

快速康复外科在结直肠癌患者围手术期护理应用的效果研究

赖淑蓉, 赖小令, 金芳

中山大学附属第一医院胃肠外科中心, 广东 广州 510000

【摘要】 目的 评价结肠癌围手术期加速康复外科护理的应用效果。方法 选取中山大学附属第一医院胃肠外科中心 2018 年 6 月至 2018 年 12 月收治的 100 例结直肠癌手术患者, 随机数字分组法分为干预组($n=50$)、对照组($n=50$), 分别采取常规护理、加速康复外科护理; 对比两组术后康复情况, 满意度及术后并发症的发生率。结果 两组术后恢复指标, 满意度和术后并发症的发生率均有统计学意义($P<0.05$); 结论 对结直肠癌患者采取加速康复外科护理, 康复速度加快, 应用效果显著, 值得临床推广。

【关键词】 快速康复; 结直肠癌; 护理; 效果

Study on the effect of fast track surgery in perioperative nursing of patients with colorectal cancer

LAI Shu-rong, LAI Xiao-ling, JIN Fang

Department of Gastrointestinal Surgery, The First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, China

【Abstract】 **Objective** To evaluate the application effect of fast track surgery (FTS) nursing in perioperative period of colorectal cancer patients. **Methods** A total of 100 patients with colorectal cancer who underwent surgery from June 2018 to December 2018 were randomly divided into control group ($n=50$) and observation group ($n=50$). The control group received conventional nursing and the observation group received fast track surgery nursing. Comparisons were made on postoperative rehabilitation, nursing satisfaction and postoperative complications rate between the two groups. **Results** The rehabilitation index, satisfaction rate and postoperative complications rate different of the two groups were statistically significant ($p<0.05$). **Conclusion** Patients with colorectal cancer received FTS nursing, the recovery speed is accelerated and the application effect is significant, which is worthy of clinical promotion.

【Key words】 Enhanced recovery; Colorectal cancer; Nursing; Efficacy

快速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS; fast track surgery, FTS; enhanced recovery program, ERP)是指围手术期运用多种有循证医学证据的一系列优化措施, 能够加速患者的术后康复^[1], 此外, 旨在减轻患者手术后的一些应激反应, 以达到使患者术后快速康复, 缩短住院时间, 节省医疗费用, 减少术后深静脉血栓, 肠梗阻等并发症^[2]。目前, FTS 的理念已在欧美很多国家特别是欧洲的一些国家普遍推广^[3]。现就中山大学附属第一医院胃肠外科中心 2018 年 6 月至 2018 年

12 月入院的结直肠癌患者进行对比研究。

1 资料

选取中山大学附属第一医院胃肠外科中心 2018 年 6 月至 2018 年 12 月住院的患者。纳入标准: ①明确诊断为结直肠癌 50-75 岁患者 ②患者心肺功能良好能够耐受全麻手术, 无绝对的手术禁忌证; ③拟行腹腔镜手术的患者; ④意识清醒并且愿意配合者。排除标准: ①患者一般情况较差, 既往有严重器质性疾病, 精神病史; ②中转开腹者; ③近期使用影响胃肠动力的药物; ④意识不清或不合作, 或语言沟通障碍者; ⑤既往有上腹部手术史。根据入院顺序采用随机数字分组, 干预

作者简介: 赖淑蓉, 主管护师, E-mail: laishurong@126.com

通讯作者: 金芳, 护士, E-mail: 769583934@qq.com

组和对照组各 50 例。两组基本资料见表 1。基本资料显示 P 值 >0.05 , 无统计学意义。

表 1 研究对象临床资料

组别	例数	男	女	年龄($\bar{x}\pm s$)	BMI($\bar{x}\pm s$)
干预组	50	28	22	61.30 \pm 13.728	0.21 \pm 0.045
对照组	50	28	22	61.32 \pm 13.514	0.24 \pm 0.127
统计量				$t=0.007$	$t=1.481$
P 值				0.995	0.145

