

缩短术后禁饮禁食时间对骨科择期手术患者的影响

兰腊

(广西河池市人民医院 广西河池 547000)

摘要:目的 探讨缩短术后禁饮禁食时间对骨科择期手术患者康复效果的影响。方法 回顾性分析我院骨科 2021 年 1 至 12 月择期手术患者 50 例病例资料(试验组)及该院 2019 年 1 至 12 月的 50 例择期手术患者的病例资料(对照组), 试验组患者采用术后缩短禁饮禁食时间方案, 对照组患者按照传统的方法即术前 8h 禁食、6h 禁饮、术后禁食 6h、禁饮 6h 的围术期常规管理方案。对比分析两组患者术后首次排气时间、住院时间及口渴、饥饿、疲乏无力、恶心呕吐、误吸等并发症发生率无明显差异, 无统计学意义($P>0.05$), 而试验组患者术后肠鸣音恢复、肛门排气时间、平均住院日、患者满意度均优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 骨科择期手术患者术后早期经口进食, 可以促进术后早期康复, 提高患者舒适度并且是安全可行。

关键词: 骨科择期手术; 术后; 禁饮禁食; 康复; 影响

骨科择期手术后常规禁食、禁饮有助于排空胃内容物, 避免发生胃内容物反流, 导致呕吐或误吸。一旦发生误吸, 部分患者可能会出现严重的吸入性肺炎, 导致呼吸困难、缺氧, 甚者出现窒息危及生命^[1]。因此, 为减少胃内容物, 降低麻醉期间不良事件发生风险, 传统外科择期手术患者一般术后 6h 禁食禁饮。然而近年来临床调查发现, 大多数患者新陈代谢旺盛, 体液流失较快, 若术后禁食、禁饮时间过长, 不利于术后恢复^[2]。美国麻醉医师协会(ASA)在修订的指南中指出, 建议缩短患者术后禁食、禁饮时间, 尤其是禁饮时间^[3]。本研究选取我院 2021 年 1 至 12 月择期手术患者 50 例为研究对象, 旨在探讨术后缩短禁食、禁饮时间对患者康复及并发症发生的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究为回顾性研究, 收集本院脊柱关节外科择期手术患者 100 例。以 2021 年 1 至 12 月的 50 例设为试验组; 以 2019 年 1 至 12 月的 50 例患者设为对照组, 对照组按传统的围术期饮食管理方案即术前 8h 禁食、6h 禁饮、术后禁食 6h、禁饮 6h; 试验组患者缩短术后禁饮禁食时间、术后早期(2h 以内)经口进食方案。

纳入标准: ①具有脊柱关节手术适应证; ②自愿参加研究, 配合护理者。

排除标准: 认知及沟通障碍、精神类疾病患者。

最终纳入研究的患者共 100 例, 采用随机数字表法分为对照组($n=50$)和试验组($n=50$)。其中对照组男 30 例, 女 20 例; 年龄 40~76 (41.60±3.30)岁; 试验组男 27 例, 女 23 例, 年龄 41~75(43.45±1.85)岁。两组患者的一般资料比较, 差无统计学意义(均 $P>0.05$), 具有可比性。本研究通过我院医学伦理委员会审核批准, 且所有患者均签署知情同意书。

1.2 护理方法

除饮食管理不同外, 两组围术期其他护理方法相同, 所有的医疗组及护理组人员不变。具体内容如下: 积极向患者详细介绍手术情况, 取得患者的理解和配合, 帮助患者树立战胜疾病的信心。护理人员与患者在相处过程中坦诚面对, 对实际问题进行讨论, 为其提供力所能及的帮助。深入患者的日常生活, 展开多种多样的关

表1 两组患者术后不良反应比较 [例, %]

组别	例数	口渴	饥饿	疲乏无力	恶心呕吐	误吸	总发生率
试验组	50	1(2.00)	1(2.00)	1(2.00)	1(2.00)	0	4 (8.00)
对照组	50	8(16.00)	9(18.00)	8(16.00)	1(2.00)	0	26(52.0)
χ^2 值		11.245	12.451	12.354	0.235	0	11.007
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组术后12h肠鸣音恢复率、肛门排气时间、平均住院日比较

