

·专题报道·

# 快速康复外科理念联合临床路径护理在腹腔镜下前列腺癌根治术中的应用

蔡翠珊

福建医科大学附属第二医院泌尿外科, 福建 泉州 362000

**摘要:** **目的** 探讨快速康复外科理念联合临床路径护理在腹腔镜下前列腺癌根治术中的应用效果。**方法** 选择 2016 年 1 月至 2018 年 6 月福建医科大学附属第二医院收治的行腹腔镜下前列腺癌根治术治疗的患者 70 例作为研究对象, 随机分为对照组和观察组各 35 例。对照组患者在围手术期实施传统护理, 观察组患者在围手术期按照快速康复外科理念联合临床路径实施护理。比较两组患者康复指标差异, 术后采用 VAS 视觉模拟疼痛评分评价术后疼痛情况, 护理结束后采用 SAS、SDS 评分评估心理状态, 记录两组患者围手术期并发症发生情况。**结果** 与对照组比较, 观察组首次下床活动时间、拔除引流管时间、尿管留置时间、首次肛门排气时间、首次排便时间、住院时间明显缩短, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组术后 VAS 评分、护理后 SAS 评分和 SDS 评分明显降低, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。对照组围手术期并发症发生率为 57.14% (20/35), 明显高于观察组的 14.29% (5/35), 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 快速康复外科理念联合临床路径护理在腹腔镜下前列腺癌根治术患者围术期护理中应用是手术成功的保证, 且能够减轻术后疼痛, 改善患者负性情绪, 促进患者康复。

**关键词:** 前列腺癌; 腹腔镜根治术; 快速康复外科; 临床路径护理; 疼痛; 负性情绪

**中图分类号:** R473.6

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1674-8166(2019)04-0568-03

**DOI:** 10.16440/j.cnki.1674-8166.2019.04.033

前列腺癌是泌尿外科的常见恶性肿瘤, 外科手术切除是主要治疗方式, 包括开放性手术、腹腔镜手术等, 腹腔镜手术具有创伤小、出血少、术后疼痛轻、康复速度快的优点, 而被患者、医生作为首选治疗方式<sup>[2,3]</sup>。快速康复外科理念是一种新型综合护理模式, 广泛用于泌尿外科手术围手术期<sup>[4,5]</sup>。临床路径护理是指护理人员按照标准化护理程序对患者进行护理, 是一种有异于传统护理的全新的临床服务模式, 能有效提高护理质量。本研究旨在观察快速康复外科理念联合临床路径护理在腹腔镜下前列腺癌根治术中的应用效果, 为前列腺癌患者围手术期护理提供借鉴, 现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2016 年 1 月至 2018 年 6 月在福建医科大学附属第二医院行腹腔镜下前列腺癌根治术治疗的患者 70 例作为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 各 35 例。对照组患者年龄 40~75 (57.6±

6.6) 岁; 前列腺特异性抗原 (PSA) 为 6.0~51.8 (12.2±4.4) ng/ml; 穿刺 Gleason 评分: ≤6 分 11 例、7 分 8 例、≥8 分 16 例; 临床分期: A 期 3 例、B1 期 4 例、B2 期 5 例、C 期 12 例、D 期 11 例。观察组患者年龄 40~75 (58.0±6.5) 岁; PSA 为 6.0~51.5 (12.5±4.2) ng/ml; 穿刺 Gleason 评分: ≤6 分 12 例、7 分 8 例、≥8 分 15 例; 临床分期: A 期 4 例、B1 期 4 例、B2 期 4 例、C 期 12 例、D 期 11 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入与排除标准** **纳入标准:** 符合前列腺癌的诊断标准, 并经病理检查证实; 无骨转移及淋巴结转移; 无呼吸及心血管系统疾病; 行腹腔镜前列腺癌根治术, 手术成功; 患者知情同意。**排除标准:** 术中转为开腹手术者; 合并高血压、糖尿病等可能影响术后恢复的基础疾病; 合并甲亢、甲减等代谢性疾病者。

**1.3 护理方法** 对照组患者在围手术期实施传统护理。观察组患者在围手术期按照快速康复外科理念联合临床路径实施护理, 具体措施如下。

**1.3.1 心理护理** 患者因对疾病、手术存在顾虑, 多会存在不同程度焦虑、抑郁情绪, 护士应耐心介

**作者简介:** 蔡翠珊, 本科, 护师, 研究方向: 泌尿外科疾病护理

**通信作者:** 蔡翠珊, E-mail: chenmeicm6@163.com

绍前列腺癌相关知识及手术方式, 解答患者疑问, 缓解患者紧张、焦虑的情绪, 提高患者战胜疾病信心, 减轻患者心理应激反应, 另外应调动患者的社会支持体系, 鼓励家属参与患者的护理过程, 从而使患者配合快速康复外科理念指导下的诊疗工作, 利于术后护理的开展。

**1.3.2 术前饮食及肠道准备** 术前 2 d 进低纤维饮食, 术前 1 d 进流食, 术前 6 h 禁食, 术前 2 h 口服 10% 葡萄糖液, 未常规进行清洁灌肠肠道准备, 缩短禁食时间以降低患者饥饿、烦躁等不良反应, 能够更好面对手术创伤应激。

