

创伤性肝脾破裂并发失血性休克患者围术期中应用快速康复外科理念的效果评价

周宁玲

(华中科技大学同济医学院附属同济医院肝脏外科)

摘要: 目的: 评价快速康复外科理念应用于创伤性肝脾破裂并发失血性休克围术期中的临床效果。方法: 研究样本自本院创伤性肝脾破裂并发失血性休克患者中选择, 限定的时间为 2021 年 6 月至 2023 年 9 月, 总数量为 86 例, 根据信封法分组, 43 例置入对照组, 其在围术期实施常规护理, 43 例置入试验组, 其在围术期实施快速康复外科理念, 两组就术后恢复情况、临床指标、不良反应及并发症发生情况展开统计比较。结果: 两组总有效率展开比较, 实验组高, 对照组低, 具备统计学差异; 同对照组相比, 试验组术后第 1d、第 5d 的 CRP 水平明显降低, 乳酸切除时间、排气时间、排便时间、恢复意识时间、住院时间明显缩短, 各项均有统计学意义存在, $P < 0.05$; 组间进行不良反应及并发症发生率的统计比较, 实验组与对照组得到 $P > 0.05$ 。结论: 围术期中应用快速康复外科理念对促进创伤性肝脾破裂并发失血性休克患者快速康复具有重要作用, 值得临床选择并进行全面推广。

关键词: 快速康复外科理念; 创伤性肝脾破裂; 失血性休克

创伤性肝脾破裂作为临床较为常见的一种腹部脏器损伤, 破裂后导致的大量出血情况会直接造成休克的后果, 从而严重威胁患者的生命安全。对创伤性肝脾破裂并发失血性休克患者而言, 救治的关键在于及时正确的复苏和手术止血, 而围术期的护理配合直接关系到术后康复和预后^[1]。快速康复外科 (FTS) 作为一种新的护理理念, 具体指的是在围术期通过得到优化改良同时得到证实的一系列处理方法, 其目的是控制手术应激出现, 降低并发症发生率, 加快术后病情康复。本文自本院创伤性肝脾破裂并发失血性休克患者收集整理 86 例作为研究样本, 详见以下评析报告:

1 资料与方法

1.1 一般资料

在 2021 年 6 月至 2023 年 9 月的时间范围内抽取研究样本, 86 例伤性肝脾破裂并发失血性休克患者全部来源于本院, 分组时以信封法为依据。对照组 ($n=43$): 男患者 28 例, 女患者 15 例; 年龄上限 42 岁, 下限 20 岁, 平均值 (32.6 ± 2.5) 岁; 锐器伤/交通伤/其他伤=12 例/25 例/6 例; 脾切除术/肝部分切除术/肝、脾修补术=26 例/5 例/12 例。试验组 ($n=43$): 男患者 27 例, 女患者 16 例; 年龄上限 43 岁, 下限 21 岁, 平均值 (32.7 ± 2.4) 岁; 锐器伤/交通伤/其他伤=14 例/24 例/5 例; 脾切除术/肝部分切除术/肝、脾修补术=28 例/4 例/11 例。基本情况的统计处理结果显示 $P > 0.05$, 存在公平比较的价值。

依照以下标准纳入病例: (1) 通过 CT、B 超等影像学及手术确诊为创伤性肝脾破裂的情况, 同时伴随明显的失血性休克情况; (2) 无基础疾病, 伤口入院时间为 8h 内; (3) 自愿参与, 知情同意。依照以下标准排除病例: (1) 存在性质极其严重的心肺、颅脑损伤情况; (2) 出现四肢、骨盆、脊柱骨折的情况。

1.2 方法

围术期给予快速康复外科理念的为实验组: (1) 术前以限制性复苏方式为主, 收缩压保持在 70–80mmHg

范围内, 平均动脉压保持在 50–60mmHg 范围内, 确定控制住出血后进行按照确定性的复苏方案给予患者治疗;

(2) 经快通道进行全身麻醉, 以短半衰期麻醉用药为主, 根据患者实际需求考虑与硬膜外麻醉联合, 镇痛方式则为多模式镇痛; 对体温变化进行监测, 做好保温干预, 术后将湿冷衣物及时去除, 手术室、病床均需要提前加温, 手术过程中涉及到的腹腔冲洗液需要加温后再给患者使用, 关腹前通过 40–45℃ 的温盐水对腹腔进行冲洗, 防止发生低温情况; (3) 手术过程中以低中心静脉压策略为主, 依据中心静脉压控制液体量在 0.294–0.490kPa 范围内, 成功止血后进行确定性复苏, 经过复苏后, 控制液体的标准为 2500ml/d, 尿量标准为 0.5ml/(kg·d), 予以肠内营养治疗后对用量进行相应的调整, 以免发生补液过多的情况; (4) 术后 6h 给予患者生理盐水, 饮用量需要控制在少量标准, 待血流动力学达到稳定后再调整至肠外营养与肠内营养相结合的方式, 或者给予流质饮食, 逐渐向普食过渡; (5) 术后指导患者尽早下床进行活动锻炼, 术后 6h 以床上活动为主, 术后第 1 日进行下床活动时, 需要将时间控制在 2h 左右, 术后第 2 日起, 下床活动时间要达到 6h 以上。

