

术后早期促康护理措施对肝癌开放性手术患者 胃肠功能恢复的效果

赵志敏

(上海中医药大学附属曙光医院 肝病科, 上海, 200021)

摘要: **目的** 探讨术后早期促康护理在肝癌开放性手术中的应用。**方法** 选取接受术后早期促康护理的35例肝癌开放性手术患者设为观察组,另选取30例接受术后常规护理的肝癌开放性手术患者设为对照组,比较2组患者的胃肠功能等。**结果** 观察组的胃肠蠕动时间、排气时间、排便时间、普通饮食时间、输液时间、住院时间分别为(16.25±3.42)h、(25.21±5.63)h、(68.12±6.35)h、(2.31±0.75)d、(6.02±1.23)d、(10.21±2.37)d,显著短于对照组的(20.51±4.25)h、(48.24±15.32)h、(80.47±12.81)h、(4.15±1.57)d、(8.45±2.62)d、(14.36±3.47)d($P<0.05$);观察组术后5d的血清白蛋白(35.15±3.92)g/L显著高于对照组的(32.02±3.98)g/L,谷丙转氨酶(186.52±45.76)U/L和谷草转氨酶(100.54±29.58)U/L显著低于对照组的(250.21±55.53)、(140.26±31.05)U/L($P<0.05$)。**结论** 早期促康护理能够促进肝癌开放手术患者胃肠功能的恢复,改善肝功能。

关键词: 早期促康护理; 术后; 肝癌手术; 胃肠功能; 并发症

中图分类号: R 248.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2019)14-125-04 **DOI:** 10.7619/jcmp.201914034

Effect of early postoperative rehabilitation-enhanced nursing on recovery of gastrointestinal function in hepatic carcinoma patients with open surgery

ZHAO Zhimin

(Department of Liver Diseases, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University
of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200021)

ABSTRACT: Objective To investigate the effect of early postoperative rehabilitation-enhanced nursing for hepatic carcinoma patients with open surgery. **Methods** A total of 35 patients with open surgery receiving early rehabilitation-enhanced nursing were selected as observation group, and another 30 hepatic carcinoma patients with open surgery receiving routine nursing in our department were as control group. Gastrointestinal function were compared between the two groups. **Results** The gastrointestinal motility time, exhaust time, defecation time, normal diet time, transfusion time, and length of hospital stay of the observation group were (16.25±3.42) h, (25.21±5.63) h, (68.12±6.35) h, (2.31±0.75) d, (6.02±1.23) d, (10.21±2.37) d, respectively, which were significantly shorter than (20.51±4.25) h, (48.24±15.32) h, (80.47±12.81) h, (4.15±1.57) d, (8.45±2.62) d, (14.36±3.47) d, respectively, in the control group($P<0.05$). Serum albumin at 5 d after surgery was(35.15±3.92) g/L, which was significantly higher than (32.02±3.98) g/L in the control group, the levels of glutamic-pyruvic transaminase and glutamic oxalacetic transaminase were (186.52±45.76) U/L, and (100.54±29.58) U/L, respectively, which were lower than (250.21±55.53), (140.26±31.05) U/L, respectively, in the control group($P<0.05$). **Conclusion** Early rehabilitation-enhanced nursing can promote the recovery of gastrointestinal function and improve the liver function of hepatic carcinoma patients with open surgery.

KEY WORDS: early rehabilitation-enhanced nursing; postoperation; hepatic carcinoma surgery; gastrointestinal function; complications

