

加速康复外科护理在乳腺癌患者中的应用效果观察

杨静¹, 王媛²

¹中国人民解放军海军第九七一医院普外科 山东青岛

²中国人民解放军海军第九七一医院军事医学与特种学科 山东青岛

【摘要】目的 研究乳腺癌患者医疗活动中强调加速康复外科护理 (enhanced recovery after surgery, ERAS) 的正性效果。**方法** 以我科 40 例乳腺癌患者随机划分至 A 组 (20 例, 实施围术期常规护理模式) 及 B 组 (20 例, 实施围术期 ERAS 护理), 并对比相应数据结果, 分析护理有效性。**结果** 经对比, B 组患者术后并发症发生率总和较 A 组患者更低 ($P < 0.05$); 护理总有效率、住院时间、患者总满意率等指标亦优于 A 组患者 ($P < 0.05$)。**结论** ERAS 理念于乳腺癌患者围术期医疗活动中发挥了确切的正面意义, 是规避并发症出现, 促进术后快速康复的有利手段。

【关键词】 乳腺癌; 加速康复外科理念 (ERAS); 术后并发症发生率; 护理总有效率

【收稿日期】 2024 年 5 月 12 日 **【出刊日期】** 2024 年 6 月 20 日 **【DOI】** 10.12208/j.jmmn.20240260

Observations on the application effect of enhanced recovery after surgery in patients with breast cancer

Jing Yang¹, Yuan Wang²

¹Department of General Surgery, 971st Hospital of the Chinese PLA Navy, Qingdao, Shandong

²Department of Military Medicine and Specialty, 971st Hospital of the Chinese PLA Navy, Qingdao, Shandong

【Abstract】Objective To study the positive effect of emphasizing the enhanced recovery after surgery (ERAS) in the medical activities of breast cancer patients. **Methods** Forty cases of breast cancer patients in our department were randomly divided into Group A (20 cases, implementing perioperative conventional nursing mode) and Group B (20 cases, implementing perioperative ERAS nursing), and the results of the corresponding data were compared to analyze the effectiveness of nursing care. **Results** After comparison, the total incidence of postoperative complications in group B was lower than that in group A ($P < 0.05$); the total effective rate of nursing care, length of hospitalization, and total patient satisfaction rate were also better than that in group A ($P < 0.05$). **Conclusion** The ERAS concept plays a definite positive significance in the perioperative medical activities of breast cancer patients, and it is an advantageous means of circumventing the emergence of complications and facilitating the rapid recovery in the postoperative period.

【Keywords】 Breast cancer; Enhanced recovery after surgery (ERAS); Postoperative complication rate; Overall effectiveness of care

明确诊断情况下, 尽早开展手术治疗是延长乳腺癌患者生存期的重要手段, 临床可结合患者疾病情况及个人意愿选择改良根治术、保留乳房手术、全乳房切除等治疗方案, 而此类治疗方案因创伤性较大, 无疑会导致患者呈现较为明显的应激反应, 且围术期也容易受到多方面因素的干扰, 如心理认知因素、术后疼痛、并发症风险等等, 这均会影响到患者整体恢复效果^[1-2]。因此, 针对符合手术指征的乳腺癌患者, 其护理活动中

应尤为强调各类重点环节的优化与改良, 将规避并发症出现、促进身心恢复作为核心目标^[3]。

1 资料与方法

1.1 临床资料

以我科符合手术指征的 40 例乳腺癌患者纳入本次研究 (研究起止时间 2022 年 12 月~2024 年 1 月), 参照信封随机 1:1 分组原则将研究对象划分至 A 组 (20 例) 及 B 组 (20 例), 2 组患者均已完善相关临床检

查,符合《乳腺癌诊疗规范(2018)》中有关判定标准。

A组:年龄(50.28 ± 2.18)岁,左侧/右侧发病占比 11/9,浸润性导管癌/腺癌占比 17/3;B组:年龄(50.17 ± 2.23)岁,左侧/右侧发病占比 10/10,浸润性导管癌/腺癌占比 15/5。经对比,2组患者以上资料无明显差异,数值计算结果相近($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 围术期常规护理流程概括(A组)

