

10例子宫肌瘤开腹手术患者围手术期的快速康复护理

王惠 邓珊 金巧莲 张继方 冉光红

电子科技大学医学院附属妇女儿童医院·成都市妇女儿童中心医院 四川 成都 610091

摘要: 目的: 探讨子宫肌瘤开腹手术围手术期的快速康复护理。方法: 回顾性分析本院日间手术病区收治的行开腹手术的子宫肌瘤患者10例, 围手术期结合快速康复理念给予相应的围手术期护理, 术后给予相应的随访指导。结果: 10例患者均恢复良好, 伤口均为甲级愈合, 无伤口感染、无并发症发生。首次进食时间 1.98 ± 0.58 h, 首次下床时间 3.77 ± 1.60 h, 首次排尿时间 4.19 ± 1.30 h, 肛门排气时间 16.86 ± 5.38 h, 住院时间 31.2 ± 11.59 h。患者术后1h疼痛评分3(1, 3); 术后3h疼痛评分为2(1, 3), 术后6h疼痛评分1(1, 2), 术后12h疼痛评分1(1, 2)。结论: 针对子宫肌瘤开腹手术的患者采用快速康复护理干预措施, 能够促进患者尽早恢复, 减少并发症发生, 缩短患者住院时间, 提升患者术后的舒适度, 同时提高患者的满意度。

关键词: 子宫肌瘤; 开腹手术; 围手术期快速康复护理

引言: 子宫肌瘤是女性生殖器常见的良性肿瘤, 由平滑肌和结缔组织组成, 常见于30-50岁的女性^[1-2]。目前临床治疗方法包含药物治疗和手术治疗。但药物治疗对于病情的治疗效果不佳, 目前临幊上多对患者选择手术治疗。随着医学技术的发展, 微创技术的应用也越来越普遍, 应用腹腔镜手术治疗子宫肌瘤可取得良好效果和预后。但腹腔镜手术也有其局限, 对于肌瘤数目较多、肌瘤直径大(如 >10 cm)、特殊部位的肌瘤、盆腔严重粘连手术难度增大或可能增加未来妊娠时子宫破裂风险者宜行开腹手术^[3]。回顾分析2021年月至2023年月在我院妇科日间手术病区行开腹手术的子宫肌瘤患者11例, 经过优质的围手术期快速康复护理, 取得了满意的治疗效果, 现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析2021年1月至2023年12月在我院妇科日间手术病区行开腹手术的子宫肌瘤患者10例。纳入标准: (1)有完整的临床护理资料; (2)影像学资料显示为巨大肌瘤或多发性子宫肌瘤; (3)知情同意, 并愿意行日间手术。 (4)年龄在65岁以下; (5)体温 <37.5 ℃; (6)Hb >80 g/L; (7)无糖尿病、高血压等合并症或有合并症但控制良好; 10例患者的平均年龄 40.3 ± 5.66 岁, BMI 23.24 ± 4.76 , 其中4例为开腹子宫全切术+双输卵管切除术, 7例为开腹子宫肌瘤剥除术, 术中平均出血量为 121 ± 150 ml, 手术时间平均为 2.14 ± 0.68 h,

1.2 方法

1.2.1 手术治疗

所有患者在全身麻醉下行开腹手术, 6例行开腹子宫

肌瘤剥除术, 4例行开腹子宫全切术。

1.2.2 围手术期护理

(1)术前管理

患者于门诊经专科医生评估后符合日间手术标准, 完成相关术前检查, 经专科医生和麻醉医生评估后合格后预约日间手术, 预约完成后专科医生行日间手术初次术前宣教。术前1天医生再次评估患者情况确定手术, 护士对患者再次进行术前宣教并告知相关注意事项, 术前不需要进行肠道准备。手术当日, 患者办理入院后, 医生行最后一次评估后签署手术同意书。责任护士再次给予术前宣教, 行术前准备。在禁饮禁食方面, 一般给予术前6h禁食(油炸、脂肪内食物禁食8h), 2小时禁水。护士根据患者的手术排程, 在排除糖尿病的情况下, 术前2h给予患者5%葡萄糖水250ml饮入, 并记录好饮水时间。行术前准备, 包括患者身份识别、术前药敏试验、清洁肚脐、更换手术衣等。

