

论著·临床研究

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.14.020

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20200426.1552.006.html\(2020-04-26\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20200426.1552.006.html(2020-04-26))

快速康复外科护理模式在卵巢癌患者术后护理的作用

王晶晶,吴治敏,王卉[△]

(陆军军医大学第一附属医院妇科,重庆 400038)

[摘要] **目的** 探讨快速康复外科(ERAS)护理模式在卵巢癌术后患者早期康复的作用。**方法** 选取 2012 年 6 月至 2018 年 9 月在该院接受治疗的卵巢癌患者 95 例,分为对照组(47 例)与观察组(48 例)。对照组采用传统的常规早期康复护理措施,观察组采用 ERAS 护理模式。记录并比较两组患者术后恢复情况、视觉模拟评分法(VAS)疼痛评分、并发症发生情况及患者护理满意率。**结果** 观察组患者首次进食、首次排气、首次排便及出院时间均早于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者术后 6、12、24、72 h 及术后 5 d 的 VAS 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组在护理满意率高于对照组(97.92% vs. 51.06%),总并发症发生率低于对照组(4.17% vs. 14.89%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 卵巢癌患者术后进行 ERAS 护理模式干预,能加快患者的康复,增加患者对医护工作的满意度。

[关键词] 卵巢肿瘤;快速康复外科;手术后医护;康复护理;预后**[中图分类号]** R473.73**[文献标识码]** A**[文章编号]** 1671-8348(2020)14-2334-04

The role of enhanced recovery after surgery model in postoperative care of patients with ovarian cancer

WANG Jingjing, WU Zhimin, WANG Hui[△]

(Department of Gynecology, the First Hospital Affiliated to Army Medical University, Chongqing 400038, China)

[Abstract] **Objective** To explore the role of enhanced recovery after surgery (ERAS) model in early rehabilitation in patients with ovarian cancer. **Methods** A total of 95 patients with ovarian cancer who were treated in this hospital from June 2012 to September 2018 were selected and divided into the control group (47 cases) and the observation group (48 cases). The control group received the traditional routine early rehabilitation nursing measures, and the observation group received ERAS model in postoperative care. The patients' postoperative recovery index, visual analogue scale (VAS) pain score, occurrence of complication and satisfaction rate were recorded and compared between the two groups. **Results** The time of first eating, first exhausting, first defecation, and discharge of patients in the observation group was earlier than that of patients in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The VAS scores at 6, 12, 24, 72 h and 5 d after operation in the observation group were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). The nursing satisfaction rate in the observation group was higher than that in the control group (97.92% vs. 51.06%), and the total incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group (4.17% vs. 14.89%), and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Application of ERAS nursing model for patients with ovarian cancer can speed up the patients' recovery and increase the patients' satisfaction rate of nursing care.

[Key words] ovarian neoplasms; enhanced recovery after surgery; postoperative care; rehabilitation nursing; prognosis

目前,妇科卵巢恶性肿瘤的发生率及病死率高居不下^[1],严重威胁女性的身心健康。该病发病隐匿,在起病初期缺乏明显的特征性表现,大多数患者在初诊时肿瘤就已经处于晚期阶段,危害严重^[2]。临床上常采用手术治疗与放化疗联合的综合性治疗方案,但

不良反应大,患者依从性差,康复时间过长。因此,在卵巢癌患者的治疗中,不仅需要选择合适的手术方式,也需要在术后选择有效的护理方式。快速康复外科(ERAS)护理模式最早由 MØLLER 等^[3]于 2001 年提出并运用于妇科术后康复,该项技术从循证医学

表 1 两组一般资料的比较

组别	n	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	FIGO 分期[n(%)]		非浆液性癌[n(%)]				浆液性癌 [n(%)]
			Ⅲ C	Ⅳ	内膜样癌	低分化癌	黏液性癌	透明细胞癌	
对照组	47	53.71 ± 7.85	43(91.49)	4(8.51)	9(19.15)	7(14.89)	2(4.26)	3(6.38)	26(55.32)
观察组	48	54.63 ± 9.34	43(89.58)	5(10.42)	10(20.83)	9(18.75)	1(6.25)	3(6.25)	25(52.08)
P		0.41		0.76			0.31		0.25

续表 1 两组一般资料的比较

组别	n	肿瘤直径($\bar{x} \pm s$, cm)	CA125[n(%)]		手术病理分期[n(%)]		病理分化程度[n(%)]	
			>35 kU/L	≤35 kU/L	I 期	II 期	高分化	低分化
对照组	47	7.31 ± 3.52	31(65.96)	16(34.04)	29(61.70)	18(38.30)	21(44.68)	26(55.32)
观察组	48	7.24 ± 3.87	34(70.83)	14(29.17)	31(64.58)	17(35.42)	20(41.67)	28(58.33)
P		0.52		0.39		0.37		0.24