2 护理方法

对照组采取常规护理:术前做好健康宣教,术前进行个人皮肤护理,手术部位备皮,禁食禁饮 12 小时,并于术前一天口服泻药;术中常规手术室护理,留置尿管,留置胃管,控制术中输液速度与输液总量;术后心电监护及吸氧,术后当天进行床上翻身及拍背等常规活动,按医嘱给予输液治疗,术后 24 小时后根据医嘱和患者意愿指导下床活动,下床前评估患者的精神状态,测量生命体征,采取不强制下床活动,待肛门排气后予适量饮水,然后逐渐过渡到流质饮食,最后达到普食。

干预组实行快速康复护理方法,具体方法如下:

2.1 健康教育与指导 入院后介绍疾病相关知识和加速康复外科的相关知识;健康教育的内容包括疾病发生的病因,临床表现,以及手术方式的了解,同时派发快速康复知识小册子,讲解手术成功案例进行心理疏导,让患者建立治疗信心,提高患者依从性。

2.2 进行术前器官功能优化及营养指导 入院后即予戒烟;指导病人进行深呼吸、有效咳嗽、有效咳痰、有效呼吸功能的锻炼以及呼吸功能锻炼器的使用方法。术前营养支持治疗的指导,患者入院时使用 NRS-2002 评分进行营养评估,根据病情指导患者进行高热量、高蛋白饮食。由于疾病原因导致进食少的患者指导口服安素营养粉,每天 18 勺冲泡温水服用;对于完全不能经口进食的患者予肠外营养支持。

2.3 准确的护理评估 包括生命体征,肌力和护士人力的评估 在下床活动前,先让患者在床上进行踩脚踏车训练 5-10 分钟(无条件时可让患者做四肢的伸屈运动训练),患者心率能控制在 60-100 次/分,血压上升不超过基础血压的 20%,可以协助患者下床活动。协助患者移至床边坐 5 分钟,测量脉搏是否控制在 60-100 次/分,有无头晕、恶

心呕吐、心悸等不适,如有,应停止活动暂予床上休息,待患者恢复正常后再尝试活动,如无上述不适,协助患者行走。行走距离遵循循序渐进的方法,本中心定的常规目标量为术后第一天至少 5-10 分钟,每天三次,术后第二天至少 10 分钟,每天三次,术后第三天至少 20 分钟,每天三次,根据病人具体情况进行落实。评估患者肌力达 4 级或 4 级以上即可协助患者下床活动。

2.4 术后有效的镇痛 鼓励患者尽早下床活动锻炼的前提是有效的控制患者的疼痛,多模式镇痛应当是预防性镇痛。同时术前必须做好宣教,教会病人使用疼痛评分尺,并将疼痛评分尺置于病人床头,以便随时评估疼痛情况。患者疼痛评估时机:术后清醒后即予评分一次,术后 48 小时内 Q6 h 一次(熟睡时停止评分一次),术后第 3、4 天 Q12 h,术后第 5 天后 Qd。以上评分均需做好动态记录,评分 ≥ 5 分需进行查找原因及处理,并在晨交班时进行交班。

2.5 术后早期活动 包括任何进行床上翻身、四肢功能锻炼、脚踏车的练习、术后正确的起床方法、使用移动输液架进行步行锻炼等等。使患者理解活动的目的、掌握活动方法及各辅助器的使用方法并每项活动量化完成。

3 临床观察指标

对比两组患者术后首次肛门排气,排便时间,首次喝水,进食流质时间,首次下床活动时间,住院天数,术后住院天数,术后抗生素使用天数,患者满意度以及术后并发症等。

4 统计学方法

对于本研究中所获得的所有数据资料,均使用 SPSS19.0 统计软件包进行统计学分析和处理,对于数据中的计量资料我们使用 $\bar{X}\pm S$ 表示,采用 t 检验,对于数据中的计数资料采用 χ^2 检验,以 $P=0.05$ 作为检验水准。

5 结果

患者一般资料包括年龄,性别,BMI 均无统计学意义(见表 1),说明我们的研究是有对比意义的。患者的首次肛门排气时间,首次排便时间,首次喝水时间,首次进食流质时间,首次下床时间明显早于对照组,具有统计学意义($P<0.05$)(见表 2)。

