



探讨快速康复护理对脾切联合断流术患者的康复效果

朱燕兰 (柳州市人民医院普通外科二病区 广西柳州 545006)

摘要: 目的 探究快速康复护理对脾切联合断流术患者的康复效果。方法 本文观察对象选自我院2017年10月-2019年1月期间治疗的80例行脾切联合断流术患者。采用国际随机字母表法将80例患者等分为实验组和参照组,参照组采用常规护理方法,观察组给予快速康复护理干预,对两组患者的康复效果进行对比分析,比较两组患者术后康复情况及并发症发生情况。结果 实验组排气时间、进食时间及住院时间明显低于参照组;实验组和参照组患者切口感染、胸腔积液、肺部感染及深静脉血栓等并发症发生率分别为5.00%和17.50%,两组差异明显具有统计学意义($P<0.05$)。结论 快速康复护理对脾切联合断流术患者康复效果显著,不仅保证了手术效果和患者生存质量,而且降低了术后并发症发生率,促进患者尽早康复,值得在临床中推广应用。

关键词: 快速康复护理 脾切联合断流术 康复效果 并发症

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 02-061-02

肝硬化脾切除联合断流手术是门脉高压一种理想的治疗方法,在肝硬化门脉高压症治疗中得到广泛应用。肝硬化脾切患者确诊时大多病情已到中晚期^[1],患者伴有程度不一的营养不良表现,由于术中患者遭受一定创伤,肝功能损害严重,因此术后康复成为护理关注的重点问题。快速康复护理起源于上个世纪,主要是通过一系列经循证医学研究证实的围手术期优化措施,减少术后患者机体创伤应激反应^[2],加速患者康复速度。为进一步准确评价快速康复护理对脾切联合断流术患者的康复效果,本次研究选取近年来我院收治的80例行脾切联合断流术患者,现将试验结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

本文观察对象选自我院2017年10月-2019年1月期间治疗的80例行脾切联合断流术患者。所有病例均符合肝硬化门脉高压临床症状确诊标准。采用国际随机字母表法将80例患者等分为实验组和参照组,实验组患者年龄25-76岁,其中男女比例为27:13,平均年龄为(48.72±10.63)岁;参照组患者年龄26-77岁,其中男女比例为28:12,平均年龄为(48.59±10.71)岁。其中乙型肝炎后肝硬化48例,血吸虫性肝硬化19例,酒精性肝硬化6例,不明原因肝硬化7例。根据国际肝功能Child pugh分级,A级56例,B级24例。本次试验两组患者基本资料比较差异不大,无统计学意义($P>0.05$),具有临床对比性。本次研究经我院伦理委员会讨论批准,获得研究权限,且患者自愿签署知情书。

1.2 方法

参照组采用常规护理方法,术前指导患者作手术准备,术前12h禁食,6h禁水。实验组给予快速康复护理干预,主要操作方法如下:①术前护理:由于门脉高压症患者病情重,且并发上消化道出血症状,因此患者及家属心理压力,缺乏对疾病健康知识了解,因此护理人员主动向其讲述治疗方法和手术注意事项,疏导患者及家属紧张、焦虑的情绪,缓解患者术前恐惧心理。此外注重改善患者全身营养状况,为手术实施提供良好的机体,保护肝脏功能,预防腹内压增高诱发出血因素出现;术前1d使用石蜡油棉球润滑清洗患者腹部、肚脐及内脏物,然后用浓度为75%的乙醇棉签多次擦拭手术部位;术清晨置入胃管,首先使用温水浸泡软化胃管,然后患者口服30ml石蜡油预防诱发急性消化道出血。②术后护理:首先基础性护理,患者接受全麻加连续硬膜外麻醉,术后监测患者各项生命体征,监护心电图变化,观察意识清醒及皮肤黏膜情况,术后3d每日监测血常规、电解质及肾功能状况。其次引流管护理,保证胃管有效引流,每日观察并且统计引流液的流量、颜色及性状,如胃管不慎脱落禁止盲目插入,避免戳穿吻合部位。最后术后早期并发症护理。为预防便秘,进食应以高热量、高蛋白和高纤维食物为主,保持积极乐观的心态,消除紧张、焦虑等不良情绪,鼓励患者床上四肢活动,促进机体各项功能的康复。

1.3 观察指标

对两组患者的康复效果进行对比分析,比较两组患者术后康复情况及并发症发生情况。

1.4 统计学处理

使用统计学软件SPSS19.0对两组患者治疗数据处理分析,使用标准差($\bar{x} \pm s$)来代表计量资料,用t来检验;则运用%来代表计数资料,以 χ^2 验证, $P<0.05$ 说明具有统计学意义^[3]。