①常规禁食 12h、禁水 6h;②口头健教;③术后密切监测生命体征等等。

1.2.2 围术期 ERAS 护理流程概括(B组)

①由护士长及 3~5 名 N3、N4 级别护理人员成立 ERAS 小组,收集组内患者病历资料进行分析,并总结以往乳腺癌围术期护理经验,共同拟定护理计划。术前实施为患者开展多元化健教,内容以病区规章制度、手术基本流程介绍、乳腺癌发病风险因素及症状特点为主,即 N3 级护理人员与其一对一沟通来传授以上信息,再发放科室所印发的健教手册,或指导其阅读医院公众号推文以巩固健教效果,期间也应鼓励同病房患者相互交流,以建立治疗信心。相关资料表明,术前长时间禁食禁饮可加重患者身心不适,甚至有患者因此合并低血糖,亦可增加术后恶心呕吐等不良反应发生率。基于此,为该组患者适当调整术前禁食禁饮制度,即术前禁食 6h,术前 2h 饮用 300ml 左右糖水,以在不影响手术开展的同时,避免加重其身心不适感。术中可将补液量控制在 500~1000ml 之间,手术室温度不可低于 24℃,实施手术期间选择棉被、保温毯等以覆盖其肢体裸露部位,定期测定体温,确保体温不低于 36℃,药物、冲洗液于使用前务必置于恒温箱内预热,使其接近人体正常温度。

②术后常规应用自控镇痛泵,期间定期以视觉模拟评分表(Visual Analogue Scale, VAS)评估疼痛有关信息,以助于作出护理诊断,VAS 评估结果 ≤ 3 分情况下,可配合注意力转移疗法以巩固镇痛效果(如看电视、与亲友聊天、听音乐等);VAS 评估结果 ≥ 4 分情况下,需在使用自控镇痛泵期间,遵医嘱给予其他镇痛药物。术后 4~6h 给予患者 10ml 左右温开水饮用后,倘若无不适症状,可少量摄入流食,如小米粥、蔬菜汤、牛奶等等,术后 12h 左右可逐渐向普食过渡。很多乳腺癌患者术后都会遗留不同程度的上肢功能障碍,因术中切除癌细胞的同时,也会清理大量的腋窝淋巴结及皮下积液,进而累及机体状态,降低术后生活质量,可见术后尽早介入康复训练有重要意义。术后 24h 需

协助患者抬高患侧上肢,以改善淋巴回流功能,避免淋巴结水肿等问题出现,并逐渐引导其进行简单的功能训练,如伸指、握拳、患侧手握弹力球……期间应配合腹式呼吸及简单的下肢功能训练,以规避下肢深静脉血栓等并发症出现。术后 48~72h,可协助患者于此基础上配合患侧屈肘训练、手臂上举、伸臂等训练,并酌情增加训练难度与强度,逐渐向患侧手触摸对侧耳朵、爬墙训练等方面过渡,期间应与家属积极配合,共同督促患者完成力所能及的生活能力训练,如梳头、穿脱衣服、自行进食、洗脸、刷牙等等。

③在从事以上护理期间,应注重与患者之间的沟通交流,以便于掌握其思想动态,除详细告知术后康复期有关注意事项以外,也可介绍同病种典型案例资料,或邀请疾病控制效果良好的患者“现身说法”,适时纠正其错误的观念与认知,帮助其重拾自信,提高战胜疾病的信心。待患者临近出院时,应重点围绕居家康复训练指导、饮食建议、定期复查等方面进行健教,并发放相应图文资料以供患者参考。待患者出院后 3 个月内,每月为其提供 1~2 次电话回访,即建立回访档案,选择合适时间段进行回访,予以礼节问候后,询问其居家疗养情况,如是否存在其他不适症状、是否按医嘱坚持用药、康复训练落实情况等等,并鼓励患者就此方面提出问题,予以解答,随后强化相应健康教育,约定复查时间。

