

风险防范护理干预 在输尿管软镜碎石术围手术期中的应用效果观察

刘 丹

丹东市中心医院普二泌二科 (辽宁 丹东 118000)

摘 要:目的: 探讨风险防范护理干预在输尿管软镜碎石术围手术期中的应用效果, 分析其对患者术后恢复、并发症预防及护理满意度的改善作用。方法: 选取88例接受输尿管软镜碎石术患者, 随机分为观察组与对照组各44例。对照组实施常规护理, 观察组采用风险防范护理干预, 包括组建专业护理团队、术前风险评估、术中低体温预防、术后并发症监控及延续性护理。比较两组患者手术时间、术中出血量、住院时间、术后相关指标及护理满意度情况。结果: 观察组患者手术、住院、首次进食、下床活动及尿管拔除各项时间均较对照组更短, 术中出血量更少, 满意度评分更高, 组间对比差异有统计意义 ($P<0.05$)。结论: 风险防范护理干预能有效优化输尿管软镜碎石术患者的围手术期临床指标, 加速术后康复, 提升护理质量, 具有临床推广价值。

关键词: 输尿管结石; 围手术期护理; 风险防范; 输尿管软镜

随着微创技术不断发展, 输尿管软镜碎石已经成为泌尿系结石治疗的首选术式, 具有损伤小、恢复快及结石清除率高等优势^[1]。不过, 手术治疗本身为侵入性操作, 患者手术治疗前后可能存在各种风险, 进而影响手术效果, 延长平均住院时间, 增加患者医疗支出及心理压力^[2]。常规护理主要观察患者一般生命体征, 遵医嘱执行医疗常规操作, 对患者整体风险的防范稍显不足。风险防范是一种前瞻性的护理干预方案, 主要针对患者可能存在的各类风险进行评估, 并根据风险情况制定相应的护理措施^[3-4]。本文主要观察输尿管软镜碎石患者应用风险防范护理后对其并发症发生、术后疼痛控制、预后恢复及护理满意度情况的影响, 为后续护理工作提供实践依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2025年1月至2025年10月期间收治的88例行输尿管软镜碎石术患者, 随机将其分为对照组和观察组各44例。对照组男26例, 女18例, 年龄23~67岁, 平均(46.82 ± 3.13)岁; 输尿管结石29例, 肾结石12例, 其他泌尿系统结石3例。观察组男28例, 女16例, 年龄24~68岁, 平均(47.16 ± 2.94)岁; 输尿管结石27例, 肾结石14例, 其他泌尿系统结石3例。两组患者一般资料无显著差异, 具有可比性。

纳入标准: ①经影像学检查如B超或CT确诊为输尿管结石或肾结石; ②符合输尿管软镜碎石术的手术指征包括

结石直径小于2厘米且无严重梗阻; ③年龄在18岁以上且自愿参与研究并签署知情同意书; ④无严重麻醉禁忌证; ⑤临床资料完整且能配合随访。

排除标准: ①合并严重心脑血管疾病或肝肾功能不全; ②存在未控制的感染或凝血功能障碍; ③伴有精神障碍或认知异常无法配合研究; ④妊娠或哺乳期妇女; ⑤近期有泌尿系手术史或结石治疗史; ⑥参与其他临床试验或失访风险较高。所有患者均知情同意, 本研究经医院伦理委员会审核批准。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者接受常规围手术期护理。患者完成住院手续后, 协助完善各项术前理化及实验室检查, 针对手术必要性、流程及注意事项进行宣教。术前1日嘱患者禁食12小时、禁水4小时, 完成术区备皮准备。术中配合麻醉医师及手术医师完成体位摆放与器械传递, 监测患者生命体征变化。术后将患者送回病房, 予以去枕平卧6小时, 监测血压、心率等指标, 妥善固定导尿管并观察尿液性状。术后6小时根据胃肠功能恢复情况指导患者逐步进食流质或半流质饮食, 鼓励患者每日饮水2000毫升以上, 并指导其进行床上活动。出院时进行常规健康指导, 嘱患者注意休息、定期复查。

1.2.2 观察组

观察组患者在对照组基础上联合风险防范护理, 具体内容包括:

