

快速康复外科在胃癌手术护理中的应用

李小莉

湖北省十堰市太和医院 湖北省十堰市 442000

摘要: **目的:** 分析快速康复外科(ERAS)在胃癌手术护理中的应用效果及对患者康复时间的影响。**方法:** 把2019年2月-2020年2月收治的46例胃癌手术患者作为研究对象,随机分成研究组与参照组,每组23例。参照组给予一般护理,研究组给予ERAS护理,对比两组的应用效果、康复时间、护理满意指数以及护理前后的疼痛评估分数。**结果:** 在应用效果中,研究组患者的首次下床锻炼时间、首次排便时间、首次排气时间均短于参照组,差异十分明显($P < 0.05$);研究组患者的康复时间短于参照组,同时护理满意指数91.30%高于参照组的护理满意指数78.26%,差异十分明显($P < 0.05$);护理前,两组患者的疼痛评估分数相差不大,差异不明显($P > 0.05$),护理后,两组患者的疼痛评估分数均降低,其中研究组显著低于参照组,差异十分明显($P < 0.05$)。**结论:** ERAS在胃癌手术护理中有良好的应用效果,能够缩短患者康复时间,减轻疼痛,获得较高的满意指数。

关键词: 快速康复外科;胃癌;手术护理;康复时间

胃癌指起源于胃粘膜上皮的癌症,高发人群为成年男性,在全球范围内,东亚地区的发病率最高,其次为中国。大约有80%的早期胃癌患者没有任何临床症状,剩下约20%的胃癌患者可能存在消化不良、上腹疼痛和饱胀等不适感,可是因为症状多不严重,经常被误认为是普通胃炎而错过最佳治疗时间^[1]。中期胃癌患者最常见的临床症状为上腹部疼痛,少数患者存在厌食、贫血等症状,可在上腹部触及肿块,疼痛多没有规律,与是否进食和进食多少没有关系,疼痛部位一般位于左上腹^[2-3]。当病情发展到晚期,患者的主要症状虽然依然为上腹部疼痛,但疼痛程度已经明显加重,同时出现黑便、呕血以及恶病质。另外,大部分胃癌患者在晚期体重会出现严重下降^[4]。为延长患者生命,手术是唯一可根治胃癌的治疗方法,但仅针对于早期胃癌患者,对于中晚期胃癌患者,除手术治疗外,还需结合放化疗和生物靶向治疗等多种手段^[5]。但由于手术将对患者带来创伤,应加强手术护理,以促进康复。有研究表明,胃癌患者在手术护理中应用ERAS护理可加快术后恢复,保证营养状况^[6]。因此,分析ERAS在胃癌手术护理中的应用效果及对患者康复时间的影响。

1 对象和方法

1.1 对象

把2019年2月-2020年2月收治的46例胃癌手术患者作为研究对象,随机分成研究组与参照组,每组23例。参照组中男性14例,女性9例,年龄38-69岁,平均(53.75 ± 0.24)岁;研究组中男性13例,女性10例,

年龄37-69岁,平均(53.72 ± 0.22)岁。对两组患者的一般资料进行对比,差异不明显($P > 0.05$)。

1.2 方法

参照组给予一般护理,护理人员主要根据不同的术式和患者身体情况进行护理,最大程度保障安全。研究组给予ERAS护理,具体内容包括:

①术前;在术前护理中,重点包含三个方面内容,分别是健康宣教、心理护理以及手术准备,其中健康宣教的目的为了让患者更详细、全面了解胃癌,以便在以后生活中主动规避危险因素,正确面对疾病,同时讲解手术流程,降低患者内心恐惧。心理护理在ERAS中占有重要地位,护理人员应主动关心患者,根据每一位患者所表现出来的具体情绪给予对应护理,表明手术优势,增强治疗信心。在入院后即手术准备中,严格戒烟,可提前引导患者展开肺功能锻炼,如爬楼梯,吹气球等,康复科也可参与患者的术前功能锻炼,术前一日,责任护士详细宣教术前准备的内容,让患者和家属都知晓,如禁食水时间,置入胃管及尿管的作用及配合的注意事项,按时口服泻药(聚乙二醇电解质散)的时间,踝泵运动、抬臀运动及有效咳痰的方法。术日晨行温水刷牙,更换病号服,剃胡须,修剪指甲后行温水泡脚。术前6小时禁食,术前2小时禁水,并根据患者手术时间前2小时推算,每隔2小时口服葡萄糖溶液、脉动、海之言、枢能、术能、素乾等功能性饮料,每次200ml,有效的减少患者手术前空腹饥饿的不舒适感,另外确保有效的循环血量,防止手术因液体量不足出现严重的胃肠

