

加速康复护理对直肠癌保肛患者的影响

郝佳 罗梦田 芳 赵惠霞*

宁夏医科大学附属石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

摘要: **目的:** 探讨加速康复护理在直肠癌保肛患者中的应用效果。**方法:** 选取我院直肠癌保肛患者, 随机分为对照组(常规护理)和观察组(加速康复护理), 各20例。比较两组术后恢复指标、并发症发生率、护理满意度及生活质量评分。**结果:** 观察组首次排气、排便时间及住院时间均短于对照组($P < 0.05$), 并发症发生率更低($P < 0.05$), 护理满意度更高($P < 0.05$), 生活质量评分在各维度均优于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 加速康复护理可促进直肠癌保肛患者术后恢复, 减少并发症, 提高护理满意度和生活质量, 值得推广。

关键词: 加速康复护理; 直肠癌; 保肛手术; 术后恢复; 生活质量

1 引言

直肠癌是常见的消化道恶性肿瘤之一, 近年来其发病率呈上升趋势。保肛手术是直肠癌治疗的重要手段, 旨在切除肿瘤的同时尽可能保留肛门功能, 提高患者术后生活质量。然而, 直肠癌保肛手术创伤较大, 术后患者容易出现各种并发症, 恢复时间较长, 给患者带来较大的身心负担。加速康复外科(ERAS)理念最早由丹麦外科医生Kehlet提出, 旨在通过一系列优化围手术期处理的措施, 减少手术应激反应, 促进患者术后快速康复^[1]。加速康复护理作为加速康复外科的重要组成部分, 在多种外科手术患者的护理中取得了良好的效果。本研究旨在探讨加速康复护理对直肠癌保肛患者的影响, 为临床护理提供参考依据。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取我院2021年10月至2022年2月收治的直肠癌保肛患者作为研究对象。纳入标准: 经病理检查确诊为直肠癌, 具备保肛手术指征; 年龄在18-75岁之间; 患者及家属签署知情同意书。排除标准: 合并严重心、肺、肝、肾等重要脏器功能障碍; 存在精神疾病或认知障碍, 无法配合研究; 合并其他恶性肿瘤; 术前已发生远处转移。将符合纳入标准的患者随机分为对照组和观察组, 每组各20例。对照组中, 男性7例, 女性13例; 年龄(52.3 ± 8.5)岁; 肿瘤分期: I期2例, II期5例, III期3例。观察组中, 男性7例, 女性13例; 年龄(53.1 ± 7.8)岁; 肿瘤分期: I期2例, II期5例, III期3例。两组患者在性别、年龄、肿瘤分期等一般资料方面比较, 差异无

统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2.2 护理方法

2.2.1 对照组

采用常规护理模式, 具体内容包括:

术前护理: 向患者介绍手术相关知识, 进行常规术前准备, 如肠道准备(术前3天进少渣半流质饮食, 术前1天进流质饮食, 术前晚及术日晨清洁灌肠)、皮肤准备等; 指导患者进行床上排便训练。

术中护理: 配合麻醉师和手术医生完成手术操作, 密切观察患者生命体征。

术后护理: 患者返回病房后, 给予常规心电图监护, 观察生命体征变化; 保持引流管通畅, 观察引流液的颜色、性质和量; 术后禁食, 待肛门排气后逐渐恢复饮食, 从流质饮食过渡到半流质饮食、普食; 鼓励患者早期下床活动, 但活动时间和强度根据患者具体情况而定。

2.2.2 观察组

采用加速康复护理模式, 具体措施如下:

(1) 术前护理

健康宣教: 成立以护士长为组长、责任护士为成员的加速康复护理小组。责任护士入院后即开展个性化宣教, 通过口头讲解、发放手册、播放视频等方式, 介绍护理理念、流程、预期效果及患者配合事项, 缓解患者恐惧焦虑, 增强治疗信心。

营养支持: 术前评估营养状况, 营养不良者术前5-7天给予口服营养补充剂或肠内营养支持, 依具体情况调整方案。如BMI $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ 者, 每日蛋白质摄入1.5-2.0g/kg, 热量摄入30-35kcal/kg。

肠道准备: 改传统方式, 术前1天口服缓泻剂(如聚乙二醇电解质散)清洁肠道, 鼓励多饮水, 避免水电解质紊乱和菌群失调。

通讯作者: 赵惠霞

宁夏医科大学校级科研项目名称: 加速康复护理对直肠癌保肛患者的影响(科研项目编号:XM2021156)

心理护理：关注患者心理，及时发现焦虑、抑郁等负面情绪，沟通交流了解需求，给予疏导支持，鼓励家属参与关怀，树立患者信心^[2]。

(2) 术中护理

体温保护：使用保温毯、加温输液装置等，维持体温36-37℃，减少低体温对术后恢复的影响。

液体管理：根据体重、手术时间、出血量精确计算输血量，采用目标导向液体治疗，以CVP6-12cmH₂O、尿量0.5-1.0ml/(kg·h)为目标调整输液。

(3) 术后护理

疼痛管理：采用多模式镇痛，术后常规用非甾体类抗炎药（如氟比洛芬酯），必要时用阿片类药物（如舒芬太尼）。用NRS评估疼痛，及时调整方案，控制NRS评分在3分以下，促进早期下床。

饮食管理：术后早期恢复进食，6小时后可漱口，第1天起少量流质饮食（如米汤、菜汤），逐步过渡到普食，遵循少量多餐、高蛋白、高热量、高维生素、易消化原则，忌辛辣食物。

引流管护理：妥善固定，保持通畅，观察引流液情况。一般术后3-5天，引流液量 < 20ml/d且颜色清亮时拔除。

早期活动：制定个性化计划，术后第1天协助坐起、肢体活动，第2天根据情况在病房行走，逐渐增加活动量和强度，促进胃肠蠕动，预防血栓和肺部并发症^[3]。

2.3 观察指标

术后恢复指标：记录两组患者首次排气时间、首次排便时间、住院时间。

并发症发生率：观察两组患者术后并发症的发生情况，包括切口感染、肺部感染、尿路感染、吻合口瘘、肠梗阻等，计算并发症发生率。

护理满意度：采用医院自制的护理满意度调查表，在患者出院前进行调查。调查表内容包括护理服务态度、护理技术水平、健康宣教效果、病房环境等方面，满分为100分。根据得分将护理满意度分为非常满意（≥ 90分）、满意（80-89分）、一般（60-79分）、不满意（< 60分），满意度 = （非常满意例数+满意例数）/总例数×100%。

生活质量评分：采用生活质量综合评定问卷（GQOLI-74）对患者出院后3个月的生活质量进行评估。该问卷包括生理功能、心理功能、社会功能及物质生活状态4个维度，每个维度得分越高，表示生活质量越好。

2.4 统计学方法

采用SPSS22.0统计学软件对数据进行分析。计量资

料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组术后恢复指标比较

观察组患者首次排气时间、首次排便时间、住院时间均显著短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组术后恢复指标

组别	例数	首次排气时间 (h)	首次排便时间 (h)	住院时间 (d)
对照组	20	36.8±4.5	65.3±6.8	12.5±2.1
观察组	20	22.5±3.2*	48.6±5.1*	8.2±1.5*

注：与对照组比较，* $P < 0.05$

3.2 两组并发症发生率比较

观察组并发症发生率为10.0%，显著低于对照组的30.0%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组并发症发生率

组别	例数	切口感染	肺部感染	尿路感染	吻合口瘘	肠梗阻	并发症发生率 (%)
对照组	20	1	2	1	0	1	30.0
观察组	20	0	1	1	0	0	10.0*

注：与对照组比较，* $P < 0.05$

3.3 两组护理满意度比较

观察组护理满意度为95%，显著高于对照组的70%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 两组护理满意度

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	满意度 (%)
对照组	20	5	9	4	2	70
观察组	20	12	7	1	0	95*

注：与对照组比较，* $P < 0.05$

3.4 两组生活质量评分比较

观察组生活质量评分在生理功能、心理功能、社会功能及物质生活状态维度均显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表4。

表4 两组生活质量评分

组别	例数	生理功能	心理功能	社会功能	物质生活状态
对照组	20	65.2±4.5	62.1±4.2	63.5±4.7	64.8±4.3
观察组	30	78.6±5.2*	75.3±4.8*	76.8±5.0*	77.5±4.6*

注：与对照组比较，* $P < 0.05$

4 讨论

4.1 加速康复护理对直肠癌保肛患者术后恢复的影响

本研究结果显示，观察组患者首次排气时间、首次排便时间、住院时间均显著短于对照组，表明加速康复

护理能够有效促进直肠癌保肛患者术后胃肠功能恢复,缩短住院时间。加速康复护理通过优化术前肠道准备方式,减少肠道刺激,有利于维持肠道菌群平衡;早期恢复进食刺激胃肠蠕动,促进胃肠功能恢复;早期下床活动也有助于改善胃肠血液循环,减少肠粘连的发生,从而加快患者术后康复进程。例如,观察组通过早期给予流质饮食,刺激了胃肠黏膜的分泌和蠕动功能,使得首次排气和排便时间提前。

4.2 加速康复护理对直肠癌保肛患者并发症发生的影响

观察组并发症发生率显著低于对照组,这可能与加速康复护理的多方面措施有关。术前营养支持改善了患者的营养状况,提高了机体免疫力,增强了患者对手术的耐受性,降低了感染等并发症的发生风险;术中体温保护和精确的液体管理减少了低体温和过度输液对患者机体的不良影响,有利于维持内环境稳定;术后多模式镇痛有效控制了患者的疼痛,使患者能够早期下床活动,减少了肺部感染、下肢深静脉血栓形成等并发症的发生;合理的引流管护理和尽早拔除引流管降低了感染风险^[4]。如观察组通过精确的液体管理,避免了因过度输液导致的心肺负担加重,从而减少了肺部感染的发生。

4.3 加速康复护理对直肠癌保肛患者护理满意度的影响

观察组护理满意度显著高于对照组,说明加速康复护理模式能够提高患者对护理服务的满意度。加速康复护理注重患者的个性化需求,通过多种形式的健康宣教,使患者及家属充分了解治疗和护理过程,增强了患者的参与感和自我管理能力;心理护理关注患者的情绪变化,及时给予心理支持和疏导,缓解了患者的焦虑和恐惧情绪;优质的护理服务和良好的沟通使患者感受到关怀和尊重,从而提高了患者对护理工作的满意度。例如,观察组通过个性化的健康宣教,让患者清楚了解每个阶段的护理目标和措施,增强了患者对治疗的信心和配合度。

4.4 加速康复护理对直肠癌保肛患者生活质量的影响

观察组生活质量评分在生理功能、心理功能、社会功能及物质生活状态维度均显著高于对照组,表明加速康复护理能够提高直肠癌保肛患者的生活质量。加速康复护理促进患者术后快速康复,减少了并发症的发生,使患者能够更快地恢复正常生活和工作,提高了患者的

生理功能;同时,心理护理和社会支持帮助患者调整心态,积极面对疾病,改善了患者的心理功能和社会功能;患者对护理服务的满意度提高也有助于提升患者的物质生活状态。如观察组患者由于术后恢复快,能够更早地回归家庭和社会,参与社交活动,从而提高了社会功能和生活质量。

结语

综上所述,加速康复护理在直肠癌保肛患者中的应用效果显著,能够有效促进患者术后恢复,减少并发症发生,提高患者护理满意度和生活质量。因此,加速康复护理模式值得在直肠癌保肛患者的临床护理中推广应用。然而,本研究样本量相对较小,观察时间较短,未来还需要进一步开展大样本、多中心、长期随访的研究,以进一步验证加速康复护理在直肠癌保肛患者中的长期效果和安全性。同时,还需要不断优化加速康复护理方案,提高护理质量,为直肠癌保肛患者提供更加优质、高效的护理服务。在实际临床工作中,医护人员应加强对加速康复护理理念的学习和培训,提高对加速康复护理的认识和应用能力。同时,要加强与患者及家属的沟通交流,鼓励患者积极参与康复过程,形成良好的医患合作关系,共同促进患者早日康复。此外,医院应加强对加速康复护理的支持和管理,完善相关制度和流程,为加速康复护理的开展提供有力保障。通过多方面的努力,进一步提高直肠癌保肛患者的治疗效果和生活质量,推动直肠癌治疗和护理水平的不断提高。

参考文献

- [1] 饶丽凤.加速康复外科理念手术室护理对腹腔镜结直肠癌根治术患者的影响[J].医疗装备,2024,37(12):149-152.
- [2] 刘秀丽.加速康复护理对结直肠癌手术患者术后恢复的影响[C]//榆林市医学会.第五届全国医药研究论坛论文集(四).联勤保障部队第九八三医院普通外科,2024:712-717.
- [3] 林巧云.医护一体化加速康复外科护理结合围术期疼痛护理对结直肠癌患者术后胃肠功能指标与睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(12):2994-2996.
- [4] 邓海梅,许雅婷,蔡海晶,等.加速康复护理对直肠癌患者术后营养状况、体质指数及并发症的影响探讨[J].中外医疗,2023,42(28):150-153.