证据出发,对术后早期康复过程的措施进行优化处理,以减小患者在围术期的身心应激,从而加快患者在术后的康复,改善患者的生存质量^[4]。在 ERAS 护理模式中,为了保证其有效施行,不仅需要医生与护士的合作,还需要来自多个学科的不同成员的协作,负责对术前准备、术中麻醉、手术方式选择、术后镇痛、早期下床活动、早期肠内营养恢复、积极康复训练、患者及家属谈话、教育等一系列措施进行优化组合,因此,该团队还需要麻醉医生、营养师、理疗师、心理学家及社会和教育学家^[5]。而随着技术的进步和提高,ERAS 护理模式逐渐扩展到了卵巢癌治疗领域^[6]。针对卵巢癌手术刺激大、术后恢复慢、预后差等特点,运用 ERAS 护理模式能够有效控制患者的应激状态与器官损伤,加快患者术后恢复,改善患者预后。本研究分析运用 ERAS 护理模式的卵巢癌患者术后康复情况、并发症发生率等,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2012 年 6 月至 2018 年 9 月在本院接受治疗的 95 例卵巢癌患者的临床资料进行回顾性分析。其中,对照组 47 例,采用传统的常规早期康复护理措施;观察组 48 例,采用 ERAS 护理模式。纳入标准:(1)病理学确诊为卵巢癌;(2)年龄大于 18 岁,符合手术指针,且有手术意愿;(3)此次为患者首次进行诊治,既往未接受其他治疗措施;(4)无心脑血管疾病、糖尿病高血压等。排除标准:(1)合并严重的全身性疾病者;(2)肿瘤分期预后极差,无法进行细胞减灭术者;(3)依从性不好,不愿配合治疗者。本研究经本院伦理委员会批准。两组患者年龄、国际妇产科联盟(FIGO)分期、组织病理学分类、肿瘤直径、糖类抗原 125(CA125)水平、手术病理分期、病理分化程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

1.2 方法

1.2.1 对照组护理

采用传统的常规早期康复护理措施,健康教育在术前 1 d 对患者及其家属进行,说明手术方式及注意事项。肠道准备在术前 1 d 进行,且术前 12 h 禁食禁饮。术后镇痛由患者自行选择,采用自控式静脉通道泵入镇痛的方法。在手术之后常规禁食至初次排气后,根据患者胃肠功能恢复情况依次给予流食、半流食,当患者胃肠功能完全恢复后可进普食。下床活动时间为术后 3 d 以上,尿管拔除时间根据医嘱而定,为避免感染,通常在术后 1 d 左右予以拔除。

1.2.2 观察组护理

采用 ERAS 护理模式。分为术前、术中、术后 3 个部分。(1)术前:①对患者进行身体状况评估和相关知识教育。包括完成 ERAS 护理模式知情同意书和身体评估量表^[7],对患者的健康情况和手术风险做出预计,同时降低患者对手术的恐惧情绪,减轻患者的术前应激反应;②术前 6 h 禁食,术前 2 h 禁水,禁水前补充一定量的碳水化合物;③如无必要,不进行术前机械性肠道准备;④术前预防性抑酸、抗感染。(2)术中:①患者体温维持在正常范围内;②麻醉方式选用全身麻醉联合局部麻醉;③控制合适的液体出入量及晶胶比,使患者的心输出量在最佳范围内;④如无必要,不使用各类引流管;⑤手术方式尽可能选择微创的腹腔镜手术。(3)术后:①综合考量患者术后状态,避免采用单一的镇痛方式,实施多模式镇痛,以降低疼痛对患者的刺激及镇痛药对患者的副作用;②做好麻醉引起的恶心、呕吐等不良反应的预防和治疗;③饮水时间提前至术后 4 h,翻身时间提前至术后 6 h,下床活动时间提前至术后 1 d,正常活动时间提前至术后 2 d;④如果留置有引流管,则需根据患者情况及早拔出引流管,以有效避免术后感染^[8]。

1.3 观察指标

(1)两组患者术后恢复情况(首次排气、首次排便、首次进食、出院时间)。(2)术后不同时间点的视觉模拟评分法(VAS)疼痛评分,总分为 10 分,分值越

高,提示疼痛越严重;0分:不痛;1~3分:有轻微的疼痛,患者尚可忍受;4~6分:患者疼痛可影响睡眠,还能忍受;7~10分:患者有渐强烈的疼痛,且难以忍受^[9]。(3)腹胀、感染、肠梗阻、低钠血症等并发症发生情况。(4)采用李克特问卷调查表^[10]评估患者对围术期护理工作的满意率,总满意率=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