手术切除是治疗肝癌的主要方法,但肝癌切除手术会给患者造成较大的创伤,患者术后恢复时间长,且易出现胃肠功能障碍、疼痛以及并发症等,显著影响患者对手术的体验感,降低其术后生活质量,甚至影响患者预后。随着现代护理模式的转变,肝癌开放性手术的护理不仅要满足患者的基本需求,还要注重患者的生活质量,又好又快地促进患者康复。快速康复外科是近年来比较推崇的一种护理理念,其属于一种协同治疗体系,通过优化护理措施,减少手术应激,促进围术期的“无痛苦与零风险”^[1-3]。近年来,快速康复外科护理在肝癌围术期护理中的作用也逐渐受到重视。本研究将术后采用早期促康护理的肝癌开放性手术患者与采用常规护理患者的胃肠功能进行比较,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2016年8月—2017年3月本科收治的35例肝癌开放性手术患者设为观察组,其中男21例,女14例,年龄42~75岁,平均 (55.65 ± 12.52) 岁,肝细胞癌31例、胆管细胞癌4例,右叶生长17例、左叶生长15例、双叶生长3例。纳入标准:①术前均明确诊断,符合2011年版《原发性肝癌诊疗规范》中的诊断标准和分期;②年龄18~80岁;③无其他重要器官严重功能障碍;④美国东部肿瘤协作组(ECOG)体力状态评分为0~1级;⑤美国麻醉师协会(ASA)分级为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级;⑥近期末使用影响胃肠动力的药物;⑦无吞咽障碍史,无消化系统疾病史;⑧具备配合完成调查的能力。排除标准:①肥胖者;②术前严重营养不良者;③有免疫系统疾病、血液系统疾病;④急诊手术者;⑤有胃肠功能障碍及其他影响术后早期进食的疾病。选取本科室2016年1—7月收治的30例肝癌开放性手术患者设为对照组(纳入标准及排除标准同观察组),其中男17例,女13例,年龄44~78岁,平均 (56.30 ± 15.10) 岁,肝细胞癌27例、胆管细胞癌3例,右叶生长14例、左叶生长14例、双叶生长2例。2组一般资料经统计学检验具有可比性($P > 0.05$),所有患者签署知情同意书。

1.2 护理方法

本科室2016年1月—2017年3月的硬件设施(包括室内环境、病床、诊疗设施等)及人员组

成未发生明显变化。所有患者在全麻下行开腹肝癌切除术,手术顺利。2组的术前护理措施基本一致,对照组术后采用常规护理^[4],观察组在对照组基础上采用术后早期促康护理,具体内容如下。

1.2.1 术后早期进食:所有患者术后均接受胃肠外营养支持。①观察组术后12 h内统一禁食,术后8~12 h使用缓泻剂促进排气、排便。患者清醒后,指导其饮20 mL温度40~45℃的柚子皮水,若患者饮用过程中无咽喉痛、恶心等不良反应出现,继续饮用20 mL,总量40 mL。患者清醒后评估其咀嚼功能和口腔状况,无异常给予2枚口香糖咀嚼^[5-6]。24 h后可在持续补充液体的基础上给予口服辅助营养物(果汁、米汤等),全天总量控制在500 mL内。告知患者术后早期进食的重要性,若饮食过程中患者无呛咳、无恶心、呕吐,可根据其胃肠耐受量逐渐增加进食量,原则为少食多餐,进食不宜过快、过饱,避免发生呕吐。术后第2天给予流质、半流质饮食,如稀粥、米汤、菜汤、藕粉等。术后3~5 d过渡至正常饮食,若患者进食过程中出现接连2次的呕吐且呕吐物 ≥ 400 mL,进行胃肠减压^[5]。条件允许的情况下,尽量进食时使用侧卧位,床头抬高15°,预防胃内容物反流。②对照组术后常规禁食,待患者肛门排气或排便后按照顺序给予全流食、半流食及普通饮食等。

