

快速康复外科理念在胃癌围手术期护理中的应用效果

吕鑫

(赤峰市医院肿瘤外科, 内蒙古 赤峰, 024000)

摘要:目的 针对胃癌手术患者行快速康复外科理念护理, 评估护理干预效果。方法 选取 2019 年 10 月 ~ 2021 年 10 月赤峰市医院收治的 150 例胃癌患者, 应用随机数表法将其分为观察组与对照组, 每组 75 例。对照组行常规护理, 观察组行围术期快速康复外科理念护理。比较两组术后恢复指标, 检测手术前后两组炎症因子水平, 随访并发症发生情况, 评估两组患者满意度。结果 观察组较对照组术后排气、排便、下床活动、静脉输液时间及住院时间短, 住院费用少, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者术前血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 与 C-反应蛋白 (CRP) 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 术后两组 TNF- α 、IL-6、CRP 水平均有升高, 但观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 针对胃癌患者围术期应用快速康复外科理念可促进术后恢复, 减少住院费用, 减轻炎症反应, 且并发症少, 患者满意高。

关键词:快速康复外科理念; 胃癌; 围手术期护理; 术后恢复指标; 并发症

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-19-0098-03

胃癌是临床常见的恶性肿瘤, 其主要指的是起源于胃黏膜上皮细胞的恶性病变, 在 40 ~ 70 岁人群中有着较高的发病率, 且发病率逐年攀升^[1]。由于饮食结构的改变、工作压力增大及幽门螺杆菌感染等原因, 使胃癌逐渐呈现年轻化倾向。胃癌多发生于胃窦部, 胃大弯、胃小弯及前后壁受累。胃癌根治术是临床治疗胃癌的常见术式, 其在挽救患者生命安全、延长生存期方面有着显著的作用。但该术式也会引起括约肌损伤, 导致术后出现反流性食管炎, 影响胃生理功能。胃癌手术的成功实施不仅取决于临床医师操作水平, 而且与围术期护理干预密切相关, 恰当、有效的护理能够提高患者舒适度, 改善预后^[2]。随着现代护理服务质量的持续改进, 快速康复外科的优势得到了医学界的认可, 其是多学科理论下的产物, 强调患者术前、术中及术后阶段贯穿快速康复理念, 积极采取优化改进措施, 在保障手术安全性的同时, 尽可能缩短患者术后恢复时间, 将风险控制到最低, 加快康复速度^[3]。为探究快速康复外科理念护理在胃癌围术期的应用价值, 本研究选取 2019 年 10 月 ~ 2021 年 10 月赤峰市医院收治的 150 例胃癌患者进行研究, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 10 月 ~ 2021 年 10 月赤峰市医院收治的 150 例胃癌患者, 应用随机数表法将其分为观察组与对照组, 每组 75 例。观察组男 40 例, 女 35 例; 年龄 25 ~ 74 岁, 平均年龄 (57.59 ± 6.32) 岁; 病程 3 个月 ~ 1 年, 平均病程 (7.35 ± 1.56) 个月; 国际通用肿瘤分期 (TNM) 分期: Ib 期 21

例, II 期 38 例, III 期 16 例。对照组男 42 例, 女 33 例; 年龄 26 ~ 76 岁, 平均年龄 (57.31 ± 6.57) 岁; 病程 4 个月 ~ 1 年, 平均病程 (7.32 ± 1.43) 个月; TNM 分期: Ib 期 24 例, II 期 36 例, III 期 15 例。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。患者及家属对研究目的、流程表示了解, 签订知情同意书, 自愿参与研究。本研究经赤峰市医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①经超声、CT 检查及病理学确诊为胃癌^[4]; ②交流无障碍, 可配合研究; ③资料齐全, 年龄 > 18 岁; ④符合手术指征, 行手术治疗。

排除标准: ①伴随重要脏器严重损伤者; ②合并精神类疾病者; ③伴随其他恶性肿瘤者; ④合并全身性感染疾病者; ⑤存在胸腔积液、腹水及水肿者; ⑥合并免疫功能障碍或凝血障碍者; ⑦存在手术禁忌证或不耐受者; ⑧妊娠妇女; ⑨既往存在腹部手术史者; ⑩伴随癌转移者。

