

论著·临床研究

医护一体化快速康复外科护理对大肠癌患者术后康复与营养状况的影响*

吴锡平, 劳景茂[△]

(钦州市第一人民医院胃肠外科, 广西 钦州 535000)

[摘要] **目的** 探讨医护一体化快速康复外科(ERAS)护理对大肠癌患者术后康复与营养状况的影响。**方法** 将2021年1月至2023年1月该院收治的120例大肠癌患者采用随机数字表法分为常规组和干预组,每组60例。常规组给予常规护理,干预组给予医护一体化ERAS护理。观察2组患者术后留置尿管、首次排气、开始半流质、下床活动、住院时间,以及术后营养指标(血清总蛋白、清蛋白、前清蛋白)、并发症发生情况、护理满意度等。**结果** 干预组患者术后留置尿管、首次排气、开始半流质、下床活动、住院时间均明显短于常规组,术后营养指标、护理满意度均明显高于常规组,并发症发生率明显低于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 大肠癌患者围手术期给予医护一体化ERAS护理能促进胃肠功能康复,增加营养,降低并发症发生率,缩短住院时间。

[关键词] 医护一体化; 快速康复外科; 护理; 大肠癌; 手术后期间; 康复; 营养状况

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2024.10.016

中图法分类号:R735.3+4;R473.6

文章编号:1009-5519(2024)10-1696-04

文献标识码:A

Effect of rapid rehabilitation surgical nursing on postoperative rehabilitation and nutritional status of patients with colorectal cancer*

WU Xiping, LAO Jingmao[△]

(Department of Gastrointestinal Surgery, the First People's Hospital of Qinzhou, Qinzhou, Guangxi 535000, China)

[Abstract] **Objective** To explore the effect of integrated medical and nursing enhanced recovery after surgery (ERAS) nursing on postoperative rehabilitation and nutritional status of patients with colorectal cancer. **Methods** A total of 120 patients with colorectal cancer admitted to the First People's Hospital of Qinzhou from January 2021 to January 2023 were randomly divided into the routine group and the intervention group, with 60 cases in each group. Routine nursing and ERAS nursing integrated medical and nursing were given respectively. The postoperative indwelling catheter, first exhaust, beginning of semi-fluid, ambulation, hospitalization time, postoperative nutritional indicators (serum total protein, albumin, prealbumin), complications and nursing satisfaction were observed in the two groups. **Results** The time of indwelling catheter, first exhaust, starting semi-liquid, getting out of bed and hospitalization in the intervention group were significantly shorter than those in the routine group. The postoperative nutritional index and nursing satisfaction were significantly higher than those in the routine group, and the incidence of complications was significantly lower than that in the routine group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of integrated medical and nursing with ERAS nursing in the perioperative period of colorectal cancer can promote the recovery of gastrointestinal function, increase nutrition, reduce the incidence of complications and shorten the length of hospital stay.

[Key words] Integrated medical and nursing; Enhanced recovery after surgery; Nursing; Colorectal cancer; Postoperative; Rehabilitation; Nutritional status

大肠癌是消化系统恶性肿瘤,其复发率和病死率高,发病机制与遗传、饮食方式、化学致癌物质等密切相关,且男性多于女性。随着人们生活方式的变化,

该病发病率逐年增高,对人类生命安全造成严重影响^[1]。目前,手术切除仍是根治大肠癌的主要方法,但因癌症患者机体消耗大,营养匮乏,耐受力低,手术

* 基金项目:广西壮族自治区临床重点专科(普通外科)建设项目(桂卫医发[2022]17号);广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题(Z20210336)。

