

快速康复模式在腹腔镜肝切除围手术期护理中的应用研究

姚青青

西安交通大学第一附属医院 陕西西安

【摘要】目的 观察快速康复模式用于腹腔镜肝切除围手术期护理中的效果。方法 选择 2020.4~2021.8 入住我院的 120 例患者,分成对照、试验组,各 60 例,围手术期分别进行常规护理、快速康复护理,比较组间护理效果。结果 试验组手术一般情况优于对照组 ($P < 0.05$)。试验组术后并发症发生率 5.00%,对照组为 26.67%,有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 腹腔镜肝切除围手术期进行快速康复护理干预,效果确切,值得推广。

【关键词】腹腔镜肝切除;围手术期;快速康复外科;护理效果;并发症

Application of rapid rehabilitation model in perioperative nursing of laparoscopic hepatectomy

Qingqing Yao

The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University Xi'an, Shaanxi

【Abstract】 Objective To observe the effect of rapid rehabilitation mode in perioperative nursing of laparoscopic hepatectomy. **Methods:** 120 patients admitted to our hospital from April 2020 to August 2021 were selected and divided into control group and test group, with 60 patients in each group. Routine nursing and rapid rehabilitation nursing were respectively performed during the perioperative period, and the nursing effects between the groups were compared. **Results:** the general condition of operation in the test group was better than that in the control group ($P < 0.05$). The postoperative complication rate was 5.00% in the test group and 26.67% in the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion:** the rapid rehabilitation nursing intervention during the perioperative period of laparoscopic hepatectomy is effective and worthy of popularization.

【Keywords】 Laparoscopic liver resection; perioperative period; rapid recovery surgery; nursing outcomes; complications

快速康复外科(FTS)即应用各种基于循证医学研究形成的有效方法,减轻围手术期患者的手术应激程度及降低并发症发生的风险,加速患者的术后康复进程,缩短住院时间。FTS的成功实施需要临床外科、护理及麻醉等诸多学科之间的有效协作,其中护理干预穿插于手术治疗整个过程,是有效落实疾病治疗计划的重要过程^[1]。近些年,FTS在骨科、心胸外科、妇外科手术中得到广泛应用,取得的效果得到医患的高度肯定。

1 资料与方法

1.1 一般资料

120 例接受腹腔镜肝切除术治疗的患者作为研究样本,收治时间 2020.4~2021.8。遵照随机原则分成如下两组:对照组($n=60$):男 27 例,女 33 例,年龄 22~72 (45.09 ± 1.20) 岁,病程 0.4~3 (1.07 ± 0.24) 年。

试验组($n=60$):男、女各 30 例,年龄 21~74 (46.58 ± 1.45) 岁,病程 0.3~4 (1.24 ± 0.31) 年。

两组病患以上基本资料相近,表现出较高的均衡性,不具有统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组进行围手术期常规护理,包括嘱患者术前 8h 内禁饮禁食,留置尿管及胃管,术中监测生命体征,术后患者进行自控镇痛或运用阿片类止痛药,胃肠减压及饮食指导等。试验组进行快速康复护理:

(1) 术前护理

责任护士用通俗易懂的语言为患者介绍疾病有关检查项目及治疗过程,阐明康复各阶段可能出现的状况及应对方法,告知患者推行 FTS 的必要性,提升他们的配合度,确立康复信心。

术前训练患者的卧床排尿能力,术前每天练习 3

次日早晨协助其处于端坐位, 24h 后参与下床活动。术后第 3 天确诊患者没有不适感时可以协助其在病区走廊中每日步行 30min, 术后尽早下床能促进胃肠蠕动, 促进肛门排气, 规避因长期卧床引起排便不畅而引发肺炎等并发症。患者清醒后为其提供少许饮用水, 可以咀嚼口香糖, 24h 后进食清淡流质类食物, 禁食辛辣、生冷等刺激性食物, 逐渐恢复到普食。加强术后疼痛的护理干预, 引导患者主动阐述自身疼痛状况, 对其疼痛程度进行科学评估, 及时帮助部分患者调整体位, 以提高舒适度; 适时按摩患者肢体, 引导他们通过闲聊、听音乐等方式转移注意力, 减轻疼痛感。针对疼痛难忍者, 本组为其采用自控止痛 (PCA) 于切口罗哌卡因浸润性麻醉干预。

