

The Nursing Effects of Fast Tract Surgery Nursing Care on Elderly Patients with Gastric and Duodenal Ulcer for Emergent Subtotal Gastrectomy

Weiwei Liu*, Jian Huang, Haiyan Sun

SICU of Anesthesiology, Changhai Hospital, Shanghai
Email: *107526971@qq.com

Received: Apr. 10th, 2017; accepted: Apr. 24th, 2017; published: Apr. 30th, 2017

Abstract

Object: To observe the nursing effects of fast tract surgery (FTS) nursing care on elderly patients with gastric and duodenal ulcer for emergent subtotal gastrectomy. **Methods:** One hundred and twenty-eight elder patients with gastric and duodenal ulcer for emergent subtotal gastrectomy, who were admitted to our hospital from October 2013 to October 2015, were randomly divided into the control group and the observation group. The control group (60 cases) was treated with routine nursing of emergent subtotal gastrectomy, and the observation group (68 cases) would receive the FTS nursing care. The surgical recovery, clinical complications and mean days of hospitalization were obtained after surgery. **Results:** The bowl sound recovery, the first time of aerofluxus and cacation, lessened weight, intravenous nutrition and mean days of hospitalization in the observation group were significantly decreased compared to the control group (both $P < 0.01$). In addition, there were 11 patients with complications (16.18%) in the observation group and 18 patients (30%) in the control group. The difference was obvious ($P < 0.05$). **Conclusion:** The FTS nursing care can significantly decrease clinical complications and improve rehabilitation after elder patients with gastric and duodenal ulcer were operated on emergent subtotal gastrectomy. Thus it is worthy of clinical application and promotion.

Keywords

Fast Tract Surgery Nursing Care, Gastric and Duodenal Ulcer, Emergent Subtotal Gastrectomy, Elderly

*通讯作者。

加速康复外科护理在老年胃十二指肠溃疡急诊胃大部切除术的护理效果

刘伟伟*, 黄 健, 孙海燕

长海医院麻醉科SICU, 上海

Email: *107526971@qq.com

收稿日期: 2017年4月10日; 录用日期: 2017年4月24日; 发布日期: 2017年4月30日

摘 要

目的: 观察加速康复外科护理在老年胃十二指肠溃疡急诊胃大部切除术的护理效果。方法: 入选2013年10月至2015年10月于我院行胃十二指肠溃疡急诊胃大部切除术的老年患者128例, 随机分为对照组和观察组, 对照组60例患者采用传统的胃大部切除术护理措施, 观察组68例患者采用加速康复外科护理干预。观察比较两组术后恢复情况、并发症发生及平均住院时间。结果: 观察组患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气排便时间、体重下降情况、静脉营养时间及平均住院天数均明显低于对照组(P 均 < 0.01); 观察组术后并发症11例(16.18%), 明显低于对照组18例(30%), 差异具有显著统计学意义($P < 0.05$)。结论: 老年胃十二指肠溃疡急诊胃大部切除后行加速康复外科护理, 明显降低术后并发症, 促进患者恢复, 值得临床应用及推广。

关键词

加速康复外科护理, 胃十二指肠溃疡, 胃大部切除术, 老年

Copyright © 2017 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

胃十二指肠溃疡急性穿孔是消化道溃疡常见的严重并发症, 约占消化道溃疡的 13.3%, 病情严重, 死亡率高, 可达 10%~30% [1] [2]。目前, 胃十二指肠溃疡急性穿孔的外科手术治疗方法包括单纯穿孔修补术及一期胃大部切除术。然而, 研究报道 60 岁以上的老年患者, 穿孔 24 小时内行急诊手术治疗死亡率明显升高[3], 一方面原因是急诊手术不如择期手术可做好充分的术前准备, 应激可能导致体内电解质及酸碱代谢紊乱; 另一方面老年患者器官功能减退, 且常合并糖尿病、心脑血管等其他基础疾病, 增加手术及并发症发生的风险。因此, 采取合理有效的护理措施对老年胃十二指肠溃疡急诊术后的康复具有重要意义。加速康复外科(fast track surgery, FTS)护理理念于 20 世纪 90 年代由丹麦学者 Kettle 率先提出, 是指应用循证医学证据的围手术期处理的一系列优化措施, 尽量降低手术治疗对患者的心理及生理引起的创伤应激, 以促使患者快速康复的理念[4], 其主要目的是尽量降低手术治疗对机体引起的应激反应, 加速患者康复。本研究观察了老年胃十二指肠溃疡患者这一特殊人群行急诊胃大部切除术后, 采用加速