作者简介:吴锡平(1984—),本科,副主任护师,主要从事胃肠外科的研究。△ 通信作者,E-mail:812893192@qq.com。

创伤大,增加了发生术后并发症的风险;常规放置胃管、尿管,以及清洁灌肠增加了机体感染的风险,延长了住院时间^[2]。医护一体化快速康复外科(ERAS)护理在围手术期采用一系列优化处理措施,能提高患者舒适度,降低患者不良情绪,使其能快速康复出院^[3]。本研究对本院大肠癌患者应用医护一体化 ERAS 护理模式,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料 选取 2021 年 1 月至 2023 年 1 月本院收治的大肠癌患者 120 例,采用随机数字表法分为干预组和常规组,每组 60 例。干预组患者中男 34 例,女 26 例;年龄 31~78 岁,平均(56.38±3.60)岁;体重指数 18~24 kg/m²,平均(23.75±0.49)kg/m²;病灶长径 8~21 cm,平均(12.52±1.74)cm。常规组患者中男 35 例,女 25 例;年龄 33~77 岁,平均(56.45±3.58)岁;体重指数 218~24 kg/m²,平均(23.29±0.66)kg/m²;病灶长径 7~20 cm,平均(12.46±1.55)cm。2 组患者性别、年龄、体重指数等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究获本院伦理委员会审批(审批号:2021021)。

1.1.2 纳入标准 (1)术后病理学检查确诊为大肠癌,且无远处转移,未进行新辅助化疗,择期行肿瘤根治术;(2)术中麻醉方式与术后止痛方式相同;(3)对本研究知情并同意参与。

1.1.3 排除标准^[4] (1)心、肝、肾等功能障碍;(2)肠道梗阻或营养严重不良;(3)伴自身免疫系统疾病;(4)癌细胞转移或扩散,侵犯相邻器官;(5)认知障碍。

1.2 方法

1.2.1 护理方法

1.2.1.1 常规组 给予患者常规护理,具体方法:(1)护理人员指导患者各项检查,向其讲解大肠癌手术相关知识,安抚其抑郁情绪;(2)术前 1 d 及术日清晨分别灌肠 1 次,术前 12 h 禁食、4 h 禁饮;(3)术后 3 d 鼓励患者下床活动,拔除胃管,留置尿管 3~5 d,术后禁食、禁饮 48 h,待肛门排气后进食^[5]。

1.2.1.2 干预组 给予患者医护一体化 ERAS 护理,具体方法如下:(1)建立医护一体化团队。由主治医生和病房护士组成,学习并掌握大肠癌相关治疗与快速康复护理知识和技能。(2)制定个性化护理流程。常规护理流程包括日常起居、生活等;肠内营养流程包括鼻饲时间、重量、种类及逐渐过渡等;疼痛管理包括评估、镇痛等;造口护理包括指导患者定期换药,清理并保持卫生,降低切口感染概率。医护人员共同查房,发现问题及时解决^[6]。(3)入院指导。介绍住院环境及治疗医生;通过挂图、视频、图片等形式介绍大肠癌诱因、症状、手术方案及术后可能出现的并发症,对疾病有正确、全面的认知;指导患者吹气球、深呼吸、登楼梯等方法锻炼肺部功能,患者戒烟、戒酒^[7]。(4)术前准备。放置尿管,给予抗生素抗感

染治疗,清洁灌肠;术前 8 h 禁食、2 h 禁饮。(5)术中指导。调整手术室温度至适宜,使用保暖毯覆盖肢体,用生理盐水冲洗腹腔等加温后使用,补液控制在 1 000~1 500 mL^[8]。(6)术后护理。密切关注患者生命体征,心电监护 6 h,保障引流通畅;观察切口是否红肿、流脓液;加强腹肌挤压膀胱训练,以便早期拔除尿管;采取穿衣、盖被、加温等保温措施。(7)早期肠内营养。术后 2 d 给予肠内营养剂 500 mL,次日给予 500 mL,可进食少量流食,大约 50 mL,之后逐渐增加。如患者无恶心、呕吐等不适,术后 24 h 给予清流质饮食 500~1 000 mL,术后 2 d 给予清流质饮食 1 000~2 000 mL,术后 3 d 根据患者情况给予稀饭、软面条类食物,之后逐渐过渡到正常饮食^[9-10]。(8)疼痛护理。术后给予镇痛泵 48 h,预防镇痛,减轻患者烦躁心理,同时,通过听歌曲、讲笑话、看电视等分散注意力,减轻疼痛。(9)心理护理。将心理护理干预贯穿于整个围手术期,细心沟通、交流、倾听,消除患者内心恐惧、无助感,有信心战胜疾病,提高治疗依从性;对睡眠障碍患者进行开导,疏导其不良情绪,调整室内温、湿度或患者体位,提供良好的睡眠环境。(10)康复锻炼。术后 6 h 协助患者床上活动、翻身等,揉按双下肢关键穴位、经络处;术后 1~2 d 搀扶患者下地活动;术后 3 d 在病房走廊活动,活动量以不劳累为宜^[11]。