1.2.2 术后镇痛及早期运动:①观察组患者清醒后,向其讲解早期运动的重要性,鼓励进行四肢活动(主动活动),如深呼吸动作、屈肘运动、抬臀运动、屈膝运动、足跖运动、翻身侧卧^[7-8]。每3 h翻身1次,注意呼吸缓慢^[7]。加强镇痛护理,术后48 h遵医嘱给予硬膜外镇痛,缓解患者疼痛及相关创伤性应激,有利于患者术后早期运动。镇痛48 h后,采用视觉模拟评分(VAS)对患者的疼痛水平进行评价,根据得分的不同给予相应处理。VAS ≤ 3 分者给予非药物干预,4~6分者予口服止痛片,>6分者予肌肉注射止痛剂。术后24 h指导患者进行床上活动,随着患者体力的恢复,指导其在有人保护的情况下进行床边坐,坐起前评估患者的疼痛和疲乏程度,并追加1次镇痛泵药量。术后2 d,重复术后1 d的运动,进行床边站立,由床边坐进行过渡,若患者无头晕且可坐稳,在家属及护理人员的协助下可床边站立。术后3 d,患者除进行前2 d的运动内容外,可利用移动输液架在护理人员或家属的协助下进行病室内

行走。② 对照组视患者情况在床上做有限的肢体活动,协助患者翻身、拍背。不给予患者自控静脉镇痛,患者主诉疼痛时,予肌肉注射止痛药物(如利多卡因)。

1.2.3 早期拔除引流管、胃管:① 观察组对留置尿管的患者加强评估,且于术后 1~2 d 拔除。留置胃管的患者术后 24 h 拔除。控制患者术后 24 h 内补液量不超过 2 000 mL,胃肠功能恢复后无需静脉输液,降低血管活性激素的浓度。术后 3 d 内,每天输入人白蛋白 10~20 g。为预防感染的发生,对手术时间 > 3 h 的患者在术后短期使用抗生素。② 对照组术前 1~2 h 经鼻留置胃管接负压吸引瓶持续胃肠减压,预防性使用抗生素预防感染,术后待肛门排气后拔除胃管。

1.3 观察指标

① 胃肠功能:记录 2 组患者的胃肠蠕动时间、排气时间、排便时间、普通饮食时间。② 并发症:统计 2 组患者胃肠道不适症状、尿潴留、感染及低蛋白血症的发生率。胃肠道不适包括恶心、呕吐、腹胀。低蛋白血症的诊断标准:血浆总蛋

白 35~39 g/L 为标准,低于此标准则为低蛋白血症。③ 生化指标:于术前 1 d 及术后 5 d 取患者空腹外周静脉血 4 mL,放入肝素抗凝管中,离心分离血清。一部分用于血清白蛋白的检测,另一部分用于肝功能指标(谷丙转氨酶和谷草转氨酶)的检测,均采用全自动生化分析仪于本院检验科在统一质控标准下进行检测。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 20.0 处理数据,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,采用卡方检验,当总样本量小于 40,最小理论频数小于 1 时采用 Fisher 精确检验法,检验基准为 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后胃肠功能恢复、输液时间及住院时间

观察组的胃肠蠕动时间、肛门排气时间、排便时间、普通饮食时间、输液时间、住院时间均显著优于对照组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 2 组患者术后胃肠功能恢复时间、输液时间及住院时间比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	<i>n</i>	胃肠蠕动时间/h	排气时间/h	排便时间/h	普通饮食时间/d	输液时间/d	住院时间/d
对照组	30	20.51 ± 4.25	48.24 ± 15.32	80.47 ± 12.81	4.15 ± 1.57	8.45 ± 2.62	14.36 ± 3.47
观察组	35	16.25 ± 3.42 *	25.21 ± 5.63 *	68.12 ± 6.35 *	2.31 ± 0.75 *	6.02 ± 1.23 *	10.21 ± 2.37 *

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 术后并发症情况

观察组腹胀、感染、恶心、呕吐、低蛋白血症的

发生率显著低于对照组($P < 0.05$),2 组尿潴留发生率无显著差异($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者术后并发症的情况比较 $[n(\%)]$

组别	<i>n</i>	腹胀	恶心、呕吐	感染	尿潴留	低蛋白血症
对照组	30	14(46.67)	10(33.33)	5(16.67)	2(6.67)	19(63.33)
观察组	35	6(17.14) *	3(8.57) *	0 *	0	12(34.29) *