1.3 方法

对照组围术期行常规护理, 术前对患者进行健康宣教, 做好器械准备, 完成术前常规检查, 留置尿管、胃管。术前 12 h 禁食、4 h 禁水。术中协助医师完成各项操作, 补液无限制。术后肛门排气后可进流质食物, 患者恢复良好后拔除引流管, 加强并发症观察护理。

观察组手术全程融入快速康复外科理念, 具体如下。(1)术前护理。确保患者保持良好的休息, 了解患者病史、生活习惯。通过视频或健康手册讲解手术流程, 说明科室优势及技术水平, 消除思想顾虑, 并告知术后并发症风险, 使患者做好心理准备。术前禁食 6 h、禁水 2 h, 予以 250 mL 5% 葡萄糖氯化钠溶液盐水口服。进入手术室前给予 500 mL 10% 葡萄

表 1 两组术后恢复指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后排气时间(d)	术后排便时间(d)	下床活动时间(d)	静脉输液时间(d)	住院时间(d)	住院费用(万元)
观察组	75	2.12 ± 0.53	2.84 ± 0.42	1.76 ± 0.55	5.42 ± 1.04	9.59 ± 2.04	1.30 ± 0.25
对照组	75	3.19 ± 0.42	4.05 ± 1.21	3.85 ± 1.48	7.74 ± 1.46	11.45 ± 2.16	1.59 ± 0.42
<i>t</i>		13.703	8.181	11.464	11.209	5.422	5.138
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 2 两组炎症因子水平比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF- α (mg/L)		CRP 水平 (mg/mL)		IL-6 (pg/mL)	
		术前	术后 3 d	术前	术后 3 d	术前	术后 3 d
观察组	75	8.14 ± 1.73	12.42 ± 2.04*	4.26 ± 1.04	6.65 ± 1.15*	8.43 ± 1.41	44.32 ± 5.74*
对照组	75	8.24 ± 1.59	17.16 ± 2.46*	4.37 ± 1.18	10.54 ± 1.36*	8.10 ± 1.25	89.53 ± 9.53*
<i>t</i>		0.369	12.845	0.606	18.915	1.517	35.193
<i>P</i>		0.713	<0.001	0.546	<0.001	0.132	<0.001

注:与同组术前比较,* $P < 0.05$ 。

糖溶液静脉输注,以缓解手术应激。术前无需肠道准备。(2)术中护理。手术室温度以 25℃为宜,输液体进行加温,限制输血量,胶体液在 500 mL 以下,晶体液不得超过 1500 mL。用保温毯覆盖体腔暴露位置,加强体温监测,防止患者受凉。手术期间结合患者体质量及手术时间对输注液体量予以控制,速率以 3~5 mL/(kg·h)为宜。无需应用吻合口架管,术后采用可吸收缝合线对切口予以缝合,无需留置引流管。(3)术后护理。术后采用自控镇痛泵镇痛,观察并预防并发症发生。指导患者尽早下床活动,麻醉清醒 6 h 后将患者调整为半卧或侧卧位,为患者翻身、拍背、按摩四肢。术后 1 d 鼓励患者下床,包括床旁站立、走动、上厕所等,术后 2 d 可结合患者耐受情况增加活动量。术后 1 d 经鼻腔肠管泵入 5% 葡萄糖氯化钠溶液,速率以 10 mL/h 为宜,可饮用温开水缓解口干。术后 2 d 予以肠内营养支持,患者保持坐姿,勤翻身,促进肠蠕动,促进腹胀缓解。术后 2 d 流质饮食,3 d 后可进食软面条、稀饭等半流质食物,恢复后调整正常饮食结构。

