

快速康复外科理念在结肠直肠癌护理中的应用

黄满霞

麻城市人民医院 湖北 麻城 438300

摘要:目的:分析快速康复外科理念(FTS)在结肠直肠癌护理中的应用效果。方法:选取2022年9月-2023年9月本院78例结肠直肠癌患者开展研究,用随机数字表法随机平均分为对照组39例,行常规护理,观察组39例,行FTS护理,比较两组护理效果。结果:观察组的SF-36评分明显高于对照组,SAS、SDS评分、CRP、并发症发生率、引流管拔除时间、首次进食时间、术后拆线时间、首次排气时间和住院时间均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:给予结肠直肠癌患者FTS护理能有效改善患者心理状态,减轻炎症反应,提升生活质量,缩短康复时间,具有推广价值。

关键词:快速康复外科理念;结肠直肠癌;护理;并发症

结肠直肠癌是临床多发胃肠肿瘤疾病之一,疾病致死率高。医学事业进步,该病疗法进步,放疗、化疗、手术治疗等均不断完善,患者生存时间延长^[1]。手术应用广泛,但其创伤明显,会对机体产生损伤,术后会产生应激反应和疼痛,后续恢复时间长。采取有效护理措施,是改善预后的关键,常规护理遵医进行,局限大,并发症多^[2]。微创手术发展,全新康复理念产生,护理重点转移到缓解疼痛和减轻应激反应。FTS当下被多个国家引入,贯穿于围术期,能有效减轻生理创伤,降低精神压力,防范并发症,缩短康复时间。FTS被我国用于结肠直肠癌护理,从多方面进行干预,更符合患者生理特征,能加快康复进程,安全可靠。本次研究以结肠直肠癌患者为对象,分析FTS护理的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年9月-2023年9月本院78例结肠直肠癌患者开展研究,用随机数字表法随机平均分为对照组39例,男20例,女19例,年龄为30-76岁,平均年龄(47.75±4.46)岁;观察组39例,男21例,女18例,年龄为31-77岁,平均年龄(47.61±4.82)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:符合结肠直肠癌诊断标准^[3];存在手术指征;资料完整;知情同意本次研究。排除标准:手术禁忌证;其他恶性肿瘤;伴有严重并发症;血液系统疾病;心肺功能不良;癌转移。

1.2 方法

对照组行常规护理,术前72h,做好肠道准备,提供流食,选取甲硝唑,令其口服,术前24h,提供泻药,术前12h令其禁食,术前4h令其禁水,前一天晚上和清晨,做好清洁灌肠工作,将胃管留置好。术后对导尿管进行

常规保留,时间为3-5d,待肛门排气后拔除胃管,恢复通气后,提供食物。采取吗啡类药物镇痛,例如哌替啶等。观察组以对照组为基础,行FTS护理:

1.2.1 术前护理

于午夜禁食,术前3h,提供葡萄糖溶液少量,令患者饮用,对胃酸起到稀释作用,促使pH值下降,加快胃排空。术前1d,不实施常规灌肠,不做完全肠净化,术前一晚,开展肥皂性灌肠。提供营养支持,改善贫血,提升抵抗力。少渣饮食,选择容易消化、维生素丰富、热量和蛋白质高的食物,加强患者耐力。由于患者伴有肠道吸收不良、便血等现象,可通过输液、输血等措施,调节机体状态。做好腹部皮肤、肛门附近皮肤和会阴部位皮肤准备。术前将导尿管放好,避免术中给膀胱带来损伤。

1.2.2 术中护理

加强环境管理,保证湿度、温度适宜,控制好含氧量,不过度暴露患者身体,尊重其隐私。对于输注液体、冲洗液,先进行加温处理,令其达到约33℃。关注生命体征,做好记录,将胃管留置好。

1.2.3 术后护理

进行结肠切除术后,若血压平稳,令其处于半卧位,开展直肠癌术后24h,采取侧卧位或斜坡位;补液、禁食,确保胃肠减压通畅,监测引流液情况,将引流量记录下来。动态关注脉搏、血压,监测伤口是否渗血、渗液,纠正酸碱、水电解质平衡,建立人工肛门,选择侧卧位,采取宽胶布覆盖腹部伤口,避免粪便对伤口产生污染,若粪便量太多或过多软烂,可采取次碳酸铋、茄类药物。监测生命体征,待其恢复稳定后,取出气管插管,将患者送至普通病房,针对开展腹腔镜手术者,提供低流速、等流量氧气,适当增加氧气吸入时

