

加速康复外科护理模式对大肠癌根治术后患者恢复的影响

吴若梅 陈燕霞

(中山大学肿瘤防治中心 广州 510000)

摘要:目的 探讨加速康复外科护理模式对大肠癌根治术后患者恢复的影响。方法 选取本院 2020 年 8 月至 2021 年 5 月共 126 例腹腔镜大肠癌根治术患者作为研究对象,随机分成对照组($n=63$)和实验组($n=63$),对照组采用常规的护理模式,实验组采用加速康复的护理模式。对比两组患者的术后离床活动时间,肛门排气时间,术后住院天数,术后水平行走活动量,住院费用,焦虑、抑郁以及生活质量评分。结果 实验组首次离床时间、肛门排气时间、术后住院天数、住院费用、焦虑评分、抑郁评分显著低于对照组,差异均有统计学意义($p<0.05$)。各时间段内水平行走量均多于对照组,生活质量评分(生理技能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、精神健康、健康变化)均高于对照组,差异均有统计学意义($p<0.05$)。结论 加速康复能加快患者整体康复,缩短住院时间,减少住院费用,减少不良情绪发生,以及提高生存质量,值得推广。

关键词: 大肠癌;加速康复;不良情绪;生活质量

加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)采用有循证医学证据的围手术期处理的一系列优化措施,以减少手术病人的生理及心理的创伤应激,达到快速康复;ERAS 是 21 世纪医学一项新的理念和治疗康复模式^[1]。ERAS 核心内容是:尽早下床活动,高效止痛技术,逐渐增加活动量,促进肠道功能恢复,以达到尽快恢复排气,缩短住院时间,减少并发症,降低医疗费用等目的^[2-3];但是目前尚没有早期下床时间的统一定义,术后水平行走活动量的目标也有待进一步探讨。患者手术创伤应激以及担心预后,造成术后不良情绪的发生,从而影响生活质量。但是如何降低不良情绪的发生率,提高生活质量也有待进一步探讨。本研究对比术后常规护理模式与加速康复护理模式,进一步探讨加速康复护理模式对大肠癌根治术后患者整体康复的影响,为临床护理工作提供方向。

1 资料及方法

1.1 一般资料

将 2020 年 8 月—2021 年 5 月本科室收治的 126 例腹腔镜大肠癌根治术后患者作为研究对象,随机分成对照组和实验组,各 63 例。对照组男性 40 名,女性 23 名,平均年龄(56.79 ± 5.9)岁;实验组男性 43 名,女性 20 名,平均年龄(55.25 ± 6.3)岁;根治手术的部位:两组随机选择右半结肠切除、左半结肠切除、直肠前切除(癌肿距齿状线 $>5\text{cm}$)的患者;两组患者均采用腹腔镜微创手术方式;两组患者的年龄、性别、手术部位、手术方式均无差异,具有可比性。

纳入标准:(1)年龄:20-70 岁;(2)有病理学或细胞学诊断为结直肠癌恶性肿瘤并接受手术治疗;(4)手术前能自我照顾者;(5)有阅读及理解文字的能力。排除标准:(1)有严重肝肾功能损害、呼吸功能、免疫系统、心脑血管意外史、行动不便、无法沟通及精神障碍者;(2)术前严重梗阻,腹腔感染、出血者;术后出现并发症(出血、吻合口漏、休克等)及二次手术患者;本研究经患者及家属知情同意。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组进行围手术期常规健康教育,即临床护士发放文字材料,同时一对一进行口头讲解围术期相关知识,术前一天准备工作包含:(1)肠道准备:口服复方聚乙二醇电解质散(和爽三包或恒康正清三盒),直至排清水样便;(2)饮食:全天流质饮食,术前 12h 禁食,术前 10h 禁水。术后常规护理:手术当天协助翻身活动,术后第一天自主翻身及协助坐起,有效咳嗽,管道护理,预防并发症等。术后禁食禁水直至排气。

1.2.2 实验组 实验组在对照组的基础上,采用三维视听联合宣教模式,即在常规健康教育的基础上,建立科室微信公众号,上传不同类型手术的围手术期护理的相关小视频,请患者或家属关注公众号后选择性观看相关小视频^[4];并实施加速康复护理模式:(1)肠道准备:左半结肠切除与直肠前切除患者口服两包和爽或两盒恒

