

前馈控制的围术期护理干预在膀胱癌行膀胱全切腹壁尿路造口患者中的应用效果

刘新娥*, 丘林珍

(佛山市南海区人民医院 泌尿外科, 广东 佛山 528200)

摘要: **目的** 探讨前馈控制的围术期护理干预在膀胱癌行膀胱全切腹壁尿路造口患者中的应用价值。**方法** 选取佛山市南海区人民医院泌尿外科2019年1月至2021年1月收治的膀胱癌行膀胱全切腹壁尿路造口患者90例,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组45例。对照组患者围术期采用常规泌尿外科护理,观察患者围术期采用前馈控制护理方案,比较两组患者护理干预后并发症发生率、引流管留置时间、静脉输液持续时间、首次排气时间、排便时间、住院时间以及两组患者对护理干预的质量评分。**结果** 观察组总并发症发生率低于对照组,引流管留置时间、静脉输液持续时间、首次排气时间、住院时间、首次排便时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组护理质量高于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 围术期使用前馈控制护理模式可以提前规避患者手术治疗中可能会出现风险因素,优化患者的一般临床指标,改善患者的心理状态,而且通过这种护理模式可以提高护理人员的专业素养,提升护理的总体质量。

关键词: 前馈控制; 围术期; 护理干预; 膀胱癌; 膀胱全切腹壁尿路造口

中图分类号: R473.73

文献标识码: A

文章编号: 1674-7410(2021)03-0113-03

膀胱癌是泌尿系统常见的恶性肿瘤之一,约占全部恶性肿瘤的3.2%,好发于50~70岁男性,且发病率呈持续上升趋势,2018年*Natl Compr Canc Netw* (NCCN)提出该病治疗的金标准是膀胱全切除加尿路改道术^[1]。膀胱全切术后腹壁尿路造口分为输尿管皮肤造口和回肠膀胱造口,输尿管皮肤造口会对人体造成较大创伤,术后恢复需要较长时间,并发症率较高,而且该手术对疾病具有选择性,适用范围小;回肠膀胱造口属于不可控尿流改道术,创口小,并发症率低,术后恢复时间短,作用范围广,是临床上常用的尿流改道术。前馈控制是通过控制影响因素来实现效果,在结果出现之前实施有效的控制,该控制具有主动性、积极性和有效性的特点^[2]。本研究将前馈控制用于膀胱癌行膀胱全切腹壁尿路造口患者围术期的护理,并探究其对患者并发症、临床各指标产生的影响,以及对护理质量的效用。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取佛山市南海区人民医院泌尿外科2019年1月至2021年1月收治的膀胱癌行膀胱全

切腹壁尿路造口90例,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组45例。纳入标准:①患者经实验室病理检查确诊为膀胱癌;②无膀胱手术治疗史;③参与本研究前患者没有接受化疗。排除标准:①合并泌尿系统疾病;②合并严重感染性疾病;③肝肾功能异常;④患有血液、免疫系统疾病;⑤长期服用激素。观察组男27例,女18例,年龄42~68岁,平均年龄(53.27±4.19)岁;TNM病理分期:Ta期25例,T1期20例;临床分期:I期10例,II期13例,III期15例,IV期7例。对照组男28例,女17例,年龄40~67岁,平均年龄(52.89±4.64)岁;TNM病理分期:Ta期26例,T1期19例;临床分期:I期12例,II期11例,III期14例,IV期8例。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义($P<0.05$)。所有研究对象对本研究知情,并自愿签署同意书,本研究取得佛山市南海区人民医院医学伦理会审批同意。

