

量化评估策略下手术室护理在肾癌根治术患者中的应用

熊芸铤

贵州医科大学附属医院 贵州贵阳

【摘要】目的 探寻在肾癌根治术患者中实行量化评估策略下手术室护理的效果。**方法** 选择我院收治的 96 例肾癌根治术患者，随机平分两组，对照组和观察组分别实行常规护理和量化评估策略下手术室护理，对比效果。**结果** 观察组临床指标、VAS 评分、生活质量明显优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 实行量化评估策略下手术室护理能够改善肾癌根治术患者临床指标，减少疼痛程度，改善生活质量。

【关键词】 肾癌根治术；手术室护理；量化评估策略

【收稿日期】 2024 年 4 月 29 日 **【出刊日期】** 2024 年 5 月 20 日 **【DOI】** 10.12208/j.jnmn.20240222

Application of operating room care under a quantitative evaluation strategy in patients undergoing radical renal cancer surgery

Yunxin Xiong

Affiliated Hospital of Guizhou Medical University, Guiyang, Guizhou

【Abstract】Objective To explore the effect of operating room nursing under the quantitative evaluation strategy in patients with radical renal cancer surgery. **Methods** 96 patients with radical renal cancer treated in our hospital were selected and randomly divided into two groups. The control group and observation group adopted routine nursing and quantitative evaluation strategy respectively to compare the effect. **Results** The clinical indicators, VAS score, and quality of life of the observation group were significantly better than those of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Quantitative evaluation strategy can improve the clinical index, reduce the pain degree and improve the quality of life.

【Keywords】 Renal cancer radical resection; Operating room nursing; Quantitative evaluation strategy

肾癌是泌尿系肿瘤中常见的一种恶性肿瘤。不健康饮食、吸烟、环境污染、缺乏体育锻炼等，是导致肾癌发病和死亡风险增加的重要因素^[1]。在发病早期患者症状并不明显，可能出现血尿、肿块等，但发展到晚期，则会出现腰痛、骨痛等症状，严重危害到患者生活健康^[2]。肾癌根治术是治疗肾癌的一种手术方式，对患者病灶部位彻底切除，使其病情改善。但手术整个过程中存在较多不确定因素，还会导致感染、出血等情况，使手术效果受到影响^[3]。因此，应在手术前后做好全面针对性护理，使治疗效果提升。常规护理中主要是以病房管理为主，对患者针对性较差，无法达到预期效果^[4]。量化评估策略下手术室护理能够有效评估患者病情严重程度和存在问题等，依据其个人情况采取级别不同的专业护理人员实施护理，使患者能够获得更加高质量护理。本文主要对量化评估策略下手术室护理在肾癌

根治术患者中的效果探究，如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院收治的 96 例肾癌根治术患者（2023 年 1 月~2023 年 12 月），随机分成对照组 48 例，观察组 48 例，其中对照组男 34 例，女 14 例，平均（53.08±2.71）岁，观察组男 28 例，女 20 例，平均（53.94±2.06）岁，两组资料对比 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组：常规护理，对患者血尿素氮测定、尿常规等生命体征密切观察，对其健侧肾代偿泌尿系统功能确认。在术前饮食上应采用流质食物，将全肠道灌洗。同时手术开始前应将导尿管和胃管留置好。术中，应对患者麻醉和反应情况严密观测，对医生全力配合。术后当患者清醒后，可指导其深呼吸。对胃管做好固定，保