患者住院天数,术后住院天数和术后使用抗生素的时间也明显少于对照组,具有统计学意义($P < 0.05$),患者满意度也明显优于对照组(见表3),术后并发症的发生没有明显的差异,不具有统计学意义($P > 0.05$)(见表4)。

6 讨论

有效的护理干预措施对于结直肠癌患者的预后及疗效是显著的^[4,5],通过以上研究表明:我们对术前患者进行具体的营养指导,比如安素粉的摄入和高蛋白高热量半流饮食的指导,肠内营养粉剂优点为:采用低渣配方,适用于肠道准备期间、肠道耐受性差的患者;使用方便、价格便宜;便于工作人员计算患者每天的热卡计算,以监控、调整患者每天的营养;术后准确的护理评估;患者生命体征的评估,肌力的评估,护士人力的评估等,能够有效的保证患者首次下床的安全,减少跌倒风险事故的发生;术后有效的镇痛:疼痛是机体对创伤或疾病的一种反应,它是一把双刃剑,既能保护机体免受一些侵害,同时也会让患者不适,影响正常的生活^[6],多模式的镇痛方法和预防性的给予止痛药使患者免除了术后疼痛引起的一系列应激反应,预防性使用新型阿片类药物可有效减少

术后肠麻痹的发生^[7];术后早期活动方面:Drolet等^[8]认为早期下床活动能使患者心肺功能改善,早期下床活动可促进血液循环,减少下肢深静脉血栓的发生;此外,可促使肠蠕动早日恢复,减少腹胀,使肠梗阻的发生率也降低。床上翻身、四肢功能锻炼、脚踏车的练习、术后正确的起床方法、术后使用移动输液架进行步行锻炼等等,让患者理解活动的目的、掌握活动方法及各辅助器的使用方法并每项活动量化完成这些措施,充分体现快速康复外科护理的计划性、整体性等特点^[9]。在护理过程中,护理人员不仅监督患者的执行情况,并且及时发现问题,调整患者的术后康复措施,为护理计划提供依据,在医护人员和患者的积极配合下患者的首次肛门排气排便时间较对照组护理明显提前,术后首次进食情况以及住院时间方面较对照组有很大进步,因此快速康复护理对于结直肠癌患者是具有明显促进作用,能够做到让患者满意,让家属放心。

由于我们的样本量采集有限,只采集了100例样本量,其中干预组50例,对照组50例,样本量偏少无法彻底排除非研究原因导致的对并发症结果的影响;快速康复理念的引入,护理人员接受新知识新理念的能力具有个体差异,同时缺乏专

表2 两组患者术后恢复情况比较一

组别	例数	首次肛门排气时间(h) xh)	首次肛门排便时间(h) xh)	首次喝水时间(h) xh)	首次进食流质时间(h) xh)	首次下床时间(h) 次±
干预组	50	34.24±14.023	55.40±18.993	30.58±11.391	38.94±13.218	17.26±3.238
对照组	50	60.84±16.660	94.70±28.867	48.7±22.496	72.92±41.152	30.46±5.856
统计量		$t=9.127$	$t=7.974$	$t=5.307$	$t=5.268$	$t=14.639$
P值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表3 两组患者术后恢复情况和满意度比较二

组别	例数	住院天数 x 院天	术后住院天数 x 后住	术后抗生素天数 x 后抗	满意度调查 x 意度
干预组	50	9.88±1.624	5.80±1.429	3.16±0.912	99.5±0.763
对照组	50	12.16±2.558	7.90±2.452	5.22±1.632	94.8±3.648
统计量		$t=5.600$	$t=5.315$	$t=8.303$	$t=-8.958$
P值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表4 两组患者术后并发症观察资料比较三

组别	例数	术后肠梗阻(例数)	术后吻合口瘘(例数)	术后肺部感染(例数)	术后下肢静脉血栓(例数)
干预组	50	0	1	1	0
对照组	50	3	2	2	2
统计量		$t=1.769$	$t=1.000$	$t=1.000$	$t=1.429$
P值		0.083	0.322	0.322	0.159

