

快速康复外科护理对胸腔镜治疗非小细胞肺癌的应用价值

雷春梅, 王效惠, 王雄, 金健

成都大学附属医院, 四川 成都 610081

摘要: **目的** 探讨快速康复外科(FTS)护理对胸腔镜治疗非小细胞肺癌(NSCLC)的应用价值。**方法** 选择2017年1月至2019年12月期间收治的使用胸腔镜治疗的NSCLC患者80例为研究对象,按随机数字表法为对照组、观察组,各40例。对照组施以常规护理,观察组在对照组护理基础上施以FTS护理。观察两组患者围手术期心理状态[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)及临床神经卫生症状自评量表-90(SCL-90)],使用心理复原力量表中的3个维度(坚韧性、自强性、乐观性)评估心理复原力,采用Prince-Henry法评估术后疼痛程度,观察患者术后胸腔闭式引流管放置时间、卧床时间、住院时间及患者对护理的满意度。**结果** 护理后,两组患者SAS评分、SDS评分、SCL-90评分与护理前比较均显著降低($P < 0.05$, $P < 0.01$),坚韧性评分、自强性评分、乐观性评分以及心理复原力总评分与护理前比较均显著升高($P < 0.05$, $P < 0.01$);护理后组间比较,观察组SAS评分、SDS评分以及SCL-90评分与对照组比较均显著降低($P < 0.05$),观察组坚韧性评分、自强性评分、乐观性评分以及心理复原力总评分与对照组比较均显著降低($P < 0.05$)。观察组患者术后1 d、术后2 d、术后3 d Prince-Henry疼痛评分与对照组比较均显著降低($P < 0.05$);观察组患者术后胸腔闭式引流管放置时间、卧床时间以及住院时间与对照组比较均显著降低($P < 0.01$);观察组患者护理总体满意度与对照组比较显著升高($P < 0.05$)。**结论** FTS护理在胸腔镜治疗NSCLC患者应用良好,有助于改善围手术期患者的焦虑/抑郁状态,增强心理复原力,减轻术后疼痛,缩短住院时间,让患者获得更优质的护理体验,改善护理满意度,使医患关系更融洽。

关键词: 快速康复外科; 护理; 胸腔镜; 非小细胞肺癌

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2021)03-0418-04

快速康复外科(fast track surgery, FTS)是指在循证医学依据下,对围手术期患者在治疗、护理等方面运用快速理念进行系统优化改进,用以减少患者的心理、生理创伤,降低术后应激反应、减少并发症,达到加速康复的目的^[1]。如今,FTS理念已经推广到普外科、胸外科、胃肠外科等各种外科手术,此理念在微创腔镜的手术中已取得了较好的效果^[2]。FTS护理最早起源于丹麦的“围手术期护理单元”,是建立在FTS理念基础上对患者的手术减压、镇痛、下床活动、饮食等方面进行系统的护理干预,旨在提高和改善患者围手术期的护理质量,避免常规护理措施中存在的机械性和盲目性,加速患者术后康复^[3]。

非小细胞肺癌(non-small-cell lung cancer, NSCLC)是全球常见的肺部恶性肿瘤,其发病率和死亡率极高,居所有恶性肿瘤之首^[4]。NSCLC放疗、化

疗效果欠理想,早期NSCLC患者主要通过胸腔镜手术切除治疗。本研究探讨FTS护理对胸腔镜治疗NSCLC患者围手术期的影响,旨在为促进患者快速康复、FTS护理的应用提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2017年1月至2019年12月期间收治的NSCLC肺癌患者80例作为研究对象。按随机数字表法将患者随机分为对照组和观察组各40例,对照组施以常规护理,观察组施以FTS护理。两组患者在性别、年龄、肿瘤大小、病理类型、TNM分期、吸烟史比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)确诊为NSCLC;(2)TNM分期为I、II期;(3)癌病灶 < 6 cm;

表1 两组患者一般资料比较 (例)

组别	男	女	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	肿瘤大小(cm, $\bar{x} \pm s$)	病理类型			TNM分期		吸烟史	
					腺癌	鳞癌	其他	I	II	是	否
对照组	29	11	55.48 ± 8.90	3.57 ± 0.98	23	16	1	25	15	23	17
观察组	27	13	54.83 ± 8.22	3.44 ± 0.84	25	13	2	29	11	22	18
χ^2/t 值	0.238		0.339	0.659	0.727			0.912		0.051	
<i>P</i> 值	0.626		0.735	0.512	0.695			0.340		0.822	

