

围术期早期快速康复外科护理对原发性肝癌患者胃肠道功能恢复及生活质量的影响

徐庆娜 李芳

【摘要】目的 探讨围术期早期快速康复外科(FTS)护理对原发性肝癌(PHC)患者胃肠道功能恢复及生活质量的影响。方法 选取 2019 年 7 月至 2021 年 6 月丽水市中心医院收治的 PHC 患者 88 例,按入院时间先后分为围术期常规护理 44 例(对照组)和围术期早期 FTS 护理 44 例(研究组),比较两组患者手术方式、术中情况(手术时间、肝门阻断时间、术中出血量)、胃肠道功能恢复情况(包括排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间)、术后情况[术后 1、2、3 d 数字疼痛评分(NRS)]、肝功能、生活质量(包括了躯干功能、心理功能、症状/不良反应、社会功能)。结果 研究组手术方式、术中情况与对照组比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。研究组排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间、术后 1、2、3 d NRS 评分、术后住院时间与对照组比较差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。术后两组患者肝功能指标与术前比较差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),且术后研究组肝功能指标较对照组差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。研究组生活质量评分各维度评分均高于对照组(均 $P<0.05$)。结论 围术期早期 FTS 护理能促进 PHC 患者胃肠道功能恢复,减轻疼痛,减少肝功能损伤,缩短住院时间,且能提高生活质量。

【关键词】围术期;早期快速康复外科护理;原发性肝癌;胃肠道功能;生活质量

原发性肝癌(primary hepatocellular carcinoma, PHC)是消化系统常见的恶性肿瘤(恶性程度高),且高发病率、高死亡率^[1]。可供选择的治疗方案较多,但外科手术仍是首选^[2]。手术治疗风险性高,且围术期患者普遍存在代谢紊乱、胃肠功能障碍等,严重影响患者生理、心理,不利于预后。快速康复外科(fast track surgery, FTS)理念由丹麦外科医师 Kehlet 率先提出,通过综合运用有效的围术期处理措施(均得到最佳循证医学证据支持),以促进患者术后康复^[3]。FTS 护理现推广至妇科、骨科等领域,并取得较好的临床效果^[4-5]。围术期早期 FTS 护理在肝脏领域尚处于起步阶段,护理措施,尚未达成共识。笔者对 PHC 患者进行围术期早期 FTS 护理,效果较好,现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选取 2019 年 7 月至 2021 年 6 月丽水市中

心医院收治的 PHC 患者 88 例,均在本院由同一手术团队行肝部分切除术。纳入标准:(1)首次发现肝占位;(2)均首次治疗,术后病理检查证实为 PHC;(3)术前行肝功能评估,Child-Pugh 分级 A 级、B 级;(4)符合手术适应证,且经各项检查证实不存在特殊禁忌证;(5)意识清楚,且能正常沟通;(6)患者知情同意。排除标准:(1)肿瘤远处转移;(2)需联合进行其他部位手术;(3)凝血功能异常;(4)严重其他脏器(心、肺、肾)功能不全;(5)术中更改术式;(6)精神疾病。按入院时间先后分为围术期常规护理组 44 例(对照组)和围术期早期 FTS 护理组(研究组)44 例。两组患者一般资料比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),见表 1。本研究经本院医学伦理委员会批准[科研伦理(2023)第(53)号]。

1.2 方法 对照组采用围术期常规护理,研究组采用围术期早期 FTS 护理,具体护理方案见表 2。

1.3 观察指标

1.3.1 手术方式与术中情况 记录每例患者手术方式、手术时间、肝门阻断时间、术中出血量。

1.3.2 胃肠道功能恢复与术后情况 胃肠道功能恢复观察指标包括排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间;术后情况观察指标包括术后疼痛程度和术后住院时间,其中术后疼痛程度使用数字疼痛评分(numeric

DOI:10.12056/j.issn.1006-2785.2023.45.8.2023-214

作者单位:323000 丽水市中心医院干部保健科(徐庆娜),普外科(李芳)

通信作者:徐庆娜,E-mail:13735910709@163.com

表 1 两组患者一般资料的比较

组别	n	年龄(岁)	性别[n(%)]		基础疾病[n(%)]		Child-Pugh 分级[n(%)]		肿瘤最大径(cm)
			男	女	高血压	糖尿病	A 级	B 级	
研究组	44	53.78 ± 8.56	35(79.55)	9(20.45)	16(36.36)	5(11.36)	30(68.18)	14(31.82)	6.04 ± 1.98
对照组	44	54.32 ± 8.15	38(86.36)	6(13.64)	13(29.55)	8(18.18)	35(79.55)	9(20.45)	5.92 ± 1.95
χ^2 值		0.303	0.723		0.463	0.812	1.472		0.286
P 值		>0.05	>0.05		>0.05	>0.05	>0.05		>0.05

表 2 两组患者护理方案

围术期措施	研究组	对照组
健康宣教	一对一健康宣教,提前了解患者文化程度、职业等信息,个性化拟定宣教方案(宣教内容、方式等)。患者入院后即发放健康教育知识手册,患者也可以通过关注科室微信公众号观看相关宣教视频,并安排专人负责向患者介绍围术期相关事宜、《围术期早期 FTS 护理方案》	口头说明手术方式,交代注意事项
术前		
术前肠道准备	没有必要常规行机械性肠道准备	术前 1 天温水泡服复方聚乙二醇电解质散
术前禁食	术前 2 h 可以口服适量碳水化合物	禁食 12 h、禁饮 6 h
术前手术规划	借助 3D 血管重建系统,在术前均虚拟规划手术方案	常规术前手术规划
胃肠减压	否	常规放置
是否放置尿管	是,并在术后 1 d 拔除	是,并在术后 3 d 拔除
腹腔引流管	视每例患者实际情况酌情放置,且术后须尽早拔除	常规放置
术中		
保暖措施	利用电热毯保暖、输液加温器等,注意调节手术室温度,并监测鼻腔温度(范围控制 36.5~37.5℃)	未特别注意
麻醉方式	硬膜外麻醉联合全麻	全麻
切口浸润麻醉	切口前、缝皮前,切口皮下注射 100 mg 适量 0.75% 罗哌卡因	无
预防恶心、呕吐	静脉注射滴 5-羟色胺受体拮抗剂帕洛诺司琼 0.25 mg	无
预防血栓形成	用气压泵治疗仪,20 min/次,2 次/d	无
术后镇痛	安装静脉自控镇痛泵,同时静脉滴注帕瑞昔布钠 40 mg	仅进行静脉自控镇痛泵
术后		
术后补液	目标导向输液治疗	无特殊处理
刺激肠道功能恢复	多措施并举,例如咀嚼口香糖、口服缓泻剂	无特殊处理
术后早期活动	术后第 1 天床上活动(例如活动四肢、抬臀活动)1 次,活动时长 10 min/次;术后第 2 天下床活动 2 次,活动时长 20 min/次;术后第 3 天下床活动 3 次,活动时长 30 min/次	告诉患者早日活动,但并不进行具体要求

rating scale, NRS)进行评估,记录术后 1、2、3 d NRS 评分。

1.3.3 肝功能比较 术前、术后患者空腹抽取 3~4 ml 血液检测肝功能指标,采用连续监测法(速率法)检测 ALT、AST;溴甲酚绿法检测白蛋白(albumin, ALB)。

1.3.4 生活质量比较 干预前后以生活质量评分(QOL-LC)^[6]调查患者生活质量,量表包括了躯干功能、心理功能、症状/不良反应、社会功能 4 个领域 23 个条目,每个条目均按 0~10 的线性方式排列(条目得分也在 0~10 间取值),每个领域内的条目得分之和为领域总得分。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 23.0 统计软件。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料以例(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术方式与术中情况的比较 研究组手术方式和术中情况与对照组比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表 3。

2.2 两组患者胃肠道功能恢复与术后情况比较 研究组排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间、术后 1、2、

表 3 两组患者手术方式与术中情况的比较

组别	n	手术方式[n(%)]				术中情况		
		左半肝切除	右半肝切除	肝叶切除	肝段切除	手术时间(min)	肝门阻断时间(min)	术中出血量(ml)
研究组	44	6(13.64)	5(11.36)	31(70.45)	2(4.55)	173.73 ± 28.29	21.56 ± 3.64	240.62 ± 75.68
对照组	44	4(9.09)	4(9.09)	33(75.00)	3(6.82)	180.07 ± 34.36	22.12 ± 4.53	263.11 ± 80.45
χ^2 值		0.774				0.945	0.639	1.351
P 值		>0.05				>0.05	>0.05	>0.05

3 d NRS 评分、术后住院时间均低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表 4。

2.3 两组患者肝功能的比较 两组患者术前 ALT、AST、ALB 水平差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),但研究组术后 ALT、AST 水平均低于对照组,而 ALB 水平高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。见表 5。

2.4 两组患者生活质量的比较 研究组 QOL-LC 量表各维度评分均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表 6。

3 讨论

肝脏(人体内最大的腺体)组织结构复杂,且生理功能为其他脏器无法替代^[7]。PHC 发病早期无明显表现,故较难被发现。随病情进展,病灶逐渐增大,患者常有肝区疼痛、消瘦等表现,甚至可能死亡^[8]。临床治疗 PHC 首选手术,以精准切除病灶^[9]。但围术期因多种因素(例如手术创伤、疼痛)综合影响,不可避免产

生强烈应激,最终对预后产生不利影响。因此,有必要围绕手术进行精细化护理管理,以改善患者生理功能与预后。

FTS 护理有别于常规护理,此模式强调多学科、多模式协同管理,通过优化、组合围手术期处理策略,使患者获益,提高术后康复速度,在临床中已得到普遍认可^[10-11]。一项 Meta 分析显示,FTS 理念应用于肝脏手术围术期能有效促进患者康复,显示出较好的安全性、有效性^[12]。本研究中,对 PHC 患者实施围术期早期 FTS 护理,围绕 PHC 患者外科手术实施全过程,综合运用多项得到循证医学证据支持的有力措施,结果显示,研究组排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间、术后 1、2、3 d NRS 评分、术后住院时间与对照组相较,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),与相关研究结果一致^[13-14]。患者于饥饿状态下行外科手术,耐受性欠佳,很有可能发生口渴、低血糖等。而口服碳水化合物,能有效防范因长时间禁食、禁水而产生的饥饿感受,稳定机体内环境,利于术后胃肠道功能恢复;术后早

表 4 两组患者胃肠道功能恢复与术后情况比较

组别	n	排气时间(h)	排便时间(h)	肠鸣音恢复时间(h)	NRS 评分(分)			术后住院时间(d)
					术后 1 d	术后 2 d	术后 3 d	
研究组	44	20.32 ± 10.08	66.33 ± 12.25	39.23 ± 12.72	2.09 ± 0.68	1.55 ± 0.49	1.16 ± 0.37	8.62 ± 2.79
对照组	44	51.43 ± 14.39	77.02 ± 16.14	62.42 ± 19.98	3.53 ± 1.03	2.32 ± 0.73	1.94 ± 0.62	9.94 ± 3.28
t 值		11.746	3.500	6.495	7.739	5.809	7.166	2.033
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:NRS 为数字疼痛评分

表 5 两组患者肝功能比较

组别	n	ALT(U/L)		AST(U/L)		ALB(g/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
研究组	44	43.12 ± 11.77	188.34 ± 44.15	48.19 ± 16.02	100.53 ± 32.37	42.14 ± 8.93	35.15 ± 3.84
对照组	44	41.72 ± 12.91	350.23 ± 55.26	48.55 ± 15.89	160.32 ± 41.36	41.53 ± 8.75	32.11 ± 4.32
t 值		0.532	15.182	0.400	7.551	0.324	3.489
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:ALB 为白蛋白

表6 两组患者生活质量评分比较(分)

组别	n	躯干功能	心理功能	症状/不良反应	社会功能
研究组	44	57.04 ± 10.76	55.84 ± 8.08	59.27 ± 10.14	57.76 ± 9.93
对照组	44	51.78 ± 8.45	52.56 ± 6.83	48.47 ± 8.49	50.54 ± 7.62
t 值		2.696	2.056	5.417	3.826
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

期进食、早期活动等多项措施并举,同样能刺激胃肠道蠕动,恢复正常胃肠功能,加速康复,住院时间自然缩短。疼痛妨碍PHC外科手术患者术后康复,且延缓术口愈合,然而行围术期早期FTS护理,辅以多模式镇痛方案,能充分镇痛,减轻患者疼痛感受。本研究中,术后研究组肝功能指标较对照组差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),表明围术期早期FTS护理能减少对PHC患者肝功能损伤。分析原因可能是,围术期早期FTS护理的目的不仅仅是缩短患者住院时间,更加注重患者的整体康复,多项措施相辅相成,能有效协调生理、心理功能等,有利于减轻PHC患者肝功能损伤。本研究中,研究组QOL-LC量表各维度评分均高于对照组(均 $P<0.05$),表明围术期早期FTS护理能提高PHC患者生活质量,与相关研究结果一致^[15]。分析原因可能是,FTS护理同样体现以患者为中心的服务理念,护理措施贯穿整个围术期,注重效率且不忽略护理质量,各项护理措施均具有循证医学证据支持,随着围术期早期FTS护理方案健康有序落到实处,患者生活质量较高。

