

快速康复护理优化在妇科腔镜手术患者围手术期护理中的应用

邵永娣

快速康复外科理念是丹麦腹部外科医生 Kehlet 和 Wilemore 于 20 世纪 90 年代率先提出,也称为“术后快速康复”^[1],是基于循证医学证据给予患者术前、术中及术后一系列优化措施,最大程度降低手术应激和并发症,从而达到快速康复的目的^[2]。国外有报道指出,快速康复护理能够加快肛肠外科、妇产科等科室患者术后恢复速度,降低并发症和缩短住院时间,是加速患者术后恢复的有效护理途径^[3]。本次研究旨在探讨快速康复护理优化在妇科手术围术期护理中应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 2 月到 2017 年 6 月在萧

山区第一人民医院实施择期腹腔镜手术的妇科疾病患者 120 例,年龄 20~45 岁,平均(32.85±3.06)岁,其中子宫肌瘤 45 例、卵巢囊肿 23 例、子宫内膜异位 28 例、其他 24 例。入选标准:原发病为妇科疾病,符合腹腔镜手术治疗适应证:术式包括子宫肌瘤剥除术、子宫次全切除术、附件囊肿切除术,患者神志清楚。排除标准:患有胃肠道疾病;患有恶性肿瘤。所有患者均为同一组医生进行手术和治疗,患者签署知情同意书。将就住妇科东病区的 60 例患者列为对照组,将西病区的 60 例患者列为观察组,两组年龄、体重指数、疾病类型、手术时间等基线资料见表 1,两组资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

表 1 两组基线资料比较

| 组别 | <i>n</i> | 年龄/岁 | 体重指数/kg/m ² | 病种(子宫肌瘤/卵巢囊肿/子宫内膜异位/其他) | 手术时间/min |
|-----|----------|--------------|------------------------|-------------------------|---------------|
| 观察组 | 60 | 33.23 ± 2.92 | 23.33 ± 2.89 | 24/12/13/11 | 45.81 ± 11.86 |
| 对照组 | 60 | 32.41 ± 2.68 | 23.13 ± 3.11 | 21/11/15/13 | 46.22 ± 12.04 |

1.2 方法

1.2.1 对照组给予常规护理,包括:术前宣教及准备,术后给予常规的镇痛、饮食管理、病情观察、注意预防并发症等。

1.2.2 观察组在对照组的基础上将快速康复外科理念融入围术期护理:

1.2.2.1 术前护理优化:①常规宣教基础上,增加快速康复外科益处、治疗、护理具体措施、并发症预防策略等“快速康复”理念的介绍。术前评估患者的心理状况,最大程度消除患者的不安情绪,帮助患者缓解压力,从而增强其对手术的耐受性,并告知

患者减轻术前应激有利于缓解手术疼痛,使患者能以最佳的心态去接受手术。②肠道准备:患者在手术前 6 h 进食固体食物,主张术前 2 h 饮用不含酒精、含少许糖的透明液体(如糖水或碳水化合物),口服复方聚乙二醇电解质散 68.56 g 轻微导泻。③控制性输液:术中和术后限制静脉补液总量<1500 ml/d,以减少术后胃肠道、肺和手术部位的水肿,保持术前体重水平,促进患者的术后恢复。要在确保机体有充足的血容量、良好的渗透压、有效的组织灌注与氧合、水与电解质平衡的基础上,尽量控制患者术前、术中和术后的输液量。④营养状况评估:通过积极的术前准备,及时纠正病人的器官功能障碍、改善病人的营养状态,确保患者营养状态评估达标方可进入快速康复外科治疗程序之中。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.04.038

作者单位:311200 浙江杭州,杭州市萧山区第一人民医院妇科

1.2.2.2 术中护理优化:①不常规留置鼻胃导管、腹腔引流管和导尿管,术后24 h不再使用导尿管,促进术后膀胱功能的恢复和避免泌尿道感染。②保暖与体温控制:术中采取提高室温,使用保暖床垫、保温毯和保温被,所有的湿化吸入气体、腔镜手术使用的CO₂气腹的气体、静脉输液及腹腔冲洗液均予以加温,以降低低温所致的不良应激。③选择适宜的麻醉方式和术中止血,术中仔细操作、呈现清晰的解剖结构以及采用个体化的血流阻断技术减少手术中出血,尽可能减少输血。

