

腹腔镜前列腺癌根治术患者围术期运用快速康复护理的效果分析

李永秀

青海省红十字医院泌尿外科 810000

【摘要】目的 探讨腹腔镜前列腺癌根治术患者围术期运用快速康复护理的效果。**方法** 采集本院2020年5月至2021年11月期间接收的104例腹腔镜前列腺癌根治术患者,随机分为对照组与观察组各52例,对照组运用常规护理,观察组运用快速康复护理,分析不同护理操作后患者并发症、手术恢复速度指标情况。**结果** 在患者首次进食时间、下床活动时间、住院时间等指标上,观察组各项时间明显少于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者并发症发生率上,观察组3.85%,对照组19.23%,对比有统计学意义($p<0.05$)。**结论** 腹腔镜前列腺癌根治术患者围术期运用快速康复护理,可以有效地减少术后并发症,提升患者术后恢复速度,整体状况更为理想。

【关键词】 腹腔镜前列腺癌根治术;围术期;快速康复护理;效果

【中图分类号】 R473.73

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2022) 04-095-02

前列腺癌属于男性常见的泌尿系统恶性肿瘤问题之一,随着医疗技术的发展,有关疾病的治疗越来越微创化,不仅减少手术带来的损伤痛苦,提升治疗恢复速度与质量,整体治疗恢复更为理想。快速康复护理有别于传统护理理念,可以更快地提升恢复速度,同时保证其治疗恢复质量,优化患者治疗恢复体验。本文采集104例腹腔镜前列腺癌根治术患者,分析围术期运用快速康复护理后患者并发症、手术恢复速度指标情况,具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2020年5月至2021年11月期间接收的104例腹腔镜前列腺癌根治术患者,随机分为对照组与观察组各52例。对照组中,年龄从36岁至67岁,平均 (52.68 ± 9.81) 岁;PSA值为 (25.78 ± 18.67) ng/ml;Gleason评分为 (7.16 ± 0.75) 分;观察组中,年龄从35岁至64岁,平均 (53.17 ± 7.34) 岁;PSA值为 (24.53 ± 16.29) ng/ml;Gleason评分为 (7.67 ± 0.86) 分;两组患者在基本年龄、病情等信息上没有明显差异,有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理,观察组运用快速康复护理,具体内容如下:

术前要做好对应的宣传教育指导以及心理安抚工作。一般情况下,需要开展患者以及家属双方面的沟通,通过多样化的形式,包括传统的纸质手册、宣传展板、手机、视频或者网络文章等形式。让患者对手术方案以及整个流程注意事项有基本的了解,避免自身认知不全而导致的心理压力、恐惧,提升其整体治疗信心^[1]。要充分意识到有关宣教内容本身可以达到一定的心理安抚工作,因此在用词用语以及内容形式设计上尽可能地柔和化,避免操作不当导致的心理压力。同时要耐心地倾听患者的想法,了解其整体的身心状态,做好针对性的心理安抚工作。要通过减少其负面情绪,在一定程度上来达到其更好地治疗状况,避免焦虑、抑郁情绪对整个治疗过程构成的影响,让其意识到保持积极正向的心态对整个治疗恢复有一定的支持作用^[2]。

要做好术前检查以及肠道准备工作。一般术前需要辅助以及引导患者完善有关检查工作,包括特殊检查以及常规检查内容等。要做好术前营养支持管理,提升其对手术的耐受性。

术前一般不进行机械灌肠等传统肠道准备工作,同时也不进行胃管留置,术前6小时禁食,术前2小时进行5%葡萄糖溶液250毫升的饮用。如果有便秘或者宿便等情况,在术前一晚以及手术晨起状况下可以进行普通灌肠操作^[3]。