1.4 观察指标

比较两组患者术后恢复指标、炎症因子水平、随访并发症情况、护理满意度。①术后恢复指标包括术后排气、排便、下床活动、静脉输液时间及住院时间,并计算住院费用。②抽取两组患者手术前和术后 3 d 的晨起空腹静脉血 5 mL,离心 10 min 后,取上清液,采用酶联免疫吸附双抗夹心法检测血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 与 C-反应蛋白 (CRP) 水平。实验试剂盒由上海吉泰依科赛生物科技有限公司提供。③采用赤峰市医院制订的满意度问卷评估两组患者的治疗满意度,包括 20 个问题,每项按照 1~5 分评分,总分值 100 分,按照满意程度的不同划分为 ≥ 80 分、60~79 分、 < 60 分 3 个级别,分别表示十分满意、基本满意与不满意,护理满意度 = (十分满意 + 基本满意) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。问卷信度 0.846,效度 0.793。④并发症类型包括切口感染、出血、消化道不适、下肢深静脉血栓,并发症发生率 = 并发症发生例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件对数据进行分析处理,计量资料用

($\bar{x} \pm s$) 表示,行 *t* 检验;计数资料用 $[n(\%)]$ 表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后恢复指标比较

观察组患者术后排气时间、术后排便时间、下床活动时间、静脉输液时间及住院时间均短于对照组,观察组住院费用少于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组炎症因子水平比较

术前两组患者 TNF- α 、CRP、IL-6 水平比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);与术前比较,术后 3 d 两组 TNF- α 、CRP、IL-6 水平均有升高,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);观察组术后 3 d TNF- α 、CRP、IL-6 水平低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组并发症发生率比较

观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症发生率比较

$[n(\%)]$

组别	例数	切口感染	出血	消化道不适	下肢深静脉血栓	发生率
观察组	75	1(1.33)	0(0.00)	2(2.67)	0(0.00)	3(4.00)
对照组	75	3(4.00)	2(2.67)	2(2.67)	3(4.00)	10(13.33)
χ^2						4.127
<i>P</i>						0.042

2.4 两组满意度比较

观察组护理满意度为 97.33%,高于对照组的 84.00%,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

胃癌在所有新发癌症中占 8%~10%,具有较高的病死率,胃癌早期缺乏特异性表现,少数合并饱胀不适、消化不良,症状轻微,容易被忽视,大部分患者确诊时为进展期胃癌,错失了最佳治疗时机^[5-6]。调查研究发现,早期行胃癌根治术患者五年生存率能够达到 90% 以上,因此对胃癌的早期诊断及治疗尤为重要^[7]。胃癌切除术是治疗胃癌的有效术式,其仅需要切除部分胃,在此期间配合围术期护理可改善患者

表 4 两组满意度比较 [n(%)]

组别	例数	十分满意	基本满意	不满意	护理满意度
观察组	75	61(81.33)	12(16.00)	2(2.67)	73(97.33)
对照组	75	53(70.67)	10(13.33)	12(16.00)	63(84.00)
χ^2					7.878
<i>P</i>					0.005

症状、提高患者生存质量。

胃癌患者围术期护理贯穿患者从术前准备到术后恢复的全程,是一种全方位、多层次的护理服务。传统护理理念在围术期主要关注的是术前检查和术中麻醉、呕吐、误吸等,保障手术的顺利进行,保障患者安全度过手术危险期,缺乏对患者心理及术后恢复质量的关注^[8]。患者禁食禁水时间长,容易引起口干、脱水,减少血容量,增加了术中低血糖风险。作为一种创伤性操作,手术会引起蛋白质、维生素等的过度消耗,降低患者机体免疫力与抵抗力,一方面弱化患者组织自我修复能力,另一方面影响术后切口愈合。近年来,快速康复外科理念在手术患者中的优势得以体现,该理念最早由丹麦医生提出,强调对手术患者的整体干预,各项护理措施相互衔接、紧密联系,在促进术后恢复、缩短住院时间方面有着显著的效果^[9-10]。快速康复理念强调对患者全身器官功能的保护,核心内容包括胃肠道准备、早期下床活动、饮食干预、康复训练等,以更好地改善患者预后。本研究结果显示,观察组术后排气、排便、下床活动等恢复用时、住院时间均较对照组短,住院费用更少,说明该护理模式可加快患者术后各功能恢复,且能够减少医疗费用。快速康复理念术前 6 h 禁食,2 h 禁水,可减轻机体负担^[11]。术前 2 h 予以补充碳水化合物可弥补手术所致的水电解质紊乱,减轻手术应激刺激,降低麻醉风险。术前心理护理能够使得患者焦虑、紧张情绪得到调节。快速康复外科强调术中保温,这是因为长时间手术操作会影响机体基础代谢,降低体温,增加活性物质分泌,增强应激反应。适当的保温不仅能够防止受凉,而且能够减少对患者的刺激^[12]。以往围术期护理多在术中大量补液,尽管能够保障手术顺利实施,但术中补液也增加了水肿、心脏负荷超载等不良反应的发生风险。快速康复外科理念认为应严格限制围术期补液,控制输入的量与速率。而且快速康复外科护理理