障其引流畅通,对其胃液的数量和颜色等严密观察。在患者肛门发生排气后可将胃管拔除,对其腹痛、腹胀等不良反应进行观察。

观察组:量化评估策略下手术室护理,(1)量化评估,术前,对患者个人病例情况进行细致查看,依据其病情状况、癌症分期、并发症等评估患者病情进展,量化评估其综合素质情况,对其反应效能、自我保护效能、自身威胁性等全面分析,从而对患者实行全面风险判定,如高风险人群、中等风险人群、低风险人群等,依据分析结果制定个性化、保护性的护理方案。(2)人员调配,应依据护理人员临床检验和个人资历实行分级,针对患者病情和风险评估状况实行合理配置,对护理医院合理使用。(3)护理方法,术前,医护人员应检查患者生命体征情况,将疾病知识、治疗方法、预后等向患者详细讲述,提升其治疗和护理依从性,将手术室环境、仪器类型、人员配置等向其耐心讲解,同时对其心理实行干预,使其不良情绪改善。保持手术室环境,做好消毒,温度和湿度应分别控制在 25℃和 55%。患者进入手术室后,应指导其实行手术体位,应多与患者沟通并对其头部进行抚摸等,将其紧张等心理改善。在麻醉医生对患者实施麻醉过程中应护理人员应全面配合,同时配合麻醉医生和手术医生将患者体位调整到最佳状态,将软垫放置在患者股部和腰部位置,将凝胶软垫放置在骨隆突处位置,避免发生皮肤损伤和术中并发症情况。术中,应对患者出血和生命体征等密切观察,如出现异常状况,应及时告知医生处理。同时为防止患者出现低体温等情况,应将冲洗液加温,并使用

温毯。使用严格无瘤技术操作。术后,患者应禁食 48h,采用静脉输液等方法将水电解质保持平衡,如患者已经完成排气,可适当增加流食摄入,多喝水,饮水量应在 3000 ml/d。当患者恢复饮食后,应对摄入的盐量有效控制,多进食鱼肉、牛奶等高蛋白食物。将腹腔引流管和负压吸引固定好,使引流保持畅通,对引流液的量、性质、颜色等密切关注。叮嘱患者应实施 1 周的绝对卧床。同时依据患者病情恢复情况,医护人员应协助其实行强肾操、散步等适当的锻炼,2 次/d,20 min/次。

1.3 观察指标

两组临床指标;采用 VAS 对两组疼痛状况评价,分数越高表示疼痛越强烈;使用 SF-36 对两组生活质量评价。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 处理数据, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床指标

两组对比($P < 0.05$),如表 1 所示。

2.2 两组 VAS 评分

护理前,对照组患者 VAS 评分为(8.56±1.03)分,观察组 VAS 评分为(8.61±1.12)分,两组比较($P > 0.05$);护理后,对照组患者 VAS 评分为(5.58±1.01)分,观察组 VAS 评分为(2.24±0.22)分,两组对比($P < 0.05$)。

2.3 两组生活质量

护理后,两组对比($P < 0.05$),如表 2 所示。

表 1 两组临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 首次排气时间(h) | 排尿时间(h) | 住院时间(d) |
|----------|----|------------|------------|------------|
| 对照组 | 48 | 31.68±3.72 | 20.58±3.12 | 16.69±3.31 |
| 观察组 | 48 | 25.01±2.43 | 15.11±2.02 | 11.17±2.46 |
| <i>t</i> | | 3.284 | 4.059 | 3.921 |
| <i>P</i> | | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

表 2 两组生活质量[($\bar{x} \pm s$), 分]

| 组别 | 例数 | 生理 | | 心理 | | 社会 | | 环境 | |
|----------|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 对照组 | 48 | 55.29±2.48 | 62.48±3.87 | 56.69±2.19 | 67.85±3.29 | 56.11±2.89 | 68.29±3.05 | 55.59±2.05 | 70.09±3.11 |
| 观察组 | 48 | 55.46±2.21 | 75.29±4.06 | 56.27±2.04 | 78.28±4.35 | 56.07±2.06 | 80.07±4.12 | 55.47±2.36 | 79.92±4.77 |
| <i>t</i> | | 3.254 | 8.154 | 3.269 | 8.041 | 0.821 | 7.019 | 3.369 | 7.851 |
| <i>P</i> | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

3 讨论

肾癌是人体肾脏发生恶性肿瘤病变而引起的一种疾病。一般状况下, 恶性肿瘤始发于肾脏的肾小管上皮组织, 可导致患者肾脏功能失调, 严重者可完全丧失肾脏功能^[5]。现阶段, 由于生活水平提升和老龄化严峻, 肾癌发病率出现逐年增加, 严重威胁患者生命安全^[6]。当前, 肾脏最佳治疗方法是肾癌根治术, 通过切除患侧肾脏, 并切除肾周筋膜脂肪, 清扫肾门淋巴结, 同时取出静脉内癌栓, 从而使肿瘤原发病灶彻底清除^[7]。但由于该手术方法极易导致患者局部疼痛、感染等情况, 影响手术治疗效果^[8]。量化评估策略下手术室护理主要对患者疾病状况实行全面、综合性的量化分析, 从而制定针对性的干预方法, 使患者治疗效果提升, 改善预后^[9-10]。