术后早期康复处理方面可以进行缓泻剂,同时进行肠蠕动剂来帮助其排气,术后6~24小时可以进行下床活动锻炼。可以流食摄取,而后逐步的提升其活动量以及饮食量,促使其更好地恢复。术前镇静以及术后切口疼痛方面,一般术前可以通过改善焦虑等药物来避免其情绪紧张压力问题。可以运用短效镇静剂,但是避免采用长效镇静剂带来了不良影响。术后可能会有切口疼痛,可以运用多样化的镇痛方案,但是一般不采用硬膜外镇痛。还需要做好各管道护理工作。盆腔引流管尽早拔除,淋巴漏在24小时引流量如果在200毫升以内,可以将其撤除。术后三天之内可以进行引流管的拔除,术后一周时间进行尿管的拔除。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者并发症、手术恢复速度指标情况。手术恢复速度指标主要集中在患者首次进食时间、下床活动时间、住院时间等指标。并发症主要集中在恶心呕吐、发热以及其他等情况的发生率。

1.4 统计学分析

数据运用spss22.0软件处理,计数资料使用 $n(\%)$ 表示,采用卡方检验,计量资料运用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用t检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者手术恢复速度情况

见表1,在患者首次进食时间、下床活动时间、住院时间等指标上,观察组各项时间明显少于对照组,对比有统计学意义($p < 0.05$)。

表1: 各组患者手术恢复速度结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	首次进食时间(h)	下床活动时间(h)	住院时间(d)
观察组	13.87 ± 4.19	21.39 ± 5.26	9.11 ± 1.74
对照组	19.43 ± 5.22	51.68 ± 6.49	12.38 ± 2.02

注: 两组对比, $P < 0.05$

2.2 患者并发症发生率情况

见表2所示,在患者并发症发生率上,观察组3.85%,对

(下转第97页)

20 名护士中男 4 例、女 16 例;年龄在 20~34 岁,中位年龄 27 岁,≥27 岁的 11 例,<27 岁的 9 例;任职时间在 1~10 年,中位时间为 5.5 年,≥5.5 年的 12 例,<5.5 年的 8 例;文化程度大专及以上学历 13 例、大专以下 7 例;初级职称 5 例、中级职称 8 例、高级职称 7 例;接受过疼痛管理培训的 5 例、未接受疼痛管理培训的 15 例。经资料差异性分析得到,任职时间、是否接受过疼痛管理培训是影响护士疼痛管理知识和态度的主要原因,详见表 1。

3 讨论

疼痛是肿瘤科病人常见的情况,常见的疼痛原因包括肿瘤骨转移、侵犯神经、空腔脏器,手术或其他有创性诊断、化疗药物毒副作用、放疗副作用及感染等生理因素,也包括社会文化因素、认知因素、行为因素和情感因素、外界支持情况等间接因素影响^[5]。而疼痛对肿瘤科病人身心上造成的影响不容忽视,因此只有提高疼痛护理质量,帮助患者及时缓解疼痛才能获得病人的认可,提高满意度。而这对肿瘤科护理人员提出了较高的要求,因此有必要实施一定的措施帮助提高疼痛护理质量。

从本次研究结果来看,肿瘤科护士疼痛管理知识和态度平均得分(17.43±3.50)分,疼痛护理质量评分(83.23±10.05)分,经 Pearson 分析,护士疼痛管理知识和态度与疼痛护理质量呈正相关($r=0.453$, $p<0.05$)。这说明,护士疼痛管理知识和态度一定程度上决定了疼痛护理质量的高低,从而关系着肿瘤科病人满意度。而从护士一般资料差

异性分析来看,任职时间、是否接受过疼痛管理培训是影响护士疼痛管理知识和态度的主要原因。由此可见,护士任职时间越长、接受过疼痛管理培训的护士疼痛管理知识和态度越好,任职时间无法改变,但加强护理人员的疼痛管理培训可一定程度上提高护士的疼痛管理知识和态度,从而提高疼痛护理质量。

综上所述,护士疼痛管理知识和态度一定程度上影响着肿瘤科疼痛护理质量,因此,为提高肿瘤科疼痛护理质量,可通过制定规范化、系统性的疼痛护理培训,提高护士的疼痛管理知识和态度。

参考文献:

