

· 护理园地 ·

189 例顽固性便秘患者在加速康复外科理念下行金陵术的护理

曹媛媛, 刘伟娇, 杨 洋

[摘要] **目的** 总结 189 例顽固性便秘患者在加速康复外科(ERAS)理念下行金陵术的护理。**方法** 术前对患者进行门诊预康复,加强患者的心理疏导和药物指导。术中充分止痛及保温。术后准确的疼痛评分及干预;加强肛门周围皮肤的护理;为了提高患者的舒适度,每晚进行温水泡脚;鼓励患者早期下床活动;导管的护理;饮食指导。**结果** 本组 189 例痊愈出院,其中有 56 例营养风险评估结果判断 ≥ 3 分为高度营养风险,给予制定营养支持计划(39 例肠内营养和 17 例肠外营养),以保证人体所需的营养。术后 24 个月随访 92.7%,患者排便满意率 94.1%,术后出现肠梗阻 11 例,其中 4 例肠梗阻需手术治疗,其他患者均经保守治疗治愈,未出现手术相关性死亡病例。**结论** 顽固性便秘患者在 ERAS 理念下行金陵术的护理,可行、安全、有效,并可促进患者肠道功能恢复、缩短住院时间,提高医疗资源使用率。

[关键词] 金陵术;顽固性功能便秘;促进术后康复理念

[中图分类号] R256.35 **[文献标志码]** B **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2016.06.025

随着现代社会生活节奏的加快和饮食结构的改变,不良生活方式已成为顽固性功能便秘的重要病因之一。顽固性功能便秘患者经正规的内科治疗疗效欠佳者可行外科手术。我科于 2000 年针对顽固性功能便秘创新设计新术式—金陵术(结肠次全切除联合升结肠-直肠侧侧吻合),该术式具有良好的安全性及有效性^[1]。加速康复外科理念是循征医学的围术期优化措施,减少手术患者生理和心理的创伤应激以达到患者快速康复的目的^[2-3]。我科自 2014 年起,顽固性便秘患者在加速康复外科理念下行金陵术的护理报告如下。

1 对 象

我科 2014 年 3 月-2015 年 1 月 189 例顽固性便秘患者进行金陵术治疗,男 42 例,女 147 例,年龄 19~78 岁,平均 43.2 岁。患者便秘病程 4~21 年,平均 13.6 年,术前均排除器质性病变及心理疾病。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 门诊预康复 预康复的理念是近年在加速

康复外科理念的指导下产生,旨在通过术前的心肺功能的锻炼、营养状况的改善及心理调节,从而提高对手术应激的耐受性,促使患者恢复。术前预康复包括两部分,呼吸功能锻炼和饮食指导。呼吸功能锻炼具体方法,我们简称为三部曲:①缩唇呼吸练习:调整呼吸,用鼻吸气,并将嘴唇缩成鱼嘴状或吹笛状,使气体通过缩窄的口型缓缓呼出,吸气与呼气之比为 1:2;②腹式呼吸练习:指导患者放松,双手轻按腹部,吸气时腹部放松,使腹部逐渐膨出,同时将口闭拢,让空气自鼻逐渐吸入,稍憋气后慢呼气。呼气时腹肌收缩,腹部逐渐下陷,使气体逐渐经口缓慢呼出;③人工呼吸阻力训练:让患者借助深呼吸训练器,尽力缓慢持续吸气,以将不同个数小球吸起为判断标准。以上三个步骤均 3 次/d,每次 10 min。术前营养不良、术前禁食时间过长,易导致肠黏膜萎缩,肠黏膜屏障功能受损,增加肠道细菌易位的发生率和肠源性感染的机会。术前良好的营养状态有改善患者术后并发症的发生、降低感染率的作用,能促进患者的康复。建议患者术前吃高蛋白、高热量、高维生素类的饮食,禁忌吃辛辣食物、浓茶咖啡类、油腻食物。

