精准康复护理理论对重症脾切除患者影响研究

李文才 张梦文

新疆医科大学附属肿瘤医院 新疆乌鲁木齐 830000

摘要:目的:探究精准康复护理理论对重症脾切除患者的影响。方法:纳入2021年1月~2022年2月于我院重症脾切除患者,根据纳入、排除标准共选取72例,随机数字法将其分为对照组(n=36)和观察组(n=36)。对照组接受常规护理干预。观察组在对照组的基础上进行精准康复护理。比较2组患者的并发症、康复进程和满意度。结果:观察组并发症5.56%,显著低于对照组 $P<0.05$;观察组在肛门首次排气(43.28 ± 10.17)h、下床活动(7.25 ± 1.43)d和住院时间(10.88 ± 3.62)d上均明显低于对照组 $P<0.05$;满意度方面,观察组为97.22%,显著高于对照组 $P<0.05$ 。结论:精准康复护理理论在重症脾切除患者中的应用能够显著降低并发症发生率,加速患者的康复进程,并提高患者的满意度。值得在重症脾切除患者的康复护理中推广和应用。

关键词:精准康复;护理;重症;脾切除;影响

引言

重症脾切除手术(Splenectomy)是一种常见的用于治疗脾功能亢进、脾破裂等疾病外科手术。然而,脾切除术后患者面临着免疫功能下降、感染风险增加、血栓形成等一系列并发症,术后的患者往往伴有不同程度的焦虑、抑郁等心理障碍,不仅会影响患者的生活质量,还可能延缓其康复进程^[1]。而常规传统护理目标较为笼统,不同患者的基础健康状况、合并症、心理状态等存在较大差异,护理工作中缺乏系统的评估和反馈机制,导致问题发现不及时,甚至不利于及时调整治疗方案。因此,如何通过有效的康复护理措施改善患者的预后,提高其生活质量,成为临床护理领域的重要课题。近年来,精准康复护理理论逐渐受到关注,强调根据患者个体差异制定个性化护理计划,以达到最佳康复效果^[2]。精准康复护理不仅关注患者的生理恢复,还重视心理和社会功能的全面康复,旨在通过科学的方法和技术手段,为患者提供全方位、多层次的支持和服务。与传统的护理模式相比,精准康复护理更加注重个体化和精细化,对于提升护理质量,加速患者康复进程,意义重大^[3]。基于此,为了验证精准康复护理在重症脾切除患者中的应用效果,本研究拟采用前瞻性对照研究设计,选取80例重症脾切除患者作为研究对象,以评估精准康复护理的实际效果,为临床护理实践提供科学依据,推动重症脾切除患者康复护理水平的提升。

一、资料与方法

(一)一般资料

纳入2021年1月~2022年2月于我院重症脾切除患者,根据纳入、排除标准共选取72例,随机数字法将其分为对照组(n=36)和观察组(n=36),对照组患者男女比21:15;年龄范围22~70岁,平均年龄(38.62 ± 3.58)岁;落致伤、车祸致伤、刀刺伤分别为12、18、6例;迟发性脾破裂者5例。观察组患者男女比22:14;年龄范围23~70岁,平均年龄(38.71 ± 3.60)岁;落致伤、车祸致伤、刀刺伤分别为11、20、5例;迟发性脾破裂者6例。2组患者一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),存在可比性。

纳入标准:(1)患者被确诊为脾脏破裂、脾脏肿瘤等需要接受脾切除术的重症疾病;(2)患者已完成脾切除术,且手术过程顺利,术后恢复良好,无严重并发症;(3)能耐受康复护理过程中的各项措施;(4)患者及其家属对康复护理的依从性高,能够积极配合;(5)符合知情同意。

排除标准:(1)患者合并有心脑血管疾病、肝肾功能障碍等其他严重疾病;(2)患者存在精神或认知障碍;(3)患者既往存在血栓史;(4)无法完成随访;(5)存在康复护理措施禁忌症。

(二)方法

(1)对照组。采用常规重症护理,密切关注患者的生命体征及腹部症状和体征,及时发现并处理可能的出血和感染等并发症。要确保引流管通畅,避免堵塞,并

观察引流液的颜色、量和性质。患者切除术后，鼓励患者早期下床活动，以促进胃肠道功能恢复和预防并发症，并根据医嘱给予必要的静脉治疗和检查，动态观察病情变化，及时调整护理措施。