间,达到72h,避免低氧血症。若其生命体征稳定,未伴有呕吐,术后6h,令患者饮用适量水,当天提供少量流食。经由止痛泵,连续通过静脉或硬膜外导管,提供药物,教会患者、家属止痛泵实施方法,缓解疼痛,提高舒适度,减轻其他副反应。加大观察力度,若72h后,患者未出现排气、排便,检查原因,可采取导尿管,选取50-100ml石蜡油,经由造瘘口注入,若患者依然无法排便,采用300ml温盐水于2h后注入。7d后,引导患者先将手套戴好,将手指放进瘘口,对瘘口进行扩张,1次/2d,后续出院后,持续扩张,避免出现狭窄。观察肠瘘附近伤口,待其愈合后,借助人工肛对大便进行收集,教会患者人工肛袋使用方法。对于结肠造瘘口,其肠管外漏长度约为2-3cm,密切观察,若存在水,可借助高渗盐水进行湿敷,若颜色变暗、变紫,代表肠道出现血流障碍,应马上通知医生,另外术后受底丛神经受损影

响,可能产生尿潴留,尿管留置时间一般为5-7d。

1.3 观察项目和指标

评价情绪和炎症反应:SAS量表对应焦虑,SDS量表对应抑郁,界限为57分和55分^[4];检测CRP。评价生活质量:采取SF-36量表,纳入4个维度,均为百分制。评价康复情况:观察两组引流管拔除时间、首次进食时间、术后拆线时间、首次排气时间和住院时间^[5]。评价并发症^[6]:包括尿潴留、腹胀、肺部感染、腹部疼痛和切口感染。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组情绪和炎症反应比较

干预后两组SAS、SDS评分和CRP均明显低于干预前,观察组变化更明显 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组情绪和炎症反应比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)		CRP (mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	58.24±4.42	32.23±3.61 ^a	56.39±3.62	30.40±3.55 ^a	47.11±0.24	14.17±2.40 ^a
对照组	39	58.61±3.28	42.52±3.19 ^a	56.41±3.59	41.25±3.19 ^a	47.12±0.21	31.34±2.55 ^a
t	/	0.420	13.339	0.024	14.197	0.196	30.621
P	/	0.676	0.000	0.981	0.000	0.845	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生活质量比较

干预后两组SF-36评分均明显高于干预前,观察组变

化更明显 ($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组生活质量比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

指标	时间	观察组 ($n = 39$)	对照组 ($n = 39$)	t	P
社会功能 (分)	干预前	41.74±3.35	41.64±3.46	0.130	0.897
	干预后	61.25±4.16 ^a	52.32±4.23 ^a	9.400	0.000
躯体功能 (分)	干预前	42.13±2.32	42.08±2.41	0.093	0.926
	干预后	78.25±3.25 ^a	70.21±2.20 ^a	12.794	0.000
生理功能 (分)	干预前	42.71±3.25	42.61±3.42	0.132	0.895
	干预后	69.89±4.11 ^a	59.71±3.25 ^a	12.133	0.000
情感职能 (分)	干预前	43.26±3.61	42.41±3.58	1.044	0.300
	干预后	79.52±4.16 ^a	58.61±4.12 ^a	22.303	0.000

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组康复情况比较

观察组的引流管拔除时间、首次进食时间、术后拆

线时间、首次排气时间和住院时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组康复情况比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	引流管拔除时间 (d)	首次进食时间 (h)	术后拆线时间 (d)	首次排气时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	39	5.00±0.28	25.36±3.52	7.05±1.12	62.26±3.32	14.63±2.00
对照组	39	6.46±1.26	55.42±3.15	8.59±1.53	84.68±3.48	21.35±2.23
t	/	7.064	39.741	5.072	29.111	14.010
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组并发症比较

