

快速康复护理理念在结直肠癌患者中的应用研究

黄瑞

(华中科技大学同济医学院附属同济医院)

摘要:目的 探讨结直肠癌患者应用快速康复外科理念后会出现怎样的效果。方法:将 80 名结直肠癌患者分组,40 名为实验组,40 名为对照组。使用普通的护理措施来对对照组进行护理,使用快速康复护理措施来对实验组来进行护理。比较评估两组患者术后排气时间、下床活动时间、总住院时间、住院费用以及发生术后并发症的概率。结果 实验组的各项指标均小于对照组。结论 结直肠癌患者采取快速康复护理措施能够加速患者康复,缩短住院时间,减少并发症的发生,我们应增加快速康复理念在我国的应用与推广,更好的为患者服务。

关键词:快速康复;结直肠癌;护理

快速康复外科 (fast-track surgery, FTS) 也称为加速康复外科,是指采用一系列有循证医学的围手术期处理的优化措施,减少手术病人生理和心理的创伤应激,以达到快速康复的目的。快速康复这一理念把循证医学作为了理论依据,它与传统的外科理念不同,其讲究几个学科之间的合作^[1]。快速康复外科 (FTS) 的研究始于 1990 年代初,欧美特别是一些国家极力推广的一种称之为快速康复外科的理念,病人住院时间明显缩短,显著改善了病人术后康复速度,使得许多疾病的临床治疗模式发生了很大的变化。在我国快速康复外科 (FTS) 是在 2001 年被首次提出。它把手术、麻醉等带来的应激风险降到最低,减少术后并发症,促进康复^[2]。结直肠癌在消化系统肿瘤中较为常见,患者会表现出排便习惯的改变、出血、以及下腹痛等,而手术根治是目前最主要的治疗方法之一。本次研究主要探讨快速康复在结直肠癌患者治疗中的应用效果。

1 一般资料

把 2021 年 1 月到 12 月在华中科技大学同济医学院附属同济医院胃肠外科住院的结直肠癌患者作为选择对象,共 80 例,男:女=23:22。纳入标准:经病理检查确诊为结直肠癌的患者;无严重器官功能障碍史,排除标准:结直肠癌并发严重全身感染、中毒症状、休克;心肝肾功能不全、凝血机制障碍等^[3]。给患者分组,术前分别让两组患者得知自己所需要的各项护理措施。实验组与对照组各为 40 例。两组人员资料对比差异有统计学意义。

2 研究方法

2.1 实验组护理

2.1.1 健康宣教 在患者入院时要为患者进行详细的手术风险评估,并在术前详细的给患者讲解普及快速康复有关知识,做健康宣教,要让实验组患者知道快速康复理念的相关流程,帮助患者理解快速康复的意义,以及需要配合的注意事项和术后可能会出现的问题,如腹胀、呕吐等,以及它们的解决办法,减轻患者的焦虑。

2.1.2 术前营养评估 快速康复患者术前使用 NRS2002 评分进行营养评估,并根据患者入院时的营养评分进行营养干预,给予患者高热量、高蛋白饮食,对于进食量少的患者知道口服全素营养粉,对于全完不能进口进食的患者予以肠外营养支持。并对术前的患者进行戒烟,指导进行深呼吸,有效咳嗽等方法进行呼吸锻炼。

2.1.3 饮食护理 快速康复患者术前需要禁食 6 小时、禁水 2 小时,术前可以口服少量的葡萄糖水以减轻饥饿,同时要保证胃部的空虚,减少误吸的风险。术后根据医嘱选择早期进食,术后 6 小时即可少量饮水,若患者无恶心、呕吐等不适情况,根据医嘱 24 小时内可进食流质饮食,如喝少量米汤等,并由此逐渐过度到半流质饮食,至普通饮食。

2.1.4 肠道准备 术前过度的肠道准备会增加患者的恐惧感与焦虑感,该项操作并不能够减少术后并发症发生率。术前不进行灌肠,给予电解质清洁肠道,并观察患者的排便状态。

2.1.5 疼痛护理 尽量减少阿片类药物镇痛剂的使用,必要时给予非甾体类镇痛剂,此类镇痛剂镇痛效果较优良。有效的镇痛可以使患者更好更快地恢复。

2.1.6 体温护理 术中低体温会加重患者的出血,很有可能让患者手术后发生感染,它还会让麻醉药物药性发挥更长时间,从而让患者产生不良反应。术中监测体温,防止患者体温过低^[4]。所以,术中要让患者体温保持正常。

