

快速康复外科麻醉管理对腹腔镜直肠癌患者肛门排气时间的影响研究

吴艳凤 魏 玮 周根荣

浙江省浦江县中医院麻醉科 322200

【摘要】目的 探讨快速康复外科麻醉管理对腹腔镜直肠癌患者肛门排气时间的影响。**方法** 研究期2023年6月-2024年10月, 筛选80例观察对象进入研究, 均为腹腔镜直肠癌患者, 利用随机数字法分组, 观察组($n=40$)实行快速康复外科麻醉管理, 对照组($n=40$)仅给予快速康复外科麻醉管理常规麻醉管理, 选定2项观察指标: 排气时间、术后并发症发生率, 对比不同护理方案的临床实践作用。**结果** 观察组术后肛门排气时间、排便时间低于对照组($P<0.05$); 观察组术后并发症发生率5.00%, 对照组为20.00%, ($\chi^2=4.1143$, $P<0.05$)。**结论** 将快速康复外科麻醉管理模式融入腹腔镜直肠癌患者, 可缩短患者术后肛门排气时间, 降低术后并发症发生率, 价值显著。

【关键词】 快速康复外科; 麻醉管理; 腹腔镜; 直肠癌; 肛门排气时间

【中图分类号】 R614

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2024) 10-022-02

快速康复外科是一种围术期护理管理方案, 具有集多学科协作与多模式的特点, 通过维持患者术前脏器功能, 缓解术中应激反应, 促进患者的术后康复^[1]。其中麻醉管理的规范、系统进行, 能够保证快速康复外科模式的顺利进行。近年来随着医学理念的更新与发展, 快速康复外科在各类外科手术的围术期管理中得到广泛应用^[2]。研究以此进行, 以腹腔镜直肠癌患者80例(2023年6月-2024年10月收治)作为观察对象, 应用快速康复外科麻醉管理方案, 观察在患者中的实践作用, 汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2023年6月-2024年10月开展研究, 共筛选腹腔镜直肠癌患者80例作为观察对象, 入组后以随机数字法分组: 观察组(40例患者)与对照组(40例患者), 并应用不同麻醉管理方案。观察组中, 男性患者21例, 女性19例; 年龄(范围/平均, 岁): 34-75/55.39 $\pm$ 2.16; 病程(区间/均值, 年): 0.3-7/4.54 $\pm$ 0.58。对照组中男性患者22例, 女性18例; 年龄(范围/平均, 岁): 35-78/55.46 $\pm$ 2.32; 病程(区间/均值, 年): 0.3-6.7/4.59 $\pm$ 0.64。以上各资料分析, $P>0.05$, 存在可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: (1)信息记录完整; (2)经病理确诊为直肠癌; (3)由同一组手术、麻醉医师进行手术; (4)知晓研究内容, 自愿参与, 依从性良好。

排除标准: (1)存在术前放化疗史; (2)伴随胃肠道疾病, 如肠梗阻、坏死等; (3)合并严重营养不良、肥胖症状。

1.3 方法

观察组给予快速康复外科麻醉管理: (1)麻醉方式: 进入手术室选择硬膜外穿刺+全麻诱导, 控制麻醉平面于T6以下; 术后每小时经硬膜外腔注入0.375%罗哌卡因, 丙泊酚进行麻醉维持与肌松; (2)液体管理: 选择限制性液体输注, 输注液体量遵循4-6ml $\cdot$ kg/min速度输注, 维持SVV低于13%; (3)术中保温处理: 进入手术室后选择变温毯保温, 调节温度在37 $^{\circ}$ C-39 $^{\circ}$ C之间, 消毒铺单时间低于5min; 术中、术后冲洗液体进行加温处理; (4)术后镇痛: 术后选择硬膜外自控镇痛PCEA。