见表4。

对比并发症发生率，观察组更低 ($P < 0.05$)。详

表4 两组并发症比较[n(%)]

组别	例数	尿潴留	腹胀	肺部感染	腹部疼痛	切口感染	发生率
观察组	39	0	1	0	1	0	5.13
对照组	39	2	3	1	3	1	25.64
χ^2	/	/	/	/	/	/	6.303
P	/	/	/	/	/	/	0.012

3 讨论

FTS理念于995年被提出，是一种多学科协作模式，将其用于围术期护理，以优化手术程序，减轻手术应激，防范并发症^[7]。引入FTS理念，对相关医护措施进行整合、优化及改善，缩短后续康复进程^[8]。

相关研究显示，禁食时间过早可能引发低血糖，加大应激刺激。全新麻醉指南提出，应尽可能缩短液体禁食时间，预防术中脱水、低血糖，缓解口渴感、饥饿感等。提供健康教育，加深患者认知，减轻负面情绪^[9]。常规护理给予患者肠道食剂，其不仅不利用恢复，还可能导致压力反应加重，产生水合反应，程度严重者，出现电解质失衡，可能引发术后肠瘫。选取FTS理念，不进行灌肠等处理，结合患者情况，术前可选取少量泻药，令患者服用。大部分患者存在不良认知，其认为用完肛门后，需要将胃食管摘除，才可以进食，FTS理念提出手术完成当天，即能为患者提供食物、水，尽快拔出尿道管、胃肠管，减轻副作用，防范导管插入并发症^[10]。结肠直肠癌属于恶性肿瘤，采用微创外科手术，创伤小，但具有更高护理要求。本次研究结果显示和对照组比，观察组的SAS、SDS评分和CRP均更低 ($P < 0.05$)，表示FTS护理能减轻生理、心理应激，维护手术安全。观察组的SF-36评分更高 ($P < 0.05$)，提示FTS护理能提高生活质量。观察组的引流管拔除时间、首次进食时间、术后拆线时间、首次排气时间和住院时间均更低 ($P < 0.05$)，表明FTS护理可缩短后续恢复时间。观察组的并发症发生率更低 ($P < 0.05$)，代表FTS护理能有效防范并发症。说明应用FTS护理可以提升结肠直肠癌预后。

综上所述，给予结肠直肠癌患者FTS护理能有效改善患者心理状态，减轻炎症反应，提升生活质量，缩短康复时间，具有推广价值。

参考文献

[1]成玉萍.快速康复外科在结肠直肠癌根治术围手术期护理中的效果[J].中国肛肠病杂志,2023,43(3):59-61.

[2]念慧影,姜秀蓉,高玉凤.快速康复外科护理干预对腹腔镜结肠直肠癌根治患者术后康复及生活质量的影响分析[J].中国医药指南,2023,21(4):164-166+170.

[3]兰文玉.快速康复外科护理干预在结肠直肠癌围术期中的应用及对睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(12):2417-2420.

[4]郑佳.快速康复外科护理联合腹腔镜结肠直肠癌切除术对患者术后康复的影响[J].中国医药指南,2022,20(34):144-147.

[5]刘凯东,白月奎,张乐,刘铭.快速康复外科对腹腔镜结肠直肠癌手术老年患者miR-21、VEGF、MMP-9、炎症因子及胃肠功能的影响[J].临床消化病杂志,2022,34(5):355-360.

[6]薛文文.快速康复外科理念在老年结肠直肠癌围术期护理中的应用[J].中国社区医师,2022,38(17):136-138.

[7]李守超,孙菲菲,刘铁,李梅,崔景利.快速康复外科在腹腔镜结肠直肠癌手术中的应用研究[J].反射疗法与康复医学,2022,3(8):150-153.

[8]黄莉,李全营,唐红娜.快速康复外科干预对腹腔镜结肠直肠癌根治术患者近远期预后的影响[J].癌症进展,2022,20(6):641-644+648.

[9]张春霞,万琴,顾立兰.快速康复外科理念在结肠直肠癌患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(3):163-165.

[10]刘发云,王仔珍.基于快速康复外科理念的多模式镇痛护理在结肠直肠癌患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(1):136-138.