道反应及深静脉血栓的风险及脑梗的发生。彻底推翻了以往的手术前禁食水时间太长导致患者饥饿状态进手术室及手术后深静脉血栓的发生。以往的胃癌手术,要自一侧鼻孔置入2根胃管,一根为胃管,一根为空肠营养管,目前采用的14号硅胶材质加长版胃管,置入顺利,不堵管,经鼻置入胃内后手术医生将胃管向下拉至空肠段为空肠营养管。用肤色抗过敏胶布固定,不仅美观而且大大减少了因胃管不适造成的非计划拔管率,也减少了因胃管引起的鼻夹部的压力性损伤。留置胃管期间患者口唇干裂,用黄瓜片削成薄片敷于口唇处,缓解了口唇干裂引发的不适感。若为接台手术,在患者入手术前再置入胃管及尿管,尤其是男患者,必要时行无痛导尿,避免置入管道过早,造成患者心理紧张、恐惧,不断优化手术接台流程。②术中:术中护理人员需要积极配合医生进行相关操作,严密观察患者各项生命指标,如果有异常情况发生,马上通知上级且在指导下采取处理措施。对没有进行手术的部位注意保暖,避免体温过低,可对输入液体与冲洗腹腔的蒸馏水加温。还可手术中为防止双下肢深静脉血栓为患者行气压治疗,通过气压按摩防止血栓的形成。③术后:术后对患者加强管理,尤其注意切口愈合情况,借助腹带降低切口张力,促进愈合,合理安排更换敷料时间,保证切口部位干燥。采取多种方式对患者进行提前镇痛的护理,给予镇痛泵或是镇痛药物,如帕瑞昔布钠、地佐辛等药物使用微量泵泵入,达到持续镇痛1-2天。手术当天每2小时行踝泵运动一组,一组15个,手术后12小时下床率到达100%,责任护士在术后第一天早上在确保患者安全的前提下,讲解下床活动三部曲后扶患者下床,并落实刷牙、泡脚等基础护理,嘱患者咀嚼口香糖,增加唾液分泌和胃肠蠕动,促进胃肠功能早期恢复。每日行抗凝治疗,如皮下注射低分子肝素钙等,患者可少量分次饮水,改变了以往禁食水给患者带来的不良情绪。患者置有中心静脉导管,通过监测中心静脉压来指导输液,而且患者在输入脂肪乳氨基酸或化疗药时,避免在外周血管输入,增加液体外渗的风险。ERAS开展以来实施早期营养护理,术后第一天,全量补液,保证液体量的供给及营养的摄入,主要是肠外营养,同时遵医嘱缓慢经空肠营养滴入5%葡萄糖氯化钠500ml,输入的液体用加温仪加热,观察病人腹痛、腹胀、腹泻情况。术后第三天至术后第五天经空肠营养管注入米粉或米汤油或营养科配置的营养餐。此期肠内营养+肠外营养同步进行,经静脉输注的液体量就大大减少了。减少了卧床的时间,增加了下床活动的

时间及次数。患者出院前为患者准备健康管理资料袋,里面有患者住院期间的资料,如出院小结,病检报告等,方便患者下次复诊时用。手术后由主任亲自为患者提供个性化的治疗方案,也留下联系方式。也可通过微信平台为患者的健康保驾护航。通过ERAS护理,缩短了手术后恢复的时间,减少了平均住院日,提高了患者的就医体验,扩大了医院的声誉。

1.3 观察指标

对比两组患者的应用效果、康复时间、护理满意指数以及护理前后的疼痛评估分数,应用效果用首次下床锻炼时间、首次排便时间、首次排气时间评价。

1.4 统计学分析

用统计学软件SPSS 19.0进行分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)代表,t验证,计数资料用(%)代表, χ^2 验证,若 $P < 0.05$ 说明有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者的应用效果

研究组($n=23$),首次下床锻炼时间为(15.24 ± 3.04)h,首次排便时间为(35.89 ± 6.14)h,首次排气时间为(28.76 ± 3.48)h;参照组($n=23$),首次下床锻炼时间为(18.38 ± 2.57)h,首次排便时间为(43.79 ± 7.15)h,首次排气时间为(36.79 ± 2.46)h, $t=3.783、4.020、9.036$, $P=0.001$,差异十分明显($P < 0.05$)。

2.2 对比两组患者的康复时间以及护理满意指数

研究组($n=23$),康复时间为(7.48 ± 0.96)d,护理满意指数为91.30%(21/23),包括非常满意8例,一般满意13例,不满意2例;参照组($n=23$),康复时间为(10.02 ± 0.51)d,护理满意指数为78.26%(18/23),包括非常满意5例,一般满意13例,不满意5例, $t/\chi^2=11.206、6.589$, $P=0.001、0.010$,差异十分明显($P < 0.05$)。