康复外科护理的临床疗效，旨在探讨其临床应用价值。

2. 资料与方法

2.1. 一般临床资料

选择 2013 年 10 月~2015 年 10 月于我院行胃十二指肠溃疡急诊胃大部切除术的老年患者 128 例，入选标准：① 年龄 > 60 岁；② 胃溃疡、十二指肠溃疡穿孔患者。排除标准：① 合并严重心脏疾病、肝肾功能损害、血流动力学不稳定者；② 肿瘤晚期、不能耐受手术者。随机分为观察组与对照组。观察组 68 例，男性 37 例，女性 31 例，年龄 60~79 岁，平均年龄(66.31 ± 10.58)岁；胃溃疡穿孔 43 例，十二指肠溃疡穿孔 25 例；空腹穿孔 11 例，饱餐后穿孔 57 例，穿孔时间 < 6 h 者 30 例，6 h ≤ 穿孔时间 < 12 h 者 21 例，≥12 h 者 17 例；术后病理良性溃疡 64 例，存在恶变者 4 例；对照组 60 例，男性 33 例，女性 27 例，年龄 61~79 岁，平均年龄(65.11 ± 11.06)岁；胃溃疡穿孔 39 例，十二指肠溃疡穿孔 21 例；空腹穿孔 10 例，饱餐后穿孔 50 例，穿孔时间 < 6 h 者 28 例，6 h ≤ 穿孔时间 < 12 h 者 18 例，≥12 h 者 14 例；术后病理良性溃疡 57 例，存在恶变者 3 例。两组年龄、性别、病情及病理类型比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2. 护理方法

对照组采用胃大部切除术常规护理，包括：① 吸氧；② 胃肠减压，予以静脉营养 3~5 天；③ 饮水试验后才可进水进食；④ 纠正贫血及电解质紊乱；⑤ 术后 3 天内不能下床活动，3 天后视情况辅助患者下床活动。

观察组实施 FTS 护理[5][6]干预，具体方法如下：

① 监测生命体征。术后患者入重症监护病房，术后 24 h 严密监测生命体征变化。取平卧位，术后 8~10 h 如病情平稳可改为半卧位，轻声与患者进行短暂交流，减轻其紧张、焦虑情绪。观察有无恶心、呕吐、腹痛等不良症状出现。

② 术后镇痛。充分止痛是保证早期经口进食及下床活动的重要前提[5]，根据患者对疼痛的反应，术后 24h-48h 应用自控镇痛泵持续给药，调整镇痛药物剂量，使患者处于理想的镇痛状态。

③ 保护体温。术后监测体温 3~5 天，每天至少 3 次测体温。低温状态加剧机体应激反应，刺激释放大量儿茶酚胺和肾上腺素类物质，耗氧量增加致机体缺氧加重；此外，低温还可导致凝血功能障碍，引起或加重术后出血[7]。

④ 引流管护理。术后常放置腹腔引流管、留置胃管、导尿管等引流管，对患者术后活动产生明显影响。FTS 护理在术后 24 h 不再使用导尿管，尽早恢复经口进食，缩短胃管置留时间，引流量小于 50 ml/d 即拔除，同时严格执行无菌操作原则，预防医源性感染的发生。

⑤ 康复指导。鼓励患者尽早进食少量流质食物，清醒后指导少量进流食，后逐渐增加食物摄入量。患者术后清醒即可开始床上活动，抬臀运动，每日两次，每次 20~30 次，抬离床面大于 15 cm，以后每天至少床边或下床活动 4~6 h。

2.3. 评价指标

记录患者术后肠鸣音恢复时间、首次排气排便时间、体重下降情况、静脉营养时间；观察并记录术后并发症发生情况，包括：腹痛、腹胀，恶心、呕吐，吻合口出血，吻合口瘘，切口渗液、裂开、感染，十二指肠残端破裂，肺部感染，腹腔脓肿；出院后统计平均住院天数。

2.4. 统计分析

应用 SPSS16.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较用 t 检验, χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组患者术后观察指标情况

两组患者均临床治愈出院, 无死亡病例。比较两组患者各项观察指标, 结果如表 1 所示, 实施加速康复外科护理干预的观察组, 术后肠鸣音恢复时间、首次排气排便时间、体重下降情况、静脉营养时间及平均住院天数均明显低于对照组(P 均 < 0.01)。

3.2. 两组患者术后并发症发生情况

比较两组患者各种并发症发生率(见表 2), 观察组共发生 9 例(13.24%)并发症, 其中腹痛、腹胀 5 例, 恶性、呕吐 1 例, 肺部感染并恶心、呕吐 1 例, 腹痛、腹胀伴恶性、呕吐 1 例, 腹痛、腹胀并吻合口出血、切口渗液 1 例; 对照组共发生 18 例(30%), 其中腹痛、腹胀 6 例, 恶性、呕吐 3 例, 吻合口瘘 2 例, 切口渗液 1 例, 腹痛、腹胀并肺部感染 1 例, 腹痛、腹胀伴恶性、呕吐 3 例, 吻合口出血并切口裂开 1 例, 十二指肠残端破裂伴腹腔感染 1 例。比较两组术后总并发症发生情况, 差异具有明显统计学意义($P < 0.05$)。

Table 1. The comparison of postoperative observation indicators between two groups patients ($\bar{x} \pm s$)

表 1. 两组患者术后观察指标情况比较($\bar{x} \pm s$)

观察指标	观察组(n = 68)	对照组(n = 60)	P 值
肠鸣音恢复时间(d)	1.36 \pm 1.13	2.03 \pm 1.49	0.0034**
首次排气时间(d)	1.65 \pm 1.40	2.43 \pm 1.67	0.0035**
首次排便时间(d)	2.40 \pm 1.25	3.28 \pm 1.55	0.0003**
体重下降(kg)	2.77 \pm 1.92	3.69 \pm 2.09	0.0079**
静脉营养时间(d)	4.94 \pm 2.02	6.25 \pm 2.17	0.0003**
平均住院时间(d)	8.31 \pm 3.77	10.42 \pm 4.56	0.0036**

注: ** $P < 0.01$ 。

Table 2. The comparison of postoperative complications situation between two groups patients (case, %)

表 2. 两组患者术后并发症发生情况比较(例, %)

并发症	观察组(n = 68)	对照组(n = 60)	P 值
腹痛、腹胀	7 (10.00%)	10 (16.67%)	0.310
恶性、呕吐	3 (6.25%)	6 (10.26%)	0.304
吻合口出血、吻合口瘘	1 (1.25%)	3 (5.23%)	0.340
切口渗液、裂开、感染	1 (1.25%)	2 (3.85%)	0.600
十二指肠残端破裂	0 (0.00%)	1 (1.28%)	0.469
肺部感染	1 (1.25%)	1 (1.28%)	0.720
腹腔脓肿	0 (0.00%)	1 (1.28%)	0.469

4. 讨论

胃十二指肠溃疡穿孔是普外科常见的急腹症之一[8], 发病时胃酸及胃内容物可进入腹腔引发混合性感染, 累及血管时导致消化道大出血, 严重时甚至危及患者生命, 因此, 及时、有效、合理的手术治疗对胃十二指肠溃疡穿孔的预后极为重要。胃大部切除术是主要手术方式之一, 切除胃窦及大部分胃体既可直接去除溃疡病灶, 又减少胃酸分泌, 故复发率低而在临床上得到广泛应用[9]。然而, 胃大部切除术较单纯穿孔修补术对机体创伤性大、住院时间长, 尤其是老年人身体健康状况较差, 并且常合并各种慢性疾病, 导致机体抵抗力下降, 对手术耐受性明显降低, 加之急诊手术的术前准备不充分, 不仅增加手术风险而且对预后产生不良影响。因此, 加强术后护理对老年胃十二指肠溃疡急诊胃大部切除术的近期及远期预后有着重要的临床意义。

加速康复外科(fast track surgery, FTS)护理是近年来兴起的一种协同治疗体系, 是指应用循证医学证据的围手术期处理的一系列优化措施, 尽量降低手术治疗对患者的心理及生理引起的创伤应激, 以促使患者快速康复的理念[4] [10]。2002年 Wilmore [11]研究报道称 FTS 可显著减少术后并发症发生, 加快患者康复并降低医疗成本。近年来, FTS 在国内外科手术治疗得到广泛应用, 涉及胃肠道、胆胰等普外科、腮腺等口腔颌面外科及妇产科等各个领域, 尤其在胰腺、胃肠道手术中应用更为普遍。传统观念认为, 肠道准备是消化系统手术术前准备的重要环节, 禁食禁水时间长、清洁灌肠等常导致老年患者出现低血糖、脱水等不良反应。FTS 护理理念提出行胃肠道手术时可缩短禁食水时间, 在胃肠道内容物不影响手术操作时无需进行严格的胃肠道准备[12]。因此, 将 FTS 护理理念应用于手术创伤性较大、并发症发生率较高的老年胃十二指肠溃疡急诊胃肠道手术, 是普外科临床护理工作关注的焦点。

本实验采用前瞻性研究方法, 观察比较急诊胃大部切除术后加速康复外科护理与常规护理的临床效果, 结果显示, 术后肠鸣音恢复时间、首次排气排便时间、体重下降情况、静脉营养时间、术后并发症及平均住院天数均明显降低。基于本研究结果我们分析总结了以下经验, 为 FTS 护理在老年患者急诊胃大部术后的应用提供指导。

