

# 临床护理对腹腔镜袖状胃切除术患者的干预

张晓洁

(浙江大学医学院附属邵逸夫医院 浙江 杭州 310000)

**【摘要】**目的:分析基于加速康复外科理念的临床护理路径在腹腔镜袖状胃切除术中的干预效果。方法:选取100例腹腔镜袖状胃切除术治疗患者作为本次研究对象,患者入院治疗时间介于2020年12月至2022年12月间,依照随机数字表法将患者分为观察组与对照组,每组50例。观察组行基于加速康复外科理念的临床护理路径干预,对照组行常规临床护理路径干预。对比两组患者的术后恢复、疼痛、营养状态变化与并发症发生情况。结果:观察组患者在术后恢复情况上表现优于对照组,患者疼痛情况与营养状态的改善效果更好,术后并发症发生率(6.00%)明显低于对照组(22.00%)。以上差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:基于加速康复外科理念的临床护理路径干预方案在临床护理服务中,可有效促进腹腔镜袖状胃切除术患者的术后恢复效果提升,改善患者机体的疼痛情况与营养状态,减少并发症问题对患者治疗效果的影响。

**【关键词】**加速康复外科;临床护理路径;腹腔镜袖状胃切除术

**【中图分类号】**R47

**【文献标识码】**B

**【文章编号】**2095—8439(2023)23—0113—04

在肥胖症患者的临床治疗中,腹腔镜袖状胃切除术是一项长期有效的治疗方案。通过对肥胖症患者实施腹腔镜袖状胃切除术,缩小患者胃部的有效容量,减少饥饿相关激素的分泌量,从而降低患者食欲,使患者的体质量能够得到有效改善<sup>[1]</sup>。但肥胖症患者多伴有脂肪肝、心血管疾病等基础性病症,致使患者经手术治疗后具有较高的并发症发生风险,同时术后疼痛问题也会为患者的治疗恢复效果带来不利影响<sup>[2]</sup>。因此,在临床腹腔镜袖状胃切除术中实行有效的护理干预服务,对保障肥胖症患者的治疗恢复情况具有重要影响。本研究将加速康复外科理念应用于腹腔镜袖状胃切除术治疗护理服务当中,并对基于加速康复外科理念的临床护理路径对患者的干预效果表现展开分析探究。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

将100例在本院接受腹腔镜袖状胃切除术治疗的患者纳入研究对象,患者入院治疗时间在2020年12月至2022年12月间。通过随机数字表法将患者均分为观察组与对照

组。观察组50例患者中,男性18例,女性32例,患者年龄介于20-60岁,平均 $(38.72 \pm 5.31)$ 岁,患者身体质量指数(BMI)均值为 $(39.21 \pm 5.46)$ kg/m<sup>2</sup>,有29例患者合并有脂肪肝,有16例患者合并有黑棘皮病;对照组50例患者中,男性20例,女性30例,患者年龄介于21-60岁,平均 $(39.15 \pm 5.36)$ 岁,患者BMI均值为 $(38.84 \pm 5.59)$ kg/m<sup>2</sup>,有31例患者合并有脂肪肝,有17例患者合并有黑棘皮病。分组后患者的一般资料间无明显差异( $P > 0.05$ )。纳入标准:①根据《中国肥胖和2型糖尿病外科治疗指南》<sup>[3]</sup>,患者确诊为肥胖症;②患者BMI不低于32.5kg/m<sup>2</sup>;③患者具备腹腔镜袖状胃切除术治疗指征。排除标准:①患者合并有严重的营养不良问题;②患者存在精神异常或沟通障碍问题;③患者无法有效配合术后生活、饮食相关习惯改变,对护理措施的依从性表现过差。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

围手术期对患者展开常规临床护理路径干预。术前由医师对患者展开团体健康教育,护理人员协助患者完成术前常规

机械性肠道准备工作,叮嘱患者术前 12h 要禁食,术前 6h 要禁水,为患者留置导尿管与 Bougie 胃管。术中协助医师对患者实施气管插管全身麻醉,并采用 0.9% 氯化钠溶液对患者的腹腔进行冲洗。术后根据患者的疼痛情况,依照医嘱适当给予患者镇痛药物治疗,并于术后 1-2d 为患者拔除导尿管与 Bougie 胃管,排气后指导患者进食、进水。术后 1-2d 根据患者的恢复情况,积极鼓励患者开始尝试下床活动。