2.1.7 引流管护理 循证医学表明腹部外科手术减少引流管的使用不仅可以促进肠道功能的恢复,也可以减少术后并发症,减轻患者的不适感。

2.1.8 活动的护理 鼓励患者尽早下床活动,让患者早期进行功能锻炼,给予患者适当的心理护理。麻醉清醒后即可进行床上翻身、踝泵运动等,术后第二天在护士的协助下让患者下地适量活动。早期活动的有助于刺激机体新陈代谢,促进肠胃的蠕动,减轻肠粘连的发生率^[5]。术后长期卧床将增加患者患下肢静脉血栓、失用综合征和肺功能受损等疾病的风险。

2.2 对照组护理

2.2.1 健康宣教 对照组患者手术以前也给予普及知识,做常规的术前宣教。让患者知道术后可能会出现的问题,给予患者术后卧位等指导,如手术完返回病房后要患者平卧,之后可改为半坐或其他卧位,这样可以患者承受更少的痛苦,减轻疼痛感。

2.2.2 术前指导 术前常规对患者肺功能、营养状况进行评估,指导患者戒烟戒酒,指导呼吸功能锻炼。

2.2.3 饮食护理 术前告知患者禁食 12h 禁饮 4h。因肠道手术胃肠活动暂时停止,所以术后暂停进食,当患者肛门排气以后,告诉患者可以吃流食,以后再逐渐过度到普食,但不能让患者吃得过饱,以免产生刺激。

2.2.4 肠道准备 术前 3 天开始清理肠道,术前 1 天可口服新霉素等药物抑制肠道的细菌,手术以前要检查患者的腹部情况以及患者大便颜色、性状。

2.2.5 疼痛护理 尽量舒缓患者紧张情绪,并应用阿片类药物镇痛,给予患者鼓励及安慰。尽量减少术中和术后的非必要的影响因素。

2.2.6 体温护理 术前严密观察患者,做好访视工作,减轻患者紧张心理。术前可将手术室室温控制 21-25 摄氏度,术中保持患者体温。

2.2.7 引流管护理 跟传统的护理措施一样给患者术前放置引流管,给予患者解释并取得患者的理解和配合。术后保持管道的通畅,并密切观察引流液的颜色、性状、量等。

2.2.8 活动护理 麻醉清醒后让患者卧床休息为主,术后 1-2 天鼓励协助患者活动,但要尽量避免剧烈运动或过度用力,防止刀口出现牵扯疼痛或伤口撕裂。

2.3 评价方法及标准

评价的方法使用的是统计软件,采用卡方检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。比较两组患者术后排气时间、下床活动时间、总住院时间、住院费用以及术后并发症发生率。

3 结果

3.1 手术指标

两组患者的手术指标结果如下:术中出血量对比, $T=1.19, P > 0.05$;

手术时间, $T=1.64, P>0.05$; 清扫淋巴结个数, $T=0.76, P>0.05$ 。而手术切口长度对比中: 观察组(5.20 ± 1.10)明显小于对照组(9.75 ± 3.01), $T=8.99, P<0.01$, 差异显著。详见表 1。

表 1 术后指标对比

组别	例数	术中出血量/ml	切口长度/cm	手术时间/min	清扫淋巴结个数/个
观察组	40	135.25 ± 123.29	5.20 ± 1.10	228.43 ± 72.51	10.15 ± 5.30
对照组	40	168.50 ± 127.01	9.75 ± 3.01	203.43 ± 65.08	9.30 ± 4.67
T 值		1.19	8.99	1.64	0.76
P 值		0.24	<0.01	0.11	0.45

3.2 术后并发症情况

两组并发症: 观察组总并发症 2 例(5%), 对照组总并发症 5 例(12.5%), 比较=1.41, $P>0.05$, 差异无统计学意义。详见表 2。

表 2 结直肠癌术后并发症情况

组别	吻合口瘘	肺部感染	切口感染	POI	尿潴留	并发症率
观察组 (n=40)	1	0	1	0	0	2 (5.0%)
对照组 (n=40)	1	1	1	1	1	5 (12.5%)
χ^2 值	-	-	-	-	-	1.41
P 值	-	-	-	-	-	0.24