念无需进行鼻胃管留置,避免了相关并发症的出现,且提高了患者舒适度。本研究结果显示,两组 TNF- α 、CRP、IL-6 水平术后均有提高,提示手术操作会对患者产生一定的应激,引起炎症反应,但在提升幅度方面观察组相对较低,说明观察组护理模式下所导致的炎症反应更轻。随访结果显示观察组并发症发生率更低,患者满意度较高,提示其能够使得患者获得更好的预后。但本研究样本量较少、随访时间有限,研究结果可能有所偏倚,应加强后续随访及远期生活质量评估。

综上所述,围术期快速康复外科理念的应用,有利于减轻胃癌手术患者炎症反应,降低并发症发生率,提高患者满意度,有利于术后恢复。

参考文献

- [1] 刘小玉,牛艳玲,白艳霞,等. 榆林地区农村居民胃癌流行病学分析[J]. 中国血液流变学杂志,2020,30(4):462-466.
- [2] 范青凤. ERAS 理念在胃癌围术期护理中的应用效果观察[J]. 护理研究,2020,34(8):1453-1456.
- [3] 胡晶,唐婉,王双,等. 胃癌患者围术期护理中快速康复外科理念的应用分析[J]. 长春中医药大学学报,2020,36(5):1064-1065,1069.
- [4] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 胃癌规范化诊疗指南(试行)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版),2013(8):56-63.
- [5] 曹毛毛,李贺,孙殿钦,等. 2000—2019 年中国胃癌流行病学趋势分析[J]. 中华消化外科杂志,2021,20(1):102-109.
- [6] 李国栋,梁洁,翟清华. 胃癌与食管胃交界处癌的流行病学分析[J]. 肿瘤研究与临床,2017,29(7):500-504.
- [7] 赵恩昊,曹晖. 从日本《胃癌治疗指南》变更分析早期胃癌治疗策略演变趋势和发展方向[J]. 中国实用外科杂志,2019,39(5):428-432.
- [8] 雒娟妮,杨军玲,张媛,等. 快速康复外科理念在胃癌患者围术期护理中的应用及对伤口愈合时间影响研究[J]. 贵州医药,2020,44(10):1675-1676.
- [9] 张丽华,莫淡斯. 快速康复联合集束干预在胃癌外科患者围术期的护理应用及对患者生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志,2020,39(8):1346-1349.
- [10] 樊慧,乔莉娜,张红梅,等. 快速康复外科理念在胃癌病人围术期护理中的应用效果研究[J]. 护理研究,2019,33(3):503-506.
- [11] 和芳,何瑞仙. 快速康复多学科诊疗模式在胃癌患者围术期护理应用的效果评价[J]. 中国肿瘤临床与康复,2020,27(3):351-355.
- [12] 高小艳. 基于快速康复外科理念的临床护理路径在胃癌患者围术期中的应用[J]. 护理实践与研究,2018,15(22):54-57.

中医护理在阑尾炎术后患者肠功能恢复效果中的应用价值分析

朱瑜*

(滕州市中医医院外科,山东 枣庄,277599)

摘要:目的 探讨中医护理对阑尾炎术后患者肠功能恢复的效果。方法 选择 2019 年 1 月~2020 年 1 月滕州市中医医院收治的 60 例阑尾炎手术患者,采取摸球法分组,蓝色球表示观察组,在阑尾炎术后开展中医护理干预,红色球表