### 1.2.2 观察组

基于加速康复外科理念对患者展开围手术期临床护理路径干预。由医护人员联合向患者展开健康教育工作,通过健康教育宣传手册及相关视频为患者普及疾病与治疗相关健康知识。术前不再对患者实行机械性肠道准备工作,不再为患者留置导尿管与胃管。将患者术前进食时间缩短至 6h,并在术前 2h 给予患者 500ml 碳水化合物饮料进行液体补充。通过低卡路里饮食方案指导患者进行术前减重,叮嘱患者摒弃生活中的不良行为习惯。术前 30min 预防性给予患者一、二代头孢菌素。麻醉诱导前通过静脉注射方式给予患者 2.5-5.0mg 地塞米松。术中护理人员要注意加强对手术室环境温度的调控,并协助患者做好保暖工作。腹腔冲洗前对冲洗液进行加温处理,将其温度维持在 37℃左右。患者行气管插管全身麻醉联合硬膜外阻滞期间,护理人员需对患者麻醉深度与肌肉松弛情况严加监测,同时对患者实施肺部保护性机械通气治疗。麻醉生效后为患者留置导尿管与胃管,术毕留置 1 根腹腔引流管,并采用弹力绷带促进患者下肢血液回流。在患者术后麻醉苏醒前拔除导尿管与胃管,术后 1-2d 拔除腹腔引流管。采用非甾体类镇痛药给予患者止痛治疗 1-3d。清醒后立即给予患者适当饮水,清醒当日饮水量需不超过 200ml。采用低分子肝素给予患者术后抗凝治疗,并通过下肢气压治疗循环驱动仪对患者实施静脉血栓预防治疗。就术后饮食方案给予患者指导,叮嘱患者要注重蛋白质、纤维素与微量元素的补充,保持低脂、低糖的饮食原则。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 术后恢复情况

将患者术后排气时间、进食时间、下床活动时间与住院时间作为术后恢复情况的评价依据进行观察记录。

#### 1.3.2 术后疼痛情况

以视觉模拟评分法(VAS)对患者术前、术后 1d、术后 3d 与术后 5d 四个时间点的疼痛情况进行评价,评分由低到高表示患者的疼痛严重程度,最高 10 分,最低 0 分。

#### 1.3.3 营养状态

以白蛋白水平与前白蛋白水平作为患者营养状态的评价依据。取患者术前与术后 3d 静脉血样本各 4ml,经离心处理分离出上层血清,以比浊法检测血清中的白蛋白水平,以比色法检测血清中的前白蛋白水平<sup>[4]</sup>。

#### 1.3.4 并发症发生情况

统计患者术后切口感染、恶心呕吐、肺部感染等并发症问题的发生情况。

### 1.4 统计学方法

研究数据采用统计学软件 SPSS23.0 分析处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者术后恢复情况对比

对比两组患者的术后恢复情况,观察组的术后排气时间、进食时间、下床活动时间与住院时间均少于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

两组患者术后恢复情况对比( $n, (\bar{x} \pm s)$ )。

观察组 对照组分别 50 例,术后排气时间:观察组  $1.62 \pm 0.36$ ,对照组  $1.79 \pm 0.39$ ,术后进食时间:观察组  $1.52 \pm 0.26$ ,对照组  $1.64 \pm 0.32$ ,术后下床活动时间:观察组  $1.27 \pm 0.21$ ,对照组  $1.41 \pm 0.27$ ,住院时间:观察组  $3.88 \pm 0.96$ ,对照组  $4.27 \pm 0.98$ ,t 术后排气时间 2.265,术后进食时间 2.058,术后下床活动时间 2.894,住院时间 2.010, P 术后排气时间 0.026,术后进食时间 0.042,术后下床活动时间 0.005,住院时间

0.047。

## 2.2 术后疼痛情况对比

对比两组患者的术后疼痛情况,观察组术后 1d、术后 3d 与术后 5d 的 VAS 评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

两组患者术后疼痛情况对比( $n, (\bar{x} \pm s)$ );

观察组 对照组分别 50 例;

