

# 快速康复护理在直肠癌围术期的效果及评价

李彩云

山东省青岛西海岸新区第二中医医院,山东 青岛 266400

**【摘要】** 目的 对快速康复护理在直肠癌围术期中的应用效果进行分析。方法 取 2017 年 6 月—2020 年 6 月期间在我院实施结肠癌手术患者作为此次研究对象,将 30 例患者信息输入计算机,并利用计算机分组法进行随机分组,分为对照组与实验组,分别实施常规护理和快速康复护理,对比护理结果。结果 实验组患者首次排便、首次进食、肠鸣音恢复、住院时间均低于对照组,组间数据差异明显  $P < 0.05$ ;实验组患者术后并发症发生率与对照组相比明显更低,而护理满意度,相较于对照组,实验组明显更高, $P$  均  $< 0.05$ 。结论 快速康复护理在直肠癌围术期中有着重要价值,有利于患者术后恢复,具有推广价值。

**【关键词】** 快速康复护理;直肠癌;围术期

中老年人群是直肠癌多发人群,疾病症状有贫血、腹痛等。直肠癌对患者的身心健康以及生命安全均具有较高的威胁,目前我国临床治疗以手术治疗为主,手术之前患者需要禁食,手术过程中要防止胃管,术后患者要排气之后方可进食。伴随着微创技术在临床的广泛应用,极大的降低了对机体造成的伤害,然而微创为机体也会造成伤害,术后易发生各种并发症,对手术质量、预后造成了很大影响<sup>[1]</sup>。患者手术之后常规的护理干预对患者手术耐受性以及术后康复不利,且随着临床护理技术的发展,快速康复护理是一种新型护理理念,该护理模式主要是以减轻患者的痛苦以及应激反应损伤为主要原则的护理。此次研究主要分析快速康复护理在直肠癌围术期中的应用效果,如下。

## 1 信息数据与方法

**1.1 信息数据** 取 2017 年 6 月—2020 年 6 月期间在我院实施直肠癌手术患者作为此次研究对象,根据计算机分组法将 30 例患者分为对照组与实验组。对照组中,男性 8 例、女性 7 例,年龄 39~63 岁,均值  $(51.0 \pm 4.0)$  岁;实验组中,男性 9 例、女性 6 例,年龄 39~65 岁,均值  $(52.0 \pm 4.1)$  岁。将以上数据信息录入 SPSS 统计学软件内进行对比, $P > 0.05$ 。本次研究所有患者均自愿签署知情同意书,且经过我院伦理委员会的审核并获得批准。本次研究的纳排标准为:所有患者均确认为直肠癌,且患者无精神障碍和意识障碍,排除心肺功能严重疾病患者,排除器官功能障碍严重患者。

## 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 该组患者实施常规护理:①术前护理:术前做好各项检查,将各指标维持在正常范围内,并向患者讲解有关疾病知识,术前 3d 对患者进行肠道护理,口服泻药并给予肠道抗生素,确保肠道术前干净,手术前一天晚上对患者进行灌肠清洁肠道,并禁食 12h 禁饮 6h。②术中护理:密切关注患者生命指标变化,患者全麻之后,予以常规腹腔引流管留置,保留导尿管 3~5d,患者排气之后拔除胃管并对伤口常规缝合拆线。③术后护理:根据患者实际情况制定饮食方案、康复方案,积极预防并发症的发生。在术后 3d 内叮嘱患者在床上运动,或者在他人协助下被动运动,3d 之后可以下床运动,饮食以流食为主。

**1.2.2 实验组** 该组患者实施快速康复护理:①术前护理:根据患者接受能力、理解能力进行一对一健康宣教,提高患者对疾病相关知识的认知程度,并耐心回答解答患者的疑问,同时向患者讲解有关手术注意事项,通过转移注意力的方法,使患者心情放松,以消除患者对手术的恐惧感;对患者营养状况进行评估,根据评估结果制定针对性营养方案,提高免疫能力;由常规术前 10~12h 禁食延后至术前 6h,禁食前患者可适当使用淀粉类固体或乳制食品。术前禁水时间延后至术前 2h,禁水前可适当饮温水,饮水量不得超过 400ml。②术中护理:术前 30min 调整手术室温度与湿度;在切片前 30~60min 预防性的使用抗生素药物,根据培养结果选择针对性药物予以静脉给药,当患者手术时间  $> 3h$  或出

