

# 胰腺肿瘤围术期快速康复护理的应用效果评价研究

胡娟

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000)

**摘要:**目的:探究胰腺肿瘤围术期快速康复护理的应用效果。方法:选择在2021年1月至2022年1月我院收治的接受手术治疗的42例胰腺肿瘤患者当作研究对象,按照随机法分为对照组与观察组,每组各21例,对照组施行常规围术期护理,观察组施行围术期速康外科护理模式,比较两组的术中应激等观察指标。结果:观察组的排气时长、下床活动时间、住院时长比对照组短,  $P < 0.05$ 。两组干预前的生活质量评分差异不明显,  $P > 0.05$ 。干预后的生活质量评分高于干预前,  $P < 0.05$ 。干预后观察组的生活质量评分高于对照组,  $P < 0.05$ 。观察组的术中舒张压、收缩压、心率低于对照组,  $P < 0.05$ ,  $P < 0.05$ 。观察组的并发症率(4.76%)低于对照组(33.33%),  $P < 0.05$ 。结论:快速康复护理在胰腺肿瘤围术期护理中的应用价值突出,可减少术中应激反应,加速病情转归,值得应用推广。

**关键词:**胰腺肿瘤;围术期;快速康复护理

胰腺肿瘤是消化道常见的恶性肿瘤之一,是恶性肿瘤中最常见的,多发生于胰头部。胰腺肿瘤有发病率高等特点,被称为“癌症之王”,对患者身心健康和生命安全的影响较大。手术是胰腺肿瘤常见的治疗方式,但手术应激反应引起的术后并发症等问题不能忽视<sup>[1]</sup>。本着三分治疗七分护理的服务理念,在手术治疗基础上施行护理干预,更利于整体疗效提升。尤其是快速康复外科理念的干预,主要以减少患者的创伤应激性、加速术后康复与预后改善的目的为主,促使手术在微创与加速术后恢复等优势特点得以充分发挥<sup>[2]</sup>。鉴于此,本文研究了2021年1月至2022年1月我院收治的接受手术治疗42例胰腺肿瘤患者的围术期护理成效,发现围术期快速康复护理的价值突出。现具体操作如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

将我院在2021年1月至2022年1月收治的接受手术治疗的42例胰腺肿瘤患者当作研究对象。纳入标准:所有患者根据临床病史、影像学检查均已确诊为胰腺;患者及家属均知情同意;均符合手术指征。排除标准:临床资料不全;意识模糊;脏器功能障碍;配合度差;手术禁忌症者。随机分组各21例,观察组年龄平均  $53.3 \pm 4.2$ 岁;男性11例,女性10例。对照组年龄平均  $54.7 \pm 3.6$ 岁;男性9例,女性12例。临床资料相匹配,  $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

对照组接受常规护理,包括病情评估与健康教育等,根据科室护理管理制度规范落实围术期护理措施。观察组施行基于快速康复外科理念的围术期护理模式,方法如下:

#### 1.2.1 术前护理

尽量缩短术前禁食水的时间,嘱患者术前禁食12h、禁水6h,术前2h注射500mL葡萄糖注射液,减轻因长时间禁食水引起的消化道功能及电解质紊乱等生理不适。术前向患者及家属讲解疾病、手术、护理等方面的内容,要求其掌握配合要点和注意事项,提高其认知度和配合度。通过鼓励性语言、家庭力量支持等措施进行心理疏导,告知负面情绪对疾病发展的影响,减轻心理应激性,做好术前的准备工作。

#### 1.2.2 术中护理

术中配合麻醉师完成麻醉。术中采取控制室温、冲洗液加温等综合保温措施,确保患者体温正常范围内,避免低体温引起的并发症。骨突隆处等受压部位垫软垫,避免术中出现皮肤急性压力性损伤。配合医师完成手术操作,确保患者体温正常范围内,严格执行无菌操作规程,正确放置引流管,尽量缩短手术时间,减少手术风险。

#### 1.2.3 术后护理

涉及以下几方面:①体位护理:术毕将患者转移至病房后,术后6h内可去枕平卧休息,生命体征相关指标趋于稳定状态,在术后10h取半卧位休息,床头抬高 $40^\circ$ 以上。②并发症护理:为避免

