

逐渐愈合。

3 讨 论

封闭引流技术是治疗严重软组织缺损合并感染早期治疗的理想选择,对难治性感染性伤口、经久不愈的溃疡、皮肤缺损、慢性感染性创面、车祸伤创面、烧伤创口及各种手术后伤口感染具有良好的疗效。在护理方面 VSD 维持有效的负压状态极为重要,是治疗成败的关键。加强创面观察及负压装置管理,保持引流通畅,引流中防止引流管发生堵塞,维持有效负压,才能保证封闭式负压引流治疗的成功。此方法操作简单,避免患者每天换药的痛苦,减少伤口感染^[3];术后护理方便创面愈合快、并发症少、疗程缩短、效果显著、整体降低治疗费用,在临床上值得推广。

VSD 治疗关键在于安放方法的掌握,作者就此谈几点体会:(1)安放 VSD 前仔细评估患者,尤其是创面大小、部位等,术前大概估计 VSD 敷料的形状和所需的用量,术中的剪切和两个或两个以上敷料的拼接是很重要的。(2)安放 VSD 之前应仔细检查伤口是否有活动性出血,有血管活动性出血的情况

下是不能安放的。(3)术后检查 VSD 情况是至关重要的,包括在以后的护理中,这是 VSD 成功的关键。(4)注意心理辅导,只有在医、患、护的良好配合下治疗才能成功。

参考文献

- [1] DeFranzo AJ, Argenta LC, Marks MW, et al. The use of vacuum-assisted closure therapy for the treatment of lower-extremity wounds with exposed bone[J]. *Plast Reconstr Surg*, 2001, 108(5): 1184-1191.
- [2] 裘华德, 宋九宏. 负压封闭引流技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 22.
- [3] 王学文, 范小淘, 李伟, 等. 负压封闭引流技术在骨科的临床应用[J]. *中国骨与关节损伤杂志*, 2006, 23(7): 583-584.

(收稿日期: 2012-06-06)

加快康复外科理念在肝癌患者围术期护理的效果观察

万小琴(重庆永川区中医院护理部 402160)

【摘要】 目的 观察在肝癌患者围术期应用加速康复外科护理的效果,探讨肝癌手术患者的优质护理方法。**方法** 选择近 5 年于该院实施手术治疗的肝癌患者 83 例,将患者分为康复护理组 44 例和常规护理组 39 例,常规护理组采用肝癌患者围术期常规护理,康复护理组在常规围术期护理的基础上采用加速康复外科护理,对比两组肝癌患者围术期的护理效果。**结果** 采用快速康复外科护理的患者术后 2、5 d 肝功能恢复情况显著优于常规护理组($P < 0.05$);康复组患者术后一般情况显著优于常规护理组($P < 0.01$)。**结论** 对肝癌术患者在围术期实施加速康复外科护理是安全、有效、可行的。

【关键词】 肝癌; 围术期; 加快康复外科; 护理
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.076 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)17-2235-02

加速康复外科(FTS)理念近年来在外科手术患者的围术期护理中应用越来越广泛,该理念主要是在患者围术期减少患者生理和心理上的创伤,从而减少围术期的应激反应和并发症^[1],同时,可缩短患者术后康复所需的时间。加速康复外科理念在胆道和肠道疾病的手术患者围术期护理中应用较多且已取得较好的效果,但应用于肝癌手术切除患者的报道较少^[2-3],本研究对肝癌患者围术期应用加速外科护理,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2006 年 1 月至 2011 年 3 月于本院实施手术治疗的肝癌患者 83 例,男性 55 例,女性 28 例,年龄最大 70 岁,年龄最小 32 岁,病程 3 个月至 1.5 年,主要表现为腹部包块、纳差、体质量减轻等。纳入标准:年龄 20~70 岁,所有患者均经细胞学和病理学证实为原发性肝细胞癌,肝功能 Child 分级为 A 级、B 级,所有患者均签署手术知情同意书并存在肝癌切除适应证;排除发现远期血行播散、体表淋巴结转移及存在严重心脑血管疾病或其他器官功能障碍的患者。将 83 例肝癌手术患者分为康复护理组和常规护理组,两组临床资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 常规护理组 对 39 例患者采用肝癌患者围术期常规护理。手术前护理:指导患者常规禁食 8~12 h,禁饮 4 h,排空胃肠道。熟悉患者病历资料,并向患者进行常规术前宣教,予

患者常规心理护理。术后护理:术后 1~2 d 内查看患者切口恢复情况、各种管道是否堵塞、引流液的色和量、镇痛效果、并发症等情况,协助患者翻身、拍背、咳痰并鼓励患者下床活动,观察患者胃肠道功能恢复情况,若胃肠道恢复蠕动,肛门可排气、排便且无腹痛、腹胀,可先进食流质食物,然后是半流质食物,再到普通食物。

1.2.2 康复护理组 对 44 例肝癌患者在常规围术期护理的基础上采用加速康复外科护理,一般护理方式如常规护理组。加速康复外科护理:于术前 2 d 予患者实施详细心理护理,消除患者恐惧、焦虑等不良情绪。术前禁食、禁饮较常规护理组宽松,为术前 6 h 禁食固体食物及 4 h 饮 500 mL 10% 的葡萄糖液。术中室温调节在 25~26℃,患者体温保持 37℃,以及温度为 50%~60%^[4]。不予患者置入导尿管和胃管,腹腔引流管视术中出血量及止血情况而定是否留置,术后患者出现尿潴留则予导尿,各种管道视引流液的色、量及性质而决定拔除时机。患者无明显不适,术后 4 h 可饮水,12 h 可进食流质食物。鼓励患者尽早床上活动(术后 6 h)及下床活动(术后 1 d),开始如伸展四肢等,然后活动强度可循序渐进,从而避免深静脉血栓形成^[5]。术后 2~3 d 患者体温、进食正常,切口无感染,可自行活动及镇痛满意即可达出院标准。

1.3 观察指标 观察记录两组患者的肝功能恢复情况和丙氨酸氨基转移酶(ALT)、总胆红素(TBIL)、清蛋白(ALB)、血糖(GLU)变化,及术后一般情况(包括肛门排气时间、下床活动

时间、住院时间、住院支出等指标)。

1.4 统计学处理 采用 t 检验, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 检验水准取 0.05, 采用 SPSS17.0 统计软件做统计学分析。

2 结 果

83 例肝癌手术患者均顺利完成手术, 在围术期无严重并发症或不良反应, 无失访病例。两组肝癌手术患者术后 2 d 肝功能恢复情况对比见表 1; 两组肝癌手术患者术后 5 d 肝功能恢复情况对比见表 2; 两组肝癌手术患者术后一般情况对比见表 3。

表 1 两组患者术后 2 d 肝功能恢复情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	ALT (U/L)	TBIL (mg/L)	ALB (μ mol/L)	GLU (mmol/L)
常规护理组	39	338.3 $\pm$ 44.1	38.2 $\pm$ 5.9	30.9 $\pm$ 4.6	8.0 $\pm$ 1.3
康复护理组	44	289.9 $\pm$ 40.8	30.5 $\pm$ 6.6	33.8 $\pm$ 4.3	7.4 $\pm$ 1.1
<i>t</i>		5.19	5.57	2.97	2.28
<i>P</i>		<0.001	<0.001	0.004	0.025

表 2 两组患者术后 5 d 肝功能恢复情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	ALT (U/L)	TBIL (mg/L)	ALB (μ mol/L)	GLU (mmol/L)
常规护理组	39	130.9 $\pm$ 35.4	34.7 $\pm$ 3.4	31.0 $\pm$ 2.2	6.8 $\pm$ 1.1
康复护理组	44	79.1 $\pm$ 28.8	22.3 $\pm$ 6.9	34.8 $\pm$ 2.8	6.3 $\pm$ 1.0
<i>t</i>		7.34	10.17	6.81	2.17
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	0.033

表 3 两组肝癌手术患者术后一般情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	肛门排气 (h)	下床活动 (h)	住院时间 (d)	住院支出 (元)
常规护理组	39	49.1 $\pm$ 1.7	53.8 $\pm$ 16.7	11.9 $\pm$ 3.1	32 560.8 $\pm$ 3 121.1
康复护理组	44	24.6 $\pm$ 2.4	27.9 $\pm$ 8.1	9.0 $\pm$ 2.3	25 645.3 $\pm$ 4 003.8
<i>t</i>		53.02	8.81	4.79	8.69
<i>P</i>		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨 论

加速康复外科(FTS)理念近年来在外科手术患者的围术期护理中应用越来越广泛, 该理念主要是在患者围术期间减少患者生理和心理上的创伤, 从而减少围术期的应激反应和并发症^[1], 缩短患者术后康复所需的时间。围术期患者的应激反应可来自于焦虑、恐惧、饥饿、麻醉、手术、疼痛等刺激^[6], 可影响患者术后的康复时间, 增加并发症发生的风险, 给患者及家属带来各种负担。故有必要减少患者围术期间的应激反应, 尤其是肝癌患者, 其各项生理功能有不同程度损害, 增加了围术期的不安全因素及护理难度。

国外学者认为, 术前 6 h 禁固体食物及 4 h 饮 500 mL 10% 的葡萄糖液并不会引起饱腹而增加麻醉的风险, 同时可显著减少常规术前禁食引起的应激反应^[7], 还可防止患者术后胰岛素抵抗^[8]。肝癌患者的手术由于未对消化道进行处理, 但对于长期便秘的患者则予口服石蜡油防止发生肝性脑病。肝癌患者在手术中体温过低可导致凝血酶活性降低, 从而增加术中

出血量且有发生心律失常的风险, 故应保持患者体温在 36~37℃ 为宜。肝癌切除手术中, 若病灶及肝切面处理较好, 则可有效减少术后引流量, 甚至有学者主张肝部分切除的患者不予常规放置引流管^[9], 但对于止血效果及创面处理不满意的患者, 则应术后引流, 24 h 后根据引流液的色、量及成分决定拔除时机。肝癌患者术后尽早活动及进食具有积极意义, 早期活动有利于各项功能的恢复从而避免深静脉血栓的形成^[5], 早期进食可刺激迷走神经兴奋, 有利于胃肠道的消化功能恢复, 不仅有利于患者恢复体力还可避免菌群不平衡。总之, 对于肝癌手术患者在围术期尽量减少对患者的生理和心理应激是快速康复外科护理的重要环节。

本研究中, 康复护理患者术后 2、5 d 肝功能恢复情况显著优于常规护理组($P<0.05$), 说明在围术期对肝癌手术患者实施加速康复外科护理, 有利于术后 ALT、TBIL、GLU 的降低及 ALB 的升高, 有利于肝功能恢复正常; 采用加速康复外科护理的患者术后一般情况显著优于常规护理组($P<0.01$), 说明在围术期对肝癌手术患者实施加速康复外科护理, 有利于患者为肠道功能恢复从而缩短术后肛门排气时间, 其生理功能增加恢复可使患者尽早下床活动, 以减少住院天数及减轻患者及家属的经济负担。

对肝癌手术患者在围术期实施加速康复外科护理是安全、可行的, 可有效促进患者胃肠功能及肝功能恢复, 可减少患者住院天数及减轻住院治疗的经济负担。

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] Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PH, et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery[J]. Br J Surg, 2006, 93(7):800-809.

[3] Pagana KD. 7 tips to improve your professional etiquette[J]. Nurs Manage, 2010, 41(1):45-48.

[4] 戴素良. 手术室护理相关危险因素的分析[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(18):56-57.

[5] 毛学惠, 张静静, 余广燕, 等. 腹腔镜辅助远端胃癌根治术 165 例效果观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(20):11-12.

[6] 杨湘红, 刘文领, 李娜, 等. 做好围术期心理护理减少围术期应激反应[J]. 河南外科学杂志, 2010, 16(5):107-108.

[7] Soop M, Nygren J, Myrenfors P, et al. Preoperative oral carbohydrate treatment attenuates immediate postoperative insulin resistance[J]. Am J Physiol Endocrinol Metab, 2001, 280(4):576-583.

[8] Koea JB, Young Y, Gunn K, et al. Fast track liver resection: the effect of a comprehensive care package and analgesia with single dose intrathecal morphine with gabapentin or continuous epidural analgesia[J]. HPB Surg, 2009, 161(12):27-34.

[9] Gurusamy KS, Samraj K, Davidson BR. Routine abdominal drainage for uncomplicated liver resection[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2007, 18(3):226-232.