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

2.3 血清白蛋白及肝功能指标

术前,2 组患者的血清白蛋白、谷丙转氨酶和谷草转氨酶指标水平均无显著差异($P >$

0.05);术后 5 d 时,观察组的血清白蛋白水平显著高于对照组,谷丙转氨酶和谷草转氨酶水平显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者术后血清白蛋白及肝功能指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	<i>n</i>	血清白蛋白/(g/L)		谷丙转氨酶/(U/L)		谷草转氨酶/(U/L)	
		术前 1 d	术后 5 d	术前 1 d	术后 5 d	术前 1 d	术后 5 d
对照组	30	42.11 ± 8.29	32.02 ± 3.98	42.01 ± 12.58	250.21 ± 55.53	47.23 ± 15.13	140.26 ± 31.05
观察组	35	41.52 ± 8.37	35.15 ± 3.92 *	41.76 ± 10.23	186.52 ± 45.76 *	48.15 ± 14.26	100.54 ± 29.58 *

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

麻醉、术中暴露、牵拉性操作、炎症反应等都

会给肝癌开放性手术患者术后胃肠功能造成影响,临床表现为恶心、呕吐、腹胀、胃肠蠕动减慢,不利于患者的术后康复。此外,这种胃肠功能障

碍又可导致切口裂开、感染及早期炎性肠梗阻^[9]。快速康复外科既往常被用于胃肠道手术患者,且已被研究^[10-12]证实能够最大程度减轻患者的脏器功能障碍及应激反应,促进康复。研究^[13]显示,术后早期快速康复护理能够加快肝癌手术患者的术后康复。本研究以快速康复理念为指导,在患者术后实施早期进食护理、早期运动护理和早期拔除引流管、胃管的护理。结果显示,与常规护理组相比,快速康复外科护理缩短了患者术后胃肠功能恢复的时间及进食时间,减少了术后并发症,提高了术后血清白蛋白水平,降低了谷丙转氨酶和谷草转氨酶的水平。

饮食对维持人体生理功能、修复组织及提高免疫力都有重要作用。既往常规护理中一般需要患者待肛门排气后再进食,目的是为了减少术后腹胀、恶心、呕吐的发生。但近来研究^[14-15]发现,术后若禁食时间较长,会造成胃肠蠕动迟缓,影响肠腔内积聚分泌液的吸收,导致腹胀。有研究^[16]报道,术后早期进食能够促进肝癌患者的胃肠功能恢复。本研究观察组患者于肝癌术后早期经口进食、水,柚子皮水具有健脾暖胃、理气消食、润肠通便的功效,且柚子的特殊气味还能刺激患者的副交感神经系统,促进胃肠蠕动。早期进食后,食物效应能够维护肠黏膜屏障功能,调整肠道微生态,有利于胃肠功能恢复,而且早期食物摄入还能提供给患者足够营养,增强患者术后抵抗力。曾启秀^[17]研究证实,术后早期进食、水并不会显著增加患者的胃肠道不良反应。刘琴等^[18]认为,术后早期进食还能有效减轻肝脏的负担,对促进肝功能恢复也具有重要意义。

术后早期运动也是快速康复外科护理中的一项重要内容,术后早期运动能够通过改善肠胃间的物理摩擦效果以及体位改变促进胃肠蠕动,加快排气、排便。张晓春等^[19]研究表明,术后早期进食能够促进胃肠道蠕动,减少肠管淤胀。同时,术后早期运动有利于胃肠血液灌注,从而增加肝门脉血流灌注,促进肝功能恢复。术后早期拔管既减少了管道置入带来的刺激和不适,也有利于患者早期运动。以往原发性肝癌患者术后长期留置胃管至肛门排气,虽在一定程度上能够减轻腹胀,但也给患者带来了心理和身体上的不适。陈梅先等^[20]研究证实,原发性肝癌手术患者不留置胃管或术后早期拔除胃管均有利于促进术后康复。术后早期拔管既减少了管道置入带来的刺激