(2) 观察组。采用精准康复护理：(1) 体位护理与生命体征监测：在患者麻醉苏醒后，给予低流量吸氧，并让患者保持平卧位 12h，待病情稳定后调整为半卧位。若发生失血性休克，则调整患者头部偏向一侧，上半身抬高 20°~30°，下肢抬高 15°。每两小时协助患者翻身或变换体位。术后 2~3 天内，每 30 分钟至 1 小时监测一次脉搏、呼吸及血压，病情稳定后延长至每 2~4 小时一次。确保脉氧饱和度维持在 96% 以上，一旦发现呼吸加快、情绪烦躁、四肢发冷等症状，立即通知医生处理。持续监测生命体征（血压、心率、呼吸频率、血氧饱和度等），定期检测血液指标（血红蛋白、白细胞计数、血小板计数、电解质、肝肾功能等），观察伤口情况（红肿、渗出、感染等），监测内脏功能（肝肾功能、电解质平衡等）。(2) 出血护理：注意引流液的性状和颜色变化，每两小时挤压引流管一次，确保其畅通无阻，避免扭曲或脱落。若引流量每小时 >100ml 且颜色鲜红，则立即通知医生处理。术后 5 小时内，若引流管引流液总量 >400ml，应立即测量患者血压，实施心电监护，并给予 1kU 巴曲酶治疗直至当引流液逐渐减少，且脾窝引流管流出淡红色引流液约 20ml 时，可停用巴曲酶。(3) 疼痛管理。根据患者的具体情况选择合适的镇痛药物和方法，使用疼痛评分量表定期评估患者的疼痛情况，及时调整治疗方案。精确管理液体输入和输出，维持水电解质平衡，定期检测电解质水平，及时调整输液方案，预防低血容量或水肿。严格执行无菌操作，保持伤口清洁干燥，合理使用抗生素预防手术部位感染，定期更换敷料，观察伤口愈合情况。鼓励患者早期下床活动，促进血液循环，使用弹力袜或间歇充气加压装置预防深静脉血栓形成，必要时使用抗凝药物。(4) 康复护理计划。使用监护仪进行持续监测生命体征，对于高风险患者，每小时或每两小时监测一次生命体征，及时发现并处理异常情况。评估患者焦虑、抑郁、恐惧等情绪状态；加强呼吸道管理，确保气道通畅，鼓励患者深呼吸和咳嗽，预防肺部并发症；必要时进行气管插管和机械通气，确保充足的氧气供应和二氧化碳排出。提供精准康复心理辅导和支持，帮助患者应对疾病带来的压力和焦虑，鼓励患者表达自己的感受，建立积极的心态，教育家属如何提

供情感支持。动态调整精准康复护理计划，定期评估患者的恢复情况，生理、心理、社会等方面，根据评估结果及时调整护理计划，确保护理措施的有效性和适应性。与外科医生、麻醉师、营养师、心理医生等多学科团队合作，共同制定和调整护理计划，定期召开病例讨论会，分享患者的最新进展和护理经验。预防 OPS（脾切除术后感染综合征），教育患者和家属如何预防手卫生、环境清洁等感染，详细的健康宣教，增强患者的自我保护意识。(5) 营养支持。根据患者的具体情况制定合理的饮食计划，提供高蛋白、高热量、易消化的食物，必要时通过肠内或肠外营养支持。

(三) 观察指标

(1) 并发症：比较 2 组患者感染、腹腔内出血和血栓形成并发症发生情况。

(2) 康复进程：比较 2 组术后肛门首次排气、下床活动及住院时间。

(3) 满意度：通过医院自制满意度问卷对满意度进行评估，问卷满分 100 分，90 分及以上表示患者非常满意，70 至 89 分则为基本满意，69 分及以下则为不满意。满意度 = (非常满意 + 基本满意) / 总例数 × 100%。

(四) 统计学分析

通过 SPSS 27.0 进行分析符合正态分布，则采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，两组内比较 t 检验；非正态分布数据以中位数描述，使用 Mann-Whitney U 检验；等级资料疗效用 Z 检验；计数资料用 $[n(\%)]$ 表示，进行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为检验标准。

二、结果

(一) 并发症

观察组并发症 5.56%，显著低于对照组 $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 并发症比较 $[n(\%)]$

组别	感染	腹腔内出血	血栓形成	总发生率
对照组 (n=36)	4 (11.11)	2 (5.56)	2 (5.56)	8 (22.22)
观察组 (n=36)	1 (2.78)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.56)
χ^2	-	-	-	4.181
P	-	-	-	0.041

(二) 康复进程

观察组在肛门首次排气 (43.28 ± 10.17) h、下床活动 (7.25 ± 1.43) d 和住院时间 (10.88 ± 3.62) d 上均明显低于对照组 $P < 0.05$ ，见表 2。

表2 康复进程比较

组别	肛门首次排气时间 (h)	下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
对照组 (n=36)	58.96 ± 10.42	10.95 ± 2.61	15.59 ± 3.52
观察组 (n=36)	43.28 ± 10.17	7.25 ± 1.43	10.88 ± 3.62
t	6.461	7.460	5.597
P	0.000	0.000	0.000