术前 VAS 评分:观察组  $0.81 \pm 0.12$ ,对照组  $0.84 \pm 0.11$ ,术后 1d VAS 评分:观察组  $4.78 \pm 1.09$ ,对照组  $5.26 \pm 1.16$ ,术后 3d VAS 评分:观察组  $2.58 \pm 0.59$ ,对照组  $2.83 \pm 0.65$ ,术后 5d VAS 评分:观察组  $1.01 \pm 0.13$ ,对照组  $1.11 \pm 0.18$ ,t 术前 VAS 评分 1.303,术后 1d VAS 评分 2.132,术后 3d VAS 评分 2.014,术后 5d VAS 评分 3.185,P 术前 VAS 评分 0.196,术后 1d VAS 评分 0.035,术后 3d VAS 评分 0.047,术后 5d VAS 评分 0.002。

## 2.3 营养状态变化对比

对比两组患者的营养状态变化,术后两组患者的白蛋白与前白蛋白水平同术前相比有所降低,观察组术后 3d 的白蛋白与前白蛋白水平均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

两组患者营养状态变化对比( $n, (\bar{x} \pm s)$ );

观察组 对照组分别 50 例;

术前白蛋白:观察组  $45.36 \pm 2.71$ ,对照组  $45.56 \pm 2.69$ ,术前前白蛋白:观察组  $0.28 \pm 0.06$ ,对照组  $0.29 \pm 0.06$ ,术后 3d 白蛋白:观察组  $38.21 \pm 3.33$ ,对照组  $36.76 \pm 3.17$ ,术后 3d 前白蛋白:观察组  $0.25 \pm 0.05$ ,对照组  $0.22 \pm 0.03$ ,t 术前白蛋白 0.370,术前前白蛋白 0.833,术后 3d 白蛋白 2.230,术后 3d 前白蛋白 3.638, P 术前白蛋白 0.712,术前前白蛋白 0.407,术后 3d 白蛋白 0.028,术后 3d 前白蛋白 0.000。

## 2.4 并发症发生情况对比

对比两组患者的并发症发生情况,观察组的并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

两组患者并发症发生率对比( $n, \%$ ),观察组 对照组分别

50 例,切口感染:观察组 1,对照组 3,恶心呕吐:观察组 2,对照组 6,肺部感染:观察组 0,对照组 1,下肢深静脉血栓:观察组 0,对照组 1,并发症发生率:观察组 6.00,对照组 22.00,  $\chi^2$  发生率 5.316, P 发生率 0.021。

## 3 讨论

腹腔镜袖状胃切除术作为肥胖症患者在临床中的首选治疗方案,其具有创伤小、恢复效果快等特征,能有效保障患者治疗的安全性<sup>[5]</sup>。但在临床治疗过程中发现,由于肥胖症患者通常合并有多种基础性疾病,在各类基础疾病的影响下,患者术后具有较高的恶心、呕吐、肺不张等并发症问题的发生风险,为手术治疗的康复效果带来不利影响。为进一步改善腹腔镜袖状胃切除术治疗患者的术后康复情况,有研究观点提出将加速康复外科理念应用于腹腔镜袖状胃切除术的围术期护理工作中<sup>[6]</sup>。加速康复外科理念是一项诞生于 21 世纪的新型医疗康复理念,其最早主要应用于结直肠外科临床治疗当中,近年来逐渐在普外科、妇科、骨科等多个临床医疗领域得到推广应用<sup>[7-8]</sup>。将加速康复外科理念应用于腹腔镜袖状胃切除术的临床护理路径中,其护理工作的开展核心为:尽量减少干预与应激反应,开展早期活动与进食<sup>[9]</sup>。尽量减少干预主要表现为不对患者行术前常规肠道准备,不留置导尿管、胃管,减少术前禁食时间等;减少应激反应的主要表现为加强围手术期患者血糖水平的控制效果,促进患者术后尽早恢复饮食等。

在本次研究中,观察组患者经基于加速康复外科理念的临床护理路径干预后,患者在术后排气、进食与下床活动上的用时均短于对照组,且患者的住院时间较对照组更少( $P < 0.05$ )。该结果说明,在腹腔镜袖状胃切除术的护理工作中,通过术前加强对患者的健康宣传教育、指导患者践行低卡路里饮食方案等措施,将加速康复外科理念充分应用到临床护理服务中,对促进患者术后早期恢复效果的提升具有积极影响。术后疼痛问题可严重影响到患者的休息情况,同时也会为患者带来严重的负面情绪问题,进而对患者的康复效果造成不利影响。而在加速康复外科理念中,通过对患者积极开展超前镇痛治疗

