

个性化护理在急性阑尾炎手术护理中的效果及并发症发生率分析

敖小菊

樟树市黄土岗镇中心卫生院 江西 樟树 331200

摘要：目的：分析个性化护理在急性阑尾炎手术护理中的效果及并发症发生率。**方法：**本次研究对象为 2020 年 1 月至 2023 年 3 月之间在江西省宜春市樟树市黄土岗镇中心卫生院接受急性阑尾手术的 62 例患者，采用摸球法将所有研究对象分为对照组（n=31）和研究组（n=31）。所有患者均行腹腔镜阑尾切除术且由本院同一支医师团队进行手术操作，对照组患者接受急性阑尾炎手术常规护理，观察组在常规护理原则上实施个性化急性阑尾炎手术护理，比较两组患者围术期相关指标和治疗效果，统计手术后常见并发症发生情况和生命体征水平。**结果：**经对比，观察组患者围术期相关指标、生命体征指标较对照组更优，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ；经统计，观察组患者术后并发症总发生率明显少于对照组，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ；干预后，观察组治疗总有效率略高于对照组，差异无统计学意义， $P < 0.05$ 。**结论：**个性化护理以患者为中心，增强急性阑尾炎手术护理中对患者手术前后的护理，全面监测患者生命体征和心理状态，可有效提高患者围术期指标，促进患者各项生命体征恢复正常范围，减少并发症发生情况，进一步提升治疗效果的效果。

关键词：个性化护理；急性阑尾炎；手术护理；并发症发生率

前言

阑尾炎是由多种原因导致阑尾管腔堵塞，继发细菌感染，常见类型有急性阑尾炎、慢性阑尾炎两大类，其中急性阑尾炎发病最为常见，且任何年龄段均可发生急性阑尾炎，特别是青壮年男性^[1]。急性阑尾炎根据病理改变又分为急性单纯性阑尾炎、急性化脓性阑尾炎、坏疽性及穿孔性阑尾炎、阑尾周围脓肿，手术治疗急性阑尾炎主要的救治方式，随着医疗技术不断发展，腹腔镜以其切除彻底、创伤、出血量小，术后并发症少等优势被广泛应用于阑尾切除^[2]。大部分情况下急性阑尾手术需对患者施以全身麻醉，手术护理直接影响患者生命体征、术后麻醉苏醒等手术指标，良好的术后护理有利于患者术后恢复，本次研究旨在分析个性化护理在急性阑尾炎手术护理中的效果及并发症发生率，具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象为 2020 年 1 月至 2023 年 3 月之间在江西省宜春市樟树市黄土岗镇中心卫生院接受急性阑尾手术的 62 例患者，采用摸球法将所有研究对象分为对照组（n=31）和研究组（n=31）。经对比两组患者年龄、性别、病程、病情等基本资料无明显差异， $P > 0.05$ ，可进行对比分析，详见表 1。

表 1 两组患者临床资料组间对比

资料类型	对照组 /31	观察组 /31	χ^2/t	P
性别				
男	61.29 (19/31)	54.84 (17/31)	0.265	0.607
女	38.71 (12/31)	45.16 (14/31)	0.265	0.607
年龄 (岁)	20.72±2.33	19.86±3.39	1.164	0.249
病程 (h)	18.23±3.24	16.14±2.31	2.924	0.005
急性单纯性阑尾炎	51.61 (16/31)	48.39 (15/31)	0.065	0.799
急性化脓性阑尾炎	22.58 (7/31)	16.13 (5/31)	0.413	0.520
坏疽性阑尾炎	16.13 (5/31)	19.35 (6/31)	0.111	0.740
其他类型阑尾炎	9.68 (3/31)	16.13 (5/31)	0.574	0.449

纳入标准：（1）均经 X 线片或 CT 检查确诊为急性阑尾炎^[3]。（2）符合腹腔镜阑尾切除术标准；（3）患者认知健全，无沟通障碍；（4）年龄≥18 周岁对本次治疗研究知情且同意；

