

· 康复护理 ·

## 快速康复外科应用于乳腺癌改良根治术围术期护理的效果观察

吴仿琴<sup>1</sup>

### 摘要

**目的:** 探讨快速康复外科(fast-track surgery, FTS)应用于乳腺癌改良根治术患者围术期护理的临床价值。

**方法:** 2016年1月—2017年2月选取来我院行乳腺癌改良根治术的100例患者为研究对象。根据入院先后顺序将其分成观察组和对照组各50例,对照组采取常规围术期护理;观察组在常规护理的基础上增加多学科结合模式下快速康复外科干预。对比两组患者在术中情况和术后并发症方面的差异。

**结果:** 观察组术中输血量、麻醉清醒时间、术后下床活动时间、平均住院天数均低于对照组,两组相比差异有显著性意义( $P < 0.05$ );观察组在术后焦虑、抑郁和24h舒适度和护理满意度调查结果优于对照组( $P < 0.05$ );同时术后患肢水肿、肺部感染、尿潴留和肠梗阻等发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。

**结论:** 快速康复外科应用于乳腺癌改良根治术围术期护理中可有效促进患者康复,缩短住院时间,降低术后并发症,提高患者舒适度,改善患者心理及生理应激反应,在临床具有推广价值。

**关键词** 快速康复外科;乳腺癌改良根治术;围术期护理

**中图分类号:** R737.9, R493 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2019)-03-0342-04

快速康复外科(fast-track surgery, FTS)是指在术前、术中及术后应用各种已经证实有效的方法以减少手术应激及并发症,加快患者术后康复<sup>[1]</sup>。近年来乳腺癌在我国的发病率呈逐年上升趋势,死亡率为9.63/10万<sup>[2]</sup>,作为一种全身性疾病,主要采取以手术为主的综合治疗<sup>[3]</sup>,有资料显示在手术室融入适当的护理干预能有效提高手术成功率,对促进患者术后康复起着至关重要的作用<sup>[4]</sup>。然而快速康复外科虽被证实应用于多种胃肠外科的围术期安全有效,但应用于乳腺癌改良根治术的围术期护理相对较少。因此,本试验通过对乳腺癌改良根治术患者采用传统护理模式与运用快速康复外科进行比较,评价乳腺癌改良根治术围术期护理中融入快速康复外科的应用价值。

### 1 对象与方法

#### 1.1 对象

**纳入标准:** ①已婚妇女,年龄25—70岁,初次发病未转移者;②同意行乳腺癌改良根治术,术前未进行放疗、化疗或其他抗肿瘤治疗者;③经临床病理科确诊;④肿瘤TNM临床分期:T2N0M0(IIa期)—T2N1M0(IIb期),肿块直径2—5cm,伴腋下前哨淋巴结转移;⑤取得患者及家属配合,并签署同意书。

**排除标准:** ①预计术后1年有复发或死亡者;②有其他

严重并发症;③拒绝完成抑郁自评量表、焦虑自评量表和术后24h舒适度调查者。2016年1月—2017年2月选取来我院手术的100例乳腺癌改良根治术患者为研究对象,按入院先后顺序将100例研究对象分成观察组和对照组各50例,比较两组患者在年龄,肿瘤TNM分期,病程和肿瘤直径等方面有无差异,比较结果差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。见表1。两组手术均由同一手术组医生完成。

表1 两组患者一般资料比较

| 组别  | 例数 | 年龄<br>(岁) | TNM分期(例) |         | 病程<br>(月) | 肿瘤直径<br>(cm) |
|-----|----|-----------|----------|---------|-----------|--------------|
|     |    |           | T2N0M0期  | T2N1M0期 |           |              |
| 观察组 | 50 | 47.5±9.4  | 25       | 25      | 16.2±2.3  | 3.3±0.3      |
| 对照组 | 50 | 46.5±9.1  | 24       | 26      | 16.1±2.5  | 3.4±0.2      |

#### 1.2 护理方法

**对照组:** 常规围术期护理:简单术前访视和流程介绍;术前禁食12h;术前留置导尿;麻醉行气管插管全麻;术中常规补液1500—2000ml,未严格控制液体输入;术中未严密监测体温;术后常规阿片类药物镇痛;术后2—3天下床活动后指导患者进行功能锻炼;术后5—7天拔除引流管。

**观察组:** ①针对患者年龄、心理特点制定个性化宣教计划和手术方案。②术中不常规留置导尿,根据手术情况决定是否留置导尿,减少有创操作带来的泌尿系统感染;同时鼓

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2019.03.020

1 湖州市妇幼保健院,浙江湖州,313000

作者简介:吴仿琴,女,主管护师;收稿日期:2018-02-01

励患者在临近麻醉前自行排尿1次,避免术中膀胱充盈。③纱布称重法计算术中出血量,根据失血量控制输液量,患者禁食时间短,手术时间少,对液体量要求不高,一般控制在1000ml以内即可满足术中补液需求,出现低血压首选血管收缩剂,避免大量液体短期内输入造成的膀胱过度充盈。有证据表明,术中过量液体输入特别是盐溶液,将延迟胃肠功能恢复,增加肠麻痹时间,增加术后并发症和住院时间<sup>[5]</sup>。④重视术中保温:研究报道50%—70%患者在术中发生轻度低体温<sup>[6]</sup>,患者就有发生低体温的风险,可引起血小板功能障碍,降低心输出量,导致心肌缺血和心律失常,不及时处理可抑制免疫功能,增加感染风险<sup>[7]</sup>。①术中常规使用耳温枪检测体温1次/h,保证中心体温 $\geq 36^{\circ}\text{C}$ ;②在进行皮肤消毒和铺无菌巾时,适当提高手术室温度在22—25 $^{\circ}\text{C}$ 之间;③所有术中冲洗液与输入的液体预先在恒温箱加温至37 $^{\circ}\text{C}$ 再使用;④麻醉恢复期采用充气式加温仪进行保暖,防止麻醉清醒过程中低体温发生,延长脱管时间。⑤优化麻醉疼痛管理:选择对患者咽喉刺激更小的喉罩全麻,术后镇痛采用局部麻醉联合静脉镇痛的持续硬膜外镇痛,尽量减少阿片类药物使用,减少术后肠麻痹和肠功能紊乱。⑥优化术中配合流程:加强与工人、病理科、手术医生密切协作,开展以“减少乳腺癌患者术中快速病理结果等待时间”为主题的护理“品管圈”活动,缩短快速结果等待时间,从而缩短手术时间<sup>[8]</sup>。⑦早期营养:术前禁食6—8h,术后6h进食,术后早期口服营养摄入可促进胃肠功能恢复,减少肺功能损害,增加活动能力和心血管功能。⑧早期下床活动:患者麻醉清醒开始即可帮助患者进行床上被动锻炼,手术次日进行床上主动活动,术后2天鼓励下床活动维护术后肌肉功能,预防下肢静脉血栓。⑨呼吸系统管理:术前指导腹式呼吸、有效咳嗽,术后1天指导患者勤翻身、拍背,有意识多做深呼吸减少肺部并发症。⑩术后3—5天拔除引流管。⑪增加访视次数,积极倾听患者主诉,征询患者对手术室护理工作的意见和建议。

### 1.3 评价工具与方法

收集两组患者术前血液动力学、术中手术时间、出血量、输液量、麻醉清醒时间,术后下床活动时间、住院时间、术后24h舒适度<sup>[9]</sup>、术前后患者抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)、焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)<sup>[10-11]</sup>评分、护理满意度及并发症发生情况进行分析比较。麻醉清醒时间是指从手术结束到患者麻醉完全清

醒离开恢复室所需要的时间。下床活动标准:尝试在护理人员指导下在病房走动、甚至上厕所等。出院标准:口服止痛药控制疼痛良好,引流管拔除后伤口愈合良好,能进食固体饮食无需静脉补液,可自由活动。术后24h舒适度根据改良的VAS疼痛评分法进行评分,总分0—10分,0分为舒适,10分为极度不适。SDS、SAS均采用四级评分法判定症状出现的频数,评价指标:1:没有或极少;2:有时有;3:大部分时间有;4:绝大部分或全部时间有。护理满意度由手术室自行设计的根据患者对护理满意程度打分进行评价, $\geq 85$ 分满意、70分—85分比较满意, $\leq 70$ 分不满意,各选项所得分值相加,总分0—100分,总分越高,满意度越高。

诊断标准:①皮下积液:术后切口换药时探及皮下腋下有波动感,用细针穿刺可抽出淡黄色或淡血性液体即可判定;②患肢水肿:术前术后分别测量患肢及健侧肢体的臂围长度,并进行对比;③肺部感染:患者术后伴咳嗽咳痰、发热,血象升高,并结合肺部CT可明确是否伴肺部感染;④尿滞留:下腹部可触及充满尿液的膀胱,但患者不能正常排出或排净尿液;⑤肠麻痹:术后24—72h内肠蠕动未恢复,肛门排气未恢复。

### 1.4 统计学分析

采用SPSS 20.0对数据进行统计学分析,计量资料用平均值 $\pm$ 标准差表示,采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验。本研究中抑郁自评量表评分、焦虑自评量表评分均符合正态分布,采用 $t$ 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

## 2 结果

### 2.1 两组患者术前比较

两组患者进入手术室前,患者心率、中心动脉压(MAP)、呼吸、术前抑郁量表和焦虑量表评分的比较,两组患者在心率、中心动脉压(MAP)、呼吸、术前抑郁量表(SDS)和焦虑量表(SAS)评分方面均无显著性差异( $P > 0.05$ )。见表2。

### 2.2 两组术中情况比较

两组患者手术时间、术中出血量、补液量、麻醉清醒时间的比较,观察组在快速康复外科干预后,其术中补液量、麻醉清醒时间明显低于对照组,差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。见表3。

### 2.3 两组术后愈合情况比较

比较两组患者在术后下床活动时间、平均住院时间、术

表2 两组患者术前一般情况比较

( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别    | 例数 | 心率(次/分)         | MAP(cmH <sub>2</sub> O) | 呼吸(次/分)        | SDS评分(分)       | SAS评分(分)       |
|-------|----|-----------------|-------------------------|----------------|----------------|----------------|
| 观察组   | 50 | 76.8 $\pm$ 12.3 | 88.3 $\pm$ 9.6          | 21.3 $\pm$ 3.3 | 52.6 $\pm$ 4.8 | 53.5 $\pm$ 3.9 |
| 对照组   | 50 | 74.2 $\pm$ 9.7  | 85.6 $\pm$ 9.3          | 20.6 $\pm$ 3.4 | 53.9 $\pm$ 4.6 | 54.3 $\pm$ 3.4 |
| $t$ 值 |    | 1.17            | 1.43                    | 1.04           | 1.38           | 1.09           |
| $P$ 值 |    | $>0.05$         | $>0.05$                 | $>0.05$        | $>0.05$        | $>0.05$        |

后24h舒适度、SDS评分和SAS评分的差异。观察组在快速康复外科干预后,各方面均优于对照组,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。见表4。

2.4 两组术后并发症发生率比较

对比两组患者在术后并发症方面的差异,结果显示观察组在快速康复外科干预后,患肢水肿、尿潴留、肺部感染、肠麻痹等发生率低于对照组,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。见表5。

| 表3 两组术中情况比较 |    |           |           |              |             | ( $\bar{x}\pm s$ ) |
|-------------|----|-----------|-----------|--------------|-------------|--------------------|
| 组别          | 例数 | 手术时间(min) | 术中出血量(ml) | 术中补液量(ml)    | 麻醉清醒时间(min) |                    |
| 观察组         | 50 | 90.2±11.4 | 56.2±14.5 | 912.8±188.0  | 25.4±3.1    |                    |
| 对照组         | 50 | 91.5±12.7 | 57.0±13.5 | 1425.6±223.3 | 36.6±4.3    |                    |
| $t$ 值       |    | 0.54      | 0.29      | 12.42        | 14.94       |                    |
| $P$ 值       |    | >0.05     | >0.05     | <0.05        | <0.05       |                    |

| 表4 两组术后愈合情况比较 |    |           |           |             |            |            |          | ( $\bar{x}\pm s$ ) |
|---------------|----|-----------|-----------|-------------|------------|------------|----------|--------------------|
| 组别            | 例数 | 下床活动时间(h) | 平均住院时间(d) | 术后24h舒适度(分) | 术后SDS评分(分) | 术后SAS评分(分) | 护理满意度(分) |                    |
| 观察组           | 50 | 14.6±3.2  | 7.9±2.5   | 4.5±1.5     | 40.5±4.6   | 40.9±4.7   | 93.7±2.1 |                    |
| 对照组           | 50 | 18.7±3.4  | 10.7±2.4  | 5.5±1.7     | 45.8±5.7   | 45.7±5.6   | 77.7±3.5 |                    |
| $t$ 值         |    | 6.20      | 5.71      | 3.12        | 5.12       | 4.64       | 15.6     |                    |
| $P$ 值         |    | <0.05     | <0.05     | <0.05       | <0.05      | <0.05      | <0.05    |                    |