(2)术中管理

患者均采用全身麻醉, 手术方式采用经腹子宫肌瘤剥除术或经腹子宫全切术, 术中给予适当保暖, 保持室温21-25℃, 必要时使用保温毯, 维持患者体温恒定。术后在腹部切口局部注射罗哌卡因进行局部镇痛。手术完毕即拔除尿管, 不留置引流管。手术完毕进入麻醉复苏室严密观察30min, 经评估患者恢复良好后转回日间手术病区。

(3)术后管理

① 术后早进食

患者回病房后, 如果无恶心、呕吐, 先喝少许温水, 病人端坐, 能顺利地1次将30ml水咽下, 无呛咳, 即

开始进食流质或半流质饮食（稀饭、抄手、面条、鸡蛋羹等），少量多餐；排气前禁食牛奶、豆浆、含糖等产气食物；排气后进普食，禁食辛辣刺激、活血化瘀食物

② 疼痛管理

术后责任护士应用NRS评分法对患者进行疼痛评估，对于评分大于3分者，则报告医生，遵医嘱进行相应的处理，可采用非药物治疗，如分散注意力、听音乐等。也可采用药物治疗，一般在排除有胃溃疡等胃部疾病的情况下，给予患者口服布洛芬混悬液口服、盐酸曲马多肌肉注射等采用多模式的镇痛相结合。

③ 恶心呕吐管理

妇科病人大部分为恶心呕吐高风险人群，术后即时采取相应措施预防恶心呕吐发生，术前静推地塞米松预防，术后给予一些非药物的预防措施，如咀嚼口香糖、按摩内关穴等，同时做好恶心呕吐再评估，发生后及时给予止吐药，如昂丹司琼等。

④ 术后尽早下床活动

在做好疼痛管理及恶心呕吐管理的前提下，给患者及家属做好相应的健康宣教，鼓励患者尽早下床活动，因患者术后均没有留置尿管及引流管，故患者多能在术后早期下床活动，第一次下床时护士到床旁协助下，指导患者及家属做好预防措施，防止跌倒/坠床等意外事件的发生。

④ 出院管理

出院前医生对患者进行出院评估，目前采用的是麻醉后离院评估（post-anaesthesia discharge scoring, PADS）， $PADS \geq 9$ 分则符合出院标准。责任护士在出院前行出院宣教，包括出院流程、医保报销、饮食、活动、伤口护理、复查、随访形式及目的、病历复印等相关内容。

⑤ 出院后管理

出院后护士在患者出院后24小时、3天、8天、15天对患者进行随访，关注患者回家后的恢复情况，并针对性给予术后恢复的相关指导。随访内容包括（1）病情转归：术后活动、饮食、睡眠、大小便情况；以及术后常规并发症的发生情况：如术后出血、感染等手术部位并发症，术后恶心呕吐、发热等全身症状。（2）个性化健康指导：针对不同的病人给予针对性的指导，如用药指导、复诊指导、异常情况的指导。（3）患者满意度调查：调查患者就诊满意度及建议。

1.3 资料收集

采用自行设计的研究表格记录所有病人的一般人口学资料、手术方式、首次进食时间、首次下床时间、首次排尿时间、肛门排气时间、住院时间、伤口恢复情

况、并发症的发生情况等。所有记录时间均从手术结束开始计时；术后伤口恢复情况，分为甲级、乙级和丙级愈合。

1.4 统计学处理

采用SPSS23.0软件进行数据处理，计量资料采用均数 \pm 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）或中位数和四分位数[M (P25, P75)]表示。

2 结果

通过护理人员有效、精心护理，10例患者均回复良好，伤口均为甲级愈合，无伤口感染、无并发症发生。首次进食时间 1.98 ± 0.58 h，首次下床时间 3.77 ± 1.60 h，首次排尿时间 4.19 ± 1.30 h，肛门排气时间 16.86 ± 5.38 h，住院时间 31.2 ± 11.59 h。患者术后1h疼痛评分3 (1, 3)；术后3h 疼痛评分为2 (1, 3)，术后6h疼痛评分1 (1, 2)，术后12h疼痛评分1 (1, 2)。