2.1.2 心理干预 本组病例入院后均有数年至数十年受顽固性便秘的折磨的病史,得知我院创新设计新术式—金陵术,能有效治疗该病时,患者都充满了期待,入院后均明显地表现出积极寻求相关信息的行为,如找同种病友询问,找医生、护士要相关资料。为满足他们的心理需求,入院护理评估时,护士就把准确的信息告诉患者,肯定金陵术式是安全、有效的。但术后机体会有一些反应。告知患者因为疾病切除

基金项目: 江苏省临床医学科技专项基金(BL2012006)

作者单位: 210002 江苏南京,南京军区南京总医院全军普通外科研究所

通讯作者: 杨 洋, E-mail:xxf101815@163.com

引用格式: 曹媛媛,刘伟娇,杨 洋.189 例顽固性便秘患者在加速康复外科理念下行金陵术的护理[J].东南国防医药,2016,18(6):650-651,665.

了大部分结肠,肠道吸收水分减少,结肠、直肠吻合口炎症反应及水肿导致直肠刺激症状,患者在 3 个月内会出现不同程度的腹泻。但是,这种症状通过治疗与护理可以改善。①通过提肛运动,来控制排便次数;②根据排便次数,服用少量止泻剂方法来控制改善症状。并告知术后腹泻是肛周刺激性皮炎发生的可能性,使其术后心理上重视刺激性皮炎的预防。鼓励他们在病友间交流,调整好他们对手术的心理期盼,帮助患者积极应对术后的反应。

2.1.3 药物指导 长期服用华法林、阿司匹林等抗凝药物的患者,需停药 1~2 周后方能进行手术治疗。术前 2 周给予患者谷氨酰胺粉(益肠素)10 g 3/d,普卢卡必利(力洛)2 mg/d,肠内营养支持,安素 1/2 罐/d。术前 22:00 口服碳水化合物 800 mL 手术晨 06:00 口服碳水化合物 400 mL,以减少患者饥饿、口渴、焦虑,缩短患者住院时间以及减少术后胰岛素抵抗。

2.2 术中护理 充分止痛及保温 术中给予充分止痛,向患者讲解静脉自控镇痛(PCIA)泵正确操作方法、步骤及 PCIA 的优点它可以根据自身疼痛的程度而自控给药,方便并可迅速镇痛,减轻患者术后带来的疼痛。避免术中低体温可以减少对神经内分泌代谢、凝血机制的影响^[4]。术中还需给予患者充分保温,使用加温的腹腔冲洗液、保温毯、肩颈部的保温带等。

2.3 术后护理

2.3.1 准确的疼痛评估及干预 评估疼痛准确与否的关键在于医患之间的交流,引导患者准确表达并充分相信患者的主诉^[5]。患者安返病房,责任护士根据自制的疼痛评分表,要对患者的疼痛进行评估,内容包括疼痛评分方法、疼痛评分日期、时间、部位、疼痛分值、持续时间、处理措施、睡眠影响情况、不良反应等内容。良好的护患关系可以使患者主动告知医护人员他们疼痛的真实感受,这样护理人员才能更好地评估患者疼痛强度,作为进一步疼痛控制的基础^[6]。护士每天与患者接触时间较长,往往最先发现患者疼痛的各种不适症状。手术后通过语言沟通给予患者疼痛评分,术后第 1 天或疼痛评分 ≥ 7 分,每 4 h 评估一次至少 24 h;术后第 2 天或疼痛评分 ≥ 4 分,每 8 h 评估一次至少 24 h;术后第 3 天或疼痛评分 ≤ 3 分,每日评估一次,至患者出院。对于疼痛评分 < 3 分时采用护理权限内的措施如物理止痛法包括听音乐、休息等,对于疼痛评估 ≥ 3 分者由护士进行全面评估,评估患者的各项生命体征、面容、疼痛的部位、性质、体态、程度、