方案,通过糖皮质激素类药物在药理学上的抗炎镇痛作用,能够实现疼痛传导通路的有效阻断,从而避免强烈疼痛激发患者的心理应激反应,对保障早期康复效果具有重要影响<sup>[10-11]</sup>。本次研究中,两组患者术后的VAS评分明显高于术前,而观察组患者术后1d、3d与5d的VAS评分均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。该结果可验证,加速康复外科理念在围手术期护理服务中,对缓解患者术后疼痛情况具有切实有效的干预效果表现。营养状态变化对比结果显示,两组患者术后的营养状态指标同术前相比有所降低,而观察组患者术后的白蛋白与前白蛋白水平要明显高于对照组( $P < 0.05$ )。该结果提示,在腹腔镜袖状胃切除术治疗患者的临床护理路径中,加速康复外科理念对维护患者机体营养状态的稳定具有积极影响。其原因在于,加速康复外科理念通过有效缓解术后疼痛情况,使患者能够保持积极的心理状态去面对术后康复相关治疗,为患者术后早期下床活动与进食奠定了良好基础,进而对患者机体早期营养状态的恢复起到促进作用<sup>[12]</sup>。观察组患者在本次研究中各类术后并发症的总发生率(6.00%)同对照组(22.00%)相比更低( $P < 0.05$ )。该结果说明,在加速康复外科理念中,通过减少腹腔镜袖状胃切除术患者的禁食时间,优化麻醉措施与管路留置方案,在保障患者术后早期下床与进食的情况下,能有效降低术后并发症问题的发生率,为患者临床治疗的安全性带来可靠保障。

综上所述,本次研究结果显示,以基于加速康复外科理念的临床护理路径开展护理干预服务,对促进腹腔镜袖状胃切除术患者术后康复效果改善具有积极影响,能够为患者的术后疼痛情况带来有效缓解,有利于维护机体的营养状况,并且对术后并发症问题能够发挥出良好的防治效果,在临床中具有较高的推广应用价值。

#### 参考文献

- [1] 田海霞. 个案管理的延伸护理服务在腹腔镜袖状胃切除术后患者中的应用观察 [J]. 黔南民族医专学报, 2020, 33(01): 63-65.
- [2] 黄婷. 综合护理在对病态性肥胖症患者施行腹腔镜袖状胃切除术中的应用效果研究 [J]. 当代医药论丛, 2020, 18(20): 171-172.
- [3] 王勇, 王存川, 朱晒红, 等. 中国肥胖及2型糖尿病外科治疗指南(2019版)[J]. 中国实用外科杂志, 2019, 39(04): 301-306.
- [4] 付丽平, 林美芳, 余丽华, 等. 腹腔镜下袖状胃切除治疗病态肥胖症的护理配合 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(16): 77-78.
- [5] 吴柳华. 肥胖症患者腹腔镜下袖状胃切除术围手术期的护理干预效果 [J]. 婚育与健康, 2021(13): 63.
- [6] 梁世丽, 李云雷, 蒋跃飞. 分析延续性护理对腹腔镜袖状胃切除术治疗肥胖症合并2型糖尿病近远期疗效 [J]. 智慧健康, 2020, 6(17): 83-84, 87.
- [7] 王月. 基于ERAS的疼痛管理模式应用于腹腔镜袖状胃切除术患者效果分析 [J]. 包头医学院学报, 2020, 36(9): 113-116.
- [8] 张晓玲, 毛岳峰, 罗衡桂, 等. 加速康复外科理念在腹腔镜袖状胃切除术患者中的运用及效果观察 [J]. 中国现代手术学杂志, 2020, 24(4): 255-260.
- [9] 孙霞, 李芹, 裴新荣, 等. 基于加速康复外科理念的临床护理路径在腹腔镜袖状胃切除术中的应用效果 [J]. 中西医结合护理(中英文), 2022, 8(08): 17-20.
- [10] 徐慧丽, 马迎春. 腹腔镜袖状胃切除术治疗肥胖症的围手术期护理 [J]. 加速康复外科杂志, 2022, 5(3): 130-133.
- [11] 朱琳, 杨小李, 刘莉, 等. 加速康复外科在胰十二指肠切除术围手术期应用有效性和安全性的系统评价与Meta分析 [J]. 临床肝胆病杂志, 2022, 38(6): 1356-1363.
- [12] 宋倩倩. 加速康复外科护理对直肠癌患者术后康复与营养状况的影响分析 [J]. 家有孕宝, 2021, 3(2): 229.