1.2 方法 对照组患者采用常规的护理方案。观察组患者采用前馈控制的护理方案,具体如下。

1.2.1 标准制定 制定前馈控制标准不仅需要结合本院泌尿外科的实际情况,同时还要参照本省等级医院评审护理质量考核标准,标准制定完成后在科室实施。

*通信作者:刘新娥, E-mail: 2209659961@qq.com

1.2.2 护理人员专业培训

1.2.2.1 培训的时间以及内容 ①专科培训:前2周组织护理人员进行专科基础知识的学习、巩固,护理人员需要完全掌握泌尿外科的疾病知识以及药物知识;②专科技能培训:第3、4周对护理人员进行专科技能的培训,护理人员需要掌握膀胱癌行膀胱全切腹壁尿路造口术相关设备的使用方法,以及对设备的维护,还要正确掌握尿比重测定、尿流动力学测定等检测方法;③急救知识和技能培训:第5、6周护理人员需要掌握泌尿外科所有疾病的急救事项以及急救方法,能够镇定面对突发状况;④专业素质培训:最后2周,护理人员必须对泌尿外科的规章制度、工作流程、工作职责全面掌握,而且要掌握如何构建良好的护患关系、如何正确解决护患纠纷、如何维护个人权益等。

1.2.2.2 培训方式 ①理论回顾:护理人员巩固学习膀胱癌行膀胱全切腹壁尿路造口术的临床护理原则,护理方案的制定以及实施等理论知识;②实践培训:组织护理人员观看膀胱癌行膀胱全切腹壁尿路造口术护理方法的相关视频,并由经验丰富的护理人员现场演示;③综合培训:每天不定时对护理人员进行基础知识的问答,每周安排1次护理查房,每月交叉安排2周的周五进行科室业务学习,并邀请业内资深护理专业专家来院开展座谈会议,指导护理人员提升护理水平。

1.2.3 手术护理 对于整个手术的流程都要及时告知患者,让患者了解手术进展以及手术的结果,及时解决患者对于手术的疑虑;术中和术后做好对患者临床体征的监测,对出现的异常状态及时采取有效的措施解决;同时将心理护理和疼痛护理贯彻整个手术环节;为患者搭配术后健康食谱,并制定运

动方案。

1.3 观察指标 ①两组患者护理干预后并发症发生率,并发症包含出血、切口感染、尿外渗和非计划性拔管;②两组患者护理干预后一般临床指标,指标包含引流管留置时间、静脉输液持续时间、首次排气时间、首次排便时间和住院时间;③两组患者对护理干预的质量评分,主要从5个维度进行评价,满分100分,分值越高,护理质量越好,数据取各个维度的平均值。

1.4 统计学分析 采用SPSS 22.0统计分析软件对研究数据进行分析,符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,两组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同干预方法对患者术后并发症的影响 两组总并发症发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者术后并发症发生率比较[例(%)]

组别	例数	出血	切口感染	尿外渗	非计划性拔管	总发生
对照组	45	3(6.67)	1(2.22)	3(6.67)	4(8.89)	11(24.44)
观察组	45	1(2.22)	0(0)	1(2.22)	1(2.22)	3(6.67)
χ^2 值						5.414
P 值						<0.05

2.2 不同护理方法对患者一般临床指标的影响 两组患者一般临床指标比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表2。

2.3 不同护理方法的质量评分比较 两组护理质量评分比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表3。

表2 两组患者的一般临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	引流管留置时间(h)	静脉输液持续时间(d)	首次排气时间(h)	首次排便时间(h)	住院时间(d)
对照组	45	21.43±3.27	5.71±0.56	42.14±6.52	92.68±6.19	8.67±4.12
观察组	45	4.04±1.23	3.98±0.67	36.56±5.24	76.65±4.49	6.58±3.17
t 值		33.39	13.29	4.475	14.06	2.697
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表3 两组护理质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	安全管理	行为规范	护理操作	健康教育	心理护理
对照组	45	87.34±3.65	78.35±6.81	79.63±6.38	80.34±6.04	83.14±6.29
观察组	45	96.21±2.97	91.42±6.24	94.32±5.31	92.67±6.32	97.31±2.23
t 值		12.64	9.492	11.87	9.461	14.24
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