- [1] 于文华,陆宇晗,杨红等.肿瘤科护士癌症疼痛管理的态度和知识现状及影响因素的研究[J].中华现代护理杂志,2019,25(9):1080-1085.
- [2] 陈晓莉,王玲,邹利群.急诊科护士疼痛管理知识和态度现状的调查[J].国际护理学杂志,2021,36(15):2044-2047.
- [3] 王晓杰,张雅琴,高娜等.国内护士疼痛管理知识、态度及行为的研究[J].护理研究,2021,27(19):1921-1922.
- [4] 董明芬,林爱宝,周红波.疼痛护理小组的培训管理与质量效果评价[J].中华全科医学,2022,14(6):1034-1036.
- [5] 彭竹竹,高红梅,彭伶俐.湖南省某三甲医院护士疼痛管理知识和态度的调查与分析[J].中国现代医学杂志,2021,26(6):113-118.

(上接第 94 页)

3 讨论

骨科截肢是一种为了确保生命必须选择的治疗方法,会将患者变为残疾人^[4],因此,很多患者不愿意进行截肢手术^[5]。在骨科截肢患者中使用细致化护理,与患者心理疏导,缓解患者负面情绪,对患者进行营养指导,康复指导,促进患者身体恢复。

使用细致化护理干预的患者的住院时间较短($19.61\pm0.23<25.37\pm0.38$),PSQI 评分较低($2.75\pm0.18<5.67\pm0.55$),疼痛评分较低($2.36\pm0.22<5.68\pm0.71$)以及护理质量评分较高($95.22\pm1.72>89.65\pm1.28$),护理满意率较高($96.67\%>80.00\%$),并发症发生率较低($6.67\%<26.67\%$)。

综上,在骨科截肢患者中使用细致化护理干预,改善护

理质量,提高护理满意率,降低并发症发生率,缩短住院时间,缓解疼痛,值得临床使用和推广。

参考文献:

- [1] 原影,尚坤,徐丽,等.细致化护理干预在骨科截肢患者围手术期中的应用价值研究[J].黑龙江医学,2020,44(12):1728-1731.
- [2] 胡霞,林敏,吴菲.谈心理护理和人性化护理在骨科护理中的应用[J].养生保健指南,2018(51):150.
- [3] 吕翥.精细化护理模式在严重创伤致截肢患者护理中的研究分析[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(37):46-48.
- [4] 杨智涵.恶性骨肿瘤行半骨盆截肢技术患者的临床护理路径选择[J].特别健康,2018(18):159.
- [5] 王海容.骨科护理的安全隐患及人性化护理的探讨[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(27):110-111.

(上接第 95 页)

照组 19.23%,对比有统计学意义($p<0.05$)。

表 2: 患者并发症发生率评估结果 [n(%)]

分组	n	恶心呕吐	发热	其他	术后总并发症率
观察组	52	2	0	0	3.85%
对照组	52	5	3	2	19.23%

注:两组对比, $P<0.05$

3 讨论

通过上述的快速康复护理对照,常规护理一般是做好术前肠道准备,进行口服泻药来达到灌肠清理功效。术前 6~8 小时禁食,术前 4~6 小时禁饮,进行对应的留置胃管,术后做好硬膜外镇痛。术后如果患者排气则开始摄取流食,而后逐步过渡到普食。术后 24 至 48 小时内可以开展下床活动。依据情况,在 24 小时引流量在 20 毫升以内,进行其引流管

的撤除,术后 2~3 周做尿管的撤除。由此可以发现,快速康复护理的整个进度更快,患者体验感受更好。总而言之,腹腔镜前列腺癌根治术患者围术期运用快速康复护理,可以有效地减少术后并发症,提升患者术后恢复速度,整体状况更为理想。

参考文献:

- [1] 向军莲.快速康复外科策略在腹腔镜下前列腺癌根治术围术期护理中的应用效果[J].中国当代医药,2022,29(2):171-174.
- [2] 张业苹,王永江.围手术期快速康复护理对腹腔镜前列腺癌根治术患者免疫功能的影响[J].中国医药指南,2021,19(14):4-6.
- [3] 李金杰.快速康复外科护理在腹腔镜前列腺癌根治术患者围术期中的应用[J].养生大世界,2021(12):64.