(2) 术中护理

护士主动为患者营造温馨、舒适的手术室环境, 将手术室温度调控在 22℃~25℃, 相对湿度 45%~60%。在患者进入手术室后, 用亲切、柔和的语言和其进行沟通, 必要时可以握住患者的双手, 给予其一定鼓励, 使他们主观上产生安全感, 减轻他们的应激反应程度。术中及时为患者加盖保温毯、腿套, 尽可能的减少皮肤体表的裸露面积, 静脉输液、腹腔冲洗液及 CO₂ 气体等均要进行加温处理, 以防术中患者发生低体温等异常状况。有针对性的改进麻醉复发, 尽可能的减少麻醉药物用量, 缩短麻醉时间, 严控液体输入量于速度, 确保手术操作质量与患者生命安全。密切监护患者血压、心率等各项生命体征, 及时发现异常状况并反馈给医生, 协同处理。

(3) 术后护理

术后加强巡视力度, 实时监测病患的脉搏、呼吸等指标, 预防继发性出血状况。认真观察患者手术切口以及周围皮肤状况, 固定引流管, 及时处理局部扭曲、脱出等异常状况。在麻醉药效消散, 患者完全清醒以后, 可以将胃管拔除, 为患者垫上枕头, 协助其取半卧位, 鼓励患者主动活动肢体, 被动活动为辅、

次日早晨协助其处于端坐位, 24h 后参与下床活动。术后第 3 天确诊患者没有不适感时可以协助其在病区走廊中每日步行 30min, 术后尽早下床能促进胃肠蠕动, 促进肛门排气, 规避因长期卧床引起排便不畅而引发肺炎等并发症。患者清醒后为其提供少许饮用水, 可以咀嚼口香糖, 24h 后进食清淡流质类食物, 禁食辛辣、生冷等刺激性食物, 逐渐恢复到普食。加强术后疼痛的护理干预, 引导患者主动阐述自身疼痛状况, 对其疼痛程度进行科学评估, 及时帮助部分患者调整体位, 以提高舒适度; 适时按摩患者肢体, 引导他们通过闲聊、听音乐等方式转移注意力, 减轻疼痛感。针对疼痛难忍者, 本组为其采用自控止痛 (PCA) 于切口罗哌卡因浸润性麻醉干预。

1.3 观察指标

(1) 手术一般情况: 手术用时, 术后 24h 疼痛, 下床活动、术后排气及住院时间。用视觉模拟评分量表 (VAS) [3] 评估疼痛, 得分范围 0~10 分, 0、10 分分别表示无痛、剧烈疼痛, 评分越高预示着疼痛越严重。

(2) 并发症

1.4 统计学处理

SPSS26.0 软件包处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, (%) 表示计数资料, χ^2 计算。检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 手术一般情况

和对照组相比较, 试验组患者术后 24h VAS 评分更低, 手术用时、下床活动、术后排气及住院时间更为短暂, 数据有显著性差异 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 并发症发生情况

虽然各组均有部分患者术后出现了并发症, 但试验组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 组间患者手术一般情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	手术用时 (min)	术后 24h VAS (分)	下床活动时间 (h)	术后排气时间 (h)	住院时间 (d)
试验组 (60)	65.87 ± 5.26	2.64 ± 0.47	14.74 ± 1.74	25.17 ± 7.47	6.37 ± 1.08
对照组 (60)	79.94 ± 5.90	4.68 ± 1.12	35.21 ± 3.60	41.86 ± 9.24	9.38 ± 1.27

表 2 组间患者术后并发症发生情况的对比

组别 (n)	出血	感染	胸腔积液	胆漏	肝功损害	总发生 (%)
试验组 (60)	0	1	1	1	0	3 (5.00)
对照组 (60)	2	4	5	2	3	16 (26.67)

3 讨论

传统肝切除手术要求术前准备工作中要进行清洁

灌肠机长时间禁食禁饮, 借此方式确保手术治疗中术野清晰, 而清洁灌肠操作可能造成病体内电解质紊

乱失衡,长时间禁饮禁食可能使部分患者产生明显的饥饿感,术中容易出现焦躁、紧张等负性情绪,治疗配合度降低,不利于手术操作正常推进,部分患者甚至发生低血糖情况,影响手术安全性。