表1 两组患者围手术期临床指标及术后恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (分钟)	术中出血量 (ml)	住院时间 (天)	首次进食时间 (小时)	下床活动时间 (小时)	导尿管拔除时间 (小时)
对照组	44	65.34 $\pm$ 10.27	45.16 $\pm$ 8.93	5.82 $\pm$ 1.15	8.75 $\pm$ 1.62	20.46 $\pm$ 3.58	47.28 $\pm$ 6.94
观察组	44	58.67 $\pm$ 9.85	38.42 $\pm$ 7.56	4.13 $\pm$ 0.96	5.23 $\pm$ 1.08	15.17 $\pm$ 2.89	38.51 $\pm$ 5.47
t值		3.152	3.842	7.558	11.672	7.691	6.538
P值		0.002	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

(1) 构建风险防范护理小组并完善组员业务培训

成立风险防范护理小组，由护士长担任组长，责任护士及观察医生共同参与。所有组员均接受相关风险防范知识培训，包括输尿管软镜碎石围手术期可能出现的各种风险因素、识别方法、预防措施以及风险发生后的常规处理流程。专项培训并考试合格后定期开展病例分析典型案例，不断改进护理方案和护理流程。手术医师对患者手术期间可能的风险进行评估，护士长整体规划，责任护士负责具体护理方案的落实，形成医护共同协作的护理干预流程。

(2) 术前风险筛查及评估

手术前详细了解患者病史并对患者进行综合风险评估，具体包括患者性别、年龄、基础病情、输尿管结石位置、大小及特点，患者情绪及对手术耐受情况等。采用科室自制风险预警评估表对患者风险等级进行量化评分，依据患者得分情况依次分为高风险、中风险、低风险三个等级。针对高风险患者给予针对性护理干预，包括预防感染、心理干预及出血防范等。术前告知患者及家属，手术期间可能存在的风险和可能需要采取的应对措施，以宣教手册及音频素材为基础提高患者及家属的认知能力。

(3) 术中风险护理干预

手术前30min将室内温度设置为24~26℃，湿度为40%~60%。患者推入手术室后，对非手术区域进行保温毯覆盖，输液时将液体温度提前控制至适宜温度以避免患者低温状态。手术期间，严格观察患者体温、心率、呼吸、血压等基础状态，如患者合并冠心病、高血压等基础病需加强关注频次。协助医师摆放体位，区间注意保护患者隐私部位，观察神经及局部软组织是否处于受压或易损状态。对患者进行插管、激光碎石前，准备好所需器械及可能用到的救治药品，减少黏膜损伤并尽量规避穿孔风险。

(4) 术后风险评估及并发症预防

手术完成后，注意密切监测患者生命体征，观察患者尿液颜色及性状，记录患者出入量及引流液性质。疼痛护理遵循阶梯原则，先对患者疼痛情况进行评估，轻微疼痛

给予适当体位指导、引导患者转移注意力进行缓解；中度疼痛时，遵医嘱口服药物治疗；重度疼痛可遵医嘱静脉泵入止痛药物，以控制疼痛发作。预防感染方面，患者术后处于留置导尿及引流管中，应定期对尿道口进行清洁，保持管路通畅。指导患者多饮水以保证尿量不低于2000ml每日，提高碎石排出率。如患者活动受限，可指导其被动运动，也可指导家属对其适当按摩，改善血液循环，降低深静脉血栓形成风险。

1.3 观察指标

1.3.1 围手术期及术后相关指标

记录手术时间、术中出血量、住院天数等围手术期指标，并统计术后首次进食时间、首次下床活动时间及导尿管拔除时间等恢复相关指标。

1.3.2 护理满意度

采用本院自行设计的护理满意度调查问卷进行评估，内容包括健康教育、护理流程及服务态度等维度。问卷采用百分制，分值越高代表满意度越高。

1.4 统计方法

采用SPSS 26.0统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用t检验；计数资料以例数（百分比）表示，组间比较使用 χ^2 检验。P < 0.05认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期临床指标及术后恢复指标比较

观察组患者手术、住院、首次进食、下床活动及导尿管拔除各项时间均较对照组更短，术中出血量更少，组间对比差异有统计意义 (P<0.05)，见表1。

2.2 两组患者护理满意度比较

如表2所示，观察组患者的护理满意度总分显著高于对照组，差异具有统计学意义 (P < 0.05)。

表2 两组患者护理满意度比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	护理满意度总分
对照组	44	85.34 $\pm$ 5.27
观察组	44	92.68 $\pm$ 4.15
t值		7.295
P值		< 0.001