观察组临床指标、VAS 显著优于对照组 ($P < 0.05$), 表示量化评估策略下手术室护理可使患者临床指标改善, 将疼痛情况减轻。量化评估策略下手术室护理实行过程中, 医护人员对患者病情危险情况等实行全面评估, 并对其实行健康宣教和心理、营养干预等, 将疾病内容、治疗方法、预后等向患者详细讲解, 提升其对疾病的正确了解。对患者心理实行干预, 有效改善其紧张、焦躁等不良心理。提高患者治疗的依从性。同时在术后对患者实行疼痛和营养干预, 能够将患者疼痛改善, 减少交感神经兴奋程度, 将水电解质保持平衡, 将排气时间有效缩短, 从而使病情快速康复。观察组生活质量显著高于对照组 ($P < 0.05$), 表示量化评估策略下手术室护理可提升患者生活质量。做好患者的营养干预和引流管护理, 依据病情实行适当康复锻炼等, 提高患者生活质量。

综上, 在肾癌根治术患者中实施量化评估策略下手术室护理, 可使临床指标有效改善, 将疼痛有效缓解, 提高生活质量。

参考文献

- [1] 符章敏, 羌琰. 基于量化评估策略的手术室护理在行腹腔镜下全子宫切除术患者术后康复中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2023, 9(10): 9-12.
- [2] 孙晓佳, 汪业铭, 孟晨雪, 刘禹濛, 赵立春, 赵继波. 超声引导下腰方肌外侧路阻滞联合少阿片类药物麻醉对老年腹腔镜肾癌根治术患者的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2023, 33(23): 85-91.
- [3] 孔荷香, 芮鸿庆. 完全腹腔镜胃癌根治术联合基于量化评估策略的护理干预在胃癌患者治疗中的应用效果[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2022, 6(16): 122-125.
- [4] 胡昌娥, 赵永丽. 基于量化评估策略的手术室护理在宫腔镜子宫内息肉切除术患者中的应用效果及对负性情绪的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(28): 159-162.
- [5] 朱陈辉, 黄长青, 黄海文, 高绍青, 杨水华, 蔡智仁. 探讨基于联合解剖标志、层面及腹膜返折悬吊术的程序化六步法后腹腔镜下肾癌根治术治疗局限性肾癌的临床效果[J]. 中国实用医药, 2023, 18(5): 1-6.
- [6] 孙晓佳, 汪业铭, 孟晨雪, 刘禹濛, 赵立春, 赵继波. 超声引导下腰方肌阻滞联合少阿片全身麻醉方案在老年腹腔镜肾癌根治术中的应用[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(18): 4398-4400.
- [7] 唐晓娟, 李英, 任尚, 李家亮, 黄松芳, 韦菊芬, 韦映娟, 岑少英, 莫金燕. 15 例肾癌根治术联合腔静脉瘤栓取出术的多学科协作诊疗模式的护理配合[J]. 微创医学, 2023, 18(5): 642-645.
- [8] 刘和谦, 陶凌松, 王家伟, 陈弋生, 邹滨, 沈旭东. 肾蒂血管处理新策略对缩短后腹腔镜下肾癌根治术学习曲线的正面作用[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志(电子版), 2022, 16(2): 147-150.
- [9] 张晶, 马君, 宫小勇. 基于量化评估策略的手术室护理结合预见性干预对前列腺电切术患者术中恐惧情绪及不良事件发生情况的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(29): 146-149.
- [10] 刘玉勤, 王留针, 范荣娥, 张辉. 基于动机激发策略的早期康复护理促进后腹腔镜肾癌根治术后患者康复的效果观察[J]. 内蒙古医学杂志, 2023, 55(2): 236-238.

版权声明: ©2024 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS