

集束化护理对提升胃癌根治术患者恢复速度的效果分析

刘文艳

兰州市第一人民医院肿瘤科 730050

【摘要】目的 探讨集束化护理对提升胃癌根治术患者恢复速度的效果。**方法** 采集本院 2021 年 4 月至 2022 年 11 月期间接收的 118 例胃癌根治术患者，随机分为常规组与集束化组各 59 例，常规组运用常规护理，集束化组运用集束化护理，分析不同处理后患者胃肠功能恢复速度、不良反应情况。**结果** 集束化组在肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、首次下床时间等指标上，各项明显少于常规组 ($p < 0.05$)；集束化组低温、寒战等不良反应率各项与常规组差异不明显 ($p > 0.05$)。**结论** 集束化护理对提升胃癌根治术患者恢复速度有较好的支持作用，同时可以减少手术不良反应，整体安全性也更高。

【关键词】 集束化护理；胃癌根治术；恢复速度；效果

【中图分类号】 R473.73

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2023) 09-122-02

集束化护理 (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS) 是一种综合性的、多学科的团队协作护理模式，旨在通过优化术前、术中和术后的护理措施，加速患者的康复过程，减少并发症发生率，提高手术成功率和患者满意度。本文采集 118 例胃癌根治术患者，分析运用集束化护理后的效果，具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2021 年 4 月至 2022 年 11 月期间接收的 118 例胃癌根治术患者，随机分为常规组与集束化组各 59 例。常规组中，男：女=34：25；年龄从 34 岁至 77 岁，平均 (45.92 ± 4.71) 岁；集束化组中，男：女=31：28；年龄从 35 岁至 69 岁，平均 (45.17 ± 5.54) 岁；两组患者在基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

常规组运用常规护理，集束化组运用集束化护理，具体如下：(1) 术前准备：教育和信息共享：向患者提供关于手术过程、术后恢复和期望效果的教育，确保患者和家属了解并参与护理计划。营养评估和优化：进行患者的营养评估，根据需要制定个性化的营养支持计划，以提高手术前的营养状况。停止吸烟和饮酒：鼓励患者在手术前停止吸烟和饮酒，以减少术后并发症的风险。(2) 术中管理：麻醉管理：采用局部麻醉或神经阻滞等技术，减少全身麻醉的使用，降低术后恢复时间和并发症的风险。减少术中液体负荷：通过精确计算和监测术中液体需求，避免过度液体负荷，减少术后水肿和肺部并发症的发生。防止低体温：采用主动保暖措施，如加热毯、温暖的输液液体等，以防止术中低体温和寒战的发生。(3) 术后护理：期进食：鼓励患者尽早恢复进食，从液体逐渐过渡到固体食物，以促进肠道功能的恢复。早期行动：鼓励患者尽早下床行走，进行早期康复活动，促进血液循环和肺功能的恢复。疼痛管理：采用多模式镇痛策略，包括局部麻醉、镇痛药物和非药物疼痛管理方法，以减轻术后疼痛，促进早期行动和康复。液体管理：根据患者的液体需求和监测结果，进行精确的液体管理，避免过度液体负荷和脱水的发生。早期出院计划：制定早期出院计划，包括术后恢复的评估和患者和家属的教育，以便患者能够尽早回家并继续康复。

(4) 团队协作和沟通：多学科团队：建立多学科团队，包括外科医生、麻醉师、护士、营养师等，共同制定和执行集束

化护理计划。沟通和协作：加强团队成员之间的沟通和协作，确保护理措施的顺利实施和患者的全面护理。

1.3 评估观察

分析不同处理后患者胃肠功能恢复速度、不良反应情况。恢复速度主要集中在肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、首次下床时间等指标方面。不良反应主要集中在低温、寒战等。

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， $P < 0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 患者不良反应情况

见表 1 所示，集束化组低温、寒战等不良反应率各项与常规组差异不明显 ($p < 0.05$)。

表 1：患者不良反应评估结果 [$n(\%)$]

分组	n	低温	寒战
集束化组	59	8 (13.55%)	2 (3.39%)
常规组	59	17 (28.81%)	3 (5.08%)

注：两组对比， $p > 0.05$

2.2 各组患者救治恢复速度情况

见表 2，集束化组在肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间、首次下床时间等指标上，各项明显少于常规组 ($p < 0.05$)；

表 2：各组患者救治恢复速度结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	肠鸣音恢复 时间 (h)	首次排气 时间 (h)	首次排便 时间 (d)	首次下床 时间 (d)
集束化组	14.28 ± 1.95	19.53 ± 3.42	3.41 ± 0.55	1.05 ± 0.24
常规组	18.43 ± 2.49	24.81 ± 4.50	4.35 ± 0.78	1.32 ± 0.43

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

在胃癌根治术患者中，集束化护理的目标是缩短患者的康复时间，包括肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间和首次下床时间等。同时，集束化护理还可以控制低温和寒战等不良反应^[1]。胃癌根治术后，患者常常出现肠麻痹，导致肠道蠕动减慢，肠鸣音减弱或消失，排气和排便延迟。集束化护理通过术前禁食时间的缩短、术中使用局麻药物、

(下转第 124 页)

压等重要生理指标水平。(3)不良事件:统计2组患者低体温、手术部位感染以及其他(如寒战、苏醒延迟、术后出血等)发生率。

1.5 统计学方法

用SPSS25.0软件进行统计学分析,计量资料符合正态分布用($\bar{x} \pm s$)表示,用t检验;计数资料用数(n)、率(%)