| 表5 两组术后并发症情况比较 |    |       |        |        |        |        | [n(%)] |
|----------------|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 组别             | 例数 | 皮下积液  | 患肢水肿   | 尿潴留    | 肺部感染   | 肠麻痹    |        |
| 观察组            | 50 | 1(2%) | 1(2%)  | 1(0%)  | 1(2%)  | 0(2%)  |        |
| 对照组            | 50 | 2(4%) | 8(16%) | 9(12%) | 8(16%) | 6(12%) |        |
| $\chi^2$       |    |       | 4.40   | 7.11   | 4.40   | 4.43   |        |
| $P$ 值          |    | >0.05 | <0.05  | <0.05  | <0.05  | <0.05  |        |

3 讨论

乳腺癌是世界范围内最常见的女性恶性肿瘤之一,伴随着医疗水平的提高,乳腺癌的五年生存率越来越高<sup>[12]</sup>,促使更多学者关注乳腺癌术后如何提高生活质量上。由于乳房在女性形体和性功能中的特殊意义,使患者的情绪问题发生率明显高于其他癌症<sup>[13]</sup>,有研究显示乳腺癌的情绪问题主要集中在自尊、身体影响、焦虑和抑郁<sup>[14]</sup>。快速康复外科在全球多学科领域广泛应用,在国内尚处于不断完善与发展过程中。国内有报道,周凯等已将快速康复外科成功运用到乳腺外科手术中,在其理念指导下的乳腺癌改良根治术可加快患者术后康复,缩短住院时间,降低住院费用<sup>[15-16]</sup>。本次试验表明,快速康复外科组相比传统围术期护理,患者术前对手术有充分的心理生理准备,减少手术应激。同时快速康复外科提倡在不影响手术效果的前提下尽量避免留置导尿,严格控制输液量,尽早拔除引流管等具体措施有效减少感染风险。相比传统护理,快速康复外科更加重视术中保温,通常麻醉期间患者的中心体温比正常值下降1—3℃;术中麻醉剂的应用使患者血管扩张,同时抑制体温调节中枢;术中常温消毒液、冲洗液的大量使用,引起血管收缩,热量丢失,加速皮肤的散热功能;大量常温液体和血液输入,造成血液“冷稀释”作用,为患者采用综合性的加温措施,能有效预防术中低

体温的发生,加速麻醉药物在患者体内的代谢,缩短麻醉清醒时间,减少术后并发症<sup>[17]</sup>。术后疼痛是影响患者术后康复的重要原因,传统阿片类药物常引起痛觉增敏和剂量依赖性,如肺换气不足、尿潴留和肠麻痹,采用持续硬膜外镇痛既可以缓解疼痛,又通过阻滞神经传导降低术后应激反应,减少术后肠麻痹,促进早期进食和活动,加速患者康复<sup>[18]</sup>。乳腺专科护理小组的建立使手术团队之间的配合更加紧密,手术流程更加优化,全方位缩短手术时间。快速康复外科提升了手术室优质护理服务,注重细节,有效预防术中各种并发症的发生。观察组患者下床活动时间、住院时间明显低于对照组,说明快速康复外科有效降低术后应激并发症,促进患者康复,减少住院时间,进而降低住院费用;观察组患者术后抑郁量表和焦虑量表评分不仅低于对照组,也低于术前,说明快速康复外科有效缓解乳腺癌患者整个住院过程中抑郁和焦虑等不良情绪,提高患者术后24h舒适度和护理满意度;观察组患者手术时间、术中出血量、皮下积液的发生率与对照组相比,差异无显著性意义,说明快速康复外科不会增加手术所需时间、术中出血量和皮下积液的风险。观察组围术期中有效的心理干预、增加保温措施、镇痛管理、减少有创操作、术后早期营养和活动等均有效降低术后患肢水肿、尿潴留、肺部感染、肠麻痹等并发症的发生率。手术室作为快速康复外科实施的重要场所之一,手术室护理人员针对乳腺癌患者心理特点和个体差异,在快速康复外科指导下采取有效的护理干预措施,为患者提供整体连续有效的个性化全方位服务,通过术前访视时对患者进行个性化的健康教育和心理疏导,使护士与患者之间达到充分的信任和良好的沟通,降低乳腺癌患者面对手术所产生的焦虑与恐惧,同时减少由