排除标准：（1）妊娠期或哺乳期妇女；（2）患有严重心、肝、脑、肾衰竭疾病；（3）凝血功能障碍或合并血液系统疾病；（4）有腹部手术史或临时退出者。

1.2 护理方法

所有患者均行腹腔镜阑尾切除术且由本院同一支医师团

队进行手术操作，对照组患者接受急性阑尾炎手术常规护理，观察组在常规护理原则上实施个性化急性阑尾炎手术护理，具体内容为：（1）术前护理。患者入院后护理人员需了解其生理、心理状态，对患者因病产生的焦虑、抑郁等负面情绪进行疏导，通过播放视频向患者介绍本次手术治疗流程和必要性、有效性、安全性，提前嘱咐患者做好术前准备。于患者进入手术室前半小时护理人员需对手术室进行通风，调节手术室内温度和湿度，准备好手术所用器具和物品，确保室内环境处于无菌状态。（2）术前麻醉护理。患者实施麻醉前，护理人员必须对患者身体状况进行评估，询问患者病史、有无麻醉药物过敏史及身体是否有其他不适，并告知患者及家属无痛人流腹腔镜麻醉方法、麻醉效果维持时间、不良反应等相关注意事项。施以麻醉前帮助患者去舒适仰卧位，待麻醉起效后配合手术医师完成手术，期间严密检测患者生命指标。（3）术后麻醉护理。术后除连续密切检测患者生命体征外，护理人员需陪患者进入苏醒室，保证患者时刻保持侧卧体位，及时清理鼻腔、口腔分泌物保持呼吸道畅通，监测患者苏醒状态，是否出现不良反应等。直到患者完全苏醒后将其送至所在病房，提醒患者及家属 2h 后才可摄入水和流质或半流质食物。若术后发生恶心呕吐等不良反应需将患者头部偏向一侧以免发生呕吐物堵塞。（4）术后疼痛护理。阑尾手术后必然存在疼痛反应，除提前告知患者外通过与患者间的沟通确定疼痛所在位置和性质，避免伤口沾水和感染，评估疼痛可持续时间，患者恢复期间注意分散其注意力，必要时给予药物镇痛缓解患者疼痛感受。（5）术后日常护理。护理人员需将引流管放置于患者身侧，为防止患者翻身扯压引流管影响阑尾周围液体流出，可将引流管进行固定，定时观察记录引流量和更换引流袋并进行评估，按时完成输液消炎治疗，控制好输液速度，观察术后切口敷料是否干净整洁，检查术后切口处有无渗血渗液问题，一经发现及时做出处理，防止手术切口发生感染。

1.3 观察指标

1.3.1 比较两组患者手术时长、术中失血量、术后疼痛程度、术后住院时间等围术期相关指标，术后疼痛程度通过视觉模拟评分法进行评估，分值范围在 0~10 分之间，分值越高表示患者疼痛程度越强烈。

1.3.2 统计两组患者肠梗阻、切口感染、腹腔脓肿、便秘、创口渗液、压疮、术后出血等手术后常见并发症发生情况，作为个性化手术护理效果判断依据。

1.3.3 统计两组患者术后心率、DBP、SBP、MAP 等生命体征水平，心率正常范围：60～100 次/min；舒张压正常范围：60～90mm Hg；收缩压正常范围：90～140mm Hg；平均动脉压正常范围：70～105mm Hg；

1.3.4 将临床疗效分为治愈、显效和无效，治愈：下腹部疼痛症状消失，身体机能恢复正常；显效：下腹部疼痛症状消失，食欲等身体机能基本恢复；无效：临床症状未消失，身体机能未达标。

1.4 统计学方法

表 2 两组围术期相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 / 例数	手术时长 (min)	术中失血量 (ml)	术后疼痛程度 (分)	术后住院时间
观察组 /31	41.36±9.82	8.32±3.24	2.71±0.32	4.22±1.02
对照组 /31	55.57±12.69	11.85±4.53	3.68±0.83	5.87±1.14
t	4.931	3.529	6.071	6.006
P	0.000	0.001	0.000	0.000

2.2 手术后并发症发生情况对比 经统计，观察组患者术后并发症总发生率明显少于对照组，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ，详见表 3。

2.3 两组术后 24h 生命体征指标对比 干预后观察组患者术后 24h 心率、DBP、SBP、MAP 等生命体征指标均明显低于对照组，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ，详见表 4。

2.4 两组疗效比较 观察组治疗总有效率为 100% 而对照组治疗总有效率为 96.77%，差异无统计学意义， $P < 0.05$ 。

采用 2*2 析因设计，其中连续性变量资料，用($\bar{x} \pm s$)表示，t 检验，采用重复测量方差分析比较组间差异；定性资料，用(n,%)表示， χ^2 检验，采用非参数检验比较，若组间对比结果差异显著且 $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 时，则具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围术期相关指标对比 经对比，观察组患者围术期相关指标较对照组更优，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ，详见表 2。

表 3 手术后并发症发生情况对比 (n, %)

