

进展期胃癌手术护理中的加速康复外科理念应用研究进展

王文静 高娜^(通讯作者) 刘霞 王睿慧 范明静

武警北京市总队医院 北京 100027

【摘要】：手术为进展期胃癌主要治疗方案，但受围术期禁食、手术创伤大等因素影响，会增加患者术后生理应激反应，影响康复质量，因此对护理干预要求较高。加速康复外科理念的护理干预，指采用有循证依据且经医学证实有效的优化处理方式，主要目的为减轻患者手术相关生理应激反应，维持其生理功能稳定性，改善预后。本次总结了近3年相关文献资料，旨在为进展期胃癌手术患者围术期护理提供参考意见。

【关键词】：进展期胃癌；加速康复外科；研究进展

DOI:10.12417/2705-098X.25.21.061

胃癌为临床常见消化道恶性肿瘤。一项报道^[1]报告了2018-2022年期间胃癌流行特征，结果显示，尽管我国胃癌发病率及死亡率均处于持续降低趋势，但新发胃癌病例及死亡病例仍居于全球首位，2022年我国新发胃癌及死亡病例数分别占全球的37.0%、39.5%，威胁我国居民生命安全。该病发病早期一般无明显临床症状，出现明显腹胀、腹痛等症状时多处于进展期，与早期胃癌相比，进展期胃癌侵袭性更强，且治疗难度高。手术为该病主要治疗方案，通过切除病灶、清扫淋巴结降低该病复发风险。但胃癌进展中消化道症状会影响患者进食量，影响其对手术耐受性。而术后早期禁食同样会增加患者营养不良发生风险，并在手术创伤下，可能会增加吻合口瘘、感染、粘连性肠梗阻、肺炎等并发症发生风险，影响患者康复质量，因此对进展期胃癌手术患者护理要求较高。

1 加速康复外科理念概述

加速康复外科理念最早在2001年由丹麦外科医生 Kehlet 提出，强调在术前、术中、术后使用各种已被临床证实能减少患者生理应激反应及并发症的方法，提升患者康复速度。将其应用至临床护理中，指以患者疾病特征、手术类型等，通过总结文献资料、多学科协作等方式为患者提供多种有循证依据的护理方式，以提升患者手术及术后康复耐受性，提升患者康复质量。近年来快速康复外科理念的护理方式逐渐在我国临床护理中应用，已被证实具有显著临床价值。但目前在进展期胃癌手术患者护理中，快速康复外科理念的护理干预方法尚无统一标准，且随临床护理学发展及疾病特征研究不断深入，更多先进护理方案逐渐在临床应用，丰富护理方案，但何种快速康复外科护理方法更具优势尚无定论。

2 进展期胃癌手术护理中加速康复外科理念的应用

2.1 术前

2.1.1 术前访视

常规围术期护理中，术前基础健康教育多由病房护士干预，但可能会影响宣教全面性。术前访视，指由手术室医护人员、麻醉师完成术前宣教工作，主要目的为从手术室角度对患

者健康宣教，帮助患者了解手术流程，减少其手术治疗未知性恐惧感，提升对手术治疗信任感，以维持患者术前心理状态稳定，降低其对手术治疗刺激敏感性，提升其对手术治疗耐受性。

术前访视健康宣教中，常规方法多为口头宣教结合指导手册宣教。但常规宣教方法对患者认知水平要求较高，尽管对患者健康宣教中同步进行家属宣教，可通过发挥家属辅助宣教作用提升患者认知水平。随近年来互联网技术逐渐成熟，在健康宣教中，通过利用微信公众号宣教可为患者提供图文、视频宣教资料降低对患者术前宣教难度，提升患者对相关知识形象记忆能力。短视频平台宣教为基于互联网技术的护理方式，通过在短视频平台搜索相关图文资料，可为患者提供更丰富视频宣教依据。而为保证短视频平台宣教视频科学性，部分医院选择自行设计制作视频资料，通过有医护人员配合录制宣教视频，包括术前禁水禁食方法、手术流程、术后可能会出现并发症等，配以护士解说、文字描述等，保证术前宣教方法精准性、科学性，提升术前宣教质量。

2.1.2 术前营养支持

进展期胃癌疾病进展中会出现腹胀、腹痛等症状，影响患者饮食依从性及营养状态，影响其对手术治疗耐受性。常规禁水禁食管理中，多为术前6~8h禁食，4h禁饮。而术前禁水禁食会进一步影响其手术耐受性。快速康复外科干预中，除胃肠运动障碍、糖尿病患者、合并胃排空延迟患者，术前6h予以淀粉类固体食物，术前10h、2h分别饮用800mL、<400mL 12.5%碳水化合物饮品。在此基础上，适当放宽血糖管理目标，即维持患者糖化血红蛋白<8.5%，餐前血糖8~10mmol/L，餐后2h及随机血糖8~12mmol/L。结合患者术前营养状态积极纠正营养不良，必要时提供静脉营养支持纠正患者低蛋白血症，以维持患者术前血糖及营养状态稳定，提升患者手术耐受性。有研究^[2]研究发现，对其手术患者术前营养管理中，对照组术前常规营养管理，加速康复外科组患者术前12h口服500mL 10%葡萄糖，结果显示加速康复外科组术后胰岛素抵抗显著减轻，住院时间显著缩短，提示应用加速康复外科理念进行术前营养管理，可维持患者围术期血糖稳定，对提升患者术后康复质量

具有积极意义。但目前对进展期胃癌患者术前快速康复外科理念的营养支持方案尚无标准方案，仍需进一步研究。

2.1.3 肺康复锻炼

术前呼吸功能锻炼可维持患者心肺循环稳定，改善患者机体氧循环量，降低患者术后肺部感染发生风险。患者入院后立即进行肺功能评估，对肺功能相对稳定患者，可通过吹口香糖、吹气球等训练，或联合应用呼吸功能训练仪训练，3~5次/d，结合其耐受情况10~15min/次。但对合并肺部基础疾病，如慢阻肺、哮喘等，在积极肺功能训练基础上，必要时可遵医嘱应用化痰解痉药物控制气道炎症反应，保证患者术中及术后养循环稳定，降低其肺部感染发生风险。

2.2 术中

2.2.1 体位摆放

进展期胃癌手术患者术中体位摆放时，将患者摆为头高足低位（15~30°），适当右侧倾斜，结合患者舒适度调整倾斜角度，提升患者手术耐受性。

2.2.2 生命体征监护

术中持续监测患者心电、血压、血氧饱和度等指标基础上，对血容量不足、高危患者需同步监测患者术中血流动力学指标变化，使用平衡晶体溶液补充血容量，无出血并发症患者达到容积分平衡状态时，采用“零”平衡输液方案。

2.2.3 体温管理

术中失血、输注平衡晶体溶液、术腔冲洗等均会影响患者核心体温，使核心体温降低，增加患者术中低体温发生风险，影响患者免疫功能稳定性，增加术后寒战、感染、切口愈合延迟等并发症发生风险。目前在手术室温度管理中，主要护理方案为提前调节手术室温度至24~26℃，术中输液、冲洗液提前加热并维持至37℃，必要时可联合加温设备，如加温手术床、覆盖式升温设备等减少患者术中体温散失。赵丹^[3]等学者研究了血液升温仪临床应用价值，证实了与常规体温管理相比，应用血液升温仪可显著缩短患者康复时间，降低并发症发生率（6%vs22%），证实联合应用术中加温设备具有维持患者术中体温稳定、改善预后的效果。但在体温管理中，目前仍存在的问题是加温设备的选择及温度管理方案。液体加温中多维持液体在37~40℃。传统加温仪温度控制中，温度有两种选择，包括38℃、43℃，多结合患者体温变化情况合理选择档位，但可能存在体温调节不及时、体温控制不满意等情况，若温度过低可能会影响对患者核心体温控制效果，若温度过高可能会增加患者皮肤黏膜湿度，增加皮肤压力性损伤发生风险。随近年来医疗技术进展，更多先进医用升温设备逐渐在临床应用，且与智能设备联合后能结合患者变化情况智能温度控制，并利用智能风速调节维持患者皮肤状态。但目前对智能充气式升温设备临床应用相对较少，与常规护士调节方法相比是否具有显著优

势仍需进一步研究。

2.3 术后

2.3.1 早期营养支持

术后早期禁水禁食会影响患者营养状态，延长其术后康复时间。应用快速康复外科理念主张尽早肠内营养支持。对于无潜在并发症患者术后24~48h经口进食，术后第1d清流质饮食，术后第2d半流质饮食，并逐渐过渡至正常饮食。结合患者营养状态必要时静脉营养支持，直至患者能口服足够液体后停止静脉补液。左芦根^[4]等学者对腹腔镜胃癌根治术患者术后营养管理中，对照了常规营养管理（术后肠外营养，肛门排气后经口流质饮食，并逐渐过渡至正常饮食）、术后早期肠内营养支持（术中留置鼻肠营养管至空肠上段，术后12h尝试经管路滴注5%葡萄糖，20~30mL/h；耐受良好者术后24h应用百普力，20mL/h，逐渐增加至20kcal/kg·d-1，达到目标剂量一半时经口流质饮食，直至恢复至正常饮食），结果显示，术后早期肠内营养支持可快速改善患者营养指标，缩短其术后康复时间，证实术后早期肠内营养支持对提升患者术后康复质量。但对长期禁食，或执行肠外营养支持患者，必要时补充铁、维生素B12、叶酸、维生素D、钙剂，维持其营养状态稳定。

2.3.2 早期康复运动

术后尽早拔出引流管，保证手术需求的前提下，无需常规留置腹腔引流管，术后1~2的拔出导尿管。患者意识恢复后采取床上半卧位，或在床上适度运动。术后首日下床活动，结合患者耐受情况逐渐增加活动量，促进其消化道功能恢复。

2.3.3 术后用药管理

术后当天遵医嘱应用止血药物，术后每间隔12h静脉泵注标准剂量质子泵抑制剂（至少滴注3d）。结合患者吞咽状态调整药物形态，必要时将片剂压碎保证患者药物治疗质量。结合患者术中出血量、手术时间等情况评估患者术后贫血风险，对于贫血高风险患者（出血量>50mL，术前贫血，手术时间>3h）加强患者术后贫血指标筛查结果，及时报告患者贫血状态，必要时遵医嘱补充铁剂治疗，并指导患者增加富含铁剂食物摄入量，改善其贫血症状^[5]。

2.3.4 镇痛

术后强烈疼痛感受会增加患者术后生理应激反应，影响其术后康复质量。术后镇痛方案选择中，基础方案为指导患者深呼吸、分散疼痛注意力等方式缓解疼痛感受，同时多结合静脉自控镇痛泵干预控制术后疼痛感受。对于仍明显疼痛患者，可遵医嘱应用非甾体抗炎药联合镇痛，强烈疼痛患者必要时应用阿片类药品镇痛。

3 小结

手术为进展期胃癌主要治疗方式，维持其围术期心理及生

理状态稳定对提升患者术后康复质量、降低患者并发症发生率具有积极意义。快速康复外科理念护理干预为近年来研究热点,对进展期胃癌患者围术期护理中,积极术前访视、营养支持、肺功能锻炼,术中体位摆放、生命体征监护、体温管理,

术后早期营养支持、康复运动、合理用药及镇痛干预,可减少患者围术期生理应激反应。但目前快速康复外科护理方案尚无统一标准。相信随临床护理学、麻醉学等学科进展,可不断优化快速康复外科护理方案,使更多患者受益。

参考文献:

- [1] 李茁钰,刘凯,张维汉,等.全球及中国胃癌的流行病学特点及趋势:2018 - 2022《全球癌症统计报告》解读[J].中国普外基础与临床杂志,2024,31(10):1236-1245.
- [2] 徐建华,邓小娟,吴磊,等.基于加速康复外科理念术前口服 10%葡萄糖对胃癌术后 InsR β 蛋白及胰岛素抵抗的影响[J].中国临床研究,2023,36(6):883-888.
- [3] 赵丹,武容.血液升温仪配合细节护理对胃癌根治术患者手术预后的影响[J].山西医药杂志,2024,53(1):61-65.
- [4] 左芦根,张震,王炼,等.腹腔镜胃癌根治术后早期肠内营养对术后康复和炎症反应的影响[J].肠外与肠内营养,2023,30(5):287-291.
- [5] 陈思齐,刘宁,侯晓敏,等.机器人胃癌手术围术期加速康复外科护理的最佳证据总结[J].护理学报,2024,31(8):31-36.