导管是否通畅、体位等,在护理过程中我们要将疼痛评估报告医生,对疼痛的处理要及时。遵照医嘱给予非甾体类消炎药,尽量避免使用阿片类止痛药,以免影响胃肠功能的恢复^[7]。处理后评估 1 次(静脉后 15 min,肌肉注射后 30 min,口服药后 1 h),患者的疼痛评分 ≤ 3 分,24 h 疼痛频率 ≤ 3 次,24 h 内需要止痛解救药物 ≤ 3 次,符合 333 原则判断疼痛干预有效,护士应及时准确判断疼痛异常,并报告医生及时处理。

2.3.2 肛周皮肤的护理 嘱患者每次排便后用吸水性好的纸巾点式擦净;用柔软的毛巾、温开水(39~40℃)轻柔的清洁肛周皮肤并抹干,不擦洗;再用热毛巾热敷 5 min 促进肛周皮肤血液循环(也可用电吹风将肛周皮肤吹干,用电吹风中档热风吹肛周皮肤 5 min)保持肛周皮肤清洁干燥;穿着清洁、柔软、透气性好的内裤。护士在进行基础护理操作时(包括翻身、更换床单、取放便盆等),动作要轻柔,严禁拖、塞、拉、拽等动作,以免引起皮肤破损。

2.3.3 温水泡脚 为了提高患者的舒适度,增加患者的睡眠,促进肠蠕动,每晚进行温水泡脚,给患者温水泡脚时要根据患者的病情采取卧位或坐位,由护理员每天晚上给予患者温水泡脚,水温 39~40℃(以患者舒适为宜);泡脚时间为 20~30 min;水位应没过双脚踝;泡后用软毛巾吸干,尤其是脚趾缝处。

2.3.4 饮食指导 根据加速康复外科理念术后早期咀嚼口香糖(患者清醒)促进胃肠蠕动^[8],本组有 177 例患者肛门排气肠蠕动恢复后,饮水无不舒适主诉,第 1 天 30 mL/次,5 次/d,逐步过渡到进食少量流质如米汤、面汤等,进食量 30 mL/次,5~8 次/d,以耐受良好为标准,逐步过渡少食多餐,以清淡易消化食物为主。腹泻时肠蠕动活跃或处于痉挛状态,其消化吸收功能不好,所以、患者可吃流质食物,如米汤、鸡蛋面糊、细挂面等。需要注意的是,此时不宜喝牛奶,忌食高脂肪的油煎、炸及刺激性强的饮料等。本组有 12 例患者早期进食会后出现恶心、腹胀、呕吐,可能与术前长期服用刺激性泻剂有关,胃动力恢复较慢,此时我们给予暂停进食,待胃动力恢复正常后再进食。本组 56 例营养风险评估结果判断 ≥ 3 分为高度营养风险,我们给予制定营养支持计划,遵照医嘱 39 例给予肠内营养支持和 17 例肠外营养支持治疗,以保证人体所需的营养。

2.3.5 导管护理 不常规放置导管,早期拔除导管,其目的减少患者的不适、减少术后的疼痛、减少

(下转第 665 页)

【参考文献】

- [1] 石玉岚,洪文君.我院静脉药物调配中心的构建和应用[J].武警医学,2013,24(11):1005-1006.
- [2] 中华人民共和国卫生部.静脉用药调配中心质量管理规范[M].北京:人民卫生出版社,2010:13-30.
- [3] 刘新春,米文杰,王锦宏.静脉用药调配中心(室)教程[M].上海:复旦大学出版社,2014:285.
- [4] 刘平.静脉用药调配中心护士工作压力分析与对策[J].医学信息,2013,26(3):305.
- [5] 蔡朝红,孙燕,孙豪.医院高危药品现代管理模式探讨[J].东南国防医药,2013,15(6):651-652.
- [6] 许艳.细胞毒性药物集中配置安全防护措施及工作体会

[J].临床合理用药杂志,2014,7(1B):152-153.

- [7] 黄美笑,赵慧敏,杨艳青.化疗药物配置安全体会[J].包头医学院学报,2015,31(8):126-128.
- [8] 张爱琴,李琳琳,刘云.国内外护理安全管理的研究进展[J].医学研究生学报,2012,25(6):664-665.
- [9] 刘艳秋,任小明.静脉药物配置中心细胞毒药物的职业防护[J].中国医药科学,2013,1(2):168-169.
- [10] 惠云芳,张亚婷,姜媛媛,等.静脉药物配置中心护士细胞毒性药物职业防护情况的调查[J].中国实用护理杂志,2013,29(30):46-47.

(收稿日期:2016-07-25;修回日期:2016-10-15)

(本文编辑:刘玉巧)

(上接第 651 页)

术后并发症的发生率。金陵术后的患者术中放置双套管,双套管的护理应做到“十要点”正确固定;保持负压;观察颜色、性状;听吸引声;调节滴速;体位引流;保护皮肤;告知家属;防止打折;防止堵塞并用腹带保护。下床时先关闭进水管,吸水管干洗 5~10 min,避免活动时腹腔引流水外渗。导尿管第一个 24 小时拔出,高举平台妥善固定,会阴护理 2 次/d,标识黏贴准确。根据导管滑脱评分,床边放置警示标识,班班交接。

2.3.6 功能锻炼 呼吸功能锻炼,①缩唇式呼吸训练;②腹式呼吸训练;③人工呼吸阻力训练。床头悬挂宣传彩页,可对照具体步骤进行锻炼,同时对所有进入此病房的主任、医生、护士、护理员都起到提示作用,人人都是督导者。鼓励患者早期下床活动,在床上指导患者抬臀运动、踝泵运动,50 下/次,2~3 次/d,以不感到疲劳为宜,采取循序渐进锻炼方式。ERAS 强调术后早期下床活动,单这一措施就减少了因下肢静脉血栓导致的肺栓塞死亡的风险约 30%^[9]协助患者下床活动时要先完成 3 个 30 s (坐 30 s、起 30 s、站 30 s),避免发生体位性低血压。护士督导患者练习提肛运动,锻炼控排便能力,3 次/d,30 个/d,以不感觉疲劳为宜,功能锻炼促进胃肠功能恢复、以及机体合成代谢,大大减少了下肢

静脉血栓形成,加快患者术后康复。本组无一例下肢静脉血栓的形成,术后 1~3 d 肠道均排气。

【参考文献】

- [1] 姜军,冯啸波,丁威威.金陵术治疗混合型顽固性便秘的疗效与长期随访结果[J].中华胃肠外科杂志,2011,12(14):925-927.
- [2] 黎介寿,江志伟.加速康复外科的临床意义不仅仅是缩短住院日[J].中华消化外科杂志,2015,14(1):22-24.
- [3] 张敏,苏义,刘玉秀,等.试论加速康复外科与医疗质量建设[J].医学研究生学报,2016,29(3):302-304.
- [4] 中华医学会肠内肠外营养学分会.加速康复外科协作组结直肠手术应用加速康复外科中国专家共识(2015 版)[J].中华实用外科杂志,2015,35(8):841-843.
- [5] 张秋实.西安市三甲医院低年资护士疼痛认知调查与疼痛管理培训的效果评价[D].西安:第四军医大学,2013.
- [6] 朱金凤.术后患者疼痛护理的研究进展[J].中国当代医药,2015,10(22):21-23.
- [7] 曹媛媛,杨洋,刘伟娇,等.加速康复外科护理对胃癌术后早期离床活动的影响[J].东南国防医药,2015,17(4):432-433.
- [8] 周飞燕,许勤,陈丽,等.胃肠术后早期咀嚼口香糖促进胃肠道功能恢复效果的系统评价[J].中华护理杂志,2012,9(48):843-845.
- [9] 江志伟,黎介寿.规范化开展加速康复外科几个关键问题[J].中国实用外科杂志,2016,36(1):44-46.

(收稿日期:2016-04-24;修回日期:2016-10-07)

(本文编辑:黄攸生)