

早期快速康复护理在肝癌术后患者护理中的应用研究进展

董姮姮

温州市人民医院 浙江 温州 325006

摘要: 肝癌,是一种常见的恶性肿瘤,其具有较高的发病率,目前在恶性肿瘤中,位居第6位;病死率在恶性肿瘤中,位居第2位,且近些年,病死率以及患病率均呈现上升趋势,对人类的健康造成严重的威胁。手术是目前治疗肝癌的主要手段,其能控制疾病的发展。但是,手术风险较高,且在手术期间存在一系列影响,比如代谢紊乱、胃肠功能紊乱等,不利于预后恢复。因此,手术的同时,还需要辅以科学、有效的护理干预。基于此,本文以早期快速康复护理干预为主,以此来提高患者术后的生存质量。

关键词: 早期快速康复护理;肝癌;生活质量;胃肠道功能

前言:快速康复外科,是一种以循证医学为主要原则,在手术期间开展的一项护理措施,全力减轻患者术后身心压力的压迫之重压,减少术后并发症的潜在不良后果,奠定术后康复的坚实支柱。快速康复外科护理,最早是由丹麦外科医生Kehlet提出,其在十二指肠切除术、结直肠癌切除术等外科手术中最早应用,不仅可以控制疾病的发展,而且还大大缩短了患者下床时间和住院时间,有助于患者康复,提高其护理满意度。患者在肝癌手术期间,不仅会面临各种恐惧感,思及术后可能出现的并发症、康复期延长及住院时间增长等负面结果,肝癌手术期间的管理强化是关键。本策略旨在缓解患者心理及生理上的压力之累,有效阻隔术后并发症的潜在威胁,促进患者尽早下床活动,以此来作为本次康复护理的目标,现就早期快速康复护理在肝癌术后患者护理中的应用研究进展做一综述,如下。

1 早期快速康复护理的术前准备

1.1 术前沟通和宣教

肝癌手术,难度较大,且手术时间较长,大部分患者均因缺乏对手术的认知,极易出现恐惧、焦虑等不良情绪,从而导致内分泌紊乱,此举并不利于术后康复。而融入进早期快速康复护理理念,其会重视患者的心理,满足患者的需求,给予充足的支持,为患者进行面对面宣教,包括疾病的发展史、手术流程、术后并发症、注意事项等^[1]。通过医患间的沟通艺术,患者的认知广度显著增加,心理紧张感得以平息,焦虑感减轻。患者以积极进取的精神面貌应对手术及治疗挑战,对术后康复产生了积极推动力^[2]。

1.2 术前无需进行肠道准备

手术前的筹备阶段,肠道清洁成为术前不可或缺的程序。这种机械性肠道准备对术后恢复的实际好处是否

确实无疑,疑窦重重,尚存在争议,大部分学者质疑的原因在于,患者的不适感在机械性肠道准备后加剧,或许造成电解质不平衡及肠道菌群失衡,不利于术后胃肠功能恢复^[3-4]。李世红有学者提出,肝癌手术,术前不进行机械性肠道准备,反而术后并发症会减少,实施术前对肠道进行机械性处理可能加剧术后腹腔感染的风险系数,术后恢复阶段可能遭受不利后果。即将进行肝癌手术的个体,手术前不宜实施肠道排空。

1.3 缩短术前禁食、禁水时间:

按照通行的护理做法,患者术前需禁食12小时、禁水6小时。然而,按照早期的快速康复路线图,过长的禁食禁水阶段可能对患者造成不利后果,罗列低血糖、口渴、烦躁、脱水等不适症候群。这无疑减少了消化系统所分配的能量供应,降低蛋白质、能量及维生素的吸收比率,术后伤口的愈合可能受到干扰,抗感染能力在结果上被削弱了。在快速康复理论的初始阶段的起始阶段起始,术前禁食的规定可以放宽至6小时,且术前2至4小时允许患者适量饮用400至500毫升葡萄糖水。该措施旨在缓解手术前频繁出现的口渴、脱水、低血糖状况,大幅减少患者住院的日数,降低术后胰岛素抵抗的比率系数级,不会引起误吸风险的上升趋势。按常规惯例,肠道准备不是必需的,此法能有效遏制体液流失现象^[5]。

1.4 术前补充营养物质:

研究指出,肝癌患者通常面临营养摄入的考验,术前营养状况对术后康复效果具有关键性影响,二者间的紧密关系不容置疑^[6]。在手术前对患者进行营养状况的检查,实施特制的营养强化手段,力图减少术后应激反应和并发症的风险概率,进而加快患者康复的节奏。重度营养不良患者群体状况剖析的论文研究,推荐采纳口服营养补充疗法。进行营养干预流程,必须遵循以下规定执行:

(1) 确保肝脏功能保持正常, 血浆蛋白浓度未触及30g/L的顶限界标界; (2) 六个月内体重减少量需超过10个百分点; (3) 确保体质指数低于18.5千克每平方米; (4) 根据评估所得的客观结果, 必须符合C级评估的基准要求。此刻正处于快速康复护理初级阶段的初级阶段, 针对营养状况略有不佳的患者, 术前将采纳高蛋白、高糖的饮食安排。通过静脉途径输入1000毫升含有10%葡萄糖、20单位胰岛素及20毫升10%氯化钠的混合溶液, 力求提升肝脏的储备潜力。在危急关头的紧急关头时分, 将适时采用人血清白蛋白和新鲜血浆进行血液注入治疗, 有效改善贫血之症, 逐步改善患者营养水平。

1.5 术前不常规放置鼻胃管

手术前护理的临界阶段, 一般采用置胃管方法实施胃肠减压, 旨在预防术后可能诱发的恶心、呕吐等不适反应。尽管鼻胃管置入未能成功缩短术后肠麻痹的恢复阶段, 但这一操作却可能带来呼吸抑制等副作用, 增加了肺部并发症的潜在风险系数。非标准鼻胃导管置入技术能够显著缩短患者肛门排气及住院日数, 进而降低了肺部感染的风险^[7]。

2 早期快速康复护理在术中措施

2.1 术中麻醉

手术的核心阶段, 全身麻醉成为首选的麻醉程序。采用了硬膜外与全身麻醉的复合麻醉实施步骤, 明显减少了术后疼痛感, 术后肠麻痹与肺炎的恢复期显著缩短。^[8]研究指出, 采取硬脊膜外与全身麻醉的联合麻醉途径, 可维持血糖水平, 降低肾上腺素释放水平以及应激激素皮质醇, 而且手术期间, 相关的循环指标也未发生变化, 无心律失常发生^[9]。术中, 所使用的麻醉量也明显减少, 可以使患者术后苏醒快, 缩短拔管时间, 术后患者也并未出现躁动等情绪, 因此, 这种麻醉方式更符合早期快速康复理念^[10]。

2.2 术中保持体温

在肝癌切除手术进行期间, 患者的体温起伏受多方面要素的牵制, 手术环境、暴露程度、手术时长及液体输入量等因素均构成影响条件, 极易导致低体温。低体温的发生, 会使机体产生应激反应, 提高术后切口感染率, 严重时还会威胁到生命。有效的护理措施, 可以防止低体温发生, 如: 控制手术室温度(24~26℃); 控制加热垫的温度(26~37℃); 术中所需液体需要加温至33~36℃; 腹腔冲洗液加热至40℃; 控制补液量(30~40ml/kg); 减少术中暴露^[11]。

2.3 术中管理引流管

既往常规手术, 术后都会留置引流管, 这是因为便

于观察腹腔内的情况, 防止形成腹腔囊肿。但是其存在一定的不足, 如体内营养物质流失; 增加患者心理负担, 延长住院时间; 会提高手术部分的感染率。而实施早期快速康复护理, 不建议放置引流管, 特殊情况下可以放置, 如术中渗血多、创面大等, 但通过24h无出血、胆瘘情况下就可以拔除^[12]。

3 早期快速康复护理在术后中的应用

3.1 术后缓解镇痛

硬膜外镇痛, 可以降低术后疼痛程度, 减少药物缓解疼痛的情况, 也可以相应减少术后应激反应, 避免出现术后出现不良反应, 有利于促进术后康复以及胃肠功能恢复, 继而缩短住院时间^[13]。但是, 若疼痛控制不理想, 也可给予适当药物缓解, 达到理想的镇痛效果。

3.2 饮食干预

常规护理, 多数认为患者排气后, 方可进食, 而早期快速康复护理, 则认为术后6h就可以进食流质饮食^[14]。术后早期进食, 不仅可以降低相应的并发症, 同时也可以更好地促进胃肠功能恢复, 维持机体内循环稳定, 促进伤口愈合, 加快患者康复进程。

3.3 术后尽早下床活动

术后传统的护理理念, 认为肝癌患者手术后, 需要绝对卧床休息, 刚醒时不宜立刻起身, 但需警惕, 长时间静卧可能加剧肺部感染、肺不张、尿潴留等并发症的风险系数^[15]。术后初期, 护理工作的中心任务是加速患者身体康复进程。当麻醉效果降至六小时, 患者应逐步过渡至侧卧或半坐姿势调整步骤, 必须按照每两小时一次的频率调整体位。术后首日, 患者可在病床上进行适度活动。次日, 协助病人自主实施体位调整及相邻动作。第三日, 病患在病房走廊将得到医疗团队对步态康复锻炼的辅导^[16]。术后早期进行下床运动, 不仅可以促进胃肠功能恢复, 还可以促进切口愈合, 提高代谢水平, 防止深静脉血栓以及并发症的发生, 也提高了患者机体的抵抗力, 缩短住院时间, 有利于患者尽快康复。