(4)具有手术指征且同意行胸腔镜治疗;(5)患者及其家属同意参与本研究并签署知情同意书。排除标准:(1)术前合并肺部感染、心力衰竭、呼吸衰竭等并发症;(2)合并有言语交流、精神障碍。

1.3 围手术期护理

1.3.1 对照组 采用胸外科择期手术常规护理方法。(1)术前准备护理:①入院引导患者戒烟、酒,指导患者进行呼吸功能锻炼,对患者及其家属进行常规宣教,讲解治疗方案、治疗效果以及围手术期间注意事项,缓解患者因手术知识缺乏引起的紧张、焦虑情绪。②术前12 h禁食、6 h禁饮,完善术前准备等。(2)术中护理:患者进行全身麻醉;手术室温度恒定在26℃上下;单根胸腔引流管以及其他引流管的护理。(3)术后康复护理:①术后患者采取硬膜外导管自控镇痛泵持续镇痛48 h。②鼓励患者在术后12 h在床上适度活动,促进胃肠功能恢复;肛门排气前,静脉补液;肛门排气后,开放饮食,从流质、半流质直到普食过渡的饮食类型。③术后第2天,鼓励并辅助患者有效咳嗽,拔出导尿管,进行床旁拍片。④术后第3天,根据拍片结果提示,决定是否拔除胸腔引流管和进行床旁活动。

1.3.2 观察组 采用FTS护理方法,在对照组护理方案的基础上,根据FTS理念进行相应的优化调整。

(1)术前准备护理:①术前讲解肺癌的发病因素、发病机制、治疗方案及预后;将FTS的优势和在肺癌手术中的应用、意义告知患者及其家属,讲解围手术期间的步骤和注意事项,使患者及其家属充分做好心理准备,缓解紧张、焦虑情绪。②术前进行不常规肠道准备,术前6 h禁食、2 h禁饮,并在术前2 h嘱患者饮用5%葡萄糖溶液200 ml,减轻患者在术前2 h因饥饿或口渴导致的紧张。(2)术中护理:①术中维持患者皮肤温度在36℃左右,根据患者体温适当调整手术室温度。②对患者进行持续胸段硬膜外麻醉。严格控制术中液体输注量,以4~6 ml·kg⁻¹·h⁻¹输注,防止液体负荷。(3)术后康复护理:①术前2 h放置导尿管,术后4~6 h即拔除。②术后患者清醒后,给予患者心理疏导、鼓励,建议用看书、阅报、听音乐等方式转移注意力,减少因疼痛引起的紧张感。③术

后尽早进食:不常规放置胃管,术后4 h即可饮用清流质,如开水;术后6 h患者无明显腹胀、腹痛、恶心及呕吐等胃肠道症状,可少量进食流质物,如米汤;术后第2天,进行半流质饮食,然后逐渐过渡到普食。④术后尽早活动:术后12 h鼓励患者在床上进行翻身、抬臀等活动;术后第1天,鼓励患者起床,促进排气排便,并在床旁适当活动;每天适当增加活动量。⑤术后第1天检查胸腔引流管,若24 h引流量<300 ml、无出血、肺部无漏气,即可拔除引流管,减少因引流管带来的不适。⑥气道管理:术后鼓励患者进行深呼吸、有效咳嗽,定期协助患者拍背咳嗽,给予雾化吸入、药物祛痰。

1.4 观察指标

1.4.1 心理状态 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)以及临床神经卫生症状自评量表-90(SCL-90)标准^[5]评定患者心理状态,分值越低提示心理状态越佳。

1.4.2 心理复原力 心理复原力量表(CD-RISC)进行评估^[6],量表包括25个条目、3个维度(坚韧性、自强性、乐观性)。采用五级评分法:0~4分分别代表“从不”、“很少”、“有时”、“经常”以及“几乎总是”,总分0~100分,得分越高表明心理复原力越高。

1.4.3 术后疼痛状态 Prince-Henry法评估疼痛程度^[7],采用五级评分系统分别评估:无任何疼痛,评估为0分;咳嗽时出现疼痛,评估为1分;深呼吸时出现疼痛,安静条件下无任何疼痛,评估为2分;静息状态出现疼痛,但可忍受,评估为3分;静息状态下剧烈疼痛且不可忍受,评估为4分。