业的术后康复人员,对于术后康复计划落实的时效性把握不好也可能导致术后并发症的影响,因此我们将继续加大护理团队的快速康复知识的学习与实践;术后并发症的发生与多方面因素相关,虽然在本研究中并发症的发生率不具有统计学意义,但我们认为具有一定的相关性。接下来我们会继续增加样本量,严格制定快速康复护理指南进行两组并发症发生率的研究。

新技术新理念的应用还需要我们不断的完善与充实,术后快速康复已经成为研究者的强烈共识^[10],冯磊^[11]等认为FTS在结直肠癌患者手术中的应用,它只是对于临床治疗模式的一种改变,并不能一概而论,不应该仅以指南为标准而忽视了具体问题具体分析,我们应该根据不同病种及患者实施个性化的FTS方案。我们在追随主流的同时也不能忽略到它的一些局限性,基本生理状况良好是实行FTS的前提,对于一些特殊的状况,比如说患者营养不良,活动能力极差,无法配合快速康复的节奏,腹腔广泛粘连的患者手术时间长并且创伤大需要较大面积的分离,急性肠梗阻,肠穿孔或大出血需要紧急处置的一些急诊状况,以及心肺功能不全或合并严重心脑血管疾病者不适宜进行FTS^[12],因此督促我们严格把控FTS的适应症,做到让患者安心。

结直肠癌是我国恶性消化肿瘤之一,发病率和死亡率均占恶性肿瘤高位,目前快速康复外科仅应用于结直肠的围手术期各项临床指标的研究和标准化操作流程的规范,尽管快速康复外科对结直肠癌患者术后的预后产生了很大的影响,但两者的因果关系以及关系机制尚需进一步前瞻性临床研究来证实^[13],因此,对于长期生存方面的问题还需进一步研究去发现,这也是我们未来研究的方向。

参考文献

- [1] Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery [J]. *Lancet*, 2003, 362 (9399): 1921-1928.
- [2] 龙结根,蒋志宏,龙凤,等.快速康复外科在腹腔镜结直肠癌围术期中的应用[J].*西部医学*,2015,27(1):102-104,107.
- [3] Wilmore DW, Kehleth. Management of patients in fast track surgery [J]. *BMJ*, 2001,322(7284):473-476.
- [4] 李三萍,栗云雁,刘海峰.快速康复外科理念应用于胃癌患者围手术期护理中的效果评价 [J]. *中国药物与临床*, 2017,17(2):298-300.
- [5] 李益萍,邱江锋,曹晖.加速康复外科在腹腔镜胃癌根治术围手术期的应用[J].*中华胃肠外科杂志*,2016,19(3):528-530.
- [6] 施莉,石玉娥.加速康复外科护理在腹腔镜胃癌根治术患者术后康复中的临床效果[J].*中国卫生标准管理*,2016,7(19):218-219.
- [7] Vora A, Marchalik D, Nissim H, et al. Multi-institutional outcomes and cost effectiveness of using alvimopan to lower gastrointestinal morbidity after cystectomy and urinary diversion [J]. *Canadian Journal of Urology*, 2014, 21(2): 7222-7227.
- [8] Drolet A, Dejuilio P, Harkless S, et al. Move to improve: the feasibility of using an early mobility protocol to increase ambulation in the intensive and intermediate care settings [J]. *Phys Ther*, 2013, 93 (2): 197-207. DOI: 10.2522/ptj. 20110400.
- [9] 陈素凯.快速康复外科护理在腹腔镜胃癌根治术患者中的应用效果[J].*医疗装备*, 2019, 8(2): 473-476.
- [10] 陈创奇.应重视加速康复外科围术期的全程管理[J].*消化肿瘤杂志(电子版)*,2017, 9 (01): 13-17.
- [11] 冯磊.快速康复外科理念在结直肠癌围手术期的应用[J].*济南医学院学报*,2016,4(2):133-135.
- [12] 林强,周活动,洪锦伏,等.快速康复外科理念在老年低位直肠癌患者治疗中的应用[J].*白求恩医学杂志*,2015, 13(3): 284-285.
- [13] 何裕隆.从长期生存角度看快速康复外科在结直肠癌患者中的应用[J/CD].*消化肿瘤杂志(电子版)*,2015, 7(1): 5-8.