2 结果

2.1 两组患者康复效果比较

实验组排气时间、进食时间及住院时间明显低于参照组,差异明显具有统计学意义($P<0.05$),详见表1。

表1: 两组患者康复效果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	排气时间 (h)	进食时间 (h)	住院时间 (d)
实验组	40	21.16±2.53	9.22±1.29	6.69±1.57
参照组	40	46.21±8.97	47.30±9.18	11.33±3.69
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者术后并发症发生情况比较

实验组和参照组患者切口感染、胸腔积液、肺部感染及深静脉血栓等并发症发生率分别为5.00%和17.50%,两组差异明显具有统计学意义($P<0.05$)。详见表2。

表2: 两组患者术后并发症情况比较

组别	例数	切口感染	胸腔积液	肺部感染	深静脉血栓	发生率 (%)
实验组	40	1	1	0	0	5.00
参照组	40	2	2	2	1	17.50
P	/	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

随着快速康复护理在外科的发展,对患者取得了良好的干预效果,明显缩短患者术后康复时间,减少住院时间,降低并发症的发生,保证了患者生存质量,有助于减轻患者医疗费用及经济负担。根据资料文献报道^[4],术前患者常规禁食、禁水能够加重患者在围手术期的应激反应,造成围手术期患者低血糖、低蛋白及出血等并发症的发生;术后患者麻醉清醒后留置胃管及尿管会引发不适应症状,快速康复护理采取早期并发症护理措施,可有效减轻上消化道出血、切口感染及胸腔积液等发生率,减轻患者的痛苦,对于促进患者术后康复具有积极作用。在脾切联合断流术围手术期可有效增强患者肢体活动,以快速康复理念指导患者及家属注重康复护理方案,保证正确留置胃管、尿管,确保引流液的畅通^[5],避免导管弯折、扭曲,并且重视患者心理护理,减轻不良情绪对术后康复的干扰。本次研究结果显示,实验组患者在快速康复护理指导下,进食时间、排气时间和住院时间大大缩短,明显低于参照组常规护理,且术后并发症发生率仅为5.0%,明显低于参照组并发症发生率17.50%,差异明显具有统计学意义($P<0.05$)。本次研究结果证实快速康复护理对脾切联合断流术患

(下转第64页)



均短于对照组 ($P<0.05$) 详见表 1。观察组患者术后无并发症发生, 对照组中有 1 例患者术后发生伤口感染, 经抗菌治疗后好转, 两组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。手术时间比较差异无统计学差异。

表 1: 两组患者术中术后指标比较

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	肛门排气时间 (h)	住院时间 (d)
观察组 (n=24)	72.4±9.4	47.9±10.4*	26.9±3.4*	7.5±1.3*
对照组 (n=24)	67.9±8.4	73.5±14.8	35.5±4.5	12.2±1.8

* $P<0.05$

2.2 术后疼痛情况

观察组术后 1d, 3d, 5d 的 VAS 评分均显著低于对照组 ($P<0.05$), 详见表 2。观察组术后镇痛药物使用率为 16.67% (4/24), 对照组术后镇痛药物使用率为 50% (12/24), 观察组镇痛药物使用率明显低于对照组 ($P<0.05$)。

表 2: 两组 VAS 评分比较

组别	1d	3d	5d
观察组 (n=24)	3.3±0.8*	2.1±0.6*	0.9±0.4*
对照组 (n=24)	5.4±1.1	3.7±0.8	1.8±0.4

* $P<0.05$

3 讨论

老年人由于胃肠功能及机体修复机能减退, 胃部活动期溃疡极易进展形成胃穿孔^[5], 胃穿孔往往引起一系列严重并发症, 即时手术是降低并发症发生的关键措施, 研究显示发现胃穿孔手术时间越早越能患者临床治愈率, 减少并发症发生^[6]。老年患者行穿孔修复时必须考虑其身体素质、手术耐受性及基础疾病等一系列重要因素, 以保证手术安全。

腹腔镜技术以微创治疗理念和技术为依据, 大大降低了多种手术的风险, 其在胃肠道外科的应用不断得以推广。在消化性溃疡引起的胃穿孔治疗时运用腹腔镜技术可以清晰准确地观察穿孔部位, 大小及形态^[7], 由于腹腔镜具有放大手术视野作用, 术中可以探查范围较广, 可以减少误诊和漏诊的发生。同时由于腹腔镜技术手术切口较小, 可以减少腹腔器官暴露, 减少手术引起腹腔粘连、肠梗阻、和切口感染等不良事件发生^[8, 9]。另外由于腹腔镜手术切口与开腹手术相比切口较小, 这对减轻患者术后疼痛和加快恢复速度等方面均有积极作用。

本研究对比结果显示, 腹腔镜胃穿孔修复术与常规开腹胃穿孔修复手术相比, 其手术用时无明显增加, 腹腔镜胃穿孔修复术可减少

术中出血量 ($P<0.05$), 缩短术后肛门排气时间和住院时间 ($P<0.05$), 同时可减轻患者术后疼痛程度 ($P<0.05$), 减少术后镇痛药物使用率 ($P<0.05$), 无手术相关并发症发生。因此, 在有相应技术条件下在老年胃溃疡合并胃穿孔患者中实施腹腔镜胃穿孔修复术将取得更好效果。