出现腹腔感染与吻合口瘘症状,需密切观察患者引流管,避免发生脱落,记录引流量数据。无菌更换引流袋,保持引流管通畅,掌握其变化情况。静滴抗生素预防感染,确保呼吸通畅。如发现患者有消化道出血症状,则对呼吸、血压、脉搏等严密观察,一旦上升则立即报告医师。密切注意监测手术切口与引流液等情况,采取各种护理措施防治各种并发症。③功能锻炼:加强功能锻炼和健康宣讲,使其意识到功能康复锻炼的重要性。根据患者身体耐受度,鼓励患者术后24h下床适当活动,促进其胃肠道运动。本着循序渐进的原则,逐渐增加运动强度。锻炼期间加强监督和指导,提高患者锻炼的规范性和依从性。④疼痛护理:术后实施转移注意力、放松疗法、持续硬膜外止痛、镇痛类药物等多模式镇痛。⑤饮食护理:给予饮食宣教,根据恢复状况及评估结果,合理制定并随时调整饮食计划。告知少量多餐的进食原则,减少油腻、辛辣等食物刺激。术后患者开始进食流食时,由于禁食一段时间,因肠道菌群失调易出现轻微腹泻症状,预见性及早给予肠道益生菌调节。患者进食半流食,指导进食益生菌类酸奶,对消化道功能恢复差者,餐前给予吗丁啉或加斯清等促进胃排空,协调十二指肠蠕动。⑥出院指导:加强出院护理指导,详细告知患者出院后应注意的各种事项和自我护理要点,嘱咐患者适当休息,积极康复锻炼运动,定期至医院门诊复查。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 术后恢复进度

参照排气时间与住院时间等指标水平,了解两组的恢复进度。

#### 1.3.2 术中应激反应

了解两组的术中应激反应,包括术中舒张压、收缩压、心率等指标。

#### 1.3.3 生活质量

采用欧洲癌症研究与治疗组织生活质量核心量表(EORTCQLQ-C30),通过量表的躯体功能、角色功能、社会功能、情绪功能、认知功能的5个功能子量表对患者生活质量进行评分,评分越高表示病人的生活质量越高。

#### 1.3.4 并发症

统计两组的术后并发症率,包括腹腔感染、消化道出血、吻合口瘘、切口感染等并发症症状。

### 1.4 统计学方法

数据统计分析,用spss19.0软件,计量、计数资料方面,分别用( $\bar{x} \pm s$ )、%表示,分别用t、 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ ,表示数据对比,有统计学差异。

## 2 结果

### 2.1 恢复指标

观察组的排气时长、下床活动时间、住院时长比对照组短,组间数据比较存在统计学差异,  $P < 0.05$ ,如表1所示。

表1 恢复指标比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	n	排气时间	下床活动	住院时长
对照组	21	2.23 ± 0.58	2.25 ± 0.34	9.45 ± 2.26
观察组	21	1.17 ± 0.65	1.12 ± 0.48	6.21 ± 1.18
t		4.152	4.223	6.146
P		0.035	0.035	0.015

### 2.2 术中应激反应

围术期护理干预后, 观察组的术中舒张压、收缩压、心率低于对照组, 组间数据比较存在统计学差异,  $P < 0.05$ , 如表2所示。

表2 应激反应比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	心率 (次/min)
对照组	21	130.36 ± 6.21	89.25 ± 6.36	91.33 ± 6.34
观察组	21	108.27 ± 5.28	73.16 ± 5.18	85.17 ± 4.23
t		19.265	13.487	8.225
P		0.000	0.000	0.005

### 2.3 生活质量改善情况

两组干预前的生活质量评分差异不明显,  $P > 0.05$ 。干预后的生活质量评分高于干预前,  $P < 0.05$ 。干预后观察组的生活质量评分高于对照组,  $P < 0.05$ , 如表3所示。

表3 生活质量评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
观察组	21	288.16 ± 22.26	344.52 ± 25.33	66.467	0.000
对照组	21	287.24 ± 21.47	312.17 ± 24.16	30.485	0.000
t		0.632	36.216	-	-
P		0.385	0.000	-	-

### 2.4 术后并发症

围术期康复护理干预后, 观察组的并发症率 (4.76%) 低于对照组 (33.33%), 组间数据比较存在统计学差异,  $P < 0.05$ , 如表4所示。

表4 并发症比较 (n, %)

组别	n	腹腔感染	消化道出血	吻合口瘘	切口感染	其他	总发生率
观察组	21	0	0	0	0	1(4.76)	4.76
对照组	21	1(4.76)	1(4.76)	1(4.76)	1(4.76)	3(14.29)	33.33
$\chi^2$							5.559
P							0.018

### 3 讨论

胰腺肿瘤的早期症状隐匿, 多数患者发现已是晚期。符合手术条件与有手术指征的病人, 建议首选手术治疗。为提高整体疗效, 需发挥护理辅助疗法干预的价值, 引入快速康复外科服务理念, 及时发现和规避潜在的影响病情转归的危险因素, 维持生活质量, 实现医疗资源的整合优化与高效利用<sup>[9]</sup>。