康正清;右半结肠切除患者可口服 40ml 乳果糖,减少术前因口服大量泻药引起的肠道应激反应,或者引起患者电解质紊乱,从而引发术后不良反应。术前不常规置留胃管。(2)心理护理:在手术之前可以通过快速评估的方式,对每一位患者的心理因素进行评估,进而在短时间内实施针对性的心理疏导^[5],缓解紧张不安,引导不良情绪宣泄,宣教相关疾病知识及手术必要性、预后,引用其他成功治疗的案例,帮助患者树立康复信心。(3)饮食:术前一天流质饮食,术前 8h 口服 5% 葡萄糖 250ml 后开始禁食禁水。术后麻醉清醒后可口服温水,术后第二天可进食流质/半流质,不需常规等到排气后才可进食。术后第三至四天,半流质饮食,(4)优化麻醉方法,有效止痛技术及精准外科操作以减少手术应激反应、疼痛及不良反应;术中利用恒温毯保持患者温度。(5)运动:手术前观看康复训练视频,并训练有效咳嗽与术后活动技巧;麻醉清醒后进行踝泵运动、关节运动及翻身,术后第一天坐起、逐渐下床站立及水平行走。(6)管道护理:保持各引流管有效引流,保证康复的前提,尽早拔除。

1.3 资料来源

1.3.1 一般资料调查表 人口统计学资料包含患者姓名、性别、年龄、医疗费用支付方式、住院天数、住院费用等,以上资料来源于护理记录单。

1.3.2 问卷调查法 问卷包含:焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[6];评定患者焦虑、抑郁状况,评分越高表示患者焦虑、抑郁症状越严重;生活质量量表(SF-36)^[7];评定患者生活质量状况,评分越高表示患者生活质量越好。科室建立加速康复小组,经过培训,在出院前由小组护士负责统一派发问卷,解释具体内容,并在规定时间内回收量表。共派发问卷 130 份,回收 130 份,其中有效问卷 126 份,有效回收率为 96.92%。

1.3.3 观察指标 内容包含有:(1)首次离床活动时间点(具体到分钟);(2)肛门或造口排气时间点(具体到分钟);(3)每次离床活动时间点与水平行走距离;根据病人客观情况,每天计划及落实病人的活动量,并且应建立病人的活动日记。

1.4 统计学方法

研究采用 SPSS 20.0 统计软件进行统计分析,符合正态分布的计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,不符合正态分布的资料采用 $M(P25, P75)$ 表示,计数资料以频数(%)表示;两组独立样本的比较,符合正态分布的资料采用 t 检验,不符合正态分布的资料采用非参数检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为组间差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般情况对比

结果:加速康复组比常规组术后离床活动时间短,术后各时间段内水平活动量多,肛门排气时间短,术后住院时间短,住院费用更少,组间比较有统计学意义, $P < 0.05$,见表 1。

表 1 两组一般情况对比

组别	常规组 N=63	加速康复组 N=63	P 值
首次离床活动时间(h)	22.50 (20.00, 32.75)	16.00(13.00,17.75)	<0.01
肛门首次排气时间(h)	50.50(45.00,71.25)	29.50(20.25,35.00)	<0.01
术后住院天数(d)	7.00(6.00,8.00)	6.00(5.00,6.00)	<0.01
住院费用(w)	7.53 ± 0.78	6.25 ± 0.72	<0.01
术后水平活动总量 (米)			
18h	10.00(0.00,17.50)	15.00 (10.00, 45.00)	<0.01
24h	60.00 (50.00, 100.00)	175.00 (100.00, 200.00)	<0.01
48h	500.00 (300.00, 750.00)	750.00 (600.00, 1000.00) 1200.00 (1000.00,	<0.01
72h	800.00 (600.00, 1150.00)	1450.00)	<0.01
96h	1150.00(1000.00,1500.00)	2000.00 (2000.00, 2150.00)	<0.01

2.2 两组患者的不良情绪评分对比

加速康复组不良情绪评分明显低于常规组, 组间比较差异有统计学意义, $P < 0.05$, 见表 2。

表 2 两组不良情绪评分对比

组别	常规组 N=63	加速康复组 N=63	P 值
焦虑评分 (SAS)	42.45 ± 5.29	31.29 ± 3.53	<0.01
抑郁评分 (SDS)	39.05 ± 4.02	32.29 ± 4.57	<0.01

2.3 两组生活质量 (SF-36) 评分对比

加速康复组在生理技能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、精神健康、健康变化等七个方面评分明显高于对照组, 组间比较差异有统计学意义, $P < 0.05$, 见表 3。

