

快速康复外科护理应用于腹腔镜结肠癌根治术围手术期护理的效果分析

余 敏

华中科技大学同济医学院附属同济医院

【摘 要】目的：研究快速康复外科护理应用于腹腔镜结肠癌根治术围手术期护理的效果。方法：选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月于我院胃肠外科行腹腔镜结肠癌手术治疗的 164 例患者，随机将其分为 ERAS 组和对照组，每组各 82 例。对照组采用传统护理，ERAS 组采用快速康复外科护理，比较两组患者的疼痛程度评分、术后胃肠道功能恢复时间和生活质量评分。结果：2 组患者术后 VAS 评分比较 ERAS 组患者术后 3d、术后 5d、术后 7d 时 VAS 评分均低于对照组；ERAS 组术后肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间均短于对照组；与治疗前比，治疗后两组患者生理职能、躯体职能、社会功能、总体健康评分均升高，且 ERAS 组高于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ）。结论：快速康复护理应用在腹腔镜结肠癌根治术患者围手术期护理中，可提高护理效果。值得推广。

【关键词】快速康复外科；腹腔镜；结肠癌根治术；围手术期；护理；效果

引言

结肠癌作为结肠黏膜病变诱发的恶性肿瘤，近年来的发病呈现增长趋势，在中年人中发病率较高，其原因可能是与遗传、环境、饮食、生活习惯等因素协同作用的结果，在伴随着疾病的发展中，将出现不同程度的排便频繁、便中带血、腹痛腹胀等症状^[1]。腹腔镜结肠癌切除手术在结肠癌（三期/四期）中属于优选疗法，通过在患者腹部开放 12mm 左右长度的切口，而后置入腹腔镜，实现结肠癌灶（右半结肠/左半结肠）有效切除^[2]。快速康复外科（ERAS）护理是近年来外科护理中的新方法，该护理模式以最大程度降低术后并发症如疼痛、胃肠道不良反应、应激反应等问题，从而提高患者的康复时间，缩短住院时间，提高住院满意度和术后的生活质量。基于此，本文探讨快速康复外科护理在腹腔镜结肠癌手术患者围手术期护理中的应用效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月于我院胃肠外科行腹腔镜结肠癌手术治疗的 164 例患者，均符合《现代肿瘤学》中结肠癌的疾病诊断标准^[3]，病程 3 个月~1 年，具有配合能力，临床资料完整，意识清楚，精神正常，能够配合本研究，接受随访。排除有其他部位恶性肿瘤；存在心、肝、肾等重要器官功能严重障碍；有急、慢性炎症性疾病；合并抑郁症、双相情感障碍等精神疾病；免疫系统、凝血功能异常；合并出血性疾病；浸润性肿瘤或伴有淋巴结转移的患者。随机将其分为 ERAS 组和对照组，每组各 82 例。ERAS 组：男 40 例、女 42 例，年龄 54~78 岁、平均（66.28 ± 21.72）岁，腺癌 44 例、腺鳞癌 38 例，平均病程（6.77 ± 0.78）个月；对照组：男 41 例、女 41 例，年龄 56~79 岁、平均（65.44 ± 23.56）岁，腺癌 42 例、腺鳞癌 40 例，平均病程（6.56 ± 0.69）个月。两组患者的一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组采用传统护理：在手术前提醒患者做好术前准备，指导患者术前 12h 禁食、8h 禁水；手术后保持去枕平卧位，按照医嘱安排予以止痛、抗感染药物，密切加强心电图监护和生理指标监测，术后 2~3d 将引流管拔除，术后 3~5d 将导尿管拔除，拔管前予以管路护理，保障引流管的畅通，积极预防术后常见并发症并指导患者进行常规康复功能训练。