对照组实行常规麻醉管理: 选择直接全麻诱导, 方法与观察组相同; 按照传统输液方案进行补充术前丢失量、生理

需求量、补偿性扩容量以及失血量; 进入手术室, 给予患者覆盖薄毛毯, 以患者自觉不寒冷为宜, 腹腔冲洗液体未进行加温处理; 术后进行静脉自控镇痛PCIA。

1.4 观察指标

(1)排气时间: 记录患者的术后肛门排气时间、排便时间, 并进行对比。(2)术后并发症发生率: 记录患者的术后并发症发生情况, 包括腹胀、恶心呕吐、尿潴留、肠梗阻等; 统计总发生率。

1.5 统计学分析

研究数据统一输入SPSS26.00系统, 在计数数据内, 表示结果“%”、“ χ^2 ”, 在计量数据中, 表示结果“ $\bar{x}\pm s$ ”、“ t ”, 符合正态分布; 如差异存在, “ $p<0.05$ ”。

2 结果

2.1 排气时间

术后肛门排气时间、排便时间对比, 观察组低于对照组($P<0.05$)。见下表1:

表1: 排气时间比较 ($\bar{x}\pm s$, d)

组别	例数	术后肛门排气时间	排便时间
观察组	40	3.23 $\pm$ 1.15	3.87 $\pm$ 1.31
对照组	40	3.95 $\pm$ 1.27	4.52 $\pm$ 1.53
t		2.6578	2.0409
P		0.0095	0.0446

2.2 术后并发症发生率

术后并发症发生率对比, 观察组低于对照组, ($P<0.05$)。见下表2:

3 讨论

快速康复外科是指在围术期内利用一系列优化措施, 帮助患者缓解机体应激反应, 其具有加速患者恢复, 缩短住院时间等作用^[3]。作为快速康复外科的重要组成, 与其相关的麻醉管理贯穿于整个围手术期^[4]。麻醉管理强调围术期麻醉医师的重要性, 站在麻醉管理的角度, 帮助患者优化手术质量, 减轻疼痛, 保证围术期的生命安全, 优化处理各项术后并发症风险, 加速术后康复^[5]。

在结直肠癌围术期应用快速康复外科麻醉管理, 强调术前、术中与术后3个环节, 术前选择硬膜外穿刺+全麻诱导的麻醉方式, 选择短效麻醉药物, 减轻手术应激反应, 保证麻醉深度^[6], 术中采取限制性容量措施, 并注意患者的保温管理, 采取变温毯, 对输入液体进行加温处理, 避免手术操

作过程温度变化对患者的刺激,降低应激反应,并避免炎症因子的释放,预防机体的炎症反应^[7],术后做好镇痛管理,有效缓解机体的应激反应程度,避免应激相关炎症因子的释放,加速患者的术后恢复,保护机体的免疫功能,加速患者肠道黏膜屏障功能的恢复,促进胃肠功能恢复正常的同时,预防术后相关并发症发生^[8]。

综上,针对腹腔镜直肠癌患者,快速康复外科麻醉管理模式的实施应用可减轻手术、麻醉操作带来的应激反应,促进患者的术后胃肠功能恢复,降低术后相关并发症的发生风险,价值显著。

参考文献

[1] 李鑫,支慧.围术期麻醉复苏护理联合保温干预应用于老年择期全麻腹腔镜结直肠癌根治术患者的效果分析[J].河南外科学杂志,2023,29(6):183-186.

[2] 杨香洪,张艳,王勇堃.目标导向护理联合保温护理对腹腔镜结直肠癌根治术全身麻醉患者的影响[J].中外医学研究,2024,22(3):95-99.

表2:术后并发症发生率统计(例,%)

组别	例数	腹胀	恶心呕吐	尿潴留	肠梗阻	总发生率
观察组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	0	0	2 (5.00)
对照组	40	2 (5.00)	2 (5.00)	2 (5.00)	2 (5.00)	8 (20.00)
χ^2						4.1143
P						0.0425

(上接第20页)

流产后易出血大出血的情况,导致患者发生感染的几率增大,此外,该药物还会对新生儿产生不良效果。因此,对于选择该药物进行治疗疤痕性子宫早孕患者,应采取全面的体检,由此保证该药物的安全性^[8]。而米索前列醇是一种合成前列腺素E1类似物,该药物为白色片,它能够有效保护胃黏膜,且该药效比西咪替丁更为有效,且与其他合成前列腺素药物相比较,具有一定的优势,如无需冷藏、价格低廉、使用面广及保质期长等。通过本次研究,观察组患者各种反应效果均优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组患者术中出血量、术后阴道流血、手术时间均优于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,通过对疤痕性子宫早孕患者采取米非司酮和米索前列醇治疗,能够有效改善患者临床各种反应效果,且安全性较高,值得广泛应用。