综上所述, 老年胃溃疡合并胃穿孔患者应用腹腔镜胃穿孔修复手术可加快患者康复速度, 减轻患者疼痛程度, 并且很少产生手术相关并发症, 因此腹腔镜胃穿孔修复术值得在老年胃溃疡合并胃穿孔患者中实施。

参考文献

- [1] Jayanthi NV. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer—Technical tip[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2013, 23(4):e145–e146.
- [2] Ambrosini L, Saleh F, Jimenez MC, et al. Mol1797 laparoscopic versus open surgical management of perforated peptic ulcer: a comparison of outcomes. Gastroenterology, 2014, 146(5):S1073–S1074.
- [3] Coimbra C, Bouffieux L, Kohnen L, et al. Laparoscopic repair of colonoscopic perforation: a new standard?[J]. Surg Endosc, 2011, 25(5): 1514–1517.
- [4] 邝学军, 彭钊, 王建钧, 等. 老年急性胃十二指肠溃疡穿孔行腹腔镜与开腹穿孔修补术疗效的 Meta 分析 [J]. 湘南学院学报: 医学版, 2013, 15(4):9–13.
- [5] 王健. 腹腔镜修补术对胃溃疡穿孔患者胃肠动力恢复效果观察 [J]. 当代医学, 2016, 22(15):51–52.
- [6] Dapri G, El Mourad H, Himpens J, et al. Transumbilical single-access laparoscopic perforated gastric ulcer repair[J]. Surg Innov, 2012, 19(2): 130–133.
- [7] 韦尊毛. 急性胃穿孔患者实施不同手术方法治疗的效果观察 [J]. 吉林医学, 2013, 34(12):2223.
- [8] Miranda L, Settembre A, Piccolboni D, et al. Iatrogenic colonic perforation: repair using laparoscopic technique.[J]. Surg Laparosc Endosc Percutane Tech, 2011, 21(3): 170–174.
- [9] Zhang LP, Chang R, Matthews BD, et al. Incidence, mechanisms, and outcomes of esophageal and gastric perforation during laparoscopic foregut surgery: a retrospective review of 1, 223 foregut cases[J]. Surg Endosc, 2014, 28(1): 85–90.

(上接第 61 页)

者中具有可行性。

综上所述, 快速康复护理对脾切除联合断流术患者康复效果显著, 不仅保证了手术效果和患者生存质量, 而且降低了术后并发症发生率, 促进患者早日康复, 值得在临床中推广应用。

参考文献

- [1] 许湘华, 芮建宇. 快速康复护理对脾切除联合断流术患者的康复效果影响研究 [J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(32):121–122.

(上接第 62 页)

及时处理, 降低新生儿窒息发生率。本次研究结果显示, 影响新生儿窒息的因素有多项, 其中羊水异常居于首位, 依次为脐带栓塞、早产胎盘功能异常、胎膜早破等, 需要引起医护人员的重视, 做好新生儿 1min Apgar 评分, 对于重度窒息新生儿及时抢救。

综上所述, 新生儿窒息发生的原因复杂多样, 妇产科应提前制定有效的急救措施, 密切观察高危产妇的情况, 提高抢救成功率, 提升新生儿生存质量。

参考文献

- [1] 王淑珍. 探讨新生儿窒息的原因分析和处理对策 [J]. 医学信

- [2] 常妞平, 武步强. 加速康复护理在腹腔镜下脾切除选择性断流术围术期的应用 [J]. 长治医学院学报, 2013, 27(4):307–309.

- [3] 郑春燕, 陶琪霞, 陆牡丹, et al. 腹腔镜下脾切除术联合断流术 11 例的围手术期护理 [J]. 护理与康复, 2012, 11(2):138–139.

- [4] 杨莉, 张怡. 腹腔镜脾切除联合断流术后出血的观察和护理 [J]. 当代护士 (中旬刊), 2015(8):27–28.

- [5] 覃梅, 李洪艳, 冯欢. 门静脉高压症患者行全腹腔镜下脾切除联合断流术的围手术期护理 [J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(20).

息, 2015, 28(7).

- [2] 王晓银, 庄琳. 新生儿窒息的原因分析及防范对策 [J]. 医学综述, 2015, v.21(5):919–920.

- [3] 王盘妹, 莫革琴, 潘淑英. 新生儿窒息的高危因素分析及护理对策 [J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(24).

- [4] 荆慧芳. 122 例新生儿窒息的产科原因分析与对策 [J]. 中国生育健康杂志, 2011, 17(5):278–280.

- [5] 陈锦秀. 影响新生儿窒息抢救的原因分析及对策 [J]. 中国社区医师 (医学专业), 2012, 14(35):77–77.