1.3 观察指标

①术后并发症发生率[统计并对比 2 组患者术后感染、淋巴结水肿、出血、皮下积液等并发症发生率总和];②护理总有效率[显效:肌力水平 > 4 级,患肢向上、向外活动范围 $\geq 90\%$,未遗留功能障碍;有效:肌力水平 2~4 级,患肢向上、向外活动范围 $\geq 70\%$,未遗留严重功能障碍;无效:未达到显效/有效标准。护理总有效率=显效例数+有效例数/总例数 $\times 100\%$];③临床相关指标[统计并对比 2 组患者术中补液量、术后下床活动时间及住院时间];④护理总满意度[患者临出院时,发放我院自拟患者满意度调查表,满分 100 分,调查表回收率 100%,围绕护患沟通、医德医风等方面进行评估,计算总满意率,即满意例数(总分 ≥ 75 分)+基本满意例数(总分 ≥ 50 分/总例数 $\times 100\%$)。]

1.4 统计学方法

数据经 SPSS22.0 分析, ($P < 0.05$) 为有统计学意义。

2 结果

2.1 术后并发症发生率

B 组患者术后并发症发生率总和相对更低 ($P < 0.05$), 详见表 1:

2.2 护理总有效率

经对比, B 组患者护理总有效率更高 ($P < 0.05$), 详见表 2:

2.3 护理总满意率

B 组患者护理总满意率高于 A 组患者 ($P < 0.05$), 详见表 3:

2.4 临床相关指标

B 组患者以上指标数据计算结果较 A 组患者优异 ($P < 0.05$), 详见表 4:

表 1 2 组患者术后并发症发生率对比[n (%)]

组别	感染	淋巴结水肿	出血	皮下积液/其他	并发症总发生率
A 组	2 (10%)	2 (10%)	1 (5%)	1 (5%)	6 (30%)
B 组	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (10%)
χ^2	1.802	10.526	5.128	0.001	12.501
P	0.179	0.001	0.024	1.001	0.001

表 2 2 组患者护理总有效率对比[n (%)]

组别	护理显效率 (%)	护理有效率 (%)	护理无效率 (%)	护理总有效率 (%)
A 组 (n=20)	4 (20%)	12 (60%)	4 (20%)	16 (80%)
B 组 (n=20)	8 (40%)	11 (55%)	1 (5%)	19 (95%)
χ^2	9.524	0.512	10.286	10.286
P	0.002	0.474	0.001	0.001

表 3 2 组患者护理总满意率对比[n (%)]

组别	满意率 (%)	基本满意率 (%)	不满意率 (%)	护理总满意率 (%)
A 组 (n=20)	4 (20%)	11 (55%)	5 (25%)	15 (75%)
B 组 (n=20)	7 (35%)	11 (55%)	2 (10%)	18 (90%)
χ^2	5.643	0.001	7.792	7.792
P	0.018	1.001	0.005	0.005

表 4 2 组患者临床相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	术中补液量 (ml)	术后下床活动时间 (h)	住院时间 (d)
A 组 (n=20)	1428.74 ± 249.01	19.03 ± 2.23	11.63 ± 2.18
B 组 (n=20)	900.84 ± 162.39	13.89 ± 2.19	7.84 ± 2.05
t	7.941	7.354	5.665
P	0.001	0.001	0.001

3 讨论

截止到 2018 年, 全球乳腺癌发病率便高达 24.2%, 我国乳腺癌每年新发病例数已超过 30 万, 这类发生于乳腺上皮组织的恶性肿瘤疾病的具体发病原因未明, 随着医学工作者研究工作的愈发深入, 关于乳腺癌的高危因素也逐渐明确, 像绝经年龄大、母乳时间较短、吸烟饮酒、雌激素替代治疗等均可提高乳腺癌的发病风险^[3-5]。另一方面, 多数患者确诊时疾病已有进展,