试验组患者术后 12 h 肠鸣音恢复、肛门排气时间及平均住院日均短于对照组, 见表 2。

怀活动, 提高患者对战胜疾病的信心。术后尽早使用流质饮食, 术前静脉补液, 术后镇痛, 指导功能锻炼等。

1.2.1 对照组

给予围术期常规饮食管理, 患者术前禁食 12h、禁饮 6h; 术后禁食 6h、禁饮 6h。

1.2.2 试验组

在患者意识完全清醒且吞咽功能恢复的前提下清醒后即开始进食。所有患者均由护理人员现场指导进食。术后麻醉清醒后即口服少量温开水, 用吸管饮水约 10ml, 每次间隔 10min 并增加 10ml, 直至第 5 次 50ml 无恶心呕吐不适后, 即可进流质饮食, 如米汤、肉汤等。若无异常反应, 流质量逐渐增加到 100 mL 左右; 术后 2h 给予口服复合碳水化合物营养制剂 200 mL, 术后第 2d 给进半流质, 循序渐进, 以后逐步过度到正常饮食。

1.3 观察指标

(1) 观察两组的不良反应指标: 口渴、饥饿、疲乏无力及恶心、呕吐、误吸等并发症发生情况。

(2) 术后康复指标: 术后 12h 肠鸣音恢复情况、肛门排气时间、平均住院时间。

1.4 资料收集方法

采用问卷调查法, 由同一名研究者在围术期进行上述资料采集。资料采集前, 对研究者进行培训, 以保证资料收集质量, 资料采集后, 将其录入 EXCEL 中, 双人核对, 以保证资料录入正确。

1.5 统计学方法

所有数据均用 SPSS23.0 软件计算。计数资料间采用 χ^2 检验, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较用独立样本 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后不良反应发生情况比较

试验组患者不良反应总发生率低于对照组 ($P<0.05$), 试验组术后口渴、饥饿、疲乏无力等并发症发生率显著低于对照组 ($P<0.05$); 两组术后恶心呕吐、误吸等并发症发生率对比差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

表2 两组患者术后12h肠鸣音恢复率、肛门排气时间、平均住院日(例, 小时,天, %, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后饮食时间(h)	术后肠鸣音恢复(n, %)	肛门排气时间(h)	平均住院日 (d)
试验组	50	1.12 ± 0.28	40(57.14)	6.80 ± 0.75	8.06 ± 1.15
对照组	50	6.21 ± 0.14	13(97.33)	18.54 ± 0.63	16.54 ± 2.63
χ^2 值		11.471	11.325	11.728	15.324
P值		0.025	0.029	0.031	0.001

3 讨论

术后禁食禁饮时间是指患者从手术室回到病房至饮第一口水的时间。研究发现术前已存在禁食禁饮过度的情况, 术后长时间禁食禁饮会导致患者多种的不适^[4]。许多研究表明, 宽松的禁食方案并不会增加患者误吸的危险性, 术后早期进食进水可加快患者康复过程^[5]。有研究发现, 过长时间的禁食, 可加重机体的应激反应, 使患者产生一系列不良反应, 如饥饿、口渴、口腔粘膜干燥、咽喉痛等^[6]。李庭等研究表明^[7], 如果麻醉和手术时间短、术后清醒快, 吞咽功能恢复后, 可以提前进食进饮, 以补充机体生理需要, 减轻不适症状, 有效预防低血糖的发生。随着麻醉药物和方法的改进, 麻醉药物的综合使用, 以及更加准确的麻醉药物剂量控制, 术后麻醉恢复期已经大大缩短, 许多麻醉医生已经能够将麻醉清醒时间准确控制在手术结束时, 麻醉所致胃肠道反应大大减少^[8]。因此, 提前进食可以减少上述饥饿、口渴等一系列症状, 中和胃酸, 减轻由于长时间饥饿造成的恶心等不适。