3 讨论

3.1 风险防范护理干预对患者预后及相关理化指标的影响

本研究结果提示, 观察组患者接受风险防范护理干预后, 患者手术时间、平均住院日以及相关理化指标均显著优于对照组。可见, 风险防范护理能够显著降低患者术中风险减少术后并发症发生率。术前筛选出高风险患者, 对可能出现的风险进行提前干预, 比如部分老年患者或既往有冠心病、糖尿病、肝肾功能不全等基础病患者, 给予密切监测生命体征, 详细进行药物及饮食指导, 降低因基础病或其他因素影响手术正常进行。手术期间, 对患者进行保温处理, 熟练掌握手术流程, 精准配合, 保障手术顺利开展。手术完成后, 针对疼痛患者进行分步镇痛干预, 并规范引流管管理, 降低患者不适症状, 鼓励患者早期下床活动, 增加胃肠蠕动, 促进功能恢复。此外, 对留置导尿患者进行尿道口清洁, 以最大限度降低泌尿系感染风险。上述护理措施, 能够满足患者输尿管碎石期间护理需求, 彰显出风险防范护理对提高手术效率, 促进预后恢复的积极作用^[5]。

3.2 风险防范护理干预对患者护理满意度的影响

本研究结果提示观察组患者护理满意度明显高于对照组, 分析原因考风险防范护理强调团队协作和资源整合, 通过组间固定的医护阶梯团队, 保证护理计划与手术方案及治疗计划相一致。术前, 通过文字材料、音频资料及面

对面交流方式对患者进行疾病认知及手术必要性、注意事项等进行宣教, 帮助患者提高治疗依从性, 缓解焦虑情况。手术期间密切观察患者表情及生命体征, 对患者实施保温, 通过言语、肢体动作、眼神等方式对患者进行安抚, 提高患者术中舒适度及安全感。术后, 通过定期电话随访方式及时了解患者疑惑并进行答疑, 让患者尽快恢复, 也增加了患者术后康复的依从性。此外, 护理满意度的提高不仅有赖于护理团队的专业素养, 更多来源于患者心理及社会需求等方面的全方位满意^[6]。

3.3 风险防范护理的前瞻性及系统优势

本研究中, 风险防范护理较常规护理组更具优势, 其核心因素在于风险防范护理干预始终贯穿预防为主的理念和管理流程。该模式将原本分散的护理环节整合为有机整体, 例如术前进行体位适应和呼吸训练, 提高了患者在术中的配合度, 减少了因体位引发的不适与并发症; 术中采取保温措施, 降低了低体温引发的应激反应, 为术后恢复创造了良好条件。同时, 通过标准化培训和动态的质量评估, 确保护理措施在不同人员操作下保持一致, 减少了因经验差异带来的质量波动。与传统护理模式相比, 风险防范护理更加注重事前风险的识别与干预, 例如借助量化评估工具对患者风险分级, 实现护理资源的合理分配。这种系统而主动的护理方式, 既符合快速康复外科的理念, 也遵循循证护理的原则, 通过不断优化流程实现良性循环, 最终促进患者康复质量的提升^[7]。

参考文献

- [1]孔秀琴,黄健芳,伍凤洁.风险防范护理结合医护一体化护理在输尿管软镜碎石术围手术期中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(04):108-110.
- [2]李玉洁,周浩,席俊华.基于医护一体化的预见性护理在输尿管软镜碎石术围术期护理中的应用[J].中华全科医学,2022,20(08):1427-1429+1448.
- [3]赵雪利,于小平,李珍,等.围手术期循证护理对输尿管镜钬激光碎石术治疗肾结石患者并发症及疼痛程度的影响[J].中国医药导报,2021,18(31):193-196.
- [4]刘义钟.围手术期护理在输尿管镜下输尿管结石钬激光碎石术患者中的应用效果[J].医疗装备,2021,34(07):164-165.
- [5]赵桂红,邹艳豪,闭安业.风险防范理念下改良术中配合在输尿管镜碎石术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(06):131-133.
- [6]黄梅.快速康复护理模式在输尿管镜碎石术患者围手术期护理中的应用[J].医疗装备,2020,33(18):153-154.
- [7]代杰,任朋娟,吴洋,等.研究输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石的围手术期护理措施[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(05):43.