

肝血管瘤患者围手术期快速康复的效果研究

李亚琼 杨波* 周庆湘

中南大学湘雅二医院普外一区 湖南长沙 410011

[摘要] 目的 探讨对肝血管瘤患者进行围手术期快速康复的临床效果。**方法** 随机选取某三甲医院 2015 年 1 月 -2017 年 4 月收治的经过全麻进行开腹手术治疗的肝血管瘤患者 156 例作为研究对象, 随机分为对照组 (78 例, 进行常规的护理) 和观察组 (78 例, 进行快速康复护理), 比较两组患者住院天数和护理的满意程度以及并发症发生的概率。**结果** 观察组患者平均住院天数、并发症发生概率明显低于对照组, 观察组患者总满意率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 术后第 1d、3d 与 5d 观察组的 VAS 疼痛评分均明显低于对照组, 差异比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 快速康复护理可有效缩短肝血管瘤患者住院时间, 减少并发症的发生, 增加患者的满意程度, 促进医患关系的和谐, 值得临床大力推广使用。

[关键词] 肝血管瘤; 围手术期; 舒适护理

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 06-148-03

快速康复护理是一种在患者心理、生理等多方面进行规范化、人性化、个体化护理的方案, 主旨是缩短患者的住院时间、减轻患者治疗的痛苦、提高患者对于治疗的满意程度、降低患者经济上的负担, 提高就医的满意度。肝血管瘤是常见的肝脏良性肿瘤, 在肝良性肿瘤中约占 84%, CT、彩超的普及明显提高肝血管瘤的诊断率。肝血管瘤的患者大多数无症状, 部分患者由于肿瘤较大压迫而出现肝肿大、腹胀、腹痛等症状, 治疗最有效的方式为手术切除^[1-2]。为了进一步研究快速康复护理在围手术期的临床效果, 随机选取某三甲医院 156 例患者进行研究, 具体报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取某三甲医院 2015 年 1 月 -2017 年 4 月收治的经过全麻进行开腹手术治疗的肝血管瘤患者 156 例作为研究对象。纳入标准: 患者神志清楚, 无沟通障碍, 无糖尿病、高血压等基础疾病者, 排除标准: 既往有精神病史, 伴有认知和沟通障碍者。将 156 例患者随机分为对照组和观察组各 78 例。对照组有男 42 例, 女 36 例, 年龄 30 岁 -65 岁, 平均 (40.49 ± 5.55) 岁。观察组有男 40 例, 女 38 例, 年龄 32 岁 -68 岁, 平均 (44.29 ± 4.39) 岁。两组患者均对此次试验知情同意且签署知情同意书, 性别、年龄、疾病类型等基础资料相比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者进行常规的治疗检查, 护理人员对对照组实施常规围手术期护理。

1.2.2 观察组患者在常规护理基础上进行快速康复护理, 具体内容包括:

1.2.2.1 术前宣教及手术准备

医护人员在患者入院后积极解答患者提出的问题并讲解疾病相关的知识, 帮助患者熟悉医院的环境, 疏导其不良的情绪, 讲解成功的案例增加患者治疗的信心, 提高患者和家属的依从性。发放术前健康宣教手册, 讲解舒适护理的方法及优势。做好术前常规的检查 and 准备, 同时向患者讲解手术的麻醉方式、手术过程以及术后可能出现的不良反应以及相应的处理措施, 减轻患者紧张、焦虑的情绪。协助患者手术前吹气球增加肺活量, 戒烟、酒, 术前两天禁止食用咖啡等兴奋性的食物, 保证清淡的饮食, 术前做好肠道准备。同时, 需在术前 12h 对患者禁食、术前 6h 禁水, 手术前一晚对患者