**1.3.3 术前康复训练指导** 患者如何进行深呼吸和有效咳嗽训练的方法, 让患者取坐位或半坐位, 全身放松, 上身前倾, 用腹带保护好手术切口, 深呼吸 3 次, 最后 1 次吸气后憋住, 再用力咳嗽将痰咳出。术前指导进行盆底肌训练, 预防术后出现尿失禁。术前指导患者进行踝泵运动的方法, 降低下肢静脉血栓形成, 让患者大腿放松, 再最大角度地勾脚尖, 时间持续 10 s, 再让脚尖尽最大角度向下踩, 时间持续 10 s, 5 个为 1 组, 每天 5 组。术前指导患者进行屈膝抬臀运动的方法, 取平卧位, 双脚用力撑起臀部, 时间持续 10 s, 2 个为 1 组, 每天 5 组。

**1.3.4 术中护理** 使用变温垫毯 (38~40 °C) 维持体温 36~36.5 °C, 冲洗腹腔的盐水先或输液均先加热至 37 °C 左右再使用, 优化手术流程, 选择熟练掌握泌外常见手术的器械护士, 减少手术耗时。

**1.3.5 术后护理** 术后预防性使用硬膜外自控微量镇痛泵 48 h, 减少疼痛不适所致的机体应激反应; 早期恢复进水和进食: 术后 6 h 先饮少量水, 若无不良反应, 听诊有肠鸣音时, 则可进流食, 如米汤, 待患者排气及排便功能完全恢复后, 可逐步过渡至半流质饮食、普食, 避免食用动物脂肪、肉类等高脂肪食物, 多吃豆类、谷物蔬菜和水果; 鼓励术后早期下床: 术后 2 h 即可指导家属进行翻身、按摩及活动四肢等被动康复活动, 无不适感则术后 2 d 可过渡至下床活动, 主要是围绕床边走动, 术后第 3 天可在病房和走廊走动, 首次下床活动时, 护理人员应

做好指导和协助; 限制液体摄入量: 术后当天输入液体量控制在 1 500~2 000 ml, 随着饮食量的增加, 逐渐减少液体摄入量。

**1.3.6 术后切口及引流管护理** 术后 24~48 h 是并发症发生的高峰时段, 密切关注引流管引流液状况, 包括引流液的量、颜色、性质, 每日更换 1 次引流袋; 每日进行 2 次尿道口护理, 使用洁悠神抗菌敷料外喷; 术后 2~3 d 拔除引流管, 术后 7 d 拔除尿管; 密切观察切口是否出现渗血、渗液或感染, 保持敷料外观干燥, 定期更换伤口敷料。

**1.3.7 健康教育** 出院时进行康复训练、饮食指导、药物指导、伤口管理、疼痛管理、引流管和尿管管理等方面的健康教育。

**1.4 观察指标** ①围手术期记录两组患者康复指标 (首次下床活动时间、拔除引流管时间、尿管留置时间、首次肛门排气时间、首次排便时间及住院时间), 并作比较; ②术后采用 VAS 视觉模拟疼痛评分评价术后疼痛情况, 评分越高疼痛程度越严重; ③护理结束后采用 SAS、SDS 评分评估心理状态, 分数越高代表抑郁、焦虑程度越严重; ④记录两组患者围手术期并发症发生情况。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS19.0 进行统计分析, 计数资料进行  $\chi^2$  检验, 计量资料进行 *t* 检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者康复指标比较** 观察组首次下床活动时间、拔除引流管时间、尿管留置时间、首次肛门排气时间、首次排便时间、住院时间明显短于对照组, 差异有统计学意义 (均  $P < 0.05$ )。见表 1。

**2.2 两组 VAS 及 SAS、SDS 评分比较** 对照组和观察组护理后 VAS 评分及 SAS、SDS 评分均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.3 两组患者围手术期并发症发生情况比较** 对照组围手术期并发症总发生率为 57.14%, 明显高于观察组的 14.29%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 1 两组患者康复指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	首次下床活动(d)	拔除引流管(d)	尿管留置(d)	首次肛门排气(h)	首次排便(h)	住院时间(d)
对照组	35	5.75±0.40	5.08±1.26	9.00±3.24	55.80±27.24	70.53±8.46	12.64±1.50
观察组	35	2.30±0.86	3.13±1.25	6.20±3.02	20.20±8.02	48.40±11.20	9.00±2.24
<i>t</i> 值		6.175	4.642	3.546	6.133	6.356	4.612
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

**表 2** 两组患者护理前后 VAS 及 SAS、SDS 评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	VAS	SAS	SDS
观察组				
护理前	35	6.34±0.86	75.24±6.06	66.33±6.26
护理后	35	3.02±1.13	45.30±5.12	43.14±4.05
组内 <i>t</i> 值		10.004	18.727	12.322
组内 <i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05
对照组				
护理前	35	6.40±0.80	75.36±6.10	66.50±6.13
护理后	35	4.64±0.88	65.34±6.16	58.43±6.18
组内 <i>t</i> 值		5.171	9.007	5.504
组内 <i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05
组间护理前 <i>t</i> 值		0.302	0.235	0.251
组间护理前 <i>P</i> 值		>0.05	>0.05	>0.05
组间护理后 <i>t</i> 值		4.063	7.055	6.847
组间护理后 <i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05

