能力;咳嗽排痰时,吸气状态下以食指、中指指向胸骨柄上窝器官部位按压促进咳嗽反射;痰液黏稠无法咳出患者,应用氧气驱动雾化吸入干预,若存在口腔黏膜溃疡,则在雾化液中加入抗生素;严格控制出入量,避免发生肺水肿影响患者肺部免疫能力。②切口感染。切口旁放置造瘘袋,或切口周围皮肤上涂抹氧化锌软膏,暴露在外的应用无菌纱布包裹。③压疮。指导患者定时翻身、床上踝泵运动,避免发生压疮、下肢深静脉血栓;压疮发生风险较高患者,在其受压部位粘贴3M透明敷料,应用防压床气垫。④胃肠道不良反应。在避免影响切口愈合基础上,对其进行腹部热敷按摩,促进其肠道蠕动;患者卧床期间,在舒适体位下,对其进行关节及肌肉组织被动运动,鼓励患者主动进行肌肉收缩及舒张训练,耐受情况下进行床上抬腿训练、床下高抬腿运动;术后8~10h,指导患者下床活动,并结合其耐受情况逐渐增加室内步行距离,避免发生肠道粘连,促进其胃肠道功能恢复。⑤尿潴留。加强术后疼痛管理,通过会阴部热刺激、水流刺激等方式增强尿意。(7)随访指导管理。患者离院前,结合其日常生活习惯,建立微信、电话等延续性护理

方式;向其发送纸质版日常自我护理注意事项,在微信对话框中发送电子版日常自我护理注意事项,包括戒烟戒酒、规律生活作息等;定期询问患者是否存在自我护理疑问,予以耐心解答,并嘱定时复查。

#### 1.4 观察指标

①比较两组疼痛情况。以VAS<sup>[4]</sup>进行患者术前、术后6h、12h、24h疼痛程度评估;指导患者在0~10cm长度直线上,从0端开始向10cm端直线,划线停止部位即为疼痛感受数值量化结果,1cm=1分,即0~10分,分数越高表示疼痛程度越严重。

②比较两组情绪状态评分。护理前后(出院前1d),以SAS、SDS<sup>[5]</sup>对其进行情绪状态评估;SAS量表中包含20个评价条目,每个条目1~4分,所有条目评分相加后百分制获得标准总分(25~100分),分数越高表示焦虑情绪越严重;SDS量表中包含20个评价条目,每个条目1~4分,所有条目评分相加后百分制获得标准总分(25~100分),分数越高表示抑郁情绪越严重。

③比较两组并发症发生情况。并发症包括肺部感染、切口感染、压疮、胃肠道不良反应、尿潴留,并发症发生率=(肺部感染+切口感染+压疮+胃肠道不良反应+尿潴留)例数/总例数×100%。

#### 1.5 统计学分析

应用SPSS 24.0统计学软件,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行*t*检验;计数资料以[n(%)]表示,行 $\chi^2$ 检验。*P*<0.05表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组疼痛情况比较

术前,两组VAS评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);术后6h、12h、24h,两组VAS评分均呈现下降趋势,且各时间点观察组VAS评分均低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表1。

表1 两组疼痛情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	术前	术后6h	术后12h	术后24h	<i>F</i>	<i>P</i>
对照组	48	5.64±1.03	4.18±0.96	3.52±0.54	3.39±0.43	83.059	<0.001
观察组	48	5.71±1.22	3.56±0.84	2.87±0.41	2.66±0.45	118.388	<0.001
<i>t</i>		0.304	3.367	6.642	8.126		
<i>P</i>		0.762	0.001	<0.001	<0.001		

表2 两组情绪状态评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	48	54.56±5.17	49.87±4.06	56.91±5.34	51.46±6.27
观察组	48	55.29±4.78	46.35±5.33	57.58±6.00	47.45±5.24
<i>t</i>		0.718	3.640	0.578	3.400
<i>P</i>		0.474	<0.001	0.565	0.001

### 2.2 两组情绪状态评分比较

护理前,两组SAS评分和SDS评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);护理后,两组SAS评分和SDS评分均低于护

理前,且观察组 SAS 评分和 SDS 评分低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),见表 2。

### 2.3 两组并发症发生情况比较

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。

表 3 两组并发症发生情况比较 [n(%)]

组别	例数	肺部感染	切口感染	压疮	胃肠道不良反应	尿潴留	总发生
对照组	48	1(2.08)	1(2.08)	1(2.08)	3(6.25)	2(4.17)	8(16.67)
观察组	48	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.08)	0(0.00)	1(2.08)
$\chi^2$							4.414
$P$							0.036

### 3 讨论

腹腔镜胆囊切除术为急性胆囊炎主要治疗方式,具有创伤小、术后恢复快等特点<sup>[6-7]</sup>。但受患者局部炎症反应、疼痛感受等因素影响,可能会增加患者术后应激反应,增加术后护理排斥情绪,影响并发症控制效果<sup>[8]</sup>。

常规护理可能存在护理内容不完整、护理环节缺失等情况,影响护理效果。全面护理,主要强调护理内容及流程完整性,使患者获得各个方面护理干预,促进其生理及心理层面康复,缩短术后康复时间,提升术后康复质量。本研究结果显示,术后 6 h、12 h、24 h 观察组 VAS 评分低于对照组,护理后 SAS 评分和 SDS 评分低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),提示对急性胆囊炎手术患者实施全面护理可降低患者疼痛感受,改善患者情绪状态,考虑原因为,在对对照组患者护理中,尽管同样进行药物镇痛、静脉营养支持等护理干预,但护理方法较简单,且缺少患者心理层面护理干预内容,因此护理效果不满意<sup>[9-10]</sup>;在对观察组患者护理中,以健康教育、心理护理为首要护理内容,通过提升患者预后认知情况、针对性改善其不良情绪,可使其保持相对客观情绪接受后续治疗护理内容,保证护理效率,同时不良情绪改善可提升其疼痛阈值,降低术后各时间点疼痛感受;在护理方案实施中,针对患者疼痛情况实施护理干预,可直接控制疼痛程度,而在营养支持、饮食护理、康复护理中,可满足患者术后生理康复需求,对促进切口愈合、进一步降低疼痛感受、改善不良情绪具有重要意义<sup>[11-12]</sup>。

本研究结果显示,观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),提示对急性胆囊炎手术患者实施全面护理可降低患者并发症发生率,考虑原因为,在观察组患者并发症相关干预中,以预防性护理为主,如加强切口周围皮肤护理可降低切口感染发生率;加强气道管理,通过强化吸氧、排痰处理及口腔黏膜护理,可降低患者肺部感染发生风险;定时翻身拍背、尽早下床活动,可降低压疮、下肢深

静脉血栓发生率<sup>[13-14]</sup>;腹部热敷按摩、术后 6 h 咀嚼口香糖可促进胃肠道蠕动,缓解其消化道不适症状;尿潴留发生与患者术后疼痛程度有关,而随患者情绪状态改善、疼痛感受降低,可保证排尿能力稳定,降低尿潴留发生风险,进而可降低患者并发症发生率<sup>[15]</sup>。并发症发生率降低,可减少患者术后生理康复能力及情绪状态影响,形成良性循环,改善预后。

综上所述,在急性胆囊炎患者腹腔镜胆囊切除术后护理中,与常规护理方法比较,实施全面护理干预,可缓解患者术后疼痛程度,改善不良情绪,降低并发症发生率。

### 参考文献

- [1] 王连忠, 段荣欣, 沈慧欣. 急性结石性胆囊炎行小切口胆囊切除术与腹腔镜胆囊切除术的疗效分析[J]. 腹腔镜外科杂志, 2021, 26(2):128-131,135.
- [2] 梁莉. 快速康复外科理念指导下的腹腔镜胆囊切除术围手术期护理[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(14):2573-2575.
- [3] 蒋婉, 文蕾, 康进进, 等. 需要层次护理在行胆囊切除术患者术后的应用效果分析[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(6):707-710.
- [4] 贾波. 疼痛综合护理管理对腹腔镜胆囊切除术康复效果的影响[J]. 重庆医学, 2021, 50(S1):412-414.
- [5] 王钰芳, 高广勇, 高海燕. 腹腔镜下胆囊切除术患者切口感染相关因素分析及护理对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(14):99-101.
- [6] 唐晓梅, 韩媛媛, 张秀华. 信息-动机-行为护理模式对胆囊切除术患者心理状态、手术认知度和健康行为的影响[J]. 中国临床研究, 2022, 35(10):1462-1466.
- [7] 刘水娟, 党忠萍. 赋权理论指导下自我护理管理对腹腔镜胆囊切除术患者疾病知识掌握度、心理状态的影响[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(8):935-937.
- [8] 席米娜, 荀林娟, 宋瑞梅, 等. 精准护理对老年腹腔镜胆囊切除术后并发症和护理满意度的影响[J]. 临床与病理杂志, 2021, 41(3):652-656.
- [9] 陈悦, 张爱妮. 责任制护理对老年胆囊切除患者术后并发症和心理状态的影响[J]. 贵州医药, 2021, 45(9):1504-1505.
- [10] 潘可芳, 夏登枝. 心理教育干预对腹腔镜胆囊切除术后急性疼痛、焦虑和生活质量的影响[J]. 中国医药导报, 2022, 19(23):186-189.
- [11] 温晓兰, 卜慧颖, 吴琼, 等. 正性暗示术术前访视联合放松训练在老年腹腔镜胆囊切除术患者中的应用[J]. 老年医学与保健, 2022, 28(6):1338-1341,1345.
- [12] 刘静, 王剑, 骆燕, 等. 基于临床护理路径方案对胆囊结石患者行腹腔镜胆囊切除术后的心理状态及预后影响[J]. 中国医药导报, 2022, 19(27):154-157.
- [13] 张雯, 李洁, 张芊芊, 等. SE 护理对日间腹腔镜胆囊切除术患者依从性及负性情绪的影响[J]. 腹腔镜外科杂志, 2021, 26(5):383-387.
- [14] 许惠萍. 快速外科康复理念在老年腹腔镜胆囊切除术患者围手术期护理中的运用[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(13):2396-2398.
- [15] 陈晓玲, 杨明, 李慧, 等. 疼痛综合干预对腹腔镜胆囊切除术后患者的效果观察[J]. 河北医药, 2021, 43(14):2234-2237.