实施灌肠操作, 并且要在手术前的 4h 左右让患者饮下浓度为 10% 的 400mL 葡萄糖水, 以充分做好肠道准备工作。

1.2.2.2 置管处理操作

在实施临床手术前, 对患者进行胃管置入, 带患者苏醒后即可将其拔除, 而置入的尿管可在手术后的 24h 之内将其拔除。

1.2.2.3 术中保温

术中控制手术间温度, 被单厚薄适宜, 尽量减少患者皮肤暴露, 静脉输液输血时加温输注。

1.2.2.4 术后疼痛护理

术后当天, 密切观察各项生命体征的变化, 以及引流物的性质、颜色、量的变化, 妥善固定引流管及引流袋。应用数字疼痛量表 (NRS) 以及面部表情疼痛量表, 动态评估患者疼痛级别, 按照疼痛评分级别采取不同镇痛措施。必要时, 可给予患者适当剂量具有预防性质的镇痛药、阿片类镇痛药物进行口服, 并使用多模式的联合镇痛管理方法实施临床镇痛管理, 多数患者会因疼痛产生一定程度烦躁不安、心情抑郁等情绪, 护理人员应根据患者具体情况对其实施具有针对性心理疏导, 对患者进行安慰、鼓励, 同时也可使用播放视频、轻音乐等方法帮助患者转移注意力, 从而减轻其临床疼痛感。使用波动式气垫床, 协助家属进行足底按摩, 进行 VTE 评估, 有针对性的采取护理措施, 预防压疮及下肢静脉血栓形成。第二天, 鼓励患者嚼口香糖, 促进肠蠕动恢复。协助拍背排痰, 进行氧气雾化。协助医生评估病情, 尽早拔除胃管和导尿管, 减少咽喉不适等。

1.2.2.5 术后锻炼指导

术后第三天, 护理人员应对患者的恢复情况、预后效果进行评估, 可在手术后的 6h 之内鼓励患者翻身、下床活动, 提供滚轮式可移动输液架, 可悬挂输液瓶及引流袋, 方便下床活动。保持地面干净整洁, 预防跌倒。病房内走廊地上贴有卡通距离计量标识, 以 100 米为一圈, 按患者术后恢复情况进行慢走, 每天逐步提高运动量, 有助肠蠕动恢复, 及预防压疮与血栓形成。

1.2.2.6 术后饮食指导

术后 6h 后, 可给予患者适量的温水待患者肛门排气、肠道功能恢复后可以进食少量的流质食物, 逐渐过渡到半流质、软食等食物, 饮食要避免辛辣、油腻等食物, 以清淡为主。

1.2.2.7 出院指导

术后第五天, 做好出院指导, 保持伤口敷料干燥, 及时复诊。安排专门的护理人员对于两组患者手术的情况进行详

* 通讯作者: 杨波。

细的检测和记录。

1.3 观察指标^[3]

比较两组患者的住院时间、对护理满意程度、术后疼痛评分情况以及并发症发生概率。满意度调查采用 WHO 的住院精神卫生服务满意程度调查量表，根据所需项目组成护理的服务满意度量表。分为满意、较满意和不满意。总满意率 = 满意 + 较满意。

疼痛程度判定标准：以 0—10 分为分数值范围，其中 0 分表示患者无疼痛感；0—3 分为轻微疼痛，可忍受，对生活无影响；4—6 分为中度疼痛，对患者睡眠造成影响，但在可忍受的范围之内；7—10 分为剧烈疼痛，无法忍受。

1.4 统计学处理

采用 Spss15.0 软件处理，(%, n) 表示计数资料结果， χ^2 检验；($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料结果，t 检验；P < 0.05 为差

异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后情况比较

结果显示，观察组患者平均住院天数低于对照组，差异有统计学意义 (P < 0.05)，详细情况见表 1。

表 1: 两组患者平均住院天数、住院费用情况比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	住院天数 (d)
观察组	78	9.53 ± 1.05 ^c
对照组	78	11.98 ± 1.76

注：与对照组比较，^aP < 0.05、^bP < 0.05、^cP < 0.05。

2.2 患者对护理的满意度比较

结果显示，观察组患者总满意率明显高于对照组，差异有统计学意义 (P < 0.05)，详细情况见表 2。

表 2: 患者对护理的满意程度比较 [n(%)]

组别	例数	满意	较满意	不满意	总满意率
观察组	78	51 (65.38)	24 (30.76)	3 (3.84)	75 (96.15) *
对照组	78	42 (53.84)	28 (35.89)	8 (10.25)	70 (89.74)

注：与对照组比较，*P < 0.05。

2.3 并发症发生概率比较

结果显示，观察组并发症发生概率明显低于对照组，差异有统计学意义 (P < 0.05)，详细情况见表 3。

表 3: 并发症发生概率比较 [n(%)]

组别	例数	肺部感染	压疮	疼痛
观察组	78	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (3.84)
对照组	78	2 (2.56)	3 (3.84)	10 (12.82)

注：与对照组比较，*P < 0.05。

2.4 术后疼痛情况比较

结果比较，观察组患者术后第 1d、第 3d 与第 5d 的 VAS 疼痛评分均明显小于对照组，差异笔记有统计学意义 (P < 0.05)，见表 4。

表 4: 两组术后 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	路数	第 1d	第 3d	第 5d
观察组	78	3.41 ± 1.15*	2.56 ± 0.62*	1.21 ± 0.38*
对照组	78	5.78 ± 1.28	4.69 ± 0.97	2.96 ± 0.98