1.4 统计学处理

采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析。计量资料先采用 Shapiro-Wilk 检验判断是否为正态分布,首次排气、首次排便、首次进食、出院时间均符合正态分布,以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 *t* 检验;护理满意率、并发症发生率为计数资料,以例数或百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者恢复情况比较

观察组患者首次进食、首次排气、首次排便、出院

时间均早于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者恢复情况的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	首次进食(d)	首次排便(d)	首次排气(d)	出院时间(d)
对照组	47	1.21±0.24	2.37±0.52	3.83±0.89	8.35±1.37
观察组	48	0.44±0.09	1.71±0.65	2.46±1.02	5.81±1.42
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者术后 VAS 评分比较

观察组患者术后 6、12、24、72 h 及术后 5 d 的 VAS 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

2.3 两组患者并发症发生率比较

对照组患者发生腹胀 2 例,观察组发生腹胀 2 例、感染 2 例、肠梗阻 1 例、低钠血症 2 例,观察组总并发症发生率为 4.17%(2/48),低于对照组的 14.89%(7/47),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 两组患者术后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h	术后 72 h	术后 5 d
对照组	47	5.34±0.71	5.08±0.62	4.56±0.28	3.85±0.31	2.74±0.19
观察组	48	4.17±0.59	3.94±0.36	3.57±0.29	3.05±0.24	2.11±0.17
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组患者护理满意率比较

在观察组患者总满意率为 97.92%,高于对照组的 51.06%,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组患者满意率比较 [*n*(%)]

组别	<i>n</i>	非常满意	满意	不满意	总体满意度
对照组	47	14(29.79)	10(21.28)	23(48.94)	24(51.06)
观察组	48	38(79.17)	9(18.75)	1(2.08)	47(97.92)

3 讨论

卵巢癌是女性常见生殖系统恶性肿瘤,临床上的最佳治疗方式为手术治疗,但由于根治术难度较大,对患者身体正常机能的影响也大,因此,手术的预后效果不好。并且在临床上,手术前后通常会进行放化疗,由此所造成的患者情绪及身体的不适也会影响其生活质量与术后恢复情况。因此,在手术联合放化疗治疗的同时,还应该对其进行个体化、针对性的护理。以往的研究结果显示,手术创伤会损伤患者的免疫系统功能,从而导致多种术后并发症的发生^[11-12]。因此,在 ERAS 护理模式中,主要从术前的充分准备,术中的合理麻醉及保温,术后的及时干预 3 个方面进行工作,以减少患者各种应激反应及免疫损伤,减少患者术后并发症的发生,加快患者在术后的康复速度。

在本研究中,采用 ERAS 护理模式的患者术前未

进行肠道准备。既往研究表明,如无必要,可不进行术前机械性肠道准备,因为非必要性的肠道准备不仅会导致肠道正常菌群失调,还容易导致由于胃肠内容物丢失而引起的低钠血症^[13]。在 SLIM 等^[14]研究显示,非必要性的肠道准备还会增加全身麻醉时血压骤降导致的低血压风险及术后肠梗阻的发生概率。

在本研究中采用 ERAS 护理模式的患者在术中的麻醉方式采取了联合麻醉,从而能够减轻全身麻醉导致的一系列术后不良反应,包括肠麻痹、呼吸功能抑制、循环功能紊乱等。而硬膜外麻醉能够促进早日排便,区域局部麻醉能够增强镇痛效果。根据患者情况对不同的麻醉方式的合理组合能够为患者带来良好的效果。

此外,本研究中采用 ERAS 护理模式的患者在术中严格维持体温,能够避免患者在手术进行时因低体温导致的骨骼肌战栗和外周血管收缩,同时能够减轻心血管系统对氧气的消耗,从而保证术后伤口的及早愈合,免于感染,缩短患者的康复时间和住院时间。由于引流管的存在会引起患者疼痛和活动不便,延长患者的卧床时间,不利于康复,本研究中对采用 ERAS 护理模式的患者尽量减少引流管的使用。在本研究中采用 ERAS 护理模式的患者在可能的情况下,大大提前了术后下床活动的时间,从而有效地避免下肢深静脉血栓形成的发生,同时降低术后尿潴留

的发生率,加快术后恢复^[15]。另外,根据患者个体情况制订术后饮食策略,遵循少食多餐、逐步增量的原则,并提前禁食时间,以此减少术后胃肠道并发症的发生^[16]。