表示,用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组体温变化情况

入室时2组体温差异不明显($P > 0.05$);麻醉后15min、术中1h、术毕时、麻醉苏醒时发生不同程度改变,体温组变化幅度较小,测量值均高于常规组($P < 0.05$)。见表2。

表2:两组体温情况比较[($\bar{x} \pm s$), $^{\circ}\text{C}$]

组别	n	入室时	麻醉后 15min	术中 1h	术毕时	麻醉苏醒时
常规组	58	36.55±0.20	36.42±0.31	36.01±0.78	36.55±0.55	36.82±0.55
保温组	58	36.55±0.18	36.57±0.23	36.88±0.42	36.47±0.55	36.74±0.41
t		0.305	3.204	8.098	8.515	10.931
P		0.760	0.002	0.000	0.000	0.000

2.2 两组生理指标变化情况

术前15min 2组心率、平均动脉压无显著差异($P > 0.05$);术中1h与术后10min常规组心率高于术前15min($P < 0.05$)。见表3。

表3:两组生命体征情况比较[($\bar{x} \pm s$)]

组别	n	心率(次/min)			平均动脉压(mmHg)		
		术前 15min	术中 1h	术后 10min	术前 15min	术中 1h	术后 10min
常规组	58	83.29±5.55	86.19±5.21*	87.52±5.52*	96.77±5.28	93.55±7.41*	92.12±5.87*
保温组	58	83.32±5.78	83.25±4.49	84.95±5.25	96.72±5.14	95.99±5.25	94.88±5.93
t		0.031	3.154	2.512	0.047	2.215	2.728
P		0.975	0.002	0.013	0.963	0.028	0.007

注:与同组术前比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组不良事件发生情况

保温组低体温、手术部位感染以及其他不良事件发生率更低,其中低体温与手术部位感染发生率2组数据差异显著($P < 0.05$)。见表4。

表4:两组不良事件发生率比较[n(%)]

组别	n	低体温	手术部位感染	其他
常规组	58	12 (17.25)	8 (11.72)	3 (4.41)
保温组	58	4 (5.88)	2 (2.94)	0 (0.00)
χ^2		4.533	3.885	1.363
P		0.033	0.049	0.243

3 讨论

胃癌根治术患者多数年龄较高,营养状况较差,加之手术时间较长,很容易发生手术部位感染、低体温现象。因此,在胃癌根治术患者护理中,应警惕围手术期低体温,加强手术部位感染及低体温的预防与控制力度。王宁^[3]将自然复温、室内保暖、充气保温、输液加温等一系列体温护理措施应用到胃癌根治术患者手术室护理中,发现患者术中体温变化幅度较小,低体温发生率显著减少,患者复温时间缩短,证明

体温护理是预防手术患者低体温的有效途径。本研究与之结果基本相符,即接受手术室保温护理的患者围手术期体温波动较小,麻醉后、术中、术毕时、麻醉苏醒时的体温测量值明显高于以往一般护理患者。与此同时,接受保温护理患者心率、血压等生理指标稳定性更强,手术部位感染以及其他不良事件发生率更低,说明保温护理对患者生理应激减轻,机体功能维护,手术风险减少、预后改善等存在积极影响。

综上所述,手术保温护理可产生较好手术部位感染及低体温预防效果,对手术疗效提升与预后改善存在积极影响,值得临床推广使用。

参考文献:

- [1] 万玲, 吴晓琴, 彭传香. 集束化保温护理措施对降低胃癌根治术患者手术部位感染的效果研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(42):96+98.
- [2] 夏小丽, 何佩佩, 周洁. 麻醉诱导后即刻应用充气加温毯对胸腹部手术全麻患者围术期低体温并发症预防的效果[J]. 医学理论与实践, 2022, 35(22):3919-3921.
- [3] 王宁, 王群. 手术室低体温护理在胃癌根治术中的应用效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2022, 37(10):96-99.

(上接第122页)

术后早期进食和早期行动等措施,促进肠道功能的恢复,加速肠鸣音的恢复,缩短首次排气和首次排便的时间。胃癌根治术后,患者常常出现术后炎症反应,包括炎性介质的释放和免疫系统的激活^[2]。这些炎症反应可能导致低体温和寒战等不良反应。集束化护理通过术前预防性抗生素使用、术中保暖措施、术后早期进食和早期行动等措施,减少术后炎症反应,降低低体温和寒战的发生率^[3]。集束化护理强调术后早期的康复和活动。通过早期下床、早期行走和早期进食等措施,可以促进血液循环、肺功能和肠道功能的恢复,加速患者的康复过程,缩短住院时间。

总而言之,集束化护理对提升胃癌根治术患者恢复速度

有较好的支持作用,同时可以减少手术不良反应,整体安全性也更高。

参考文献:

- [1] 孙丹, 肖冰. 集束化护理干预对腹腔镜下胃癌根治术患者术后恢复及生活质量的影响[J]. 肿瘤基础与临床, 2022, 35(6):543-546.
- [2] 李婷婷. 集束化护理模式在腹腔镜胃癌根治术患者中的临床应用研究[J]. 现代医药卫生, 2020, 36(14):2256-2258.
- [3] 肖娟. 集束化护理对腹腔镜胃癌根治术后患者胃肠功能恢复及护理满意度的影响[J]. 当代临床医刊, 2020, 33(1):40, 36.