1.2.2.3 术后护理优化:①术后留置硬膜外止痛,维持使用至术后48 h,少用阿片类镇痛药,指导患者在早期下床活动中全身放松,减轻产妇切口疼痛程度。②术后早期活动:护理人员在术后6 h后协助患者进行每2小时1次的床上翻身运动;在术后12~24 h时进行慢呼吸和伸展运动,每天3次,每次15 min;在术后1 d下床进行室内小幅度活动,每天2次、每次15 min;在术后3 d循序渐进加大活动量,可逐渐的进行正常的活动。③术后营养支持:快速康复术后听诊肠鸣音恢复实施营养支持方案,鼓励患者术后经口进食术后24 h内便开始少量进水,第2天即开始进食流质,争取第3天完全口服液体及流质,逐步从清流质逐渐过渡至普通饮食。

1.3 观察指标 ①术后恢复情况:观察与两组术后下床活动时间与术后住院时间。②并发症情况:观察与记录两组术后尿路感染、腹胀、排便排气功能障碍、下肢静脉血栓等并发症的发生情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 14.00软件进行统计分析。计量数据采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后下床活动时间与术后住院时间比较见表2

表2 两组术后下床活动时间与术后住院时间比较

| 组别 | <i>n</i> | 术后下床活动时间/h | 术后住院时间/d |
|-----|----------|---------------|--------------|
| 观察组 | 60 | 32.13 ± 4.14* | 6.25 ± 0.72* |
| 对照组 | 60 | 45.22 ± 5.98 | 7.70 ± 0.91 |

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,观察组的术后下床活动时间早于对照组,术后住院时间均明显短于对照组(t 分别=9.22、5.43, P 均 < 0.05)。

2.2 术后并发症发生情况比较见表3

表3 两组术后并发症发生情况比较/例(%)

| 组别 | <i>n</i> | 腹胀 | 排便功能障碍 | 下肢静脉血栓 | 尿路感染 |
|-----|----------|----|--------|--------|---------|
| 观察组 | 60 | 3 | 2 | 2 | 0* |
| 对照组 | 60 | 11 | 8 | 8 | 5(8.33) |

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,观察组术后尿路口感染、腹胀、排便排气功能障碍、下肢静脉血栓等并发症发生情况明显少于对照组(χ^2 分别=5.67、3.93、3.93、5.22, P 均 < 0.05)。

3 讨论

快速康复外科理念目前已成功运用于普外科、胸外科、泌尿外科及骨科等领域,尤其是在腔镜手术的运用,取得了良好的成效^[4]。目前快速康复外科在妇科中涉及的病种除子宫切除术外^[5],还包括阴道前后壁及子宫脱垂阴式手术、卵巢恶性肿瘤手术等,但应用于妇科良性手术的案例则很少。Kjohede等^[6]研究表明,对子宫切除术围术期患者进行快速康复外科管理,通过对干预措施的管理和提高患者的压力处理能力,尤其是对压力处理能力较低的患者,能够减少其术后并发症,并且加速其术后康复。观察组将快速康复护理理念融入围术期护理,围绕术前、术中、术后共采取了10项综合护理优化措施进行围手术护理。结果显示观察组的术后下床活动时间早于对照组,术后住院时间明显短于对照组(P 均 < 0.05),表明快速康复护理优化可加快患者身体恢复;观察组术后并发症发生情况明显少于对照组(P 均 < 0.05),与劳东玲等^[7]的研究结论相一致,提示快速康复外科理念在妇科围术期的运用可明显加快患者术后恢复,降低术后并发症发生率,特别是早期功能锻炼可以加快患者胃肠蠕动,同时有效解决了患者排便、排气功能障碍,缩短住院时间。