参考文献

[1] 徐珉.小剂量米非司酮配伍米索前列醇在彩超引导下吸宫终止剖宫产术后1年内早孕的临床研究[J].中国计划生育

[3] 王慧君,李妮.全麻腹腔镜直肠癌术中应用综合保温护理对患者麻醉复苏情况的影响[J].临床医学研究与实践,2019,4(33):174-176.

[4] 魏丽辉,姚剑琦,陈美菊,等.无瘤技术护理在行腹腔镜下直肠癌根治术患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(12):97-99.

[5] 陈小凤.手术室舒适护理在腹腔镜结直肠癌术中的应用价值研究[J].黔南民族医学学报,2022,35(4):300-301.

[6] 张玉晴,傅盈盈.术中低体温联合人性化护理在腹腔镜直肠癌手术患者中的应用[J].中国肛肠病杂志,2023,43(12):57-59.

[7] 阮思美,彭文君,冯金妹,等.ERAS指导的护理干预在3D腹腔镜下直肠癌手术患者中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(15):1372-1375.

[8] 孟宁,李玉兰,刘亚涛,等.合并扩张型心肌病老年患者行腹腔镜直肠癌根治术的麻醉与围术期管理[J].中华麻醉学杂志,2023,43(10):1248-1251.

学杂志,2023,23(2):103-105.

[2] 张红英,张艳.米索前列醇与米非司酮用于早孕人工流产软化宫颈的临床观察[J].实用药物与临床,2023,16(12):1227-1228.

[3] 薛华.米非司酮配伍米索前列醇终止早孕60例及临床护理体会[J].中国药业,2022,23(9):81-82.

[4] 边茜,王明,高翔等.米非司酮和米索前列醇用于HBV携带者和慢性丙型肝炎患者早孕药物流产安全性评价[J].实用肝脏病杂志,2023,19(5):603-604.

[5] 李雨.米非司酮联合米索前列醇对带环早孕的药物流产药理学分析[J].中国实用医刊,2022,42(18):7-8.

[6] 明莲英.米非司酮与米索前列醇在终止早孕中的应用效果[J].实用妇科内分泌电子杂志,2023,2(6):100-101.

[7] 李瑞莲.米非司酮配伍米索前列醇终止早孕的临床疗效观察[J].青岛医药卫生,2022,46(5):333-335.

[8] 赵冬红.米非司酮配伍米索前列醇终止疤痕性子宫早孕129例临床效果分析[J].中国保健营养,2022,25(11):266.

(上接第21页)

对照组患者实行阴道助产术,产妇的分娩有效率为93.33%,共有22例出现新生儿窒息,1例死亡病例,观察组明显优于对照组。因此,在足月妊娠临产胎儿出现窘迫的分娩过程中,采用剖宫产术效果显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 杨建恩,刘圣英,黄艳莉.阴道助产术与剖宫产术在足月妊娠临产胎儿宫内窘迫中的应用效果[J].中华全科医学,2021,03:424+474.

[2] 姚丽娟,王志红.剖宫产与阴道助产术在足月妊娠临产胎儿窘迫中的应用效果[J].中国妇幼保健,2020,17:2816-2817.

[3] 朱莉君,邓婕.剖宫产术与阴道助产术在足月妊娠临产胎儿窘迫中的应用[J].吉林医学,2019,08:1613.

[4] 廖燕飞,杨栋清,李春玲.剖宫产术与阴道助产术用于足月妊娠临产胎儿窘迫中的优劣差异[J].中国实用医药,2021,17:265-266.

[5] 曹庆璞.剖宫产术与阴道助产术在足月妊娠临产胎儿窘迫中的疗效观察[J].当代医学,2020,03:45-46.