**表 3** 两组患者围手术期并发症比较 [例 (%) ]

组别	例数	出血	感染	发热	腹胀	总发生
对照组	35	5(14.29)	6(17.14)	6(17.14)	3(8.57)	20(57.14)
观察组	35	1(2.86)	2(5.71)	2(5.71)	0	5(14.29)

注: 组间比较,  $\chi^2=15.429$ ,  $P<0.01$

### 3 讨论

快速康复外科是结合了麻醉学、疼痛医学和外科学等不同学科的新技术和新护理方法而采取的一系列具有循证医学证据的护理新模式, 以期能够减少或降低围手术期患者的生理及心理的创伤应激反应, 从而促进患者康复, 已在多个外科学科开展并逐步推广。

快速康复外科联合临床路径的护理模式能够针对患者不同心理状态及需求进行及时心理疏导, 缓解患者紧张、焦虑的情绪, 提高患者对快速康复外科理念的信任, 提高诊疗配合度, 且减轻心理应激反应<sup>[6]</sup>; 术前未进行传统的胃肠道准备, 而在术前 1 d 进流食, 术前 6 h 禁食, 术前 2 h 口服 10% 葡萄糖液, 能够减轻患者术前口渴、饥饿感和由饥渴引起的应激反应, 同时避免灌肠肠道准备所致的胃肠菌群失调及水电解质的失衡, 促进术后胃肠功能恢复<sup>[7]</sup>; 术前康复训练包括深呼吸和有效咳嗽训练、盆底肌训练、踝泵运动和屈膝抬臀运动, 对预防肺部感染和肺不张、下肢静脉血栓具有重要意义。术中体温及补液管理, 预防低体温发生, 维持围手术期体液或血容量平衡, 进而减少并发症发生<sup>[8]</sup>; 强化器械护士与麻醉医生、手术医生的配合熟练程度,

缩短手术时间, 从而减轻手术所造成的应激反应; 术后早期康复训练避免长时间卧床导致血液循环不畅, 预防静脉血栓形成; 术后早期进食能促进胃肠蠕动, 减少胃肠道并发症。而术后镇痛管理是患者早期活动、早期进食的重要前提, 同时还能减少因疼痛所致的应激及呼吸、循环系统并发症<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示, 观察组首次下床活动时间、拔除引流管时间、尿管留置时间、首次肛门排气时间、首次排便时间、住院时间均明显短于对照组, 围手术期并发症发生率为 14.29%, 明显低于对照组。表明快速康复外科联合临床路径的护理模式在腹腔镜下前列腺癌根治术患者围术期护理中的应用是安全、有效的, 能有效促进患者康复, 缩短下床活动、拔管及尿管留置时间, 降低并发症发生率, 促进胃肠功能康复, 缩短肛门排气及首次排便时间。本研究结果显示, 观察组术后 VAS 评分明显低于对照组, 护理后 SAS 评分、SDS 评分明显低于对照组, 表明快速康复外科联合临床路径的护理模式通过术前良好宣教及心理护理能有效改善患者心理情绪, 有助于术后康复。

综上所述, 快速康复外科联合临床路径的护理模式在腹腔镜下前列腺癌根治术患者围术期护理中应用能够减轻术后疼痛, 改善患者负性情绪, 促进患者康复。

### 参考文献:

- [1] 齐金蕾, 王黎君, 周脉耕, 等. 1990—2013 年中国男性前列腺癌疾病负担分析[J]. 中华流行病学杂志, 2016, 37(6):778—782.
- [2] 谢家恩, 陈舜琦, 王明川, 等. 前列腺癌腹腔镜手术与经典手术的比较[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(14):2103—2104.
- [3] 沈宏峰, 李威, 黄尉, 等. 腹腔镜微创手术与开腹手术治疗前列腺癌的临床效果比较[J]. 中国性科学, 2017, 26(7):27—30.
- [4] 杨如美, 徐寅, 顾美珍, 等. 快速康复外科理念在经腹腔镜下行前列腺癌根治术患者围术期护理中的应用效果[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(22):46—48.
- [5] 张颖, 江静霞, 梁辉. 快速康复外科理念在腹腔镜下前列腺癌根治术围术期临床护理中的应用[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(15):1400—1402.
- [6] 屈晓玲, 方汉萍, 陈小芹, 等. 机器人辅助腹腔镜前列腺癌根治性切除术患者快速康复护理[J]. 护理学杂志, 2015, 30(20):47—48.
- [7] 马嫦娥, 陈静, 陈月英, 等. 加速康复外科术前肠道准备对电解质及血糖的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(3):296—298.
- [8] 蔺建华, 王纪明, 许会玲, 等. 不同术中保温对胃肠术患者体温与凝血功能及手术部位感染的影响[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(18):4176—4178.

收稿日期: 2019-01-21 修回日期: 2019-03-02 责任编辑: 王雅琢