

# 快速康复外科护理在大肠癌患者围手术期的应用

钟颖萍 郑颖<sup>(通讯作者)</sup>

贵州医科大学附属医院 贵州 贵阳 550001

**【摘要】**目的：评估快速康复外科（FTS）护理应用在大肠癌患者围手术期的效果。方法：纳入2023年1月—2024年6月的82例大肠癌患者，在随机数表法指导下分组，对照组41例（常规围手术期护理），观察组41例（FTS），评价组间术后恢复时间、癌症疲乏量表（CFS）、匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）、并发症。结果：护理后，观察组各项术后恢复时间均更短，CFS、PSQI均更低，并发症更少， $P<0.05$ 。结论：在大肠癌患者围手术期实施FTS，可以促进术后恢复，减轻癌因性疲乏感，提高睡眠质量，减少并发症。

**【关键词】**快速康复外科护理；大肠癌；围手术期

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.080

大肠癌是常见消化道肿瘤，通常伴有腹泻、体重下降、腹痛、贫血等不适症状，容易让患者情绪低落、疲惫不堪，无法正常社交与工作，加之转移率、复发率较高，所以需要早诊早治<sup>[1-3]</sup>。外科手术通过切除肿瘤且实施肠吻合术，可以有效治疗大肠癌，恢复消化功能，降低骨转移、肺转移、肝转移风险，但是禁食水、手术创伤、全麻插管、胃管刺激、术后疼痛等因素容易加重患者身心负担，影响术后恢复效果，所以尚需加强围手术期护理干预<sup>[4-5]</sup>。快速康复外科（FTS）提出自Kehlet，可以基于患者围手术期病理生理改变，借助循证医学方法优化麻醉、补液、镇痛等各种围手术期处理方法，减轻机体创伤，加快康复进程，不过关于其应用在大肠癌患者围手术期的实用性仍需进一步证实。因此，本文选择82例大肠癌患者（2023年1月—2024年6月），旨在探讨FTS应用在大肠癌患者围手术期的效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

纳入2023年1月—2024年6月的82例大肠癌患者，在随机数表法指导下分组，对照组41例，观察组41例。对照组：男/女为26例（63.41%）/15例（36.59%），年龄50~79（64.62±3.87）岁，肿瘤部位：结肠11例（26.83%）、直肠30例（73.17%），Dukes分期：A期5例（12.19%）、B期25例（60.98%）、C期11例（26.83%）；观察组：男/女为24例（58.54%）/17例（41.46%），年龄51~78（64.59±4.01）岁，肿瘤部位：结肠14例（34.15%）、直肠27例（65.85%），Dukes分期：A期7例（17.07%）、B期24例（58.54%）、C期10例（24.39%）。基本病例资料（肿瘤部位、Dukes分期等）无差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：①参照《中国早期结直肠癌筛查流程专家共识

意见》<sup>[6]</sup>，基于病理活检、肠镜、大便检查等确诊；②初次入院，确诊后未行辅助治疗；③行腹腔镜结直肠癌根治术；④知情且接受研究方法。

排除标准：①肠穿孔、肠梗阻者；②急性感染性疾病者；③严重营养不良者；④肿瘤侵及髂血管、输尿管、盆壁或远处转移者；⑤严重器官功能障碍者；⑥智力迟滞、精神病史者；⑦视听障碍者；⑧中转开腹者。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组（常规围手术期护理）

（1）术前：①健康教育：评估个体情况，告知手术风险、术前准备事宜；②肠道准备：术前一晚以生理盐水、0.1%肥皂水清洁灌肠；③术前饮食：术前3d起进食流食，术前禁饮4h、禁食24h；④胃管：术日晨安置胃管，术后3~6d拔除；⑤尿管：术日晨安置尿管，术后3~8d拔除。

（2）术中：使用常温腹腔冲洗液、静脉输注液体。

（3）术后：①活动护理：无强制要求；②饮食护理：肛门排气后少量进食全量流食，之后逐渐过渡；③疼痛护理：经静脉安置镇痛泵，术后48h停用。

#### 1.2.2 观察组（FTS）

（1）术前：①健康教育：详细评估患者疾病认知度、心理状态、应对方式等，结合其理解能力系统介绍大肠癌知识（包括大肠癌临床分期、诊疗方案、预后情况等）、手术知识（包括腹腔镜手术的优缺点、手术时间与地点等）、FTS知识（包括FTS流程、益处、配合要点等）；②肠道准备：术前一晚分次口服温开水（2000mL）+聚乙二醇电解质散（68.56g）；③术前饮食：术前1d进食易消化、清淡食物，禁饮4h，术前一晚22:00

作者简介：

第一作者：钟颖萍，1981年4月13日，贵州，女，本科，主管护师，研究方向：大肠癌。

通讯作者：郑颖，1980年12月9日，贵州，女，本科，主管护师，研究方向：大肠癌。

口服 10%葡萄糖 (800mL) 后禁食; ④胃管: 不安置胃管, 或进入手术室前 30min 留置, 以及在术后 1d 内拔除; ⑤尿管: 进入手术室前 30min 留置, 低位直肠癌在术后 1 周内拔除, 非低位直肠癌、结肠癌在术后 2d 拔除。

(2) 术中: 腹腔冲洗液、静脉输注液体提前预热。

(3) 术后: ①活动护理: 术后第 1d 起床活动四肢、自主翻身, 第 2d 起自主调节体位、适当床旁活动, 第 3d 起每日下床活动距离 >10m; ②饮食护理: 麻醉清醒后 6h 分次饮用 5 次温开水, 每次 10mL, 术后第 1d 起进食流食; ③疼痛护理: 镇痛泵用法同对照组, 并且配合聊天、看视频、渐进性放松训练等镇痛方法。

### 1.3 观察指标

(1) 术后恢复时间: 观察且记录首次排便、首次肛门排气、首次经口进食以及术后住院的平均时间。

(2) 癌症疲乏量表 (CFS): 涉及情感、躯体与认知疲乏三个副表, 共 15 个条目、60 分, 得分越接近总分 60 分, 提示疲乏程度越重<sup>[7]</sup>。

(3) 匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI): 涉及催眠药物、日间功能障碍、入睡时间等 7 个维度, 共 21 分, 得分越接近总分 21 分, 提示睡眠状况越差<sup>[8]</sup>。

(4) 并发症: 观察且记录吻合口瘘、感染、肠梗阻、急性尿潴留等并发症的发生情况。

### 1.4 统计学方法

选择 SPSS23.0 软件, 计数资料以率 (%) 表示, 无序资料 (并发症) 行  $\chi^2$  检验; 计量资料 (术后恢复时间、CFS、PSQI) 以均数 ± 标准差  $\bar{x} \pm SD$  表示, 行 t 检验,  $P < 0.05$  被认为存在统计学差异性。

## 2 结果

### 2.1 分析术后恢复时间

与对照组相对比, 观察组术后恢复时间更短,  $P < 0.05$ , 见表 1。

表 1 术后恢复时间对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	41	41		
首次排便(d)	6.42 ± 0.55	5.57 ± 0.48	7.456	<0.001
首次肛门排气(d)	4.54 ± 0.43	3.76 ± 0.37	8.804	<0.001
首次经口进食(d)	6.09 ± 0.74	5.16 ± 0.62	6.168	<0.001
术后住院时间(d)	12.30 ± 1.54	11.13 ± 1.46	3.530	0.001

### 2.2 分析 CFS、PSQI

护理前, 组间 CFS、PSQI 均无差异,  $P > 0.05$ ; 护理后, 观察组 CFS、PSQI 均更低,  $P < 0.05$ , 见表 2。

表 2 CFS、PSQI 对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	41	41		
CFS(分)				
护理前	34.16 ± 3.45	33.79 ± 3.28	0.498	0.620
护理后	24.01 ± 2.34a	19.86 ± 1.97a	8.687	<0.001
PSQI(分)				
护理前	14.71 ± 1.22	14.83 ± 1.16	0.456	0.649
护理后	8.79 ± 1.01a	7.25 ± 0.86a	7.433	<0.001

注: 组内护理前后对比,  $aP < 0.05$ 。

### 2.3 分析并发症

较之对照组 (19.51%), 观察组总发生率 (2.44%) 更低,  $P < 0.05$ , 见表 3。

表 3 并发症对比 (n/%)

组别	对照组	观察组	$\chi^2$ 值	P 值
例数	41	41		
吻合口瘘(例)	1(2.44)	0(0.00)		
感染(例)	5(12.19)	1(2.44)		
肠梗阻(例)	1(2.44)	0(0.00)		
急性尿潴留(例)	1(2.44)	0(0.00)		
总发生率(%)	8(19.51)	1(2.44)	6.116	0.013

## 3 讨论

大肠癌发病率仅次于胃癌、肺癌, 并且随着饮食习惯、生活方式及环境的改变、人口老龄化, 使得大肠癌发病率持续攀升, 故需重视其相关研究<sup>[9]</sup>。另外, 大肠癌对抗癌药物、放疗的敏感性不高, 所以根治手术仍是治疗大肠癌的主要手段, 并且为了进一步减轻围手术期身心创伤, 亦有必要加强围手术期护理支持。

本研究呈观察组各项术后恢复时间均更短, 并发症更少,  $P < 0.05$ , 分析原因: FTS 一是通过术前一咨询与健康指导, 可以提前告知手术及 FTS 各阶段应对方法, 提高患、属对医护措施的配合度, 促使手术及康复方案顺利实施, 保障康复效果; 二是通过术前调整禁饮禁食方案, 可以改善术前胰岛素抵抗, 增加患者舒适度, 减少蛋白质的分解代谢<sup>[10]</sup>; 三是通过术前不进行机械性肠道准备, 可以减轻对胃肠道功能的影响; 四是通

过术前不常规安置胃管,可以避免消化液丢失,维持酸碱与电解质平衡;五是通过减少不必要的尿管留置,可以预防尿路感染;六是通过术后早期经口进食,可以促进吻合口愈合,刺激胃肠道蠕动,减轻消化道反应,保护肠黏膜屏障,预防肺部与切口感染,加快康复进程<sup>[11]</sup>;七是通过术后尽早下床活动,可以增强肌肉强度,减轻肺功能受损程度,加快血液循环,促进肠蠕动及心肺功能恢复,降低并发症发生风险。因此,FTS更有助于缩短患者术后恢复时间,预防并发症。

本研究呈观察组 CFS 更低,  $P<0.05$ , 分析原因: FTS 一是通过提供疼痛控制、营养支持、心理干预等多方位的护理管理,可以帮助患者有效应对手术与大肠癌,缓解身心压力,从而减轻疲乏感;二是通过多模式镇痛,可以避免因疼痛而加重疲乏感;三是通过围手术期营养方案的调整,可以合理、及时补充营养物质,缓解疲乏感;四是注重在术前、术中、术后调动医、护、患、属等多方面的力量,给予患者心理支持、安抚,可以

减轻疲乏感;五是通过术后尽早下床活动,可以促进血液循环、改善肌肉力量和身体功能恢复,减轻疲乏感。因此,FTS 更有助于减轻患者术后疲乏感。

本研究呈观察组 PSQI 更低,  $P<0.05$ , 分析原因: FTS 一是通过通过使用镇痛药物、疼痛评估及调整镇痛方案,可以减轻术后疼痛,避免疼痛影响睡眠<sup>[12]</sup>;二是通过优化治疗方案、减少并发症、促进早期活动等方式加速患者术后康复,可以恢复身体机能,改善睡眠质量;三是通过在围手术期提供适当的心理疏导,可以减轻焦虑和恐惧等负性情绪,使患者更好地应对手术和术后恢复问题,减轻对睡眠的消极影响。因此,FTS 更有助于提高患者术后睡眠质量。

综上所述,由于在大肠癌患者围手术期实施 FTS,既能促进术后恢复,减少并发症,也能缓解疲乏感,亦能改善睡眠质量,有临床借鉴意义。

### 参考文献:

- [1] 韩玲,赵慧丽,王青萍.同质医疗理念创新型护理实践结合无缝链接式措施对大肠癌患者术后恢复情况的影响[J].广州医科大学学报,2023,51(1):65-69.
- [2] 高艺珍,王红亚,张伟娜.情志护理在晚期大肠癌术后行奥沙利铂联合化疗患者中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2023,45(1):61-63.
- [3] 徐文博,李里.康复前移模式对大肠癌行造口术患者负性情绪、自我护理能力及生存质量的影响[J].重庆医学,2023,52(2):311-314.
- [4] 冯文,陈糕,王靖茜,等.同质医疗理念结合聚焦解决护理对大肠癌术后肠造口患者机体功能影响及护理评价[J].中国实用护理杂志,2022,38(7):501-505.
- [5] 魏小宁,曾飞格,卓小浪.排气操联合快速康复护理对结直肠癌患者外科术后早期肠道功能恢复及并发症的影响[J].临床与病理杂志,2023,43(4):803-809.
- [6] 国家消化系统疾病临床医学研究中心(上海),国家消化道早癌防治中心联盟,中华医学会消化内镜学分会,等.中国早期结直肠癌筛查流程专家共识意见(2019,上海)[J].中华消化内镜杂志,2019,36(10):709-719.
- [7] 林泽青,徐璐瑶,冯霄,等.择时撤针对结直肠癌患者癌因性疲乏及睡眠质量的影响[J].中国临床护理,2022,14(12):752-755.
- [8] 张亚娟,张伟英,李丹,等.老年结直肠癌肠造口病人术后早期衰弱发生现状及其影响因素[J].护理研究,2022,36(12):2145-2150.
- [9] 徐天翠.双歧杆菌三联活菌联合快速康复护理对大肠癌术后患者肠道菌群及 CD4+CD8+CD4+/CD8+水平的影响[J].基层医学论坛,2022,26(26):124-126.
- [10] 吴锡平,劳景茂.医护一体化快速康复外科护理对大肠癌患者术后康复与营养状况的影响[J].现代医药卫生,2024,40(10):1696-1699.
- [11] 张燕,李芹,高婷.快速康复护理对达芬奇机器人辅助下结直肠癌根治术患者术后恢复的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(2):64-66.
- [12] 林燕惠,林艺如.分析结直肠癌围术期快速康复护理对患者康复效果及睡眠质量影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(10):2415-2418.