和不适,也有利于患者早期运动^[21]。本研究认为,为促进术后快速康复护理措施的实施,医护人员需做好与患者及其家属的沟通工作,取得其配合。

相较常规护理措施,早期促康护理措施的应用更能发挥机体组织和器官固定保护与促进作用,帮助患者进食和消化,有利于胃肠功能的恢复,加快术后营养物质的吸收,并提高机体免疫力和抵抗力,减少术后并发症,真正达到快速康复的目的。总之,早期促康护理能够促进肝癌开放手术患者胃肠功能的恢复,减少术后并发症,还能改善患者肝功能。

参考文献

- [1] 龙结根,蒋志宏,龙凤,等.快速康复外科在腹腔镜结直肠癌围手术期中的应用[J].西部医学,2015,27(1):102-104,107.
- [2] 倪加丽,张群.快速康复外科护理在微创食管癌患者围手术期中的应用[J].护理实践与研究,2016,13(24):50-51.
- [3] 吴日英,黄英隆,黄静芳,等.胃肠肿瘤病人术后两种促进胃肠功能恢复方法的效果观察[J].护理研究,2014,28(22):2741-2742.
- [4] 李乐之,路潜.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2014:93-93.
- [5] 郑莉,刘连新,孙丹,等.早期快速康复护理对原发性肝癌切除术后患者术后康复及生活质量的影响[J].中国医药导报,2016,13(34):158-161.
- [6] 赵贵美,杨香菊.术后早期进食护理对肝癌手术患者术后并发症及营养状态的影响[J].国际护理学杂志,2014,33(8):1921-1923.
- [7] 石红英.术后早期运动护理对腹部手术患者胃肠功能及术后疼痛的影响[J].国际护理学杂志,2014,33(3):500-502.
- [8] 徐达夫,尤振兵,田文泽,等.快速康复外科的应用对食管癌患者应激指标的影响[J].中华胃肠外科杂志,2014,17(7):721-723.
- [9] 谢泽荣,罗艳丽,肖凤鸣,等.护理干预对早期肝癌患者术后胃肠功能的恢复及疼痛评分的影响分析[J].实用临床医药杂志,2016,20(16):139-141.
- [10] 徐道峰,王小华,何晓,等.加速康复外科在肝癌患者中的临床疗效观察[J].赣南医学院学报,2014,34(4):508-510.
- [11] 林哲堂,姚晓冬,吴桂真,等.快速康复外科理念在胸腔镜食管癌切除术后患者围手术期护理中的应用[J].中国实用护理杂志,2015,31(8):580-582.
- [12] 曾启秀.快速康复外科护理对胃癌患者术后康复及生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2014,21(5):607-609.
- [13] 冯燕.快速康复护理模式在肝癌手术病人胃肠功能恢复中的应用[J].全科护理,2016,14(28):2969-2970.

(下转第 132 面)

者恢复。结果显示,采用综合护理的观察组患者住院时间显著短于对照组,疼痛缓解有效率显著高于对照组,术后并发症发生率显著低于对照组,生活质量显著高于对照组。由此表明,在肝癌患者围术期开展综合护理干预,可改善患者生活质量,使患者顺利度过围术期。

综上所述,在中晚期肝癌患者 TACE 围术期实施综合护理,能够有效缩短患者住院时间,降低患者围术期疼痛水平,提高生活质量,减少术后伤口感染等并发症的发生。

参考文献

- [1] 王红丽,徐春艳,张翠萍.多学科协作模式延续护理在肝癌术后病人中的应用效果[J].护理研究,2019,33(7):1202-1206.
- [2] 何健,陈晓明.2018年肝癌TACE治疗研究进展[J].循证医学,2019,19(1):21-22,38.
- [3] 高悦,岳同云,刘司文,等.护理干预在肝癌介入治疗患者中的应用效果分析[J].中国全科医学,2018,21(S2):205-206.
- [4] 顾朋,叶尔麦克·阿哈提,樊喜文.原发性肝癌TACE治疗栓塞剂对疗效和预后影响[J].中华肿瘤防治杂志,2018,25(23):1658-1663.
- [5] 孙翠英,赵媛媛.认知护理干预在肝癌患者术后恢复中具有显著的疗效[J].基因组学与应用生物学,2019,38(1):441-447.
- [6] 刘昌林.护理干预对肝癌介入术后患者并发症及生活质量的影响研究[J].中华肿瘤防治杂志,2018,25(S1):224-225.
- [7] 魏秋良,蔡珊珊.中晚期原发性肝癌TACE介入微创治疗疗效和对肝功能影响观察[J].中华肿瘤防治杂志,

2018,25(18):1314-1317.