FTS 是丹麦学生 Kehle 提出的,其具体实施过程中将循证医学作为原则,将多学科合作作为基础,通过实施各种优化措施方法,最大限度的减少围手术期病患的应激反应程度,减少或规避部分并发症,缩短患者的住院时间及减少医疗支出等。过去很多研究表明,FTS 渗透到围手术期护理活动中有利于减少术后并发症、提升康复效果^[4]。快速康复护理实践中,将时间作为横轴,把入院指导、检查、治疗、护理等内容作为纵轴,编制具体化的计划表,在此基础上推行护理干预措施,确保了临床护理的标准化、程序化,以防因部分护士能力不够而引起的遗漏、疏忽等情况,优化了临床护理工作质量。

在本次研究中,试验组患者手术用时,术后 24h 疼痛,下床活动、术后排气及住院时间分别是(65.87±5.26) min、(2.64±0.47)分、(14.74±1.74)h、(25.17±7.47)h、(6.37±1.08) d,对照组为(79.94±5.90) min、(4.68±1.12)分、(35.21±3.60)h、(41.86±9.24)h、(9.38±1.27) d,数据差异有统计学意义。快速康复护理干预过程中扭转了传统观念,不提倡术前长时间禁食,通过采用术前 6h 禁食,2h 禁饮,术前 2h 为其提供 500ml 的 5%葡萄糖盐水的方式帮助患者机体处于一个相对较为合理的合成代谢状态,不仅能确保患者术中体力较充分,更有效的配合治疗,缩短手术操作作用时,还能为术后提供更加有效的营养支持^[5]。术后在患者生命体征平稳后尽早下床活动,促进胃肠蠕动于肛门排气。切口位置采用罗哌卡因浸润麻醉方式能显著减轻切口痛,延长术后首次止痛的时间,和口服镇痛类药物相比较,以上局麻镇痛干预带来的不良反应更轻微。简单易行,患者对镇痛效果的满意度整体偏高。外加腹腔镜微创治疗给患者带来的创伤较轻微,多数患者术后不会出现剧烈的疼痛感,为其术后尽早下床活动创造了良好条件。试验组术后并发症发生率、护理满意度分别是 5.00%、93.33%,对照组为 26.67%、73.33%,有统计学意义,提示快速康复护理能减少术后并发症,增加患者的满意度。

柯琦^[6]强 310 例进行肝切除术患者分成对照、观察组。各组 115 例,围术期分别进行传统护理、快速康复护理。统计发现,观察组术后 24h VAS 评分、下床

活动时间及住院天数分别是(1.12±0.18)分、(1.62±1.02) d、(9.83±2.32) d,对照组为(2.21±1.31)分、(4.02±1.12) d、(13.56±3.21) d;观察组术后并发症发生率 3.87%更低于对照组 19.35%。柯琦指出肝切除围手术期推行快速康复模式,有助于加强患者术后疼痛感,减少并发症,整体康复效果很理想,本文与其观点保持一致。

综上,腹腔镜肝切除围手术期进行快速康复护理干预,能减轻患者术后疼痛感,促进其早日下床活动,减少并发症,提升护理满意度,实现早日康复出院,具有较高的推广价值。

参考文献

- [1] 包丹丹,胡逸人,汪栩好,等.腹腔镜肝切除术治疗复发性肝癌的围手术期和近期疗效观察[J].肝胆胰外科杂志,2022,34(07):414-418.
- [2] 沙燕.腹腔镜肝切除围手术期应用快速康复外科护理的效果分析[J].中国社区医师,2022,38(01):117-119.
- [3] 吕建国,乔晓斐.围手术期饮食管理对肝癌肝切除患者术后康复的影响[J].安徽医学,2021,20(06):135-136+139.
- [4] 陈红梅,施姬,薛凯,等.快速康复外科理念在腹腔镜解剖性左半肝切除术患者围手术期护理中的应用[J].福建医药杂志,2021,43(06):140-141.
- [5] 陈莹,张雅敏.围手术期肠内、外营养治疗在肝切除术后患者快速康复中的作用[J].天津医科大学学报,2021,27(04):384-387.
- [6] 柯琦.快速康复模式在腹腔镜肝切除围手术期护理中的应用[J].当代护士(下旬刊),2018,52(10):7-11+17.

收稿日期:2022年10月5日

出刊日期:2022年11月4日

引用本文:姚青青,快速康复模式在腹腔镜肝切除围手术期护理中的应用研究[J].临床护理进展,2022,1(5):123-125

DOI: 10.12208/j.jacn.20220235

检索信息:RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网(CNKI Scholar)、万方数据(WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明:©2022 作者与开放获取获取期刊研究中心(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