(三) 满意度

满意度方面, 观察组为97.22%, 显著高于对照组 P<0.05, 见表3。

表3 满意度比较[n (%)]

组别	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组 (n=36)	11 (30.56)	17 (47.22)	8 (22.22)	28 (77.78)
观察组 (n=36)	19 (52.78)	16 (44.44)	1 (2.78)	35 (97.22)
χ^2	-	-	-	4.571
P	-	-	-	0.033

三、讨论

重症脾切除患者大多需要接受特别的重症护理, 其因救治需要, 手术切除的创面大, 止血不彻底可能导致术后出血, 还需采取措施预防手术部位和其他部位的感染, 传统的一刀切护理模式难以满足所有患者的需求, 因此亟须精准康复理论的应用^[4]。

本次研究结果显示, 观察组的护理后并发症发生率显著低于对照组, 可见精准康复护理在降低重症脾切除术后并发症方面具有显著优势, 能够有效改善患者的预后, 减少医疗资源的消耗。分析认为, 精准康复护理可针对有深静脉血栓高风险的患者, 提前使用抗凝药物; 对于有肺部感染风险的患者, 加强呼吸道管理和物理治疗, 这种个性化的护理方案能够更有效地预防和管理并发症。而常规护理通常由单一科室的医护人员负责, 可能缺乏其他专业领域的支持, 难以提供全面的护理服务。精准康复护理通过早期识别和干预潜在的风险因素, 早期活动指导、早期肠内营养支持等, 以有效预防并发症的发生; 同时, 综合管理患者的生理和心理需求, 早期活动可以促进血液循环, 减少深静脉血栓的风险; 早期肠内营养支持可以促进肠道功能恢复, 减少消化道并发症, 大大提高了患者的康复效果^[5]。

同时, 观察组肛门首次排气时间、下床活动时间、住院时间等均显著短于对照组, 可见精准康复护理中, 通过早期给予肠内营养, 有助于促进肠道蠕动, 加速胃肠道功能恢复, 从而缩短肛门首次排气时间。同时, 充

足的营养摄入也为患者早期下床活动提供了能量支持; 此外, 能根据患者的具体情况, 制定床上翻身、坐起、站立等个性化的早期活动计划, 逐步过渡到下床行走; 这种渐进式的活动指导不仅有助于防止肌肉萎缩, 还能促进血液循环, 减少深静脉血栓形成的风险, 加快患者整体恢复速度^[6]。

此外, 脾切除术后患者往往伴有焦虑、抑郁等情绪障碍, 精准康复护理注重心理干预, 通过开展心理疏导、家庭支持等活动, 鼓励患者及其家属积极参与护理过程, 提高了患者的主动性和配合度; 常规护理中, 患者往往处于被动接受的状态。帮助患者建立积极的心态, 增强康复信心, 提高治疗依从性; 故观察组护理满意度显著高于对照组, 也进一步证实了精准康复护理的良好效果^[7]。

综上所述, 精准康复护理在降低重症脾切除术后并发症发生率、缩短肛门首次排气时间、下床活动时间和住院时间等方面具有显著优势, 在重症脾切除术后护理中的重要价值, 值得进一步推广。

参考文献

- [1] 马艳, 田兴梦, 马昱琨, 等. 探讨“术前两之前、术后三主动”护理品牌服务在脾切除治疗脾功能亢进门静脉高压症患者围术期的效果研究[J]. 航空航天医学杂志, 2024, 35 (07): 868-870.
- [2] 姬俊玲, 齐艳丽. 加速康复外科护理干预在门脉高压患者脾切除术后预防深静脉血栓形成护理中的应用效果[J]. 血栓与止血学, 2022, 28 (03): 528-529.
- [3] 李想, 张楠, 张静蕾, 等. 加速康复外科理念护理在腹腔镜脾切除加贲门周围血管离断术的初步应用[J]. 河南外科学杂志, 2021, 27 (04): 189-191.
- [4] 刘鹏伟. 以精准护理理论为指导的康复护理联合呼吸训练在急性心肌梗死术后患者中的应用价值[J]. 反射疗法与康复医学, 2024, 5 (11): 129-132.
- [5] 于佩佩, 杨梦莹, 廖华, 等. 基于精准护理理论的康复护理在心肌梗死PCI术后病人中的应用[J]. 护理研究, 2023, 37 (12): 2280-2282.
- [6] 吴艳, 宿英杰. 精准护理理论下 I 期心肺护理增强 CABG 心肺功能效果分析[J]. 中华全科医学, 2020, 18 (03): 513-516+520.
- [7] 赵一琼, 陈淑娟, 仇荣敏, 等. 基于精准护理理论引导下应用精准康复护理对直接前路微髌关节置换术患者结局的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28 (19): 2141-2145.