- [8] 黄馨瑶,周丽娟,李雪玉,等.基于三维质量结构模式的肝癌经肝动脉化疗栓塞术后护理质量评价体系构建[J].现代预防医学,2018,45(17):3243-3247.
- [9] 李金萍,胡依依.奥氮平联合护理干预治疗老年痴呆合并肝癌的临床探讨[J].中华肿瘤防治杂志,2018,25(S2):190-191.
- [10] 张秋梅,梁思华,黄泽华,等.手术室标准化护理配合在精准肝癌切除术中的应用[J].中华肿瘤防治杂志,2018,25(S2):268-269.
- [11] 李迎,何瑞仙,李妍,等.肝细胞肝癌患者TACE后综合护理[J].中国介入影像与治疗学,2018,15(4):226-229.
- [12] 李娟,曹艳佩,杨晓莉,等.临床护理路径在腹腔镜肝癌切除术患者护理中的应用[J].解放军护理杂志,2018,35(4):66-69.
- [13] 田素红,周士琦,陈雪梅,等.OREM护理模式在原发性肝癌TACE围术期中的应用[J].实用医学杂志,2013,29(18):3076-3078.
- [14] 王桂杰,顾巍巍,张敏,等.肝癌患者术后肺部感染对机体免疫功能及RAAS的影响及机制研究[J].实用医学杂志,2019,35(1):109-112.
- [15] 帅东海,刘艳.探讨舒适护理在老年肝癌患者中的应用价值[J].中华肿瘤防治杂志,2016,23(S2):357-358.
- [16] 徐春艳,康璇,杨丽红,等.医护一体化护理干预促进肝癌患者快速康复的效果[J].解放军护理杂志,2016,33(24):53-55.
- [17] 胡晨璐,金琪,何建红,等.ICOUGH综合气道管理在肝癌患者围术期中的应用[J].科技通报,2017,33(7):48-51.
- [18] 王伟娜,莢卫东,宋瑰琦,等.无痛病房管理模式在肝癌患者围术期的应用[J].中国全科医学,2014,17(27):3256-3260.

(上接第128面)

- [14] 张慈,翟惠敏.妇科腹腔镜术后早期进食对患者机体功能恢复的影响[J].广东医学,2017,38(5):808-810.
- [15] 敬国敏,吴立然,韩伟,等.腹腔镜结直肠癌切除术后早期进食的安全性和有效性研究[J].重庆医学,2015,44(23):3201-3203.
- [16] 邱琰,杨佳,彭秀丽,等.原发性肝癌肝切除术后围手术期饮食护理[J].局解手术学杂志,2015,24(5):572-573.
- [17] 曾启秀.快速康复外科护理对胃癌患者术后康复及生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2014,21(5):607-609.
- [18] 刘琴,庞永慧,游雪梅,等.静脉镇痛联合早期营养支持

对原发性肝癌患者术后肝功能的影响[J].护理学报,2015,22(13):40-43.

- [19] 张晓春,肖文洁,徐嫣嫣,等.围手术期量化康复锻炼促进肝癌术后早期康复的效果评价[J].肝脏,2016,21(11):1000-1001.
- [20] 陈梅先,张利峰,刘倩雯,等.不留置胃管或术后早期拔除胃管对原发性肝癌手术患者术后康复的影响[J].护理实践与研究,2014,11(12):63-65.
- [21] 蒋义雪,周倩,冯小娟,等.引流管早期拔除在甲状腺癌患者术后快速康复中的应用[J].护士进修杂志,2016,31(13):1242-1243.