

快速康复外科护理对胃肠外科手术后患者疼痛及并发症的影响

张润珊 崔家云 陈佳佳

(安徽医科大学第一附属医院 安徽合肥 230022)

摘要:目的: 观察胃肠外科手术患者接受快速康复外科护理干预的有效价值。方法: 选取 2023.2-2024.2 月中受诊的胃肠外科手术患者 86 例列入观察范围, 随机记作两组, 有一般康复指导的一般康复组、快速康复外科指导的快速康复组, 了解两组患者疼痛感情况、并发症情况。结果: 快速康复组患者胃管留置所需时间均值 (10.35 ± 5.26) d、首次下床时间均值 (20.63 ± 2.40) d、首次进食时间均值 (5.32 ± 2.10) d、首次排气时间均值 (43.20 ± 4.16) d, 均较一般康复组优, $p < 0.05$; 快速康复组术后半小时 VAS 量表评估均值 (6.23 ± 0.42) 分、术后一小时 VAS 量表评估均值 (4.91 ± 1.20) 分、术后两小时 VAS 量表评估均值 (3.55 ± 0.89) 分、术后三小时 VAS 量表评估均值 (1.20 ± 0.06) 分, 均较一般康复组低, $p < 0.05$; 一般康复组肠梗阻现象有 1 例患者、切口感染现象有 2 例患者、肺部感染现象有 1 例患者、吻合口瘘现象有 1 例患者, 总产生率 11.6%, 高于快速康复组, $p < 0.05$ 。结论: 胃肠外科手术治疗中, 护士要科学引进快速康复外科护理理念, 更好地改善患者胃肠道功能, 降低患者疼痛感, 避免患者有并发症, 有助于缩短患者干预所需时间, 可以充分宣传。

关键词:快速康复外科护理; 胃肠外科手术; 疼痛感; 并发症

新时达下我国人们生活质量在逐步改善, 患有胃肠病症的患者数量也在逐年增加, 开展胃肠外科手术治疗方案, 对保障患者生存质量产生重要作用。在具体的手术治疗中, 患者可能在术后有较强疼痛感, 没有及时干预的情况下增加了并发症出现率, 不利于保障患者临床治疗有效性。选取快速康复外科护理模式, 强调了围术期以患者为中心的要点, 整合手术干预多个流程, 避免患者有应激反应, 提高患者治疗安全性和可靠性。为此研究快速康复外科护理的应用价值, 将 86 例患者视作观察对象, 分组实施针对性护理干预指导, 统计患者术后康复情况, 给强化临床干预工作者提供参考, 具体如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

对 2023.2-2024.2 月阶段内进行诊治的 86 例视作观察范围, 均满足胃肠外科手术标准, 均匀记作两组, 一般康复组 43 例患者有 20 例男性、23 例女性, 年龄在 38-64 岁之间, 均值 (56.28 ± 3.46) 岁。体重在 48-70kg 之间, 均值 (59.61 ± 3.70) kg。快速康复组 43 例患者有 21 例男性、22 例女性, 年龄在 40-68 岁之间, 均值 (58.61 ± 2.35) 岁。体重在 49-72kg 之间, 均值 (62.40 ± 2.13) kg。纳入条件: 自愿加入医学观察、基本资料齐全的患者; 排除条件: 中途退出医学观察、出现肝肾功能障碍和沟通障碍患者。本次观察经我院医学伦理委员会批准, 同意实施。研究内容符合《赫尔辛基宣言》的有关要求。

1.2 方法

对一般康复组患者引进一般康复指导, 组织患者进行体征检查, 配合饮食护理和用药护理。要求患者在术前 12h 中不要进食和饮水, 术前一晚对患者加以肠道干预, 补充一定营养。护士应结合患者康复需求设定护理方案, 科学地鼓励患者保持健康饮食习惯, 适当进行下床活动。对快速康复组引进快速康复护理指导方案, 手术之前, 护士应尽可能给患者提供优质化环境, 阐述医院现有的治疗环境, 借助成功治疗案例消除患者心中困惑。了解患者病情严重程度, 充分研究患者心理情绪的变化, 避免患者有心情压力, 以聊天或者音乐的形式减少患者焦虑感。给患者强调术前 2h 不要饮水、术前 6h

表 1 比较胃肠道功能改善情况 ($\bar{x} \pm s$)

小组	胃管留置所需时间 (h)	首次下床时间 (h)	首次进食时间 (h)	首次排气时间 (h)
快速康复组	10.35 ± 5.26	20.63 ± 2.40	5.32 ± 2.10	23.20 ± 4.16
一般康复组	15.91 ± 4.63	36.92 ± 1.58	8.46 ± 1.39	35.81 ± 4.70