4 讨论

经过研究对比, 可以看出快速康复护理理念在结直肠癌患者身上应用研究的效果明显比常规护理更佳, 给患者带来了良好的护理体验^[6]。相对于常规结直肠癌手术各项措施来说, 它通过各项不同的措施极大地减少了患者的痛苦, 降低了患者的应激反应, 提高了患者的舒适度, 加速了患者的康复, 且使患者发生术后肠梗阻、肠粘连、切口感染和下肢静脉血栓等并发症概率大大降低。我们在通过术前对患者的营养评估、饮食指导、呼吸功能锻炼及快速康复理念等方面进行干预为前提下, 让患者了解手术的环节, 知晓术后可能出现的机体反应现象, 并掌握相应的应对方法, 以此减轻患者的心理负担, 为患者术后有效的恢复奠定了基础。术后又对患者进行有效的镇痛, 减轻患者术后心理负担; 早期进行功能锻炼, 预防下肢深静脉血栓的形成; 各种引流管道的护理, 确保引流液的有效排出, 避免局部感染; 促进肠蠕动早期恢复, 减少腹胀, 减少并发症的发生; 早期进食水, 减少患者术后口干症状等方面进行综合细致的指导, 提高了患者术后恢复进程, 促进了患者的健康^[7, 8]。但同时快速康复外科理念也对医务人员提出了巨大的挑战, 需要患者与医务人员高度配合, 由此可达到患者生理和心理上共同的快速康复。

快速康复外科理念体现了“以患者为中心”的原则, 其通过麻醉、微创手术操作与围手术期护理, 是患者的术后康复速度加快^[9]。快速康复护理属于先进的护理模式, 对营养学、心理学、护理学以

及临床医学等学科内容予以融合, 通过对患者实施高效且具备针对性的护理措施, 以使患者的身心状态得到快速改善^[10]。在快速康复外科理念中, 围手术期护理属于不可或缺的组成部分, 围手术期护理质量会对患者的术后康复效果产生直接影响^[11]。国外已经通过大量临床试验证明了快速康复理念的效果。快速康复理念能够带来更好的临床效果, 若能够使我国的医护人员加深对其的认知, 能够成立专科医护小组, 扩大临床上的应用, 不仅能够提升医疗技术, 与国际接轨, 而且也可以更好地为患者服务, 减少痛苦及负担, 加速患者康复, 为患者带来希望与曙光。快速康复自提出就开始在临床应用, 在它不断发展的过程中, 人们发现它波及的学科范围比较广泛^[12]。在快速康复护理中, 护士发挥着重要的作用, 我们应该大力应用快速康复理念, 帮助患者早日康复。

参考文献:

[1]钱广函.加速康复外科理念在急性肠梗阻围手术期的临床应用研究[D].河北医科大学,2020.
 [2]谭尚展.快速康复外科护理在外科临床护理中的应用价值[J].当代医药论丛,2019,17(14):34-36.
 [3]孔红艳.快速康复在老年结直肠癌根治术患者护理中的应用研究[J].中华护理教育,2014,11(02):93-96.
 [4]任杰,许臣,蔡连军等.加速康复外科理念联合腹腔镜手术在急腹症治疗中的应用[J].中国医刊,2021,56(04):404-407.
 [5]周维.快速康复外科理念联合腹腔镜治疗小儿急性阑尾炎的临床研究[D].郑 1 大学,2020.
 [6]叶群英.阑尾炎手术患者应用快速康复外科护理的可行性研究[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(17):101-102.
 [7]赖淑蓉.快速康复外科在结直肠癌患者围手术期护理应用的效果研究[J].消化肿瘤杂志(电子版),2019,11(3):309-312.
 [8]游凤菊.快速康复外科护理在腹股沟疝行腹腔镜完全腹膜外补片植入术患者中的应用效果.医学信息.2022,35(8):181-183
 [9]欧阳海燕,陈克清,高磊,等.转移肌皮瓣修复食管癌切除术后早期胸胃气管瘘患者的护理[J].护理学杂志,2020,35(14):15-17.
 [10]刘思博,石玉慧.个体化护理干预对食管癌合并糖尿病围手术期的应用效果分析[J].中国医刊,2020,55(3):340-343
 [11]曾诗颖,朱渊,钱瑾瑜,等.食管癌病人围手术期营养护理循证实践方案的构建[J].护理研究,2020,34(18):3204-3209.
 [12]如则·阿卜力孜(Rozebulizi).快速康复外科在小儿腹股沟斜疝中的应用[D].新疆医科大学,2020.