注：同对照组相比，*P < 0.05。

3 讨论

肝血管瘤是良性的肿瘤，一般的患者手术前的情况比较好，对于手术后的恢复状况也抱有较大的期望^[4-5]。本次观察组在手术前给予患者全面的心理护理，有效的心理护理（包括心理支持、放松训练、健康宣教等）有效提高患者的认知程度，改善患者心理状态，提高患者对于情绪的调节能力^[6-9]。同时结合每位患者的具体病情进行针对性的护理可以有效缓解患者手术后的不适感，减少不良反应的发生。同临床常规护理模式相比，使用快速康复护理方法对肝血管瘤患者实施护理的应用效果更加明显，快速康复护理在实施临床护理过程中，更加重视理性的对患者实施围术期护理措施，护理人员会对患者术后可能出现的具体情况加以评估，除对患者实施生理护理外，也会注重患者的心理状态，根据患者的具体情况实施心理疏导，不断进行鼓励和帮助，使患者缓解不良情绪、减轻心理压力，从而更好的对术后应激情况的发生予以抵抗，

让患者更加快速的恢复身体，充分发挥临床治疗辅助的效果。根据相关研究结果显示，导致患者术后出现应激反应的一个主要原因，是术后产生的胰岛素抵抗情况，使患者身体的分解代谢情况明显增加。若在术前给予患者适量的碳水化合物予以补充，能够在很大程度上缓解患者在术前出现焦虑不安、口渴以及饥饿等症状，可对术后应激情况的发生进行控制。本次便是在术前给予患者适当葡萄糖液进行口服，来帮助减少术后患者应激反应发生的可能性。另外，在实施快速康复护理的过程中，护理人员应尽可能早的让患者进行饮食，主要原因为食物可让患者的迷走神经发生兴奋，可最快速度的促进患者胃肠道功能的恢复，让患者提高食欲，尽早进食，从而不断增强身体的抵抗力，有利于身体的尽快恢复。通过试验得出结果：观察组患者平均住院天数、并发症发生概率明显低于对照组，观察组患者总满意率明显高于对照组，差异有统计学意义 (P < 0.05)。本组研究与周小琴^[10]等学者的研究结论相一致，精心的手术前准备和手术后的护理使患者得到良好治疗效果的基础，通过根据每位患者的不同情况制定相应的具有针对性的护理措施，做好并发症的观察和预防性的护理工作，有效的缓解患者不适感，增加其战胜疾病的信心，更好的促进患者的康复。

以上总结，舒适护理可有效缩短肝血管瘤患者住院时间，节约患者住院费用，减少并发症的发生，增加患者的满意程度，提高患者的康复能力，促进医患关系的和谐，值得临床大力推广使用。

【参考文献】

- [1] 崔连凤. 胸外科患者心理护理分析 [J]. 大家健康, 2013, 7 (1B): 169.
- [2] 王海红, 付淑云. 护理干预对 CT 引导下经皮肺穿刺活检术患者并发症的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26 (5A): 41-42.
- [3] 诸纪华, 杨淑娟, 程贵琴. 28 例心内直视术后应激性高血糖患儿的护理 [J]. 中华护理杂志, 2012, 47 (6): 508-509.
- [4] 曹萌萌. 健康教育和呼吸功能训练在心胸外科患者围术期综合应用的研究 [J]. 国际护理学杂志, 2012, 31 (7):

(下转第 151 页)

限度静脉压的作用，可有效地防止下肢血栓形成。

1.2.6 药物预防

抗凝药物是预防深静脉血栓形成的重要方法之一。低分子肝素半衰期长，皮下注射生物利用度高，出血危险性小^[5-6]。已被广泛应用于骨科手术后静脉血栓的预防。用药期间应注意患者是否有全身皮肤、黏膜的出血点，是否有牙龈出血、鼻衄、消化道出血及血尿等情况。定时检测血小板数量及各项凝血参数。

1.3 观察结果

通过观察患者包括 DVT 在内的并发症发生率以及电话随访患者及家属的满意度，了解预见性护理的效果。

1.4 统计学分析

本次研究采用统计软件 SPSS19.0 进行统计学分析，并发症发生率比较采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 DVT 发生率的比较

通过两组 DVT 发生率的比较发现，接受预见性护理模式指引的连续 100 例下肢大手术患者无一例出现下肢深静脉血栓，与对照组比较具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 实验组与对照组 DVT 发生的比较

组别	n	DVT 例数	发生率 (%)	χ^2	P
实验组	100	0	0	4.026	0.045
对照组	127	5	3.9		

2.2 患者满意度比较

通过电话随访的结果可见，接受预见性护理模式指引的患者总体满意度达到 99.0%，高于采用常规护理方法的对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2: 实验组与对照组满意度的比较