首先, 术后心理疏导减轻老年患者紧张、焦虑情绪, 使其树立康复信心, 积极配合治疗; 其次, 老年人多合并糖尿病或糖耐量异常, 长时间禁食水及严格的胃肠道准备, 可能导致低血糖、脱水和营养不良等情况发生。FTS 主张术后尽早进食, 不仅可减少上述不良情况出现, 还能增强机体抵抗力, 避免切口感染、肺部感染等, 促进切口愈合; 再次, 鼓励老年患者尽早进食可利于恢复胃肠蠕动, 维持肠粘膜功能, 防止细菌移位而引发吻合口瘘或腹腔脓肿形成[13]; 尽早下床活动既能促进胃肠蠕动, 又可防止肺部感染及下肢深静脉血栓形成[14]; 第四, 术后充分镇痛是尽早进食、尽早下床活动的前提, FTS 护理应用自控镇痛泵随时调整镇痛药物剂量, 使患者处于理想的镇痛状态, 尽量减轻疼痛, 减少各种应激反应; 最后, 加强对腹腔引流管、胃管、导尿管等引流管的监护, 根据病情恢复情况尽早拔除可有效降低感染发生的概率。

综上所述, 加速康复外科护理在没有增加并发症的前提下, 明显缩短老年胃十二指肠溃疡急诊胃大部切除术后的恢复时间及住院平均天数, 不仅为患者减少医疗费用, 更将有限的医疗资源最大化地利用, 值得临床应用及推广。然而, 本研究仍存在一定局限性, 纳入研究者样本量偏小, 部分观察结果存在不同程度的偏倚分析, 有必要进一步完善大样本、高质量、更为客观的随机对照研究, 为有效促进老年患者急诊胃大部切除术后的康复护理提供更多理论依据。

参考文献 (References)

- [1] Ozaki, T., Yamashita, H., Kaneko, S., *et al.* (2013) Cytomegalovirus Disease of the Upper Gastrointestinal Tract in Patients with Rheumatic Diseases: A Case Series and Literature Review. *Clinical Rheumatology*, **32**, 1683-1690.

<https://doi.org/10.1007/s10067-013-2363-7>

- [2] Kim, M.G., Park, H.K., Park, J.J., *et al.* (2012) The Applicability of Laparoscopic Gastrectomy in the Surgical Treatment of Giant Duodenal Ulcer Perforation. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, **22**, 122-126. <https://doi.org/10.1097/SLE.0b013e31824782bd>
- [3] 李应才, 武志平. 胃十二指肠溃疡穿孔急诊胃大部切除 60 例临床分析[J]. 中国卫生产业, 2012(9): 123.
- [4] Kehlet, H. and Wilmore, D.W. (2002) Multi-Model Strategies to Improve Surgical Outcome. *The American Journal of Surgery*, **183**, 630-641.
- [5] 徐向玲. 胃大部切除术患者加速康复外科护理观察[J]. 基层医学论坛, 2014, 3(18): 358-359.
- [6] Paton, F., Chambers, D., Wilson, P., *et al.* (2014) Effectiveness and Implementation of Enhanced Recovery after Surgery Programmes: A Rapid Evidence Synthesis. *BMJ Open*, **4**, 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005015>
- [7] 张丽丽. 胃大部切除术中加速康复外科护理的应用[J]. 基础医学论坛, 2013, 27(17): 3604-3606.
- [8] 刘丕, 蒋先能, 唐平, 等. 急诊胃十二指肠穿孔 106 例体会[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(9): 94.
- [9] 罗瑞升, 翁秋建, 容杰. 胃大部切除术治疗胃十二指肠溃疡穿孔的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 31(11): 380-381.
- [10] 王靓. 加速康复外科理念在肠道外科手术中的应用进展[J]. 当代护士, 2013(4): 8-9.
- [11] Wilmore, D.W. (2002) From Cuthbertson to Fast-Tracksurgery: 70 Years of Progress in Reducing Stress in Surgical Patients. *The American Surgeon*, **236**, 643-648.
- [12] 李晨. 加速康复外科护理在结肠癌腹腔镜手术中应用分析[J]. 大家健康, 2013, 4(7): 74-75.
- [13] 李明辉, 赵晓智, 郭宏骞. 加速康复外科在后腹腔镜肾癌根治术中的应用[J]. 医学研究生学报, 2012, 21(9): 930.
- [14] 牟正华, 周怡南, 陈松涛, 等. 快速康复外科新理念应用在结直肠癌患者围手术期的临床研究[J]. 吉林医学, 2009, 30(19): 2222.

期刊投稿者将享受如下服务:

1. 投稿前咨询服务 (QQ、微信、邮箱皆可)
2. 为您匹配最合适的期刊
3. 24 小时以内解答您的所有疑问
4. 友好的在线投稿界面
5. 专业的同行评审
6. 知网检索
7. 全网络覆盖式推广您的研究

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱: ns@hanspub.org