3.4 术后拔管护理

留置各种导管, 会增加术后尿路感染、腹腔感染、腹部感染的发生率, 常规留置导管包括胃管、尿管、腹腔引流管等。开展早期快速康复护理后, 会尽早拔除各种导管, 因为其认为, 如今肝癌手术期间, 不会对患者的胃以及膀胱造成损伤, 在患者术后麻醉苏醒后, 可以拔除导管, 术后24小时这一时辰, 开展切除手术程序。立刻进行尿管取出作业, 整体加强优势, 缓解尿管带来的不适感, 有效减少尿路感染的风险概率。腹部引流单元, 一般建议在无胆瘘以及出血时, 术后2~3d内, 可以

拔除。

总结

早期快速康复护理的实施,完善了常规护理的不足,在术后康复中,对患者具有一定的积极促进作用。快速康复理念,在近年来,已经得到了欧美国家的青睐,在我国更是受到重视,基本应用于胃、结直肠癌等手术中,使患者获益。但是,该康复理念,在肝癌手术期间,仍然存在较大的阻碍,比如:(1)目前尚未有统一实施的标准,有些观念仍与传统护理理念相似;(2)快速康复理念,推广程度不够,且大家对其认知程度不高,甚至有很多医护人员对该理念理解程度不高;(3)实施快速康复护理期间,需要多学科综合组成,包括外科、麻醉、护理人员等,如果要想达到相互协助,还需要管理层给予相应的政策支持;(4)与传统的护理相比,该康复理念,更有助于患者快速康复,缩短住院时间,同时也间接减少了患者再次入院的概率。但是其安全性以及可行性也已经有相关资料给予证实,包括术后并发症、住院时间、心理状态等等,均证实了其实施的优势。总之,早期快速康复护理,在临床普外科应用中,是一个循序渐进,沿着永恒卓越的进取之路,将此理念融入肝癌手术实践之中,成效显著:患者的住院时间缩短至更短,术后并发症的风险有所减少,心理和生理应激反应有所降低,对现行的护理模式进行了根本性的创新。

参考文献

- [1] Kehlet H,Wilmore DW.Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery[J].Ann Surg,2008,248(2):189-198.
- [2] 徐庆娜,李芳.围术期早期快速康复外科护理对原发性肝癌患者胃肠道功能恢复及生活质量的影响[J].浙江医学,2023,45(8):877-880.
- [3] 刘瑞华.外科快速康复理念下术前是否采用机械性肠道准备对胃癌患者术后康复的影响[J].黑龙江医学,2021,45(2):144-146.
- [4] 李世红,牛钦王,刘雁军,等.术前未行肠道准备对择期结直肠手术影响的探讨[J].中华普通外科学文献(电子

版),2021,15(4):278-281.

- [5] 唐舒,唐丽.基于快速康复外科理念的肝癌患者术后护理[J].实用临床医药杂志,2021,25(8):60-63.
- [6] 高建蕾,李芳,李静,等.基于快速康复外科理念的量化活动联合营养干预对肝癌手术患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(16):25-27.
- [7] 庞增粉.基于快速康复理念的营养精准化管理在肝癌患者围术期的应用[J].国际护理学杂志,2022,41(2):343-346.
- [8] 顾太梅,钱叶本,王丽,等.精准外科结合快速康复理念在肝癌围术期处理中的应用[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2021,15(4):384-387.
- [9] 温婧,严文婵,彭书岐.加速康复外科理念下胸段硬膜外镇痛与腹横筋膜阻滞对腹腔镜肝癌根治术患者术后综合效果的影响[J].广东医学,2020,41(11):1112-1117.
- [10] 贾莲明,胡引芳.基于快速康复外科理论的多模式镇痛在肝癌肝部分切除术中的应用[J].医学理论与实践,2020,33(15):2486-2487.
- [11] 俞润英,吴思燕,别逢桂,等.充气式保温毯的保温模式对腹腔镜下肝癌切除术患者保温效果的影响[J].分子影像学杂志,2022,45(6):940-943.
- [12] 瞿海燕,冯秋琪.多学科协作模式下FTS护理干预在改善肝癌手术患者康复效果中的作用[J].生命科学仪器,2023,21(z1):161.
- [13] 王秀静,张雪雪,王晓娟.术后快速康复外科管理对肝癌介入术患者术后恢复、疼痛控制情况、自我护理能力及生活质量的影响[J].癌症进展,2022,20(1):96-99.
- [14] 周蓓蕾,余菁茹,单晶,等.快速康复外科理念在老年肝癌切除术患者中的应用效果[J].癌症进展,2020,18(10):1065-1068.
- [15] 何宁宁,周利平,薛冰,等.肝癌术后早期下床活动方案的构建及应用[J].护理学杂志,2020,35(1):24-28.
- [16] 林小容,陈丽雪.腹腔镜肝癌切除术患者应用加速康复外科围术期护理方案的效果[J].国际护理学杂志,2022,41(7):1255-1259.