组别	n	满意	较满意	不满意	χ^2	P
实验组	100	91 (91.0)	8 (8)	1 (1.0)	4.922	0.046
对照组	127	102 (80.3)	16 (12.5)	9 (7.0)		

3 讨论

DVT 是骨科大手术后常见的并发症之一，一旦发生，可能造成严重后果^[7]。DVT 的发病因素很多，静脉血管壁损伤、血流缓慢和血液高凝状态是公认的形成下肢 DVT 的三大因素^[8]。一般接受骨科大手术治疗的患者年龄往往较大，如此次研究的 100 例患者，平均年龄 53.6 岁，部分患者合并了高血压、糖尿病以及肥胖等基础疾病，从而使血液处于高凝状态，加之创伤等因素造成活动受限，尤其是下肢活动的明显减少，更使得 DVT 的发病可能大大增加。另外，手术的创伤可能造成血管壁的损伤，也使得 DVT 发生的可能进一步增加。因此，对接受骨科大手术患者的护理应是多方面的，不能满足于以往的常规护理。对 DVT 发生有较高危险因素的患者，更应采取个体化的护理指引，从而有效降低该并发症的发生率。

预见性护理指引模式是将专业的理论知识、护理技能、临床实际以及患者的个体化因素紧密的结合在一起进而针对特定的临床问题进行特殊护理干预的一种护理模式。预见性护理强调了护理的主动性、灵活性、科学性、人文性、完整性。在预见性护理指引下，能够促进医患双方更加积极主动的参与疾病的诊疗与康复当中去，也能够更加有效的预防一些潜在并发症的发生，使患者得到更好的照顾。

我科近些年来在常规护理的基础上逐渐采用了预见性护理指引的模式，尤其对一些接受骨科大手术治疗，并发症危险因素较多的患者，根据患者的具体情况，制定了个体化的护理计划，取得了较为满意的效果。在此次研究的 100 位接受骨科大手术的患者中，无一例 DVT 的发生。

综上所述，对接受骨科大手术的患者实施预见性护理指引，不仅可以缩短患者住院时间，减少 DVT 等并发症的发生，提高患者满意度，改善患者生活质量，也促进了医患之间的沟通，有利于医疗诊治的规范化、科学化，使得医院能够更好地为患者服务。预见性护理模式在我科取得了不错的效果，其相关经验值得进一步的推广与学习。

【参考文献】

- [1] 徐冬云. 130 例老年骨折患者的预见性护理效果观察 [J]. 山东医药, 2010, 50(22):83.
- [2] 邵华. 骨科大手术后下肢深静脉血栓形成的预防和护理观察 [J]. 中国实用医药, 2011, 06(3):212-3.
- [3] 邵世坤. 低分子肝素防治人工关节置换术感染静脉血栓形成的临床观察 [J]. 骨与关节损伤, 2004, 1(8):569.
- [4] 封志英. 介绍一种指压按摩解除卧床患者便秘的方法 [J]. 中华护理杂志, 2004, 39(7):491.
- [5] 陈东峰, 余楠生. 低分子肝素联合间歇充气加压预防人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成 [J]. 中华骨科杂志, 2006, 26(12):823-6.
- [6] 邵世坤. 低分子肝素防治人工关节置换术感染静脉血栓形成的临床观察 [J]. 骨与关节损伤, 2004, 1(8):569.
- [7] 金红. 高龄股骨颈骨折术后深静脉血栓形成的预防护理 [J]. 当代医学, 2010, 16(21):97.
- [8] 曹洪, 李伟, 谢祥仁. 骨科术后深静脉血栓形成的治疗概况 [J]. 医学综述, 2008, 4(2):275-8.

(上接第 149 页)

1266-1268.

[5] 殷小容, 杨娟, 郭利娟, 等. 麻醉苏醒室患者低氧血症的护理 [J]. 华西医学, 2011, 26(9):1407-1408.

[6] 郑文美, 祁海鸥, 陈肖敏, 等. 108 例全身麻醉留置胸腔气插管患者麻醉恢复期的护理 [J]. 中华护理杂志, 2011, 46(1):39-41.

[7] 马少华, 孙宇, 杜长征, 等. 肺硬化性血管瘤的诊治

[J]. 中国肺癌杂志, 2011, 14(8):674-678.

[8] 王开阳, 傅华群. 肝血管瘤的外科治疗现状及手术指征 [J]. 中华肝胆外科杂志, 2011, 17(9):701-702.

[9] 郑亚民, 王悦华. 李非肝血管瘤外科治疗的研究进展 [J]. 肝胆外科杂志, 2013, 21(1):73-75.

[10] 周小琴, 卢榜裕, 蔡小勇, 等. 腹腔镜肝血管瘤手术 43 例疗效分析 [J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(4):2205-2208.