各种因素带来的对机体的应激反应,让患者能够以最佳状态迎接手术<sup>[19]</sup>,确保手术顺利,降低并发症的发生率,促进康复,提高生活质量,早日融入社会。有研究表明高质量的护理成为目前医疗质量的关键<sup>[20]</sup>,传统护理模式简单,无法满足现代社会的需求<sup>[21]</sup>,快速康复外科是新型有效的多学科结合的优质护理模式,以患者为中心,在围术期尤其是手术过程中进行优质护理干预非常有意义。然而快速康复是一项系统工程,涉及各个环节,在规范化管理团队、遵循循证医学证据的基础上不可一概而论,仍需坚持个体化原则,以使患者最大获益。

综上所述,快速康复外科应用于乳腺癌改良根治术中能够有效降低患者术后并发症发生,促进患者术后康复,提高生活质量,值得推广。

### 参考文献

- [1] 徐淑华,孙静.快速康复外科理念在慢性硬膜下血肿患者围手术期中的应用[J].中国实用护理杂志,2015,(36):2772—2774.
- [2] 黄哲宙,陈万青,吴春晓,等.中国女性乳腺癌的发病和死亡现状-全国32个肿瘤登记点2003-2007年资料分析报告[J].肿瘤,2012,32(6):435—439.
- [3] 张梅梅,郑向欣,陆柏林,等.运用快速康复模式对乳腺癌患者术后早期功能锻炼的影响[J].护理实践与研究,2016,13(20):77—78.
- [4] Tsigos C, Chrousos GP. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress[J]. J Psychosom Res, 2002, 53(4):865—871.
- [5] 沈锦芳,章敏.快速康复外科理念应用于胆囊合并胆总管结石患者的围术期护理[J].全科护理,2013,2(11):513—514.
- [6] 钱惠芬.输液加温法预防术中寒战的观察和护理[J].中国社区医师,2012,(23):233.
- [7] 洪华,黄小红,祝妍华,等.综合保温措施对老年腹部手术患者凝血功能的影响[J].中华现代护理杂志,2009,15(13):1209—1211.
- [8] 汤黄梅,许腊梅.乳房再造术II期患者的围术期护理[J].全科护理,2015,(25):2497—2499.
- [9] 侯玉娟,王芳,张梅梅.快速康复理念在乳腺癌手术护理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(2):116—118.
- [10] 邵静涛,方仁桂,王学军,等.术后有氧运动和心理干预对乳腺癌患者术后康复的临床价值[J].中国基层医药,2017,24(5):771—774.
- [11] McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample[J]. Pain, 2004,111(1—2):77—83.
- [12] Ferreira DB, Mattos IE. Trends in mortality due to breast cancer among women in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 1996-2011[J]. Cien Saude Colet, 2015,20(3):895—903.
- [13] Brandão T, Schulz MS, Matos PM. Psychological intervention with couples coping with breast cancer: a systematic review[J]. Psychol Health, 2014,29(5):491—516.
- [14] Lechner SC, Whitehead NE, Vargas S,etal. Does a community-based stress management intervention affect psychological adaptation among underserved black breast cancer survivors[J].Natl Cancer Inst Monogr,2014,24(5):315—322.
- [15] 周凯,张建平.快速康复外科理念在乳腺癌改良根治术中的应用[J].中国医药科学,2012,2(13):151—152.
- [16] Luo WP, Li B, Lin FY, et al. Joint effects of folate intake and one- carbon- metabolizing genetic polymorphisms on breast cancer risk: a case-control study in China[J]. Sci Rep, 2016,6:29555—29560.
- [17] 夏海燕.术中综合保温护理对手术患者术中低体温和术后感染的影响[J].当代护士(中旬刊),2014,(8):123—124.
- [18] 覃小梅.快速康复外科护理在手术室麻醉科中的应用研究进展[J].当代护士(下旬刊),2017,(2):20—22.
- [19] 吴琴梅.优质护理服务在乳腺癌患者手术室护理中的应用体会[J].当代护士(下旬刊),2017,(2):107—109.
- [20] Morris JH, Van Wijck F. Responses of the less affected arm to bilateral upper limb task training in early rehabilitation after stroke: a randomized controlled trial[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2012,93(7):1129—1137.
- [21] 柯丹纯,叶小惠,黄素华.快速康复理念在提高手术室护理质量中的应用效果[J].检验医学与临床,2017,14(5):734—736.