

快速康复外科理念下医护一体化模式在大肠癌术后患者中的应用

景秀芳 (保定第七医院, 河北保定 072150)

摘要: 目的 分析快速康复外科理念下医护一体化模式在大肠癌术后患者中的应用效果。方法 选取医院 2020 年 9 月 ~ 2022 年 1 月收治的大肠癌患者 84 例作为研究对象, 分为实验组和对照组。对照组采取常规快速康复外科护理, 实验组采取快速康复外科理念下的医护一体化模式, 对比两组机体营养状态、生活质量、康复水平等指标。结果 实验组尿管留置时间、肛门排气时间、排便时间、下床时间、平均住院时间均低于对照组, 康复指标对比存在差异 ($P < 0.05$)。护理后, 实验组各项营养指标均高于对照组 ($P < 0.05$)。实验组对医护一体化模式的护理满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。实验组术后发生并发症的概率低于对照组 ($P < 0.05$)。实验组生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 为大肠癌患者实施快速康复外科理念下的医护一体化模式, 能够促进康复和营养状态的恢复, 护理满意度高, 生活质量得到明显提升, 值得临床推广。

关键词: 快速康复外科理念; 医护一体化模式; 大肠癌; 术后康复; 应用效果

大肠癌是临床常见的恶性肿瘤疾病, 其中发病率较高的部位为直肠、乙状结肠、盲肠、升结肠、降结肠等。治疗方法为大肠癌根治术, 但是由于手术创面较大、术后恢复速度较慢、并发症较多给患者的生活质量造成严重的影响。肠癌患者的恶性程度较高、生存率低, 预后较差。快速康复外科护理模式有利于改善患者手术应激反应, 减少并发症的出现。本研究旨在探讨快速康复外科理念下医护一体化模式在大肠癌术后患者中的应用。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取医院 2020 年 9 月 ~ 2022 年 1 月收治的大肠癌患者 84 例作为研究对象, 分为实验组和对照组, 每组 42 例。两组一般资料对比无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。排除标准: 伴随严重心肝肾脏器功能不全; 伴随代谢疾病; 手术前肠梗阻或营养不良。

表 1 两组患者一般资料对比

一般资料	实验组	对照组	χ^2/t	P	
性别	男性	22 (52.38)	21 (50)	0.047	> 0.05
	女性	20 (47.62)	21 (50)		
癌症部位	结肠癌	25 (59.52)	23 (54.76)	0.194	> 0.05
	直肠癌	17 (40.48)	19 (45.24)		
癌症类型	腺癌	28 (66.67)	27 (64.29)	0.052	> 0.05
	黏液腺瘤	14 (33.33)	15 (35.71)		
TNM 分期	I 期	15 (35.71)	14 (33.33)	1.325	> 0.05
	II 期	11 (26.19)	12 (28.57)		
	III 期	18 (42.86)	16 (38.10)		
平均年龄	52.63 \pm 5.26	53.81 \pm 5.76	0.980	> 0.05	

1.2 方法

对照组采取常规快速康复外科护理。(1) 手术前准备。为患者实施围术期的健康宣教, 了

解其对手术的顾虑、担心, 并进行针对性护理, 以提高治疗依从性。患者手术前每晚服用 12.6% 的麦芽糊精果糖液 400 ml, 在手术前 2 h 再口服

200 ml。对有吸烟史的患者告知吸烟的危害性^[1]。

(2)手术后护理干预。监测患者的生命体征变化,待其清醒后拔出尿管,嘱咐嚼口香糖促进唾液分泌;帮助患者按腹部,促进胃肠道蠕动。鼓励尽早进水、进食,手术前取500~1000 ml的流质食物,每次摄入20~50 ml,分8~15次完成;手术后流食量增加到1000~2000 ml,每次摄入80~100 ml。术后第3天,根据患者胃肠道恢复情况进食面条类流食,再慢慢过渡到正常的食物^[2]。