1.4.4 手术指标及满意度评价 评估患者术后胸腔闭式引流管放置时间、卧床时间以及住院时间。使用成都大学附属医院自主设计的护理满意度调查表,在患者出院前进行护理满意度调查。分值为0~100分,非常满意为80~100分,基本满意为60~79分,不满意为60分以下。总体满意=(非常满意+基本满意)/总例数×100%

1.5 统计学方法 采用SPSS 25.0对数据进行统计分析。计量数据采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本*t*检验,组内比较采用配对*t*检验;不同时间点两

组间比较采用重复测量方差分析;计数资料采用例(%)表示,比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心理状态比较 护理前两组 SAS 评分、SDS 评分以及 SLC-90 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$);护理后,两组 SAS 评分、SDS 评分及 SLC-90 评分较护理前降低,且观察组低于对照组 ($P < 0.05, P < 0.01$)。见表 2。

2.2 两组患者心理复原力比较 护理前两组 CD-RISC 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$);护理后,两组患者坚韧性评分、自强性评分、乐观性评分以及总

评分较护理前升高,且观察组高于对照组 ($P < 0.05, P < 0.01$)。见表 3。

2.3 两组患者术后疼痛状态比较 观察组患者术后 1 d、术后 2 d、术后 3 d Prince-Henry 疼痛评分与对照组比较均显著降低 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 两组患者手术指标比较 观察组患者术后胸腔闭式引流管放置时间、卧床时间以及住院时间与对照组比较均显著降低,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 5。

2.5 两组患者护理满意度比较 观察组患者护理总体满意度与对照组比较显著升高 (97.50% vs 85.00%, $\chi^2 = 3.914, P = 0.048$)。见表 6。

表 2 两组患者心理状态比较 ($n = 40$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	SAS		SDS		SLC-90	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	58.33 ± 8.83	46.07 ± 7.54 ^a	59.93 ± 8.56	47.85 ± 7.71 ^a	24.72 ± 4.79	16.73 ± 4.08 ^a
观察组	57.15 ± 8.09	41.12 ± 6.73 ^a	61.18 ± 9.22	42.05 ± 6.50 ^a	24.23 ± 4.52	13.12 ± 3.76 ^a
<i>t</i> 值	0.964	3.098	0.829	3.639	0.480	4.104
<i>P</i> 值	0.338	0.030	0.409	0.001	0.633	0.020

注:与护理前比较,^a $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者心理复原力比较 ($n = 40$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	坚韧性		自强性		乐观性		总分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	26.10 ± 3.15	33.38 ± 3.75 ^a	13.92 ± 2.28	19.90 ± 2.92 ^a	7.58 ± 1.24	9.63 ± 1.58 ^a	47.60 ± 3.69	62.90 ± 4.69 ^a
观察组	26.75 ± 3.33	36.23 ± 4.42 ^a	14.25 ± 2.48	22.83 ± 3.47 ^a	7.88 ± 1.44	11.15 ± 1.81 ^a	48.60 ± 4.14	70.20 ± 5.93 ^a
<i>t</i> 值	0.896	3.112	0.094	4.081	1.001	4.020	0.257	6.106
<i>P</i> 值	0.373	0.003	0.926	0.020	0.320	0.020	1.142	0.001

注:与护理前比较,^a $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者术后疼痛状态比较 ($n = 40$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	Prince-Henry 疼痛评分		
	术后 1 d	术后 2 d	术后 3 d
对照组	2.28 ± 0.68	2.65 ± 0.86	3.08 ± 0.86
观察组	1.65 ± 0.62 ^a	2.23 ± 0.75 ^a	2.70 ± 0.81 ^a
<i>F</i> 值	$F_{\text{时间}} = 57.845, F_{\text{交互}} = 12.604, F_{\text{组间}} = 20.013$		
<i>P</i> 值	$P_{\text{时间}} < 0.01, P_{\text{交互}} < 0.01, P_{\text{组间}} < 0.01$		

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

表 5 两组患者手术指标比较 ($n = 40, d, \bar{x} \pm s$)