综上所述,围术期早期FTS护理能促进PHC患者胃肠道功能恢复,减轻疼痛,减少肝功能损伤,缩短住院时间,且能提高生活质量。

4 参考文献

- [1] 周泽文,刘颖春,向邦德,等.原发性肝癌的全球展望:流行情况、危险因素和人群归因分值[J].中国癌症防治杂志,2021,13(1):14-21. DOI:10.3969/j.issn.1674-5671.2021.01.03.
- [2] 万赤丹,王国斌.原发性肝癌治疗进展[J].腹部外科,2019,32(1):

1-6, 22. DOI:10.3969/j.issn.1003-5591.2019.01.001.

- [3] 吴琼,沙永生.快速康复理念在外科护理中的应用现状及进展[J].护士进修杂志,2018,33(20):1850-1853. DOI:10.16821/j.cnki.hsjx.2018.20.008.
- [4] 陈萍,袁露.快速康复护理模式在骨科患者围手术期中的应用[J].中国继续医学教育,2021,13(6):165-168. DOI:10.3969/j.issn.1674-9308.2021.06.047.
- [5] 孙媛,雷婷婷,曹俊辉,等.妇科肿瘤病人围术期快速康复护理的最佳证据总结[J].循证护理,2021,7(4):461-467. DOI:10.12102/j.issn.2095-8668.2021.04.005.
- [6] 祝葆华,万崇华,王坤,等.FLIC-SF-36和QOL-LC量表在肝癌患者生活质量测定中的应用比较[J].中国循证医学杂志,2012,12(10):1175-1179.
- [7] 李婷.肝脏功能的检测方法分类及研究现状[J].肝脏,2019,24(8):952-955. DOI:10.3969/j.issn.1008-1704.2019.08.039.
- [8] 格桑旺姆,常中飞,杜雅璐,等.2001—2017年我院原发性肝癌流行病学特征分析[J].中华介入放射学电子杂志,2019,7(3):206-210. DOI:10.3877/cma.j.issn.2095-5782.2019.03.007.
- [9] 赵志敏.术后早期康复护理措施对肝癌开放性手术患者胃肠功能恢复的效果[J].实用临床医药杂志,2019,23(14):125-128, 132. DOI:10.7619/jcmp.201914034.
- [10] 王婷.快速康复护理对肝脏手术患者术后康复状态评分的影响[J].当代护士(上旬刊),2021,28(1):83-84. DOI:10.19791/j.cnki.1006-6411.2021.01.032.
- [11] 李丹丹,孙静,林鹏辉,等.加速康复外科理论在腹腔镜肝脏切除手术手术室护理中的应用价值[J].河南医学研究,2019,28(22):4197-4198. DOI:10.3969/j.issn.1004-437X.2019.22.093.
- [12] 张爽,沈雄山,李明博.快速康复理念在肝脏手术围手术期的应用效果Meta分析[J].中西医结合肝病杂志,2021,31(6):533-536. DOI:10.3969/j.issn.1005-0264.2021.06.015.
- [13] 刘春霞.快速康复外科护理在腹腔镜肝脏切除术围手术期的应用[J].河南医学研究,2020,29(10):1914-1915. DOI:10.3969/j.issn.1004-437X.2020.10.100.
- [14] 俞德才,黄其根,施晓雷.加速康复外科在肝切除围手术期的应用[J].南京医科大学学报(自然科学版),2019,39(11):1609-1612. DOI:10.7655/NYDXBNS20191113.
- [15] 石慧.早期快速康复护理对原发性肝癌切除术患者术后康复及生活质量的影响[J].中国保健营养,2017,27(10):51-52. DOI:10.3969/j.issn.1004-7484.2017.10.064.

(收稿日期:2023-01-07)

(本文编辑:严玮雯)