实验组在快速康复外科护理理念下实施医护一体化管理。(1)评估患者的病情,制定个性化的护理方案,促进机体快速康复。(2)医护协作为患者开展健康教育,告知手术前准备、术后注意事项,以及手术目的和流程,提高患者治疗依从性^[3]。(3)加强与患者及家属的沟通交流,邀请家属参与到患者的治疗过程中。开展心理护理,提高患者及家属对大肠癌的认知,提高治疗的信心^[4]。(4)为患者提供营养支持。医护人员对患者身体状况、营养状况进行评估,并开展针对性的营养支持;构建专门的切口管理小组,负责切口以及造口的术后管理。(5)延续性护理。建立微信群,也可以定期召开联谊会或讲座,通过微信公众号宣传大肠癌疾病的相关知识。

表3 两组机体营养状态对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	Hb (g/L)	ALV (g/L)	PA (mg/L)	TLC ($\times 10^9/L$)
实验组	护理前	98.25 ± 5.62	28.26 ± 3.26	144.25 ± 12.26
	护理后	115.26 ± 6.36	35.82 ± 3.62	175.52 ± 10.23
对照组	护理前	98.11 ± 5.28	28.85 ± 3.63	144.05 ± 11.82
	护理后	106.25 ± 6.26	29.32 ± 4.14	166.52 ± 11.25
t _{护理后}	6.525	8.226	8.134	5.824
P _{护理后}	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 两组护理满意度对比

实验组护理满意度为97.62%,高于对照组的78.57% ($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组护理满意度对比 [n (%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组	42	30	11	1	41 (97.62)
对照组	42	25	8	9	33 (78.57)
χ^2					7.265
P					< 0.05

1.3 观察指标

评估患者的肛门排气、排便、下床时间、住院时间等。取患者治疗前后静脉血3 ml进行离心处理后,监测白蛋白、淋巴细胞计数、前清蛋白、血红蛋白的指标^[5]。

1.4 统计学方法

数据处理采用SPSS 22.0统计学软件, ($P < 0.05$)为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组机体康复指标对比

实验组尿管留置时间、肛门排气时间、排便时间、下床时间、住院时间均低于对照组 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组机体康复指标对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

机体康复指标	实验组	对照组	t	P
尿管留置时间	1.72 ± 0.36	3.62 ± 1.15	10.218	< 0.05
肛门排气时间	2.05 ± 0.53	3.92 ± 0.75	13.196	< 0.05
排便时间	3.05 ± 0.82	6.82 ± 1.25	16.343	< 0.05
下床时间	1.43 ± 0.53	3.92 ± 0.66	19.064	< 0.05
住院时间	4.25 ± 1.26	8.62 ± 1.58	14.014	< 0.05

2.2 两组机体营养状态对比

护理后,实验组各项营养指标均高于对照组 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组机体营养状态对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	Hb (g/L)	ALV (g/L)	PA (mg/L)	TLC ($\times 10^9/L$)
实验组	护理前	98.25 ± 5.62	28.26 ± 3.26	144.25 ± 12.26
	护理后	115.26 ± 6.36	35.82 ± 3.62	175.52 ± 10.23
对照组	护理前	98.11 ± 5.28	28.85 ± 3.63	144.05 ± 11.82
	护理后	106.25 ± 6.26	29.32 ± 4.14	166.52 ± 11.25
t _{护理后}	6.525	8.226	8.134	5.824
P _{护理后}	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.4 两组并发症发病率对比

实验组术后并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。见表5。

表5 两组并发症发病率对比 [n (%)]

组别	n	切口感染	吻合口瘘	肺部感染	下肢静脉血栓	合计
实验组	42	1	2	1	0	4 (9.52)
对照组	42	3	3	3	2	11 (26.19)
χ^2						3.976
P						< 0.05

2.5 两组生活质量对比

护理前, 两组生活质量评分比较无显著性差

异; 实验组生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$)。

见表 6。

表 6 两组生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

SF-36 评估指标	实验组		对照组		$P_{\text{护理后}}$
	护理前	护理后	护理前	护理后	
生理机能	56.52 ± 3.65	92.25 ± 6.23	58.63 ± 4.15	85.26 ± 5.23	< 0.05
生理职能	58.65 ± 3.47	91.42 ± 5.29	59.42 ± 5.14	86.32 ± 3.26	< 0.05
躯体疼痛	61.25 ± 5.26	92.33 ± 5.42	60.51 ± 4.46	82.32 ± 3.36	< 0.05
一般健康	70.51 ± 3.56	92.58 ± 4.46	70.41 ± 4.03	84.23 ± 4.14	< 0.05
精力	58.92 ± 5.13	91.53 ± 6.36	58.42 ± 5.74	85.36 ± 6.32	< 0.05
社会功能	62.58 ± 5.46	90.56 ± 5.13	61.53 ± 5.46	86.32 ± 5.14	< 0.05
情感职能	72.14 ± 5.63	93.62 ± 5.42	70.53 ± 6.36	85.62 ± 5.13	< 0.05
精神健康	62.58 ± 5.46	92.43 ± 5.14	63.25 ± 5.33	84.52 ± 4.56	< 0.05

3 讨论

随着快速康复外科理念在临床各种疾病的治疗和护理中广泛应用, 患者住院时间和康复速度明显加快, 在围术期发挥着重要的作用。快速康复外科护理的理念要求患者在意识清醒的情况下拔除尿管, 但患者术后由于切口疼痛、担心下床会阻碍切口愈合等, 不愿意活动或提早出院。医护一体化管理的干预能够展开更加针对性的健康教育和延续性护理, 让患者对术后切口恢复以及护理干预措施有更加全面的了解, 也能降低术后并发症的发生率, 为患者开展专业的安全评估, 制定合理的饮食、运动等护理计划, 促进机体恢复。护理后, 实验组各项营养指标均高于对照组 ($P < 0.05$)。此外, 医护一体化管理干预更加重视身心的管理, 加深了患者及家属对医护人员的信任, 提高了患者的生活质量。

快速康复外科护理秉承着快速康复理念, 优化护理流程, 以促进患者术后康复。而医护一体化快速康复外科护理采用以人为本的护理模式, 在手术治疗和护理过程中, 能有效提高护理质量, 在促进患者机体康复、提高患者护理满意度的同时, 也增强了手术治疗及康复护理的安全性。

肠癌手术的腹部切口较大, 皮下组织和皮肤组织都会受到一定的损伤, 此时患者较为虚弱, 需要给予高度关注。通过常规护理与医护一体化快速康

复外科护理对比发现, 后者效果更为明显, 对患者手术治疗提供的支持更大, 更能有效促进机体的康复。医护一体化快速康复外科护理属于综合性的护理模式, 护理内容丰富且具体, 结合常规护理, 有利于提高护理干预的全面性, 降低患者住院的时长。该护理模式在医护人员相互配合的基础上, 通过专业知识, 能够规避护理风险, 提高患者对护理的满意度, 保证护理质量; 同时, 患者机体营养水平得到恢复, 降低切口感染和出血风险, 对提高护理安全有积极的影响。

综上所述, 为大肠癌患者实施快速康复外科理念下的医护一体化模式有重要意义, 能够促进机体康复和营养状态的恢复, 患者满意度高, 生活质量得到明显提升。

参考文献

- [1] 陈红, 吴键, 张晋珍, 龙云霞, 陈艳, 谷震. 医护一体化结合快速康复外科模式在脑动脉瘤介入栓塞治疗中护理干预效果 [J]. 昆明医科大学学报, 2022, 43(4): 163-169.
- [2] 齐琳娜, 端木艳丽. 加速康复外科理念联合医护一体化模式在结直肠癌根治术中的初步应用 [J]. 河南外科学杂志, 2022, 28(2): 69-72.
- [3] 王迎春, 张星. 基于快速康复外科理念的医护一体化护理干预对腹腔镜胃癌根治术患者术后恢复及并发症发生率的影响 [J]. 临床医学工程, 2022, 29(1): 85-86.
- [4] 高巧娜. 医护一体化快速康复外科理念指导下针对性干预在结直肠癌患者围术期的初步应用 [J]. 河南外科学杂志, 2021, 27(5): 187-189.
- [5] 董莉莉. 医护一体化护理干预模式在腹腔镜胃癌根治术患者的应用效果评估 [J]. 甘肃科技, 2021, 37(15): 173-175.