腹腔镜下膀胱癌根治术具有切口小、术中损伤小、术后疼痛轻、恢复快等优点,易于被临床医师与患者接受,但该术式也面临膀胱全切后如何替代膀胱功能的问题。当前针对膀胱全切后替代问题主要以尿流改道术为主要解决方法。尿流改道是腹腔镜下膀胱癌根治性切除术后面临的主要问题,不仅关系着手术成败,还直接决定了患者术后并发症与生活质量。前馈控制护理模式是根据现有的资料,预测可能会出现的情况,并针对这些情况制定有效的解决措施,将原本可能会发生的危险因素控制在一个可以接受的水平,或者从根源解决问题,遏制危险因素的出现^[3]。

本研究结果显示,两组膀胱癌患者干预后并发症发生率差异有统计学意义,原因在于前馈控制护理将膀胱癌患者可能会出现并发症提前做好预防^[4]。观察组患者干预后临床资料显著优于对照组,原因在于前馈控制护理模式下提前对膀胱癌患者进行健康教育,改善膀胱癌患者对于疾病的认知,调节膀胱癌患者的身体状况后,膀胱癌患者术后的一般临床指标优于对照组,患者的预后效果良好,能早日脱离疾病的困扰,恢复健康,而且还帮助膀胱癌患者减少住院时间和费用,减轻了膀胱癌患者的住院压力^[5]。观察组护理质量显著优于对照组,原因

在于护理人员通过规范化的学习培训,对于科室疾病的掌握更加熟悉,对于各类疾病的护理更加熟练,护理中很少出现失误,得到了膀胱癌患者的一致好评^[6]。

综上所述,前馈控制护理模式运用至膀胱癌行膀胱全切腹壁尿路造口围术期的护理中,既可以提高护理质量,又可以降低膀胱癌患者手术并发症的发生,还能改善膀胱癌患者的临床指标,提高膀胱癌患者对于护理的满意度,构建和谐护患关系。

参考文献:

(上接第112页)

参考文献:

- [1] 孙颖浩,那彦群.实用泌尿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2019:558-573.
- [2] 钟李芳.睾丸肿瘤行腹膜后淋巴清扫术护理体会[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(39):145-146.
- [3] 朱刚,张凯.睾丸肿瘤腹膜后淋巴清扫的现状与展望[J].现代泌尿外科杂志,2020,25(1):4-6.
- [4] 顾晓锋.睾丸肿瘤行腹膜后淋巴清扫术后肠梗阻1例护理[J].上海护理,2010,10(6):87.
- [5] 马坚,凡杰,彭景涛,等.睾丸肿瘤腹腔镜腹膜后淋巴清扫术3例报道及文献复习[J].现代泌尿外科杂志,2014,19(9):584-588,609.
- [6] 唐正远,周丽芹,姜小琴.睾丸肿瘤病人行腹腔镜腹膜后淋巴清扫术的围术期全程护理管理[J].全科护理,2010,8(34):3131-3132.
- [7] YADAV K. Retroperitoneal lymph node dissection: an update in testicular malignancies [J]. Clin Transl Oncol, 2017,19(7):793-798.
- [8] MITTAKANTI HR, PORTER JR. Robotic retroperitoneal lymph node dissection for testicular cancer: feasibility and latest outcomes [J]. Curr Opin Urol, 2019,29(2):173-179.
- [9] 张照鹏,邢乃栋,张翔,等.160例腹腔镜根治性膀胱切除术后淋巴漏的影响因素分析[J].山东大学学报(医学版),2020,58(1):67-72.
- [10] 杨国强,陈光富,张旭,等.机器人辅助腹腔镜腹膜后淋巴清扫术13例报告[J].临床泌尿外科杂志,2016,31(10):911-914.
- [11] 李培全,刘青,刘开江,等.妇科恶性肿瘤腹腔镜淋巴清扫术后淋巴漏的影响因素及治疗方法[J].中国内镜杂志,2018,24(12):43-49.