综上所述,快速康复护理在妇科腹腔镜手术患者中的应用能促进快速康复,降低术后并发症发生率,缩短住院时间。但快速康复外科在我国起步较晚,今后仍有较多发展空间和前景、需要在将来进行更广泛和深入的探讨。

参考文献

- 1 Kehlet H, Wilmore DW. Evidence based surgical care and the evolution of fast track surgery[J]. Anna Surg,

- 2008,248(2):189-198.
- 2 杨万玲.快速康复外科护理临床应用现状及启示[J].安徽医学,2013,13(10):1581-1583.
 - 3 Schwenk W.Fast-track:evaluation of a new concept[J].Chirurg,2012,83(4):351-355.
 - 4 朱斌,黄建宏.加速康复外科在我国发展现状、挑战与对策[J].中国实用外科杂志,2017,37(1):26-29.
 - 5 Kroon U B,Radstrom M,Hjelthe C,et al.Fast-track hysterectomy:a randomised,controlled study[J].Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2010,151(2):203-207.
 - 6 Kjolhede P,Borendal Wodlin N,et al.Impact of stress coping capacity on recovery from abdominal hysterectomy in a fast-track program:a prospective longitudinal study[J].BJOG,2012,119(8):998-1007.
 - 7 劳东玲.妇科腹腔镜手术中应用快速康复外科技术的观察及护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2012,33(15):2105-2106.

(收稿日期 2017-09-04)

(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

应用循证与德尔菲法构建腰椎间盘突出症辨证施护方案

徐晓燕 陈媛儿 冯莺

腰椎间盘突出症是人群常见病、多发病,多数可经中医药保守治疗治愈或缓解,是中医药治疗的优势病种^[1]。中医护理以辨证观、整体观为理念,在护理技术、食疗药膳、情志调理等各方面对患者开展辨证施护疗效显著^[2]。然而,护士多存在中医护理知识与技能不足的问题^[3],且本病辨证施护措施相对零散,不利于辨证施护开展。因此,本次研究初步构建“腰椎间盘突出症辨证施护方案”,以期为护士开展辨证施护、实施同质化护理提供参考。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 文献检索策略 以“lumbar disc herniation or LDH or low back pain, Chinese medicine or TCM or acupuncture or massage or moxibustion or cupping or external medicine, nursing; 腰椎间盘突出症、腰突症、椎间盘移位、腰腿痛、腰痛、痹症; 辨证

施护、辨证护理、辨证论治; 血瘀、寒湿、湿热、肝肾亏虚/肾虚”关键词检索中国知网、万方、中国生物医学数据库、维普、PubMed、EBSCO、Web of Science 等数据库,检索年限起自1996年至2017年12月。手工查阅相关教材。

1.2 文献纳入与排除标准 ①纳入标准:中医药治腰椎间盘突出症的文献,并且有对疾病进行辨证分型,包括系统评价、RCT论文、类实验性研究论文、个案报道、经验总结、综述等。②排除标准:操作技术不在“优势病种中医护理方案”注明的18项中医护理技术之列的文献、中西医结合治腰椎间盘突出症的文献、动物实验文献、文献质量为C的文献。

1.3 文献质量评价与证据汇总 采用澳大利亚Joanna Briggs循证卫生保健中心(Joanna Briggs institute, JBI)文献质量评价标准进行评价,均满足评价原则的文献质量为A级,有一项及以上为“不清楚”的文献质量为B级,不满足一条及以上评价原则的文献质量为C级。依照JBI证据预分级及推荐级别系统对证据进行等级评定与汇总,分为Level 1~5级^[4]。由受循证护理相关培训的2人分别评价,意见不一时由第三人仲裁,按辨证施术(中医护理技术)、辨证施教、辨证施食进行归类。

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.04.039

基金项目:浙江省中医药管理局科研基金项目(2016ZA145)

作者单位:310000 浙江杭州,杭州市中医院护理部(徐晓燕、冯莺);浙江大学医学院附属第二医院护理部(陈媛儿)

通讯作者:冯莺,Email:984632601@qq.com