表格 3 两组生活质量评分对比

组别	常规组 N=63	加速康复组 N=63	P 值
生理技能	75.00(60.00,85.00)	80.00(75.00,90.00)	0.013
生理职能	50.00(50.00,75.00)	75.00(50.00,75.00)	0.069
躯体疼痛	62.00 (62.00, 71.50)	72.00 (70.50, 80.00)	<0.01
一般健康状况	77.00(57.00,80.00)	80.00(77.00,82.00)	0.014
精力	70.00(65.00,83.75)	82.50(75.00,88.75)	<0.01
社会功能	75.00(62.00,100.00)	93.5(75.00,100.00)	0.031
情感职能	66.00(66.00,100.00)	100.00(66.00,100.00)	0.080
精神健康	73.50(65.75,80.00)	84.00(72.00,88.00)	0.002
健康变化	75.00(50.00,75.00)	75.00(75.00,93.75)	0.004

3 讨论

手术治疗大肠癌是目前临床的主要治疗方式, 手术不仅给患者带来创伤, 同时易引起患者的心理及生理变化, 对照组患者出现恐惧、紧张, 担心手术失败以及预后, 会不自觉产生对抗的情绪, 或者有放弃的念头, 可能由于患者对疾病知识、手术方式及康复训练方法了解不够全面造成的; 加速康复外科整合了多学科理论概念, 进行一系列的护理干预措施。

本研究中显示术后 16h 内离床活动, 并且水平活动量大于 15 米的患者, 术后康复所需时间更短。焦虑评分、抑郁评分显著低于对照组, 差异均有统计学意义 ($p < 0.05$)。生活质量评分 (生理技能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、精神健康、健康变化) 均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($p < 0.05$)。加速康复能降低焦虑、抑郁发生率, 同时提高生活质量。有效止痛技术作为加速康复的重点内容, 是指术后 48h 内常规使用止痛泵, 运用多模式镇痛方案^[8], 镇痛止痛原则为 NSAIDs 类抗炎镇痛药为术后镇痛基础用药, 尽量地减少阿片类药物的应用, 以减少阿片类药物引起的并发症如肠麻痹等, 有效缓解疼痛, 才能促进患者多离床活动, 并逐步增加活动量。以上这些措施能最大限度地减轻患者应激反应和脏器功能障碍, 缩短患者完全康复所需的时间, 其核心内容主要分为术前、术中、术后全方位护理干预^[9-10]。综上所述, 加速康复能有效帮助缩短康复时间, 降低住院费用, 降低不良情绪发生率, 提高生活质量, 在临床中值得应用和推广。

[1]江志伟, 李宁. 结直肠癌手术应用加速康复外科中国专家共识 (2015 版)[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(08):841-843.

[2]李智, 龚姝. 加速康复外科理念下促进腹部手术患者术后早期

下床活动的研究进展[J]. 中国护理管理, 2019, 19(01):142-145.

[3]Coopmans Laurens, Amaya Aliaga Jorge, Metsemakers WillemJan, Sermon An, Misselyn Dominique, Nijs Stefaan, Hoekstra Harm. Accelerated Rehabilitation in Nonoperative Management of Acute Achilles Tendon Ruptures—A Systematic Review and Meta-Analysis.[J]. The Journal of foot and ankle surgery : official publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons, 2021:

[4]陈莉, 史迎春. 三维视听宣教法在促进妇科老年患者加速康复中的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(06):160-162.

[5]马文丽. 加速康复护理在促进结直肠癌术后患者恢复中的应用[J]. 当代护士(中旬刊), 2020, 27(05):73-75.

[6]赖晓明, 林玉盛, 曾莺婷. 延续性护理健康教育对胃癌术后患者生活质量及 SAS、SDS 评分的影响效果观察[J]. 中国医学创新, 2018, 15(36):63-66.

[7]岳秀艳, 南洋, 肖蒙, 姚健, 沈春健. 加速康复护理应用于肺癌患者围手术期的效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18(24):192-193.

[8] Robert Montgomery, Sharon A. McNamara. Multimodal Pain Management for Enhanced Recovery: Reinforcing the Shift From Traditional Pathways Through Nurse-Led Interventions[J]. AORN Journal, 2016, 104(6):

[9]胡友伦, 赵然楚. 加速康复外科理念在腹腔镜下结直肠癌根治术中的应用[J]. 临床医学, 2018, 38(06):59-61.

[10]夏秋燕. 加速康复外科干预对腹腔镜辅助胃癌根治术患者术后恢复及应激反应的影响[J]. 当代医学, 2020, 26(29):73-75.