血量 > 1000ml 时术中应再次注射抗生素;手术治疗过程中密切关注患者呼吸情况,与麻醉呼吸机连接后分析动脉血气,及时清理干净患者呼吸道中分泌物,保证呼吸道的通畅;监测并记录出入量,合理输注液体,避免过多或过少,根据患者实际情况使用血管收缩药物,确保患者顺利完成手术;做好保暖工作,使用加温床等对患者进行保暖,对于输注液体预热,手术过程中患者体温应 > 36℃。在手术前 6h 根据患者不同的麻醉方法指导患者采用卧位,当患者麻醉清醒之后指导患者采用左右卧位或者半坐位,并间隔 2h 更换体位。③术后护理:术后密切监测患者的各项生命体征变化,监测患者血糖水平,体温变化,心电指标以及血氧饱和度等指标。向患者讲解发生疼痛的原因,通过播放音乐、深呼吸等方式缓解患者疼痛,当患者不能耐受时严格医嘱使用止痛药物;鼓励患者主动参与护理安全,配合做好引流管管理,术后 24h 可以拔除胃管以及导尿管等,避免发生压疮、深静脉血栓等,早期食用流质食物,在肛门排气后使用半流质食物,当患者没有不适、肠道功能恢复后可逐渐恢复到正常食物,禁止食用刺激性食物;患者麻醉清醒后、可在床上做适量活动,逐渐增加运动量,从被动运动过渡到主动运动,并逐渐下床活动。

**1.3 观察指标** 比较首次排便、首次进食、肠鸣音恢复、住院时间,同时比较两组患者术后并发症发生率,包括术后尿路感染、切口感染、肺部感染以及恶心、呕吐等并发症的发生率;另外,采用我院自制调查问卷比较两组患者的护理满意度,问卷总评分为 100 分,涉及 20 个条目,评分高低与护理满意度成正比,评分 ≥ 90 分表示非常满意,评分 70~89 分表示满意,评分 60~69 分表示一般,评分 < 60 分表示不满意。总满意度 = (非常满意 + 满意 + 一般) / 总例数 × 100%。

**1.4 统计学应用** 所有计量数据皆以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 的模式呈现并采用独立样本 t 检验方法,计数资料均以 % 的方式呈现,组间进行卡方检验,录入到 SPSS21.0 版本统计学软件当中进行数据分析,  $P < 0.05$  表示统计学意义成立。

## 2 结 果

**2.1 两组患者术后恢复情况比较** 实验组患者首次排便、首次进食、肠鸣音恢复、住院时间均低于对照组,组间数据差异明显  $P < 0.05$ 。见表 1。

**表 1 两组患者首次排便、首次进食、肠鸣音恢复、住院时间的对比 ( $\bar{x} \pm s$ )**

分组	病例数	首次排便时间(h)	首次进食时间(h)	肠鸣音恢复时间(h)	住院时间(d)
对照组	15	76.2±5.1	30.1±3.8	22.7±3.4	11.3±2.6
实验组	15	55.2±4.2	9.8±2.2	18.7±3.0	7.6±1.5
t		8.572	8.777	1.782	1.704
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 两组患者术后并发症发生率比较** 实验组并发症发生率明显低于对照组,组间数据差异明显  $P < 0.05$ 。见表 2。

**表 2 两组患者并发症发生率的对比 [n(%)]**

分组	病例数	尿路感染	切口感染	肺部感染	恶心呕吐	总发生率
对照组	15	1(6.67)	1(6.67)	2(13.33)	4(26.67)	8(53.33)
实验组	15	0(0.00)	0(0.00)	1(6.67)	1(6.67)	2(13.33)
X <sup>2</sup>						3.968
P						<0.05

**2.3 两组患者护理满意度比较** 实验组护理满意度明显高于对照组,组间数据差异明显  $P < 0.05$ 。见表 2。

**表 3 两组患者护理满意度的对比 [n(%)]**

分组	病例数	非常满意	满意	一般	不满意	总满意度
对照组	15	2(13.33)	4(26.67)	3(20.00)	6(40.00)	9(60.00)
实验组	15	8(53.33)	4(26.67)	2(13.33)	1(6.67)	14(93.33)
X <sup>2</sup>						4.658
P						<0.05

## 3 讨 论

直肠癌是因多种因素共同作用导致的一种疾病,属于消化道常见的恶性肿瘤病变之一,对患者生命安全造成了很大威胁<sup>[2]</sup>。直肠癌患者早期的发病症状表现为粘液性血便,少量粘液性便,排便费力以及排便次数增多等,中晚期患者的症状主要表现为便血,排便不尽,便意频繁,黄疸以及脓血等。患者一旦表现出上述症状应及时入院就医,尤其对于成年人需要高度重视。现阶段临床上对于直肠癌患者的发病原因尚不十分明确,可能与遗传因素有一定的联系,可能患者有消化道肿瘤疾病史;也可能与患者的饮食情况相关,如果长期摄入高脂肪,高能量的食物,又缺乏纤维食物的补充,导致胆汁分泌过多,厌氧细菌大量滋生,导致脱氧胆酸以及石胆酸增加,最终导致直肠癌;部分患者可能由于癌前病变导致,也可能与慢性炎症反应有关等。无论何种原因导致的疾病,患者都要引起高度重视,一旦发现病变特征,及时入院治疗。目前直肠癌的治疗以腹腔镜手术治疗为首要方案,有着微创、术后恢复快等优势,然而受到手术创伤、心理等因素影响,对患者术后康复产生了一定程度影响<sup>[3]</sup>。