组别 / 例数	肠梗阻	切口感染	腹腔脓肿	便秘
观察组 /31	3.23 (1/31)	0.00 (0/31)	0.00 (0/31)	3.23 (1/31)
对照组 /31	6.45 (2/31)	3.23 (1/31)	3.23 (1/31)	9.68 (3/31)
χ^2	0.350	1.016	1.016	1.069
P	0.554	0.313	0.313	0.301
组别 / 例数	创口渗液	压疮	术后出血	总发生率
观察组 /31	0.00 (0/31)	3.23 (1/31)	0.00 (0/31)	9.68 (3/31)
对照组 /31	6.45 (2/31)	0.00 (0/31)	3.23 (1/31)	32.26 (10/31)
χ^2	2.067	1.016	1.016	4.769
P	0.151	0.313	0.313	0.029

表 4 两组患者诊疗期间生命体征对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 / 例数	心率 (次/min)	DBP(mmHg)	SBP(mmHg)	MAP(mmHg)
观察组 /31	96.75±5.82	84.95±11.72	128.39±15.64	100.6±13.52
对照组 /31	123.15±6.94	97.63±16.58	145.76±21.25	114.8±17.84
t	16.229	3.477	3.665	3.532
p	0.000	0.000	0.001	0.001

3 讨论

围术期相关指标和患者术后生命体征最能反应手术优缺点及其对患者术后恢复的影响，本次研究显示，经对比，观察组患者围术期相关指标、生命体征指标较对照组更优，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ；提示个性化急性阑尾炎手术护理可缩短手术和术后住院时间，减轻患者术中失血量和术后疼痛度。本次个性化护理更重视患者生理、心理状态，提前嘱咐患者做好术前准备，于患者手术室前做好手术准备，从帮助患者树立治愈信心出发，配合专业的术前准备是有效提高围术期和术后患者生命指标的重要途径^[4]。

有数据显示，除及时就诊配合治疗外，良好的急性阑尾炎手术护理也可减少并发症发生率，术前过度焦虑的情绪易产生应激反应，导致换着心率、血压兴奋性增加影响麻醉和手术效果，预防和减轻换着术前焦虑可降低术后不良反应，有利于提高治疗效果。本研究结果显示，观察组患儿术前焦虑程度低提高患者治疗效果。本研究还显示，经统计，观察组患者术后并发症总发生率明显少于对照组，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ；干预后，观察组治疗总有效率略高于对照组，差异无统计学意义， $P < 0.05$ ；说明个性化护理通过增强手术前后麻醉护理，严密监测患者苏醒状态和生命体征，避免伤口沾水发生感染，出现问题及时停止医师并配合治疗，可有效降低患者术后并发症发生率，但当前急性阑尾炎手术治疗技术趋于成熟，整体治愈率较高，护理干预可有效降低并发症发生率，而治疗效果暂无较大提升空间^[5]。阑尾手术后部分患者会因疼痛对术后恢复产生抗拒心理，护理人员通过分散其注意力或给予镇痛药物可有效缓解患者疼痛度，改

善患者术后恢复期产生的负面情绪，提高其配合度；重视引流管放置位置并加以固定，给予必要的输液消炎治疗，确保术后切口敷料干净整洁，检查术后切口处有无渗血渗液问题，一经发现及时做出处理，防止手术切口发生感染，有利于提升治疗效果。

综上所述，个性化护理以患者为中心，增强急性阑尾炎手术护理中对患者手术前后的护理，全面监测患者生命体征和心理状态，可有效提高患者围术期指标，促进患者各项生命体征恢复正常范围，减少并发症发生情况，进一步提升治疗效果的效果，值得推广。

参考文献

[1] 胡巧, 蒋丽丹, 王如香. 基于目标达成理论的整体护理对急性阑尾炎腹腔镜手术患儿的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2023,29(6):39-42.

[2] 杨春青, 张玉琴, 卓巧容. 时效性激励联合快速康复护理在日间手术急性阑尾炎患者中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2023,9(6):124-126.

[3] 陈玉莲, 庄琼霞. 层级链式医护一体化护理对急性阑尾炎手术患者术后恢复情况及睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2023,10(1):201-203,206.

[4] 韩倩倩. 细节护理在藏药益西周肭卡擦坚联合腹腔镜手术治疗急性阑尾炎护理中的应用效果[J]. 中国民族医药杂志, 2021,27(2):64-65.

[5] 曹锐利, 王枫枫. 临床护理路径在急性阑尾炎手术患者中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2022,7(24):146-148.