

# 快速康复外科护理对胃癌根治术患者胃肠功能恢复及并发症的影响

杨云<sup>1</sup> 杨晓<sup>2</sup>

(1 南阳医学高等专科学校第二附属医院 河南南阳 473000;

2 河南省南阳市第一人民医院 河南南阳 473002)

**摘要:**目的:探讨胃癌根治术患者采用快速康复外科护理干预的临床效果。方法:选择 2017 年 3 月~2020 年 3 月接受胃癌根治术治疗的 100 例患者为研究对象,根据护理干预的不同分为 A 组与 B 组,每组 50 例。A 组实施常规护理,B 组实施快速康复外科护理。对比两组胃肠功能恢复时间及并发症发生率。结果:B 组肛门排气、肠鸣音恢复、排便时间均较 A 组短( $P<0.05$ );B 组并发症总发生率较 A 组低( $P<0.05$ )。结论:胃癌根治术患者采用快速康复外科护理干预能够有效促进术后胃肠功能恢复,减少并发症。

**关键词:**胃癌根治术;快速康复外科护理;胃肠功能;并发症

中图分类号:R473.73

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.071

胃癌为我国发病率较高的一种消化道恶性肿瘤,死亡率在各种消化道肿瘤中排名首位<sup>[1]</sup>。由于胃癌早期无明显症状,因此一旦确诊,大部分患者病情已发展至中期或晚期,癌细胞可能转移或扩散至其他器官,严重威胁患者生命安全<sup>[2]</sup>。胃癌根治术已成为临床治疗该病的主要手段,具有较好的临床疗效,但手术属于创伤性诊疗技术,会对患者胃肠功能造成一定影响,且易引起多种并发症,故手术治疗同时还应实施有效的护理措施干预<sup>[3]</sup>。快速康复外科护理常被临床用于手术患者中,可有效促进患者术后恢复。基于此,本研究旨在分析胃癌根治术患者采用快速康复外科护理干预的临床效果。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2017 年 3 月~2020 年 3 月于我院接受胃癌根治术治疗的 100 例患者为研究对象,根据护理干预的不同分为 A 组与 B 组,每组 50 例。A 组男 23 例,女 27 例;年龄 38~67 岁,平均年龄( $51.23\pm 2.16$ )岁;TNM 分期: I 期 13 例, II 期 26 例, III 期 11 例;病程 1~3 年,平均病程( $2.03\pm 0.41$ )年; 体质指数 (Body mass index, BMI)  $17\sim 23$  kg/m<sup>2</sup>,平均 BMI ( $20.96\pm 1.03$ ) kg/m<sup>2</sup>。B 组男 24 例,女 26 例;年龄 39~66 岁,平均年龄 ( $51.45\pm 2.09$ ) 岁;TNM 分期: I 期 12 例, II 期 25 例, III 期 13 例;病程 1~3 年,平均病程 ( $2.05\pm 0.39$ ) 年;BMI  $17\sim 23$  kg/m<sup>2</sup>,平均 BMI ( $20.92\pm 1.06$ ) kg/m<sup>2</sup>。两组一般资料(性别、年龄、TNM 分期、病程、BMI)对比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 入组标准** (1)纳入标准:经病理检查确诊为胃癌;肿瘤组织未发生转移;具有良好的沟通能力;配合度理想;自愿签署知情同意书。(2)排除标准:

孕期或哺乳期妇女;凝血功能存在异常者;存在手术禁忌者;合并其他部位恶性肿瘤者;合并肝肾功能衰竭者。

## 1.3 护理方法

**1.3.1 A 组 实施常规护理。**手术前对患者进行常规健康教育,缓解患者紧张、恐惧等负性心理,并常规执行禁饮、禁食、灌肠等术前准备;指导术后饮食,做好清洁护理等。连续干预 15 d。

**1.3.2 B 组 实施快速康复外科护理。**(1)术前:用通俗的语言为患者讲解快速康复外科护理理念,及时与患者沟通,了解患者心理状态,帮助患者减轻心理压力,加强患者战胜疾病的信心,并详细为患者讲解疾病、治疗方法、注意事项等有关知识,并告知应如何积极配合治疗;术前 6 h 告知患者禁食,术前 2 h 告知患者禁饮,不进行清洁灌肠,并给予 10% 的葡萄糖 250 ml 静脉注射。(2)术中:术中采取持续硬膜外麻醉,限制补液;将手术室温度设置为 26℃,所有需要输注的液体加温至 37℃;手术结束时注意患者四肢、肩部的保暖,不放置胃管。(3)术后:采用静脉自控式镇痛泵进行镇痛,并给予非甾体抗炎药预防感染,不留置导尿管与引流管,给予盐酸昂丹司琼片(国药准字 H10970063) 8 mg 止吐;手术结束当天可指导患者饮用适量水;术后协助患者调整体位,并为其按摩双下肢,促进肢体血液循环;鼓励患者尽早下床活动,有肠鸣音后可饮食,但初期饮食应以流质食物为主,逐渐过渡到半流质、普食。连续干预 15 d。

**1.4 观察指标** (1)胃肠功能恢复情况:比较两组患者术后肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、排便时间。(2)并发症:比较两组患者肺部感染、消化道症状、切口感染、深静脉血栓形成、泌尿系统感染发生

情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS24.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示,组间用独立样本  $t$  检验,计数资料用%表示,采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组胃肠功能恢复情况对比 B 组肛门排气、肠鸣音恢复、排便时间均较 A 组短 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组胃肠功能恢复情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	肛门排气时间(d)	肠鸣音恢复时间(h)	排便时间(d)
B 组	50	2.28± 0.36	15.62± 2.84	3.25± 0.28
A 组	50	3.81± 0.42	20.91± 3.48	5.61± 0.39
t		19.558	8.328	34.759
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组并发症对比 B 组并发症总发生率较 A 组低 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组并发症对比[例(%)]