不要进食, 按照患者体征适当补液; 手术之中, 护士应全面了解患者血压指标和心率指标等变化, 有异常情况和医师沟通; 手术之后, 指导患者进行合理饮食, 逐步对流质食物转变为正常饮食, 贯彻少食多餐的原则, 指导患者增加饮水量, 摄入含有蛋白质和含有膳食纤维的食物, 必要时引进抗感染干预。护士还应分析患者是否有并发症的可能, 鼓励患者进行肢体训练, 在身体耐受水平时尝试下床活动, 设定好运动强度。护士应尝试着帮助患者缓解疼痛感, 转移患者注意力, 更多想到令自己心情愉快的事情, 借助音乐和影视作品降低患者疼痛感, 疼痛难忍的情况下引进镇痛药物。护士要定时监测患者肺功能, 督促患者进行自主排痰以及吸氧, 降低肺部受到感染的几率, 由此帮助患者在术后快速恢复, 提高患者生活质量。

1.3 观察指标

了解患者胃肠道功能改善所需的实践, 有胃管留置所需时间、首次下床时间、首次进食时间和首次排气时间; 了解患者疼痛感的评分, 以 VAS 量表综合评定, 分别在术后半小时、术后一小时、术后两小时和术后三小时记录患者疼痛感表现, 均选取 10cm 的尺子标注, 疼痛感和分数之间有正比; 了解患者治疗安全性, 记录并发症产生率, 包含肠梗阻现象、切口感染现象、肺部感染现象和吻合口瘘现象。

1.4 统计学分析

统计学思路: 本次观察借助 SPSS20.0 统计学软件处理全部资料, 使用 EXCEL 搭建完整数据库, 以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 统计计量资料, 并参照 t 检验; 利用 X^2 检验计数资料, 借助 $n(\%)$ 表示, 相关危险因素选取二元 Logistic 回归方法, $P < 0.05$ 代表差异明显, 即具备统计学意义。

2. 结果

2.1 统计胃肠道功能改善时间

快速康复组患者胃管留置所需时间均值 (10.35 ± 5.26) d、首次下床时间均值 (20.63 ± 2.40) d、首次进食时间均值 (5.32 ± 2.10) d、首次排气时间均值 (23.20 ± 4.16) d, 均较一般康复组优, $p < 0.05$, 详情如表 1。

t	7.416	8.523	9.665	8.425
p	p<0.05	p<0.05	p<0.05	p<0.05

2.2 统计 VAS 量表评估情况

快速康复组术后半小时 VAS 量表评估均值 (6.23 ± 0.42) 分、术后一小时 VAS 量表评估均值 (4.91 ± 1.20) 分、术后两小时 VAS 量表评估均值 (3.55 ± 0.89) 分、术后三小时 VAS 量表评估均值 (1.20 ± 0.06) 分, 均较一般康复组低, p<0.05, 详情如表 2。

表 2 比较 VAS 量表评估情况($\bar{x} \pm s$)

小组	半小时 VAS 量表	术后一小时 VAS 量表	术后两小时 VAS 量表	术后三小时 VAS 量表
快速康复组	6.23 ± 0.42	4.91 ± 1.20	3.55 ± 0.89	1.20 ± 0.06
一般康复组	7.63 ± 0.82	6.32 ± 0.45	4.12 ± 0.75	2.50 ± 0.41
t	10.326	11.259	13.240	12.405
p	p<0.05	p<0.05	p<0.05	p<0.05

2.3 统计并发症产生情况

一般康复组肠梗阻现象有 1 例患者、切口感染现象有 2 例患者、肺部感染现象有 1 例患者、吻合口瘘现象有 1 例患者, 总产生率 11.6%, 高于快速康复组, p<0.05, 详情如表 3。

表 3 比较并发症产生结果[n(%)]

小组	肠梗阻	切口感染	肺部感染	吻合口瘘	总产生
快速康复组	0	1	0	1	2 (4.7)
一般康复组	1	2	1	1	5 (11.6)
X ²					7.415
p					p<0.05