综上所述,ERAS 护理模式在卵巢癌患者术后早期康复中有着明显的优势,在加快康复速度,减少术后并发症方面发挥着积极作用。

参考文献

- [1] 魏丽惠. 妇科恶性肿瘤诊治发展现状和策略[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 30(1): 1-2.
- [2] YE Q, CHEN H L. Bevacizumab in the treatment of ovarian cancer: a meta-analysis from four phase III randomized controlled trials[J]. Arch Gynecol Obstet, 2013, 288(3): 655-666.
- [3] MØLLER C, KEHLET H, FRILAND S G, et al. Fast track hysterectomy[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2001, 98(1): 18-22.
- [4] LAU C S M, CHAMBERLAIN R S. Enhanced recovery after surgery programs improve patient outcomes and recovery: a meta-analysis[J]. World J Surg, 2017, 41(4): 899-913.
- [5] NANAVATI A J, PRABHAKAR S. Fast-track surgery: toward comprehensive peri-operative care[J]. Anesth Essays Res, 2014, 8(2): 127-133.
- [6] WIJK L, FRANZEN K, LJUNGQVIST O, et al. Implementing a structured Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol reduces length of stay after abdominal hysterectomy[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2014, 93(8): 749-756.
- [7] 杨琛, 王秀华, 谷灿, 等. 老年人健康综合评估量

(上接第 2333 页)

- 麻醉方法对食管癌手术患者免疫及认知功能的影响[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(17): 3363-3366, 3350.
- [15] 范学明, 章放香, 黄玲, 等. TEAS 联合全麻与硬膜外阻滞联合全麻对腹腔镜结直肠癌根治术患者术后恢复影响的比较[J]. 中华麻醉学杂志, 2018, 38(9): 1053-1057.
 - [16] 朱爱萍. BIS 监测下硬膜外阻滞复合全麻对老年患者麻醉药用量及麻醉苏醒的影响[J]. 2015, 35(11): 13-14.
 - [17] 张璐瑶, 杨现会, 张加强, 等. 右美托咪定与多沙普伦预防全身麻醉下食管癌根治术后寒战反应

表研究现状及进展[J]. 中国全科医学, 2016, 19(9): 991-996.

- [8] 江志伟, 黎介寿. 加速康复外科的现状与展望[J]. 浙江医学, 2016, 38(1): 9-10, 25.
- [9] 宗行万之助. 疼痛的估价——用特殊的视觉模拟评分法作参考(VAS)[J]. 实用疼痛学杂志, 1994(4): 153.
- [10] 唐梦席. 护理干预对妇产科不良事件发生率及护理满意度的影响[J]. 按摩与康复医学, 2017, 8(9): 48-49.
- [11] 夏莹, 胡露红, 陈苏. 多学科结合模式下的快速康复理念在乳腺癌患者围手术期中的应用[J]. 当代护士(中旬刊), 2016(4): 66-68.
- [12] 吴胜. 优质护理服务对肿瘤化疗患者护理质量的影响[J]. 医药卫生(全文版), 2017(2): 113.
- [13] 何干, 陈凯, 刘洋, 等. 结直肠择期手术前机械性肠道准备必要性的 Meta 分析[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(8): 1959-1962.
- [14] SLIM K, VICAUT E, PANIS Y, et al. Meta-analysis of randomized clinical trials of colorectal surgery with or without mechanical bowel preparation[J]. Br J Surg, 2010, 91(9): 1125-1130.
- [15] DING J, SUN B, SONG P, et al. The application of enhanced recovery after surgery (ERAS)/fast-track surgery in gastrectomy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. Oncotarget, 2017, 8(43): 75699-75711.
- [16] RAO J H, ZHANG F, LU H, et al. Effects of multimodal fast-track surgery on liver transplantation outcomes[J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2017, 16(4): 364-369.

(收稿日期: 2020-02-18 修回日期: 2020-05-16)

效果[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2015, 29(3): 305-307.

- [18] 胡文滕, 蔡谦谦, 蔺瑞江, 等. 侧俯卧位胸腔镜食管癌根治术 31 例临床分析[J]. 现代肿瘤医学, 2016, 24(5): 734-736.
- [19] XU Q, ZHANG H, ZHU Y M, et al. Effects of combined general/epidural anesthesia on hemodynamics, respiratory function, and stress hormone levels in patients with ovarian neoplasm undergoing laparoscopy[J]. Med Sci Monit, 2016, 22: 4238-4246.

(收稿日期: 2020-02-22 修回日期: 2020-05-06)