因其早期症状缺乏特异性, 早期常以乳房无痛性肿块、乳头溢液等表现为主, 往往被患者所忽视, 而随着癌细胞的持续扩散, 乏力、贫血、厌食、消瘦等症状也会随之出现, 此阶段多已合并肝、肺、骨转移等问题^[6]。

近年来, 乳腺癌手术方案愈发成熟, 使患者更为受益, 也为其带来了新的希望, 但手术因创伤性较大, 对机体稳定性造成了明显影响, 而术后疼痛感强烈、肢体活动障碍、感染等并发症等问题对患者极为不利, 因此,

如何达到手术治疗目的的同时, 最大程度减轻机体应激创伤性, 是临床所面临的重要问题^[7]。ERAS 理念最早起源于丹麦, 其核心目标为适当优化围术期有关医疗环节, 意在减轻手术创伤应激源, 达到快速康复目的^[8]。ERAS 关键措施为合理选择手术及麻醉流程, 并积极强调术前预康复干预、术后合理镇痛等方面, 重点突出围术期的全方位管理, 如缩短禁食禁饮时间、做好术中低体温预防、拟定早期康复训练计划……进而规避围术期相关风险因素, 使患者身心状态得以更有效恢复^[9-10]。基于此, 本研究将 ERAS 理念融入 B 组患者围术期护理活动中, 经对比, 该组患者术后并发症发生率总和仅为 10%; 而护理总满意率、护理总有效率等指标均较 A 组患者优异 ($P < 0.05$)。由此可见, 常规护理模式虽然也在不断成熟, 却仍有不足之处, 而 ERAS 模式则有利于解决前者存在的诸多弊端, 相对适用于乳腺癌患者。

结合本次研究结果得知, 乳腺癌患者医疗活动中强调 ERAS 护理模式, 有理想的正性干预效果, 是促进其术后身心恢复的关键。

参考文献

- [1] 傅艳师, 陶美斯, 夏旭平. 快速康复理念对乳腺癌围术期患者康复的有效性分析[J]. 中国实用医药, 2023, 18(14): 162-165.
- [2] 黄罗, 韦田福, 何金玲. 基于加速康复外科理念的疼痛管理对乳腺癌 I 期乳房重建术后疼痛的影响[J]. 中国社区医师, 2023, 39(15): 132-134.
- [3] 杜小娟, 郭艳丽, 张红颖. 快速康复多学科诊疗模式护理在乳腺癌患者围术期护理中的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2023, 55(02): 242-244.
- [4] 陆惠慧, 黄丽茹, 王欢, 等. 围术期标准化肢体锻炼对胸腔镜肺叶切除患者术后上肢功能恢复、疼痛的影响[J]. 中国医药科学, 2021, 11(16): 136-139+180.
- [5] 贾波. 探讨乳腺癌改良根治术围术期心理护理对改善患者焦虑和抑郁情绪的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19(20): 155-156.
- [6] 陈敏, 郭明霞. 渐进性肌肉放松训练对乳腺癌患者围术期心理状态、生活质量的影响[J]. 当代护士 (上旬刊), 2021, 28(07): 103-105.
- [7] 徐瑞华. 乳腺癌改良根治术围术期聚焦解决模式改善患者负性情绪和希望水平的应用效果[J]. 河南外科学杂志, 2021, 27(03): 142-144.
- [8] 季红敏. 基于加速康复外科理念的护理对乳腺癌女性患者焦虑水平及术后康复的影响[J]. 包头医学院学报, 2022, 38(08): 62-65.
- [9] 许培静, 刘艳玲, 张丽娜, 等. FTS 理念联合 CNP 模式在年轻乳腺癌患者改良根治术围术期的应用[J]. 河南医学研究, 2021, 30(35): 6684-6686.
- [10] 易利霞, 韩晓霞, 薛慧莹. 基于 ERAS 理念的早期康复训练对乳腺癌改良根治术后患肢功能的影响[J]. 中国现代普通外科进展, 2022, 25(04): 320-322.

版权声明: ©2024 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS