

• 临床探讨 •

快速康复外科理念在后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术围术期中的效果评价

庄 丛

(海南省海口市人民医院儿科 570208)

摘要:目的 探讨快速康复外科(FTS)理念在后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术围术期中的应用效果。方法 选取 2013 年 12 月至 2015 年 5 月收治的腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术患者 124 例依照入院先后顺序依次交替归属为对照组和干预组,每组各 62 例,干预组患者接受 FTS 模式护理干预,对照组接受常规护理。记录两组患者术后下床时间、疼痛程度、首次进食时间、输液时间、术后住院时间、住院费用及术后并发症的情况。**结果** 术后干预组患者平均下床时间、术后 24 h 视觉模拟评分(VAS 评分)、首次进食时间、输液时间、术后住院时间、住院费用分别为(10.5±4.2)h、(16.5±4.2)分、(8.2±3.3)h、(2.5±1.0)h、(3.0±1.5)d、(2.1±0.4)万元,均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组并发症发生率为 4.84%,低于对照组的 17.74%,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组满意度为 98.39%,高于对照组的 77.42%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术围术期采用 FTS 护理模式能有效减少并发症的发生,且得到患者认可,值得在临床上进一步推广。

关键词:快速康复外科; 肾上腺肿瘤; 围术期; 并发症

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.18.059 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)18-2800-03

腹腔镜技术与传统开放手术相比,具有创伤小、出血少、住院时间短等优势。快速康复外科(FTS)是通过应用各种已证实有效的方法减少手术应激反应、降低并发症,从而达到加速患者康复,提高患者生存质量的目的,因此腹腔镜外科技术结合 FTS 的发展模式,已经成为当今外科手术的发展方向之一^[1]。后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术是治疗肾上腺肿瘤的金标准^[2],为更好地促进患者术后的康复,本研究将快速康复外科理念应用于后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术围术期中,收到良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院肾上腺肿瘤患者 124 例进行研究。纳入标准:年龄≥18 岁;经过病理检查确诊肾上腺肿瘤;行后腹腔镜下肾上腺切除术治疗者;神志清楚,表达流畅;患者本人或其代理人对本研究知情同意。排除标准:精神异常或不能正常理解和回答者;合并严重心血管疾病、神经系统疾病、运动系统疾病等;入组前 4 周参加过其他研究者。依照入院先后顺序依次交替归属为对照组和研究组,每组各 62 例。两组患者基础资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。本试验完全遵照赫尔辛基宣言。

表 1 两组患者基本资料比较

项目	研究组(n=62)	对照组(n=62)	χ^2/t	P
性别(男/女,n/n)	30/32	33/29	0.77	>0.05
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	53.15±5.04	54.03±4.98	0.59	>0.05
病程($\bar{x}\pm s$,年)	5.06±1.04	4.97±1.13	0.62	>0.05
体质量($\bar{x}\pm s$,kg)	65.48±12.41	66.09±12.28	0.91	>0.05
肿瘤位置(n)				
左	32	18	0.51	>0.05
右	30	34		
肿瘤直径($\bar{x}\pm s$,cm)	2.8±1.0	2.6±1.1	0.47	>0.05

1.2 方法 术前对患者进行充分的评估,对患者的不同症状采取针对性治疗措施,两组患者均由同一组医生完成手术,均采用气管插管静脉复合麻醉。其中对照组给予常规围术期处理,观察组在快速外科康复理念指导下,采用快速康复护理路径进行护理,具体护理措施如下见表 2。

1.3 观察指标 (1)疼痛评价:采用视觉模拟评分法(VAS),将一直线平分 10,用 0~10 分表示疼痛程度,0 分为无痛,10 分为剧痛。(2)满意度评价:环境布置 10 分,护患沟通 15 分,疼痛评估 20 分,疼痛处理措施 30 分,健康教育内容 25 分。>95 分为满意;≥90~94 分较满意;<90 分为不满意。于患者出院前对其进行问卷调查。本问卷经 3 位护理专家评价本问卷一致性信度系数 Cronbach's α 为 0.875,各维度的 Cronbach's α 系数在 0.790~0.933。(3)下床活动时间、首次进食时间、输液时间、住院时间、住院费用及并发症情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;以率或构成比表示计数资料,用 χ^2 检验,等级资料比较采用 Ridit 分析;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察指标比较 与对照组比较,研究组患者下床活动时间提前,其中研究组 24 h 内下床活动 61 例,活动率为 98.39%,对照组 29 例,活动率为 47.54%;VAS 评分下降,首次进食时间提前,输液时间、住院时间缩短,住院费用降低,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

2.2 两组患者并发症发生情况 两组患者均顺利出院,无死亡病例,对照组有 11 例发生并发症,研究组有 3 例发生并发症,研究组并发症发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

2.3 满意度比较 研究组满意度为 98.39%,对照组满意度为 77.42%,观察组患者满意度高于对照组 ($\chi^2 = 4.56, P<0.05$),见表 5。

表 2 快速康复护理路径

时间	干预措施
入院当天至术前 2 d	(1)医院环境及住院期间相关负责人(主管医生、护理等)介绍;由研究者指定护士对患者进行常规检查;并采用“一对一”的形式向患者介绍快速康复外科的相关内容,使患者快速了解护理措施的每个环节,取得患者的配合 ^[3] 。(2)告知患者疾病相关知识及治疗方法,提高患者对治疗和护理的依从性;根据患者的心理特点,及时做好心理疏导,缓解患者的内心压力,使其保持良好心态,积极配合治疗和护理 ^[4] 。
术前 1 d	(1)责任护士向患者介绍术后早期下床活动对呼吸、消化、循环、泌尿系统等有益影响,以及对患者精神状态、术后舒适度及促进康复的积极作用;(2)术前 6 h 禁食,术前 2~4 h 口服 10% 葡萄糖注射液 500 mL,术前无需机械性肠道准备。
手术日	(1)完成备皮;(2)术中除监测心率、血压等生命体征外,应着重监测患者体温的变化,并通过输入温液体(37 ℃),提高手术室温度(24~25 ℃)、温水腹腔冲洗等措施维持患者体温平衡 ^[5] ;(3)术中尽量缩减液体的输入量,主要采取收缩和扩张血管的药物来维持患者血压稳定。
术后第 1~3 天	(1)术后 6 h 由 2 名高级职称护士对患者进行早期下床活动评估 ^[6] ,对于符合早期下床活动标准的患者,首次下床活动安排在术后 8~24 h,时间为 5~10 min,首次下床活动后患者自我感觉良好术后第 1、2、3 天活动干预,第 1 天活动 2 次,每次 10~15 min;第 2 天活动 3 次,每次 15~30 min;第 3 天活动 3~5 次,每次 15~30 min,循序渐进,活动强度以患者不感觉疲劳为准,活动后由责任护士和患者签名;(2)进食流质食物,并渐过度到正常饮食;同时协助患者在床边站立活动 10~20 min。
术后 4 d 至 1 周	以舒缓、轻松、愉快的音乐为背景,引导患者想象美丽的自然景观或自己高兴的事情,以缓解焦虑、紧张情绪,使患者进行冥想放松训练,放松全身肌肉,缓解因神经功能紊乱而引发的不适,从而降低心理压力。并制订个性化的康复训练方案,指导患者进行床上活动、下床活动等功能锻炼,降低并发症发生率,从而加速患者康复。
出院前 1 d	嘱患者多休息,多喝水,坚持锻炼;禁食豆制品。嘱其注意保持良好的生活习惯,少饮酒,少抽烟。

注:在护理实施前均对患者的基础资料,包括年龄、性别、家庭状况、基础疾病病历资料等进行综合分析,并对患者做出全面评估,建立个人健康信息档案

表 3 两组干预后患者各项观察指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	下床活动时间(h)	VAS 评分(分)	首次进食时间(h)	输液时间(h)	住院时间(d)	住院费用(万元)
对照组	62	26.1±5.2	22.1±5.2	16.4±3.7	3.3±1.7	4.6±1.3	2.3±0.7
研究组	62	10.5±4.2	16.5±4.2	8.2±3.3	2.5±1.0	3.0±1.5	2.1±0.4
χ^2		10.32	4.22	9.49	5.97	4.80	4.07
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 4 两组并发症发生情况[n(%)]

组别	n	恶心呕吐	泌尿系统感染	发热	腹胀	下肢静脉血栓	合计
观察组	62	2(3.23)	0(0.00)	1(1.61)	0(0.00)	0(0.00)	3(4.84)
对照组	62	3(4.84)	1(1.61)	2(6.45)	4(6.45)	1(1.61)	11(17.74)
χ^2		0.24	0.87	0.58	0.93	0.87	4.89
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

表 5 两组满意度比较

组别	n	满意 [n(%)]	较满意 [n(%)]	不满意 [n(%)]	满意度 (%)
对照组	62	27(43.55)	21(33.87)	14(22.58)	77.42
观察组	62	50(80.65)	11(17.74)	1(1.61)	98.39*

注:与对照组比较,* P<0.05

3 讨论

手术作为一种应激源给患者带来了诸多生理和心理上的痛苦与不适,而降低这种痛苦与不适,提高患者舒适度,保障患

者得到系统、全面、个性化、专业化护理服务,成为目前优质护理服务的重要组成部分^[7]。自从腹腔镜技术在临床应用以来,其以创伤小、恢复快、出血少等优势受到了广泛的认可,但由于腹腔镜技术需建立人工气腹,造成腹压大于血流静脉回流的压力,导致静脉血流学的改变,易引发下肢静脉血栓形成;同时由于手术的侵入性操作不可避免的会对患者造成了创伤,患者在手术的创伤应激状态下,机体发生一系列的神经内分泌改变^[8],从而加速机体代谢,引发内环境紊乱,致使术后恢复较慢。近年来,随着泌尿外科手术水平的提高,护理理念的转变,快速康复外科理念应用于泌尿外科围术期护理,能够提高手术

疗效,降低术后并发症的发生率,促进患者的术后康复^[9]。本研究表明快速康复外科理念应用于后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术围术期护理,能够加快患者术后康复速度,缩短住院时间,减轻患者的经济负担,降低术后并发症的发生率,提高治疗的整体疗效,改善患者的预后质量。

入院时及术前护理时,根据对患者的全面评估,针对性给予心理疏导,消除患者的内心紧张、恐惧等负面情绪,使其保持良好心态,积极配合治疗和护理,降低手术应激反应,同时,将疾病相关知识、治疗方法等详细讲述给患者及其家属,提高其对疾病的认知度和治疗依从性^[10]。与对照组不同,在以快速康复外科理念为基础的护理中,术前缩短禁食、禁水时间,并于术前晚口服糖水 500 mL,以维持患者血糖稳定;适时给予营养物质,有利于术后体力恢复,降低应激反应及术中风险,另外,术前常规肠道清洁灌肠处理,容易增加患者术中不适,引起水电解质紊乱,而在快速康复外科理念中,术前无需机械性肠道准备,根据患者的实际情况,进行术前肠道准备。术中合理调整室温,做好保暖措施,有效降低体温应激反应。术后充分镇痛,不仅可以提高患者舒适度,还能促进患者早期下床活动,降低并发症发生率。与对照组不同,快速康复外科为基础的护理中,患者术后可少量进水及流质饮食,根据胃肠功能恢复情况,逐渐增加食量,过渡为普通饮食。根据患者的恢复情况,并制订个性化的康复训练方案,指导患者进行床上活动、下床活动等功能锻炼,降低并发症发生率,从而加速患者康复。

综上所述,快速康复外科理念应用于后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术围术期护理,能够加速患者的康复速度,提高患者的预后质量,值得临床推广。

参考文献

[1] 江志伟,黎介寿.快速康复外科——优化的临床路径[J].

(上接第 2736 页)

仅是小创伤,虽然大鼠神经元有所损失,但仅仅是差异有统计学意义($P < 0.05$),在形态学上仍无明显凋亡^[10],故对大鼠认知功能影响性相对较少,多数神经元损伤后经过机体激活其潜在功能,对受损部分脑区得到代偿,其认知功能也有所恢复,故在形态学上帕瑞昔布钠是否有影响这仍值得进一步探讨。

参考文献

- [1] 刘海,陈刚,王志红,等.帕瑞昔布钠超前镇痛对老年患者应激、炎性反应及术后认知功能的影响[J/CD].中华临床医师杂志(电子版),2014,9(12):2238-2241.
- [2] 李勇.帕瑞昔布钠对老年大鼠术后认知能力的影响[D].泸州:泸州医学院,2014.
- [3] 胡现斌,张树兵,王磊,等.帕瑞昔布钠对前列腺电切术后认知功能和白介素-6 的影响[J].临床合理用药杂志,2015,1(7):55-56.
- [4] 杨扬,屠伟峰,邓丽珍,等.帕瑞昔布钠不同方式预先给药对神经病理性疼痛大鼠行为学的影响[J].广东医学,2014,3(12):1809-1813.

中华胃肠外科杂志,2012,15(1):12-13.

- [2] 黄建生,房杰群,方烈奎,等.腹腔镜手术切除巨大肾上腺肿瘤(附 15 例报告)[J].临床泌尿外科杂志,2014,29(1):10-11.
- [3] 田昕玉,郑瑾.FTS 理念在泌尿外科后腹腔镜手术病人围术期护理的应用性研究[J].护理研究,2012,26(11):3104-3107.
- [4] 唐冰,许燕玲.快速康复外科理念在结直肠癌术后患者管道管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2014,49(3):368-370.
- [5] Kibler VA, Hayes RM, Johnson DE, et al. Cultivating quality: early postoperative ambulation; back to basics [J]. Am J Nurs, 2012, 112(4): 63-69.
- [6] 姜立荣,顾则娟,王蓓,等.快速康复外科理念在术后早期饮水、下床活动的应用[J].江苏医药,2011,37(17):2101-2102.
- [7] 刘林,许勤,陈丽.腹部外科手术患者早期下床活动的研究进展[J].中华护理杂志,2013,48(4):368-370.
- [8] 刘小兰,金玉琴,杨丽君,等.快速康复外科理念在肝胆外科手术围术期护理中的应用[J].中国实用护理杂志,2010,26(30):17-19.
- [9] 董春琴,傅文珍,傅亚飞,等.快速康复外科理念在肾上盏入路经皮肾镜取石术围术期护理中的应用[J].中华现代护理杂志,2014,20(17):2102-2105.
- [10] 丁萍,金宗兰,杨巧兰,等.早期下床活动对后腹腔镜下肾上腺肿瘤切除术患者舒适度的影响[J].中华现代护理杂志,2015,21(27):3258-3260.

(收稿日期:2017-02-29 修回日期:2017-04-19)

- [5] 吕帅国,卢锡华,董铁立,等.帕瑞昔布钠对大鼠肺缺血再灌注损伤炎症反应的影响[J].中华实验外科杂志,2015,32(5):1084-1086.
- [6] 罗康.帕瑞昔布钠对急性肺损伤炎症反应的调控作用及机制[D].衡阳:南华大学,2014.
- [7] 石筱,苏凯,程桥,等.地佐辛、帕瑞昔布钠对切口痛大鼠行为的影响[J].中国卫生产业,2012,12(14):40.
- [8] 刘文杰,林文前,李慧婷,等.紫杉醇诱发肺损伤的机制及帕瑞昔布钠的干预作用[J].中山大学学报:医学科学版,2013,34(3):407-414.
- [9] 温开兰,杨孟昌,刘少星,等.不同浓度帕瑞昔布钠预处理对大鼠局灶性脑缺血-再灌注损伤保护作用的研究[J].实用医院临床杂志,2015,6(5):74-77.
- [10] 刘少星,刘丹彦,吴会生,等.帕瑞昔布钠预先给药对大鼠局灶性脑缺血再灌注损伤的影响[J].中华麻醉学杂志,2010,30(8):1009-1011.

(收稿日期:2017-03-19 修回日期:2017-05-27)