传统常规护理模式用于直肠癌患者护理干预中,主要表现为术前准备,包括清洁灌肠以及口服泻药等举措。但是近年来相关研究表明,过度的肠道准备工作会使机体的肠道菌群异位失调,进而对肠道屏障功能产生严重的影响,导致术后腹腔感染发生率增加。另外,长时间的禁食禁饮也会导致患者出现水电解质紊乱以及脱水等症状,极大程度上增加了术后营养调理的难度。快速康复护理中并未进行常规肠道护理和肠道准备工作,并且术前禁食时间提前为术前 6h,禁饮时间改为术前 2h 禁饮,饮用的碳水化合物,有助于患者手术过程中的肠道营养供应,有助于术后肠道营养的恢复,极大程度上减少了术后肠道营养调理的工作量,而患者的舒适感也得到了明显的提高,减少了低血糖等不良反应的产生,有助于术后的快速康复。常规护理过程中,术前留置胃管和导尿管以及手术结束后腹腔留置引流管均消耗大量的时间,不利于患者术后的恢复。而快速康复护理认为,胃管不利于患者术后肠道压力的下降,并且会增加吻合口瘘的发生。另外,留置胃管,导尿管以及引流管也会导致机体产生一定的不适,导致患者出现一定程度的咽喉炎症等情况。大量文献研究显示,当患者腹腔留置引流管的时间较长会导致患者出现腹腔逆行感染,对患者的正常活动产生较大的影响,也会导致患者出现身体不适和心理排斥,耽误病人术后正常下床活动时间和术后进食与康复时间等。所以,常规护理模式在一定程度上不能有效的满足患者的需求,并且影响了患者的术后康复,快速康复护理应该在临床上被广泛推广。

对比常规护理、快速康复护理效果发现,实施快速康复护理后患者首次排便、首次进食、肠鸣音恢复、住院时间明显缩短,促进了患者康复。快速康复护理为新型护理模式,将快速康复外科诊疗理念贯穿到护理过程中,优化了护理流程,在快速康复外科理念下,以促进患者术后康复为目标,结合患者的具体情况给予个性化的护理内容,优化了护理各个环节,避免了围术期风险的发生,促进患者术后康复<sup>[4-6]</sup>。在该文中,快速康复护

理是自护理前、护理中、护理后展开,通过术前护理提高了患者对疾病、手术认知程度,并保证了患者身体营养状况,通过缩短禁食禁水时间可减少术前患者生理与心理的应激反应,减缓机体内分解代谢。在术中预防性的使用抗生素可降低感染发生率,保证呼吸道通畅为肺部提供了保护性通气措施,减少了术中高碳酸血症的发生,合理输注液体避免了机体灌注不足或水钠潴留,维持了体液平衡。术后尽早活动可促进胃肠功能恢复,利于机体多个器官与系统功能恢复,也能预防下肢深静脉血栓等发生率。但本次研究中仍存在一定的不足,由于样本量太少,可能导致研究数据的误差较大,后期我们将会加大样本容量,进一步验证快速康复护理在临床中的应用效果,同时增加研究指标,分析快速康复护理在直肠癌围手术期中对患者术后生活质量等方面的影响。

总之,快速康复护理在直肠癌围术期中有着重要价值,可促进患者术后恢复,缩短患者术后恢复的时间,减少并发症的发生率,提高护理服务质量和病人及家属的满意度,具有较高的推广价值。

#### 参考文献

- [1] 郝洪慧,刘伟静.高龄直肠癌患者围术期快速康复护理[J].齐鲁护理杂志.2018, 24(10): 108-110.
- [2] 赵璐.综合康复护理对直肠癌放化疗患者康复水平及生活质量的影响[J].中国肛肠病杂志.2020, 40(4): 43-45.
- [3] 陈立平,张现芹.结直肠癌患者快速康复外科护理效果[J].中国农村卫生.2019, 11(10): 58-59.
- [4] 苏连珠,孔祥琴,杨容,等.快速康复护理对结直肠癌手术患者康复效率的分析及护理满意度的影响[J].中外医疗.2019, 38(26): 143-146.
- [5] 杨爱群.结直肠癌患者快速康复外科护理效果观察[J].结直肠肛门外科.2018,24(s1): 157-159.
- [6] 王凡霞,厉飞飞.快速康复外科理念用于结肠直肠癌护理效果分析[J].中国农村卫生.2018, 10(4): 56.