快速康复护理在胰腺肿瘤围术期护理中的应用价值突出, 体现在以下几方面: 一是加速病情转归。快速康复护理是以循证医学为理论基础, 予以酌情改良, 从而达到快速康复的目标。围术期快速康复护理主要对患者进行生理、病理变化采取多种模式进行控制, 稳定患者的身心状态, 帮助其摆脱心理应激和生理应激, 积极改善术后指标。在以往的围术期护理模式下, 术前与术后禁食、胃肠减

压的时间长, 患者的舒适度低; 忽视患者的负面情绪疏导, 促使患者存在悲观和消极等情绪, 配合度和依从性低<sup>[4]</sup>。护理人员根据病情发展的情况, 被动性的落实护理措施, 忽视患者的需求满足, 导致围术期整体护理效果不尽理想, 难以达到术后快速恢复等护理服务目标。在围术期康复护理干预中, 组建专业的护理团队, 培训考核合格后入组工作, 通过外科、麻醉、护理、营养等多学科协作, 发挥其专业优势, 制定系统性和个体化的康复护理方案, 以减少或阻断围术期患者机体的应激反应, 达到预期的医疗服务目的<sup>[9]</sup>。二是减少手术应激。术前通过心理护理和健康教育, 提高患者的认知度和配合度, 改善其焦虑与合作行为, 使其做好手术的准备。术中落实保暖和生命体征变化等细节护理措施, 配合医师快速完成手术操作, 减少手术风险。麻醉与手术等医师需不断提高自身的操作技能水平, 尽可能的减少手术应激, 提高手术疗法的安全性<sup>[6-7]</sup>。三是提高生活质量。在围术期康复护理干预中, 发挥术前术后护理措施的优势协同效应, 最大程度控制与根治肿瘤, 提升患者的生存质量。发挥饮食和运动等护理辅助疗法的干预价值, 积极改善其体质和健康状态, 将其从负面情绪、营养不良、炎症刺激等致病因素的恶性循环状态中脱离出来。术后根据患者的实际情况, 动态性的调整围术期护理方案, 落实基于循证的护理措施, 尽可能的改善传统康复护理管理中的薄弱环节, 提高患者的整体舒适度<sup>[8-9]</sup>。四是降低并发症率。术后并发症是多种致病因素共同作用的结果, 除了与患者自身的体质因素外, 也与护理人员的评估等护理服务不到位有关, 也是护理管理工作改革的重要着手点。围术期康复护理要求护理人员具备较强的责任医师和风险管理能力, 明确掌握胰腺肿瘤手术患者的护理要点与服务标准等, 规范思想行为, 减少护理工作失误和误差引起的护理不良事件<sup>[10]</sup>。

综上所述, 快速康复护理在胰腺肿瘤围术期护理中的应用价值突出, 可减少术中应激反应, 加速病情转归, 值得深入研究。

#### 参考文献:

- [1] 崔蕾, 刘玲珑, 王剑剑, 等. 胰腺切除患者围术期血糖管理的最佳证据总结[J]. 中国全科医学, 2022, 25(9): 7.
- [2] 沈吉虹, 李甫. 激励护理对胰腺癌患者手术希望水平及术后康复的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2021, 28(2): 4.
- [3] 张建波, 东爱华. 快速康复外科理念联合赋能教育对老年胰腺癌患者术后心理状态、应对方式和生活质量的效果观察[J]. 老年医学与保健, 2022, 28(5): 6.
- [4] 周淑萍, 韩慧慧, 李宏, 等. 以加速康复外科为核心的围术期护理在老年腹腔镜胰十二指肠切除术病人中的应用[J]. 护理研究, 2022, 36(14): 5.
- [5] 郑春晓, 陈智, 孙运鹏, 等. 加速康复外科理念在胰十二指肠切除术围术期的应用[J]. 肝胆胰外科杂志, 2021, 33(3): 4.
- [6] 刘光年, 周家欣, 田孝东, 等. 加速康复理念在胰十二指肠切除术围术期应用的若干热点问题[J]. 中华外科杂志, 2021, 59(7): 5.
- [7] 杜帅. 结直肠癌患者围术期快速康复理念的应用及对患者并发症的影响[J]. 河北医药, 2021, 43(20): 3150-3153.
- [8] 曹昕彤, 宁彩虹, 李嘉荣, 等. 快速康复外科在胰十二指肠切除术围术期管理中的应用价值[J]. 中国普通外科杂志, 2021, 30(3): 8.
- [9] 牛芝云, 杨亚莉, 李银娜. 围术期快速康复外科联合激励式护理对甲状腺癌手术患者术后的影响[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(3): 4.
- [10] 詹凤丽, 李亚伟, 沈海晨. 快速康复外科应用于腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术围术期护理的研究进展[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2021, 13(1): 4.