3. 讨论

外科手术治疗患者, 较多患者都会在情绪和病情干扰下, 生成较强疼痛感。特别是术后麻醉清醒后, 患者感觉到疼痛难忍, 降低患者对临床干预工作的依从性和配合程度。胃肠外科手术主要是帮助患者治疗胃肠部位所出现的疾病, 调整患者胃肠功能, 促进患者提高自我的生活质量。在具体治疗中, 如何配合高效率的护理干预工作, 加快患者胃肠道蠕动速度, 激活患者生理细胞活性, 尽快恢复健康, 这是每个护士都要重点研究的问题。在本次观察中, 对两组患者实施差异化的康复指导理念, 首先统计患者胃肠道恢复情况, 结果表明: 快速康复组患者胃管置留所需时间均值 (10.35 ± 5.26) d、首次下床时间均值 (20.63 ± 2.40) d、首次进食时间均值 (5.32 ± 2.10) d、首次排气时间均值 (43.20 ± 4.16) d, 均较一般康复组优, p<0.05; 互相比较之下, 快速康复护理理念的应用上, 护士能够对患者加以人文关怀, 优化围术期的护理方案, 帮助患者调整身体抗病水平, 针对性干预患者, 减少患者术后康复所需的实践, 加强患者胃肠道功能。

其次统计患者疼痛感的表现, 结果明确: 快速康复组术后半小时 VAS 量表评估均值 (6.23 ± 0.42) 分、术后一小时 VAS 量表评估均值 (4.91 ± 1.20) 分、术后两小时 VAS 量表评估均值 (3.55 ± 0.89) 分、术后三小时 VAS 量表评估均值 (1.20 ± 0.06) 分, 均较一般康复组低, p<0.05; 借助优质的疼痛感评分量表了解患者术后康复情况, 护士应科学指导患者进行进食和饮水, 贯彻循证医学的要点, 整体上开展心理疏导工作, 全方位进行术

前准备。在术后安慰患者, 巧妙地帮助患者转移注意力。还给患者强调了积极情绪的重要性, 每个患者都可以积极应对疾病, 降低了患者的疼痛感, 便于患者得到舒适化感受。

最后统计患者是否有并发症, 结果明确: 一般康复组肠梗阻现象有 1 例患者、切口感染现象有 2 例患者、肺部感染现象有 1 例患者、吻合口瘘现象有 1 例患者, 总产生率 11.6%, 高于快速康复组, p<0.05。胃肠外科手术后, 若没有全方位干预患者, 尚未注意患者切口部位清洁, 会增加患者切口感染几率, 还会引发患者出现肠梗阻或者口瘘的问题, 时刻观察患者体征表现, 对并发症进行预见性预防。号召家属给患者提供人文关怀, 增加精神支持力度, 引导家属保持身心放松, 在术后主动配合饮食调节和下床运动, 促进患者的身体机能得到改善, 充分规避了并发症的产生。

综上, 胃肠外科手术治疗患者的实践中, 要大力宣传快速康复外科护理理念, 优化临床护理方案, 耐心地与患者沟通, 减轻患者疼痛感和负面情绪, 促进患者在较短时间内康复。

参考文献:

- [1] 韩雪文, 党伟, 苑玲玉等. 精细化护理在胃肠外科术后患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(02): 113-115.
- [2] 潘婷. 快速康复外科护理理念对胃肠手术患者并发症的影响[J]. 婚育与健康, 2024, 30(01): 178-180.
- [3] 林艺武, 卓慧珍, 林琴. 快速康复外科护理对胃肠外科手术后患者疼痛及并发症的影响[J]. 中国当代医药, 2023, 30(09): 192-196.
- [4] 严梦婷, 林娜, 林华燕. 循环管理联合层级护理管理在胃肠外科患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(04): 23-25.
- [5] 缪志慧, 邵晓兰, 生冬梅. 基于失效模式与效应分析模型的综合手术室护理在胃肠外科手术患者中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2023, 9(10): 190-192.
- [6] 李淑清. 围手术期护理干预在胃肠外科疾病合并糖尿病患者中的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2022, 54(09): 1120-1122.
- [7] 蔡尚年, 罗少青, 李美云等. 现状-背景-评估-建议沟通模式在手术室胃肠外科患者护理交接班中的应用观察[J]. 中国医药指南, 2022, 20(15): 13-16.
- [8] 马克红. 快速康复外科护理对外科手术患者恢复及护理满意度的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32(04): 509-510.
- [9] 刘联. 优质护理在胃肠外科老年患者空肠输注肠内营养中的干预效果研究[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(33): 4775-4777.
- [10] 邹俭妹. 强化护理管理对伤口造口患者心理状态及护理质量的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19(22): 238-239.
- [11] 高燕, 南菁. 快速康复外科护理对胃肠外科手术后病人疼痛及并发症的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(08): 14.
- [12] 刘丽. 快速康复外科护理对胃肠外科患者术后胃肠功能恢复及并发症发生率的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(50): 95+104.