组别	n	消化道 症状	肺部 感染	切口 感染	泌尿系统 感染	深静脉 血栓形成	总发生
B 组	50	2(4.00)	0(0.00)	1(2.00)	0(0.00)	0(0.00)	3(6.00)
A 组	50	5(10.00)	1(2.00)	2(4.00)	1(2.00)	1(2.00)	10(20.00)
$\chi^2$							4.332
P							0.037

## 3 讨论

目前,临床尚未完全明确胃癌具体发病原因,一般认为与遗传、饮食、环境地域、幽门螺杆菌感染等存在一定关联。且相关研究表明,随着人们工作压力不断增加,生活水平不断提高,饮食不规律、暴饮暴食等现象日益严重,我国胃癌的发病率逐年上升<sup>[4]</sup>。随着病情恶化,胃癌患者可能出现胃部疼痛、贫血、胸骨后疼痛、进食困难、消瘦等症状,对患者心理与生理带来双重影响<sup>[5]</sup>。胃癌根治术为临床常见的一种外科手术,但术后患者可能因手术创伤导致胃肠功能下降,增加并发症发生的风险,不利于术后恢复,故围术期给予有效护理干预尤为重要。

常规围术期护理干预只能满足患者基本需求,对促进术后胃肠功能恢复及预防术后并发症并无针对性护理措施,导致干预效果欠佳<sup>[6]</sup>。快速康复外科护理在围术期能够为临床提供一些循证医学证据证实干预效果显著的护理操作,降低手术创伤性,促

进术后快速恢复,其干预效果在外科手术治疗患者及临床医师中已得到广泛认可<sup>[7]</sup>。本研究结果显示,相比 A 组,B 组肛门排气、肠鸣音恢复、排便时间均较短,并发症总发生率较低,表明胃癌根治术患者采用快速康复外科护理干预,有助于促进胃肠功能快速恢复,减少并发症发生,与姚莉倩等<sup>[8]</sup>研究结果基本一致。分析其原因在于:(1)快速康复外科护理在术前 6 h 禁食、术前 2 h 禁饮,并给予葡萄糖静脉注射,且术中不放置胃管,可有效减轻患者消化道症状,且有研究指出,肺部并发症多与胃管刺激,导致呼吸道分泌物增加有关,故可预防肺部感染发生;(2)术中限制补液、保温护理,术后尽早恢复患者饮食,不留置引流管与尿管,同时为患者按摩下肢,鼓励尽早下床,可帮助患者改善术后胃肠功能,并降低术后感染、深静脉血栓形成并发症发生风险性<sup>[9-10]</sup>。但本研究还存在一定不足之处,如研究样本量较小,拟进一步扩大样本量进行研究分析,为临床提供更可靠的参考依据。综上所述,胃癌根治术采用快速康复外科护理干预,效果显著,不仅能够改善患者术后胃肠功能,还可减少术后并发症,利于改善疾病预后情况,在临床中值得推广应用。

### 参考文献

- [1]郑振东,韩涛.胃癌诊疗研究进展[J].临床军医杂志,2017,45(1):1-4.
- [2]秦维霞,邓建玉.快速康复外科理念在全腹腔镜胃癌根治术围术期护理的效果评价[J].中国肿瘤外科杂志,2018,10(1):66-68.
- [3]宋应明,连长红,韩超,等.快速康复外科理念指导下的医护一体模式在腹腔镜胃癌根治术中的应用效果[J].中华普通外科杂志,2018,33(10):871-872.
- [4]宋彩芳,张娅娅,李卫琴.胃癌根治术患者应用快速康复外科理念的效果评价分析[J].浙江临床医学,2019,21(10):1374-1375.
- [5]张素娟,余昌俊,王冬梅,等.快速康复外科护理在手助腹腔镜胃癌根治术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(8):101-103.
- [6]马秀侠,房守军,孟良.快速康复外科对老年胃癌根治术后预后及炎症反应的影响[J].新疆医科大学学报,2017,40(11):1431-1434.
- [7]钱路创,沙洪存,洪晓明.快速康复外科在腹腔镜胃癌根治术的研究进展[J].中国微创外科杂志,2017,17(5):471-474.
- [8]姚莉倩,王俐稔.加速康复外科护理对胃癌术后患者胃肠功能及生活质量的影响[J].贵州医药,2019,43(10):1635-1636.
- [9]徐燕华,李海霞.快速康复外科理念对腹腔镜下胃癌根治术患者术后康复的影响[J].医学临床研究,2019,36(11):2203-2205.
- [10]程科蔚,谭智勇.快速康复外科对胃癌手术患者的临床指标和术后并发症的影响[J].四川医学,2017,38(10):1185-1188.

(收稿日期:2020-11-10)

(上接第 143 页)网膜病变知识、态度、行为现状及相关因素分析[J].中华现代护理杂志,2020,26(8):1069-1074.

[6]牟健,陈艳,周芳,等.α-硫辛酸与甲钴胺联合治疗糖尿病周围神经病变的疗效及对氧化应激和炎症反应的影响[J].中国老年学杂志,2017,37(5):1141-1143.

[7]李超群,井坤娟.Orem 自理理论在老年慢性病中的研究进展[J].医学研究与教育,2016,33(4):57-61.

[8]李童,李红娜,李鹏,等.视觉诱发电位及视网膜电图在早期糖尿病视网膜病变诊断中的价值研究[J].中国实验诊断学,2017,21(11):1959-1961.

(收稿日期:2020-06-10)