1.2.2 观察指标

1.2.2.1 康复指标 包括尿管留置、首次排气、开始半流质、下床活动、住院时间等。

1.2.2.2 营养指标 包括血清总蛋白(TP)、清蛋白(ALB)、前清蛋白(PA)等。采集 2 组患者术前 1 d、术后 15 d 空腹外周静脉血 5 mL,采用湖南中瑞互信医疗科技有限公司生产的蛋白分析仪测定各项营养指标^[12]。TP、ALB、PA 正常范围分别为 60~80 g/L、35~55 g/L、280~360 mg/L。

1.2.2.3 并发症 包括感染、腹胀腹痛、肠梗阻等。

1.2.2.4 护理满意度 自制调查表调查 2 组患者护理满意度,90~100 分为非常满意,80~<90 分为比较满意,60~<80 分为一般满意,<60 分为不满意;护理满意度=(非常满意例数+比较满意例数+一般满意例数)/总例数×100%。

1.3 统计学处理 应用 SPSS18.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验。检验水准: $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者康复指标比较 干预组患者尿管留置、首次排气、开始半流质、下床活动、住院时间均明显短于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者营养指标比较 2 组患者术前 1 d TP、ALB、PA 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预组术后 15 d TP、ALB、PA 水平均明显高

于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。 发症发生率明显低于常规组,差异有统计学意义($P < 0.005$)。见表 3。

2.3 2 组患者并发症发生情况比较 干预组患者并

表 1 2 组患者康复指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	尿管留置(h)	首次排气(h)	开始半流质(h)	下床活动(h)	住院时间(d)
干预组	60	31.58±3.41	41.37±3.63	45.87±5.76	32.31±1.49	9.64±1.40
常规组	60	36.66±4.25	47.65±3.50	51.45±5.29	38.57±1.61	12.38±1.33
t	—	-7.222	-9.647	-5.527	-9.713	-6.980
P	—	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:—表示无此项。

表 2 2 组患者营养指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TP(g/L)		ALB(g/L)		PA(mg/L)	
		术前 1 d	术后 15 d	术前 1 d	术后 15 d	术前 1 d	术后 15 d
干预组	60	56.37±4.41	68.81±5.63	33.16±2.57	45.22±3.61	265.30±12.22	326.45±15.50
常规组	60	57.40±4.28	61.57±5.35	33.15±2.38	39.18±3.49	267.28±12.57	305.64±13.48
t	—	-1.298	7.221	0.022	9.318	-0.875	7.847
P	—	0.197	<0.001	0.982	<0.001	0.383	<0.001

注:—表示无此项。

表 3 2 组患者并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	切口感染	腹胀腹痛	肠梗阻	下肢静脉血栓	肺部感染	合计
干预组	60	1(1.67)	2(3.33)	0	1(1.67)	1(1.67)	5(8.33) ^a
常规组	60	3(5.00)	5(8.33)	1(1.67)	2(3.33)	3(5.00)	14(23.33)

注:与常规组比较, $\chi^2=5.065$,^a $P=0.022$ 。

2.4 2 组患者护理满意度比较 干预组患者护理满意度明显高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者护理满意度比较[n(%)]