本研究通过对50例患者的临床观察, 试验组术后不常规禁食, 麻醉清醒后开始口服10ml温开水, 之后每次间隔10min增加10ml, 饮水50ml无恶心呕吐不适后, 即可进流质饮食, 如米汤、肉汤等; 若无异常反应, 流质量逐渐增加到100mL左右; 术后2h给予口服复合碳水化合物营养制剂200mL, 术后第2d给进半流质, 循序渐进, 以后逐步过度到正常饮食。其结果为术后12h肠鸣音恢复更快、肛门排气时间更早, 术后的心慌、口渴、饥饿、咽喉肿痛并发症明显减少, 术后空腹血糖稳定在正常范围, 无胰岛素抵抗症状出现, 因而减轻了患者痛苦、缩短了住院时间, 达到快速康复的效果, 与霍妍等^[9]研究的两种术前禁饮食方案在经皮内镜椎间盘切除术患者后可以缩短禁食禁饮时间, 可以让病人舒适感增加, 减少口干舌燥、饥饿感、头痛和焦虑等观点相似。在临床实际工作中, 受手术房间紧缺、连台手术等方面的影响, 患儿术前禁食禁饮时间往往过长。

由于传统观念、规章制度不全等因素, 导致护士未能指导患者及时饮水进食, 患者经历了术后较长时间的禁食禁饮, 加之手术创伤的刺激, 患者易出现高血糖、负氮平衡, 我们通过查阅文献, 打破传统的术后过长的禁食禁饮, 将术后患者禁食禁饮时间缩短。与文献^[10]研究的术后早期进食除了具有维护肠黏膜的作用外, 还能促进门静脉循环, 加速器官功能恢复, 缓解术后肠麻痹的发生, 减

少围术期输液量吻合。

总之, 择期脊柱关节外科患者术后早期进食是安全的, 可减轻术后胰岛素抵抗, 增加围手术期舒适度, 促进患者早日康复。但本试验缺乏高龄患者及合并糖尿病者的参与, 对这部分患者的安全性和有效性有待进一步研究。况且样本量较少资料不够全面, 尚需要开展中心、大样本的研究来验证该类患者术前禁食时间缩短及早期经口进食的安全性、可行性。

参考文献

[1]程建军, 谢小琴. 品管圈活动对缩短骨科术后患者禁食禁饮时间的效果探究[J]. 医药高职教育与现代护理, 2019, 2(2): 129-132.

[2]金姬延, 许蕊凤. 加速康复外科理念下术前禁食管理的发展现状[J]. 中国微创外科杂志, 2019, 19(4): 360.

[3]中华医学会外科学分会, 中华医学会麻醉学分会. 加速康复外科中国专家共识暨 路径管理指南(2018)[J]. 中华麻醉学杂志, 2018, 38(1): 8-13.

[4]Lamacraft G, Labuschagne C, Pretorius S, et al. Preoperative fasting times: prescribed and actual fasting times Universitas Hospital Annex, Bloemfontein, South Africa[J]. S Afr Med J, 2017, 107(10): 910.

[5]张茜, 作晓荣. 加速康复外科在临床中的应用进展[J]. 护理研究, 2018, 32(2): 191-195.

[6]李燕, 杨川川. 加速康复理念下术前机械性肠道准备对胃癌术后康复相关影响的研究[J]. 中国护理管理, 2020, 20(4): 524-528.

[7]李庭, 周雁. 缩短创伤骨科择期手术患者围手术期禁食水时间的前瞻性队列研究[J]. 中华创伤骨科杂志, 2018, 20(4): 312-317.

[8]张俊涛, 孙含瑞. 加速康复外科理念指导下患者术前禁食禁饮时间的研究进展[J]. 中国医药导刊, 2020, 22(2): 100-103.

[9]霍妍, 彭贵凌. ERAS理念下创伤骨科患者围术期饮食管理[J]. 护理学杂志, 2018, 33(20): 30-32.

[10]白求恩·骨科加速康复联盟, 白求恩公益基金会创伤骨科专业委员会, 白求恩公益基金会关节外科专业委员会等. 骨科手术围术期禁食禁饮管理指南[J]. 中华创伤骨科杂志, 2019, 21(10): 829-834.