3 讨论

快速康复外科（Enhance Recovery After Surgery, ERAS）理念是以循证医学证据为基础的围手术期优化措施，旨在减少围手术期应激反应及并发症、缩短住院时间、促进患者快速康复、提高患者围手术期安全性和舒适性^[4-6]。目前，其已明确成为一项能够改善医疗服务、降低医疗成本的全球手术质量改善倡议^[7]。故ERAS理念已广泛应用于胃肠外科、肝胆外科等领域。近年来ERAS在妇科手术围手术期也逐步开始应用。行开腹手术的子宫肌瘤病人，相对于腹腔镜手术病人，创面较大、疼痛更加剧烈，并发症相对增多，会增加整个围手术期管理难度。加强该类患者的护理干预，将快速康复理念应用到该类患者中，可减少手术应激，减轻患者疼痛，减少并发症的发生，促进患者快速康复。

3.1 快速康复的开展成功与否涉及到多人因素，如医生、护士、麻醉医生、患者、家属等，如有一方不配合，则开展不下去，术前一定要做好相关健康教育，并能让患者及家属接受。其次是缩短禁饮禁食时间，可以在术前2小时引入适量的碳水化合物清饮料，这样可以降低术后胰岛素抵抗、改善术前机体状态^[8]。最后不进行术前常规肠道准备，这样不会增加术后感染，同时就还会减少因肠道准备带来的副反应，如电解质紊乱、脱水、延迟等。

3.2 术中要保证手术室温度适宜，必要时使用保温毯，以保证患者体温恒定，避免因术中暴露和体温调节反射受影响而发生低体温。低体温会影响机体代谢水平，增加出血、心脏发病率和伤口感染，也会由于低体温

温产生寒战增加围手术期氧气消耗，加重疼痛。

3.3 术后要做好患者的疼痛管理，在快速康复护理措施实施中疼痛控制程度严重制约着其他措施的实施，因此术后疼痛管理是快速康复术后管理的关键。减少阿片类镇痛药的使用，采取预防措施减少和缓解恶心呕吐是快速康复的又一关键点。只有患者的疼痛和恶心呕吐管理到位，没有尿管和引流管的干扰，才能促使患者术后早期下床活动，促进早期饮食恢复。早下床活动不仅能减少静脉血栓等并发症的发生，还能调动机体的能量供给，激发患者的食欲，促进肠道早期功能恢复，提高机体抵抗力。术后早期经口进食，可以保护肠粘膜屏障功能，降低肠道菌群异位可能，促进门脉循环，加速器官功能恢复，同时也能补充能量和蛋白质，减轻术后消耗代谢，促进伤口愈合。

3.4 我院将快速康复护理应用于开腹手术的子宫肌瘤患者中，结果显示，不论是从患者术后的疼痛评分，还是术后进食时间、首次下床时间、首次排便时间都有了极大的改善，恢复速度可以与快速康复护理下的腹腔镜手术媲美。

结束语：综上所述，针对妇科子宫肌瘤的开腹手术实施围手术期的快速康复护理，可以促进减少患者的手术应激，减轻患者不适，减少并发症的发生，促进患者的快速康复，提高术后的舒适感，提升满意度，值得推广。本研究的不足之处在于病例数太少，未进行对照研究，在后续的研究中将纳入更多的病例，引进更先进、更贴合患者的护理理念，促进患者的快速康复。

参考文献

- [1]徐英，张锋英，孟缓缓，等.腹腔镜子宫肌瘤剔除术和传统开腹手术治疗子宫肌瘤的疗效观察 [J]. 中国肿瘤临床与康复，2022，29 (5)：537-540.
- [2]王璇，许莉，孙明霞，等.开腹手术与腹腔镜下子宫肌瘤剔除术对患者肌瘤复发、氧化应激及血清学创伤指标的影响[J]. 中国内镜杂志，2021，27 (4)：26-30.
- [3] 郎景和，白文佩，陈春林，等.子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志，2017，52 (12)：793-800.
- [4]Kehlet H. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) : good for now, but what about the future? [J]. CanJAnaesth , 2015,62: 99-104.
- [5]Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A Review [J]. JAMA Surg, 2017,152: 292-298.
- [6]Liu VX, Rosas E, Hwang J, et al. Enhanced Recovery After Surgery Program Implementation in 2 Surgical Populations in an Integrated Health Care Delivery System[J]. JAMA Surg, 2017,152: e171032.
- [7]LJUNGQVIST O, SCOTT M, FEARON K C. Enhanced recovery after surgery :a review[J].JAMA Surg,2017,152:292-298.
- [8]双婷，马佳佳，陈必良。加速康复外科在妇科及妇科恶性肿瘤手术中的应用及研究进展[J].实用妇产科杂志，2018，34 (1)：22-25.