组别	n	非常满意	比较满意	一般满意	不满意	护理满意度
干预组	60	22(36.67)	23(38.33)	13(21.67)	2(3.33)	58(96.67) ^a
常规组	60	17(28.33)	20(33.33)	11(18.33)	12(20.00)	48(80.00)

注:与常规组比较, $\chi^2=8.086$,^a $P=0.004$ 。

3 讨 论

大肠癌包括直肠癌和结肠癌,患者逐渐出现腹泻、便秘、发热、肠梗阻、消瘦等全身症状^[13]。手术虽能有效切除肿瘤组织,控制病情,但创面大,并发症多,会增加患者身心压力和负担,术后康复慢,严重影响其生活质量。机械性灌肠会增加电解质失衡等风险;术前长时间禁食、禁饮,带来血容量降低的风险^[14];常规放置各种管道,增加了感染概率;无保温措施会增加出血、感染发生率等。有研究表明,大肠癌术后感染率达 17.36%^[15]。因此,围手术期有必要加强护理,提高手术效果,促进患者早期康复,降低医疗费用,减少医患矛盾,提高医院声誉。

医护一体化 ERAS 护理由医生和护士组成护理团队,通过有据可循,对围手术期各项护理措施进行优化,针对病种不同的患者采取医生联合护士持续跟

踪的护理,促使其身心舒适,快速康复,早期出院。目前,该护理模式在国内已广泛用于骨科、妇科等手术中^[16]。本研究中干预组采用医护一体化 ERAS 护理,首先对患者进行饮食干预,术前 1 d 进食流质饮食,术前 8 h 禁食、2 h 禁饮,可增加患者舒适度,密切配合手术进程;进食葡萄糖液补充能量以增强抗应激能力,减轻术后并发症;术前口服抗生素以杀灭肠道内病毒细菌,降低感染风险,促进早期蠕动功能恢复;患者早期经口饮食、饮水,促进胃肠功能恢复,早期吸收蛋白质类物质,提高营养状态,促进机体早期康复^[17-18]。本研究结果显示,干预组患者尿管留置、首次排气、开始半流质、下床活动、住院时间均明显短于常规组,术后 TP、ALB、PA 水平均明显高于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

医护一体化 ERAS 护理还通过夹闭导尿管锻炼,尽早拔除尿管,尽最大可能不放置胃管,避免呼吸道刺激,降低感染率;实施各项保温措施,可减少围手术期出血风险,防止血容量降低;术后持续硬膜外止痛,可消除疼痛引起的焦虑、烦躁情绪,也利于早期下床活动,恢复肢体功能。本研究结果显示,干预组患者并发症发生率(8.33%)明显低于常规组(23.33%)。ERAS 护理通过疾病知识宣教、管道护理、造口护理、切口疼痛管理、早期饮食护理及心理护理等使患者得到心理宽慰和满足^[19],改善护患关系。本研究结果显

示,干预组患者护理满意度(96.67%)明显高于常规组(80.00%),提示医护一体化 ERAS 护理能提高营养指标及免疫力,促进切口快速愈合,早期下床活动,早期出院。由于 ERAS 护理更加注重医生和护士的交流合作^[20],二者协同为患者提供系统、全面、各科室精诚合作的护理服务,从围手术期不同阶段干预对医学认知进行扩展,疏导负面情绪,较好地帮助患者重拾治疗勇气,战胜疾病;另外,早期肠内营养支持能提高营养状态,修复机体免疫功能,并发症发生率更低^[21]。