围术期给予常规护理的为对照组: (1) 按照传统复苏方案进行复苏, 快速促使收缩压处于 90–100mmHg 的范围内, 同时提高平均动脉压到 60–80mmHg; (2) 予以全身麻醉的方式, 镇痛治疗则选择的是阿片类镇痛剂, 保温上没有任何特殊要求, 尿管、腹腔引流管、尿管等以常规方式留置, 术后 3–5d 可将尿管拔除, 确定排气后再将胃管拔除, 当腹腔引流液达到 20ml/d 以下的标准后, 可拔除腹腔引流管; (3) 液体控制以患者实际需要来决定, 尚未肛门排气前, 以完全性的胃肠外营养为主, 待排气以后才能允许患者饮水, 排便后予以流食, 并逐渐向普食过渡; 下床活动以患者是否自愿为主。

1.3 观察指标

(1) 术后恢复情况按照显效、有效、无效的标准进

行划分,以前两者的百分比相加来计算总有效率^[2]; (2) 于术后第 1d、第 5d 对两组 CRP (C-反应蛋白) 水平进行测定,同时对术后肛门排便时间、排气时间、乳酸清除时间、恢复意识时间、住院时间进行统计; (3) 两组术后进食以后,统计其恶心呕吐、切口感染、肺部感染、腹胀等不良反应及并发症发生情况。

1.4 统计学处理

研究数据均通过 SPSS25.0 软件进行分析,计量资料、计数资料的表示各用($\bar{x} \pm s$)、(%), 相比时则做 t 检验、 X^2 检验, $P < 0.05$ 作为判定有统计学差异的标准。

2 结果

2.1 比较恢复情况的差异

术后恢复情况相比, 实验组总有效率更高, 其同对

表 2 比较术后临床指标的差异($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	排气时间 (h)	排便时间 (h)	乳酸清除时间 (h)	CRP (mg/L)		恢复意识时间 (d)	住院时间 (d)
					第 1d	第 5d		
试验组	43	44.4 ± 5.3	48.3 ± 7.0	8.4 ± 2.2	86.3 ± 18.1	20.4 ± 6.0	41.9 ± 10.0	8.4 ± 1.3
对照组	43	53.9 ± 8.6	58.3 ± 10.1	11.6 ± 5.1	110.2 ± 20.7	31.6 ± 8.3	100.4 ± 13.3	10.7 ± 2.3
t		6.1667	5.3362	3.7780	5.6996	7.1711	23.0535	5.7087
P		0.0000	0.0000	0.0003	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 比较术后不良反应及并发症发生情况的差异

试验组患者进食后, 不良反应及并发症发生率为 9.30%, 对照组患者进食后, 不良反应及并发症发生率为

表 3 比较术后不良反应及并发症发生情况的差异[n (%)]

组别	例数	恶心呕吐	肺部感染	腹胀	切口感染	总发生率
试验组	43	2 (4.65)	0 (0.00)	1 (2.34)	1 (2.34)	4 (9.30)
对照组	43	1 (2.34)	1 (2.34)	1 (2.34)	0 (0.00)	3 (6.98)
X^2						0.1555
P						0.6933

3 讨论

创伤性肝脾破裂在临床中并不少见, 合并失血性休克的情况下会直接对患者的生命安全构成威胁。近年来, 随着医疗技术的不断革新、优化和改良, 医疗模式也得到了创新, 广大患者对临床康复提出的要求越来越高, 其中最受关注的一点就是如何将治疗周期缩短的同时控制医疗成本投入^[3]。现阶段, FTS 已全面应用于开展择期手术患者的围术期护理工作中, 其具有安全、高效、科学等优势。但创伤性肝脾破裂合并失血性休克患者的围术期运用这一护理模式的相关报道并不多。

本次研究中两组相比可知试验组术后恢复的总有效率高, 其恢复意识、排气、排便、乳酸清除及住院时间短, 术后第 1d、第 5d 的 CRP 水平低, 同对照组间差异显著, $P < 0.05$ 。由此足以表明, 创伤性肝脾破裂并发失血性休克患者的围术期予以 FTS 理念, 对促进康复、改

善预后具有重要意义。

表 1 比较恢复情况的差异[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	43	17 (39.53)	25 (58.14)	1 (2.33)	42 (97.67)
对照组	43	14 (32.56)	19 (44.19)	10 (23.26)	33 (76.74)
X^2					8.4436
P					0.0036

2.2 比较术后临床指标的差异

相较于对照组, 试验组乳酸清除时间、排气时间、排便时间、恢复意识时间、住院时间更短, 术后第 1d、第 5d 的 CRP 水平更低, 两组具备统计学意义, $P < 0.05$, 详见表 2。

6.98%, 两组经比较, 未有统计学意义, $P > 0.05$, 详见表 3。

善预后具有重要意义。

参考文献:

- [1]支甜甜.创伤性肝脾破裂并发失血性休克患者围术期中应用快速康复外科理念的临床效果[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(44):32-33.
- [2]赖利春,叶彩云.外伤性肝脾破裂并失血性休克急诊手术围术期整体护理效果分析[J].河南外科学杂志,2022,28(6):185-187.
- [3]马恒涛,谭黄业,樊献军,等.快速康复外科在创伤性肝脾破裂并失血性休克患者手术麻醉期管理应用探讨[J].临床军医杂志,2013,41(11):1163-1165.
- [4]邵智勇,吴少锋,高军,等.快速康复外科在创伤性肝脾破裂并失血性休克围术期中的应用[J].航空航天医学杂志,2015(1):39-40.