1.2.2 ERAS 组采用快速康复外科护理，方法为：（1）建立 ERAS 护理

小组：成员包括护士长、主管护师、责任护士，护士长负责设计护理方案，主管护师负责监督和检查责任护士的护理工作；所有护理人员均经过专门的快速康复护理培训，熟练掌握患者结肠癌术后护理要点以及术后康复锻炼等内容。（2）心理护理。在患者入院时即开展心理护理，帮助患者减轻疾病痛苦。为患者详细讲解手术治疗与疾病康复需求，确保患者充分了解手术并接受治疗；采用言语鼓励、肢体抚触、成功案例分享等方式，减轻患者的焦虑、抑郁心理，帮助患者改善情绪。（3）术前护理：入院后全面评估患者的身体状况，协助患者完成各项术前检查。术前进行呼吸训练，手术当日禁饮禁食 6h；若患者术前 2h 内出现四肢无力症状，可给予葡萄糖溶液进行口服，以补充体力^[4]。护理人员将腹腔镜治疗结肠癌的相关知识、术后疼痛和超前镇痛知识、造口排便方式详细告知患者，让其做好心理准备；将术后康复锻炼的重要性告知患者，条件允许的情况下可指导患者参观手术室，帮助其熟悉环境，指导如何摆放体位，陪伴患者直至手术麻醉开始，从而缓解患者焦虑和恐惧的心理。（4）术中护理：手术期间密切监测患者各项指标，尤其是需要顾及体温的变化，采用恒温水冲洗、恒温毯、液体预热等措施减少体温的流失。与麻醉师沟通，依据患者的年龄、疼痛耐受情况选择合理的麻醉镇痛方式，尽可能根据评估结果予以多模式镇痛，采用非甾体药物、自控镇痛泵进行自控镇痛，尽量减少阿片类止痛药的使用，同时通过准备书籍、电视、音乐歌单等娱乐休闲用品以转移注意力等方式增强镇痛效。手术完成后需对患者进行保暖护理，帮助患者在手术后快速恢复体温，并对其苏醒的监控，避免由于麻醉反应而出现意外事件。（5）术后护理：①早期饮食干预指导：在患者术后 12h 后如无呕吐、恶心、腹胀感，可予以其早期进食，第 1 次可给予少量饮水，后逐渐更换为流食，如蛋汤、鱼汤等，加强营养补充，以促进胃肠功能的早期恢复。②康复训练：根据患者情况进行快速康复干预，并且在患者体力允许的前提下，引导患者在床上参与一些低强度运动，如肢体伸展，轻柔扭转等，待引流管拔出后，要协助患者下床进行扶床走或者靠墙站立运动，运动时间应在 20min 左右，待患者适应后运动强度可以提高为前往走廊进行短程行走，以便在运动中促进胃肠蠕动。以此循序渐进从而改善患者的术后耐受程度与胃肠道功能，预防下肢静脉血栓，整个护理阶段注重切口保护。

1.3 观察指标

(1) 观察疼痛程度：采用视觉模拟量表（法（VAS）对 2 组患者的疼痛程度进行评价：该量表使用刻有 10 个刻度的直尺测试，在直尺刻度上根据患者实际疼痛感受确定分数，从 0 分到 10 分表示不同程度的疼痛感，分数越高代表患者术后疼痛越剧烈，嘱患者依据自身疼痛情况，在直尺上不看刻度的情况下选择合理位置，读出度数。(2) 观察手术后胃肠道功能恢复时间：观察 2 组患者肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间等胃肠功能恢复情况。(3) 干预前后根据简明健康状况量表（SF-36）^[5]评定患者生活质量：选取其中生理、躯体、心理、总体健康 4 个维度，各维度满分均为 100 分，分数越高则提示生活质量越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 统计软件进行数据分析，计量数据以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用配对 t 检验；以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后 VAS 评分比较：ERAS 组患者术后 3d、术后 5d、术后 7d 时 VAS 评分均低于对照组，2 组比较差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ）。见表 1。

2.2 两组患者胃肠功能恢复时间比较：ERAS 组术后肛门排气时间、

肠鸣音恢复时间、首次排便时间均短于对照组，2 组比较差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 1 两组患者术后 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理前	术后 3d	术后 5d	术后 7d
ERAS 组	5.49 ± 1.50	5.16 ± 1.49	4.29 ± 1.40	3.86 ± 1.26
对照组	5.61 ± 1.52	6.52 ± 1.64	5.41 ± 1.52	4.77 ± 1.30
t 值	0.308	3.362	2.969	2.753
P 值	0.759	0.001	0.004	0.008

表 2 两组患者胃肠功能恢复时间比较 ($\bar{x} \pm s$, h)

组别	肛门排气时间	肠鸣音恢复时间	首次排便时间
ERAS 组	18.16 ± 3.58	25.61 ± 4.50	38.16 ± 7.62
对照组	21.62 ± 3.67	30.14 ± 5.47	45.68 ± 8.47
t 值	3.696	3.503	3.615
P 值	0.001	0.001	0.001