综上所述,对大肠癌患者给予医护一体化 ERAS 护理能促进其胃肠功能早期康复,早日进食,增加营养,促进康复,早期出院,减少医疗费用,安全性高。

参考文献

- [1] 齐琳娜,端木艳丽. 加速康复外科理念联合医护一体化模式在结直肠癌根治术中的初步应用[J]. 河南外科学杂志,2022,28(2):69-72.
- [2] 符蕊. 快速康复外科护理对腹腔镜结直肠癌根治术老年患者术后胃肠功能恢复及并发症的影响[J]. 中外女性健康研究,2021(14):97-98.
- [3] 陈霞霞,樊勇. 快速康复护理管理模式在结直肠癌围手术期的效果观察[J]. 中国肛肠病杂志,2020,40(1):52-53.
- [4] 陆丹,余兆惠. 原发肿瘤部位对不同期结直肠癌根治性切除术后预后的影响分析[J]. 中国普外基础与临床杂志,2019,26(2):185-191.
- [5] LIU X X, PAN H F, JIANG Z W, et al. "Fast-track" and "Minimally Invasive" Surgery for Gastric Cancer[J]. Chin Med J (Engl), 2016, 129(19):2294-2300.
- [6] 井涛,唐璠,郭思勤,等. 医护一体化快速康复外科护理对大肠癌患者术后康复与营养状况的影响[J]. 护理实践与研究,2019,16(2):101-103.
- [7] 杨婕,贺育华,蒋理立,等. 加速康复外科模式下结直肠癌患者出院准备度与短期生活质量的相关性[J]. 中国普外基础与临床杂志,2019,26(2):157-161.
- [8] 赵资文,锡晓南,刘兆礼,等. 加速康复外科理念在高龄右半结肠癌患者中的应用[J]. 中国普外基础与临床杂志,2019,26(1):77-81.
- [9] MARTN N, VALERO R, HURTADO P, et al. Experience with "Fast-track" postoperative care after deep brain stimulation surgery[J]. Neuro-cimgia (Astur), 2016, 27(6):263-268.
- [10] 廖桂兰,洪菁,苏梅芳. 快速康复外科理念在结直肠癌围手术期护理的应用[J]. 中国卫生标准管理,2018,9(10):144-147.
- [11] GUO J, XU S H, HUANG X L, et al. Drug resistance in colorectal cancer cell lines is partially associated with aneuploidy status in light of profiling gene expression[J]. J Proteome Res, 2016, 15(11):4047-4059.
- [12] 鲁全芝,乔祖俊,王刚,等. 快速康复外科理念在腹腔镜结直肠癌围手术期的应用研究[J]. 中国肿瘤外科杂志,2018,10(1):44-47.
- [13] 陆世翠,余艳丽,黄秀菊,等. 延续加速康复外科理念联合医护一体化管理对结直肠癌患者血清 ALB、TP 及术后恢复的影响[J/CD]. 现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(19):139-142.
- [14] 李银玲,孙黎惠,郑学风,等. 医护一体化快速康复理念在结直肠癌患者围术期护理中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文),2019,5(3):159-161.
- [15] WANDEN-BERGHE C, SANZ-VALERO J, ARROYO-SEBASTIDN A, et al. Effects of a nutritional intervention in a fast-track program for a colorectal cancer surgery: Systematic review[J]. Nutr Hosp, 2016, 33(4):402.
- [16] 余俊英,冯泽荣,黄顺荣,等. 快速康复外科在结直肠癌根治术中的临床研究[J]. 中国临床新医学,2010,3(9):817-819.
- [17] 刘彦芳. 快速康复外科护理对腹腔镜结直肠癌根治患者术后康复效果及对进食时间的影响[J]. 中国科技期刊数据库医药,2022(12):28-31.
- [18] 刘杰. 综合康复护理对结直肠癌根治术患者康复效果及并发症的影响[J]. 中国实用医药,2021,16(3):141-143.
- [19] 郑秀贞,陈红玲. 快速康复外科护理对腹腔镜结直肠癌根治术患者术后康复效果的影响[J]. 中国民康医学,2020,32(9):69-71.
- [20] 朱丹丹. 快速康复外科理念在腹腔镜结直肠癌根治术中的应用价值[J]. 中外女性健康研究,2021(13):107-108.
- [21] 库杰,杨东辉,张瑛,等. 结直肠癌根治术患者围术期的快速康复外科护理[J]. 实用临床医药杂志,2020,24(8):70-72.

(收稿日期:2023-09-14 修回日期:2023-12-28)