2.3 对比两组患者护理前后的疼痛评估分数

护理前,研究组($n=23$)的疼痛评估分数为(6.79 ± 1.04)分,参照组($n=23$)的疼痛评估分数为(6.77 ± 1.02)分, $t=0.066$, $P=0.948$,差异不明显($P > 0.05$);护理后,研究组($n=23$)的疼痛评估分数为(2.17 ± 0.34)分,参照组($n=23$)的疼痛评估分数为(3.46 ± 0.12)分, $t=17.157$, $P=0.001$,差异十分明显($P < 0.05$)。

3 讨论

胃在人体中属于消化器官,上连接食道,下通小肠,

包括贲门部、胃体、胃底以及幽门部, 胃肠道受肠神经系统与中枢神经系统的双重支配, 其中肠神经系统因为存在独立的反射弧, 虽然受中枢神经系统的调控, 可是能直接接受胃肠道内的各种信息, 对胃肠功能进行调控^[7]。现今, 不少人因为工作压力过大, 越来越不注重饮食健康, 加上幽门螺旋杆菌感染与环境因素影响, 我国胃癌患者人数明显增加, 其死亡率在所有恶性肿瘤中居第三位。胃癌手术包括根治性手术和非根治性手术, 根治性手术的治疗原则为完整切除原发病灶, 且清扫附近区域淋巴结。非根治性手术包括姑息手术和减瘤手术, 姑息手术的治疗目的不是切除胃癌, 而是减少由胃癌造成的并发症, 如对于胃癌出血患者, 需要通过止血手术解决出血问题; 对于胃癌引发的肠梗阻, 一般需要进行胃肠道转流手术。减瘤手术在临床中的应用频率较低, 主要适合应用在存在不能切除的肝转移或是腹膜转移等不可治愈因素, 且没有出现并发症的胃切除中^[8]。但无论哪种术式, 均会引起患者出现应激反应, 提高手术风险, 延长康复时间。所以, 为了让患者安全度过围术期, 必须提高手术护理质量。黄秀萍^[9]等人在研究中指出, 胃癌手术患者实施ERAS护理可缩短胃肠道功能恢复时间与住院时间, 显著提高生活质量。

本次研究分别对胃癌手术患者进行ERAS护理和一般护理, 结果研究组患者的护理后疼痛评估分数低于参照组, 首次下床锻炼时间、首次排便时间、首次排气时间和康复时间均短于参照组, 护理满意指数高于参照组, 表示ERAS在胃癌手术护理中的应用效果优于一般护理。与一般护理相比, ERAS的护理目标不再仅仅是降低手术风险, 而是经过优化围术期的众多护理措施, 缓解患者在手术创伤下产生的应激反应, 帮助快速康复。

综上所述, ERAS在胃癌手术护理中有良好的应用效果, 能够缩短患者康复时间, 减轻疼痛, 获得较高的满意指数。

参考文献:

- [1] 李斌斌, 李恒平. 快速康复外科对胃癌手术患者临床指标及术后并发症的影响[J]. 中国社区医师, 2021, 37(04): 20-21.
- [2] 王春瑞. 快速康复外科在胃癌手术患者护理中的应用价值探讨[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(03): 395-397.
- [3] 袁雁平. 医护协同管理联合基于快速康复外科理念饮食干预在胃癌手术患者中的应用效果[J]. 慢性病学杂志, 2021, 22(11): 1629-1633.
- [4] 王贺. 快速康复外科模式下胃癌手术患者出院准备度调查及影响因素分析[J]. 中国临床护理, 2021, 13(05): 287-290.
- [5] 赵学华, 陈水英. 量化活动干预在胃癌手术患者快速康复外科临床护理中的应用效果[J]. 中外医学研究, 2020, 18(23): 97-99.
- [6] 史册. 快速康复外科在胃癌手术护理中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19(22): 129-130, 133.
- [7] 黄丽君, 朱量, 张海涛, 等. 快速康复外科对胃癌手术患者临床指标及术后并发症的影响观察[J]. 中国实用医药, 2018, 13(36): 172-173.
- [8] 吴露微. 胃癌手术护理中快速康复外科的应用研究[J]. 心血管外科杂志(电子版), 2018, 7(03): 585-586.
- [9] 黄秀萍, 谷敏. 快速康复外科在胃癌手术护理中的应用及对生活质量的影响分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27(S1): 238, 240.