2.3 两组患者生活质量评分比较：与干预前比，干预后两组患者生理职能、躯体职能、社会功能、总体健康评分均升高，且 ERAS 组高于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组患者生活质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	生理功能		躯体职能		社会功能		总体健康	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	63.49 ± 7.08	70.18 ± 7.36	62.24 ± 6.49	68.29 ± 7.42	61.96 ± 7.41	71.89 ± 7.23	62.92 ± 7.17	72.21 ± 7.86
ERAS 组	63.40 ± 7.12	76.28 ± 8.03	62.31 ± 6.43	75.43 ± 8.09	61.89 ± 7.42	77.41 ± 8.15	62.84 ± 7.08	80.56 ± 8.18
t 值	0.057	3.586	0.049	4.165	0.043	3.244	0.051	4.713
P 值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

据世界流行病学调查，发现结肠癌在北美、西欧、澳大利亚、新西兰等地的发病率最高，居内脏肿瘤前二位，但在亚、非、拉美等地发病率则很低，中国的发病率与死亡率低于胃癌、食管癌、肺癌等常见恶性肿瘤^[6]。结肠镜及活检是结肠癌术前评估的金标准。目前，公认治疗结肠癌的方法是以手术为主、并辅以化疗，免疫治疗、中药以及其他支持治疗的综合治疗^[7]。结肠癌腹腔镜手术属于微创术式之一，能够在电视显示器下实施淋巴清扫、肿瘤切除、肠管分离等，这一方面能够使早期肠癌得到有效治疗，另一方面还会减轻组织创伤、降低应激反应、促进术后恢复，目前已经成为结肠癌治疗的首选方式。

3.1 快速康复护理对结肠癌患者术后恢复的影响：快速康复护理是指采用有循证医学证据的一系列优化措施来达到降低机体的应激反应和并发症发生率，促进手术患者尽快康复目的的护理模式^[8]。在本次研究中，护理小组成员通过查阅资料结合临床经验及患者实际情况制定护理方案，可提高护理方案的科学性、可行性、合理性。通过尽早进食、早期功能锻炼可恢复患者肌力和关节力量，且疼痛的减轻有助于患者更好地配合临床操作，缩短康复住院时间。

3.2 快速康复护理对术后疼痛的影响：ERAS 组患者术后 1d、3d、7d 的疼痛评分均更低，充分说明了快速康复护理可有效缓解患者术后疼痛，对胃肠道恢复有利，分析原因在于，术前进行健康宣教，可使患者掌握手术、疼痛和镇痛、康复锻炼等相关知识，取得患者的理解和支持，促进术后功能锻炼依从性的提高，且通过术后疼痛干预可提高镇痛效果，更有助于患者尽早进行功能锻炼。

3.3 快速康复护理对术后生活质量的影响：快速康复护理指导患者术

后尽早进食，有助于其营养状况的改善，能提高机体抵抗力，且术后尽早将尿管、引流管拔除可降低感染风险，术前掌握正确的呼吸方法、床上锻炼方法等措施均可促进并发症的减少，提高患者的生活质量。

综上所述，快速康复护理应用在腹腔镜结肠癌根治术患者围手术期护理中，可提高护理效果。值得推广。

参考文献：

[1] 朱少功, 张德志, 刘猛, 等. 术内镜下注射纳米碳在腹腔镜结肠癌根治术中的应用研究[J]. 河南外科学杂志, 2021, 27 (1): 54-56.

[2] 王永强, 魏丽青. 腹腔镜根治术对结肠癌患者效果观察及对血清皮质醇、去甲肾上腺素和 IL-6 水平影响[J]. 浙江创伤外科, 2020, 25 (6): 1034-1037.

[3] 蔚文祥, 孔延亮. MR I 联合 M S C T 对术前结肠癌 T 分期及术后结肠癌复发评估的价值分析 [J]. 解放军医药杂志, 2018, 30 (11): 37-40.

[4] 徐舒佳. 早期结肠癌经肠镜检查的准确度情况及作用价值分析 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27 (7): 530-533.

[5] 常晓未, 宁艳, 王磊, 等. 集束化护理在全身麻醉气管插管护理中应用的研究进展[J]. 护理研究, 2021, 35 (7): 1226-1228.

[6] 杜晓辉. 腹腔镜结肠直肠手术进展及展望 (2000-2020) [J]. 中国实用外科杂志, 2020, 40 (2): 191-194.

[7] 叶道丽, 许辉琼, 刘霞, 等. 家属参与护理模式改善结肠癌患者自我感受负担的临床效果研究 [J]. 检验医学与临床, 2016, 13 (7): 951-953.

[8] 辛楚璇, 王伟, 黄赛艳, 等. 结肠癌造口患者自我管理能力的现状及影响因素分析 [J]. 临床与病理杂志, 2020, 40 (2): 403-410.