组别	引流管放置时间	术后卧床时间	术后住院时间
	对照组	5.55 ± 1.18	3.80 ± 1.14
观察组	3.90 ± 1.03	1.57 ± 0.64	5.85 ± 1.12
<i>t</i> 值	5.982	5.077	10.803
<i>P</i> 值	0.000	0.001	0.000

表 6 两组患者护理满意度比较 [$n = 40$, 例(%)]

组别	非常满意	基本满意	不满意	总体满意
对照组	30(75.00)	9(22.50)	1(2.50)	39(97.50)
观察组	25(62.50)	9(17.50)	6(20.00)	34(85.00)

3 讨论

FTS 主要是对围手术期的患者进行积极干预,减轻应激反应、缩短应激持续时间、减少限制性治疗措施,加速术后心、肺、胃、肠等器官功能恢复,从而实现术后快速康复、减少并发症发生率、缩短住院时间、减少围手术期的焦虑和抑郁状态。目前,FTS 理念从早期的胃肠外科实施逐步发展到心胸外科、肝胆外科、泌尿外科以及妇科等多种外科专业,对围手术期患者的治疗有良好的指导价值。

3.1 FTS 护理有助于缓解围手术期患者心理压力 目前,胸腔镜手术治疗已经较为广泛的运用于 NSCLC 的治疗,是理想的治疗手段之一,能明显的改善患者生活质量、延长生存时间。研究认为,约 80% 的肺癌患者在围手术期间存在焦虑情绪,引起焦虑等心理上的压力有以下几个方面:(1)对 NSCLC 的恐惧性,亦是引起焦虑的主要来源;(2)对手术方式的

陌生性;(3)对疾病预后的未知性;(4)病室的环境和人际关系的陌生性;(5)医疗费用的负担,以及对将来生活、工作信心的缺失^[8-9]。Cheng等^[10]研究表明,传统围手术期的处理措施,比如术前进食时间、肠道准备、术后进食时间、早期下床活动等也会导致焦虑等负面情绪,这对癌症患者的心理、生理以及社会功能等方面产生消极的影响。张云霄等^[11]研究认为,肺癌患者术前焦虑会影响早期预后、增加术后疼痛评分延长住院时间等。因此,术前对患者进行健康教育,缓解患者及其家属的负面情绪,具有重要的意义。刘金华等^[12]研究认为,术前对 NSCLC 患者进行心理放松护理后,具有明显的缓解患者术后疼痛程度、改善患者心理状态。彭丽惠^[13]认为,FTS 护理能促进肺癌患者胸腔镜治疗围手术期间心理、生理、社会功能,缓解焦虑状态。随着医学模式向生物-心理-社会的模式转变,日益重视心理干预。心理干预的重要性不仅表现在可以缓解患者的焦虑情绪,提高对手术治疗的认同感,而且也能通过患者心理的改变达到生理的调整,从而达到手术的最佳疗效。笔者认为,FTS 护理有助于改善患者焦虑/抑郁心理状态,增强心理复原力,增加战胜疾病的信心,减轻术后疼痛,让患者获得更优质的护理体验,改善护理满意度,使医患关系更融洽。

3.2 FTS 护理有助于加速术后康复 传统的术前禁食、禁饮时间过长,易造成患者术后创伤性脱水和低血糖,降低患者免疫力,增加患者肺部感染的风险,延迟康复。FTS 理念是寻求患者术前缩短禁食时间、术后积极的康复锻炼,以减少卧床时间,使患者机体发挥最大自我调节和自我恢复功能,可达到促进快速康复和减少并发症的目的。FTS 推荐术前 6 h 禁食、2 h 禁饮,并在术前 2 h 嘱可饮用 5% 葡萄糖溶液 50 ~ 500 ml,降低患者发生脱水或低血糖的可能性。术前不进行常规肠道准备,有助于防止机体电解质紊乱。运用硬膜外麻醉以及术中保温促进药物的新陈代谢,加快术后患者苏醒^[14]。术后不放置胃管,尽早开放饮食,有助于肠道功能的恢复,减少肠源性感染;同时促进伤口愈合,减少肺部并发症的发生率^[15]。唐共珂等^[16]研究认为,FTS 护理有助于维持肺癌患者术后的体重、缩短下床时间和留置引流管时间、减少术后疼痛,加快出院。娄彦玲^[17]研究认为,FTS 护理有助于提高肺癌患者免疫功能、促进术后康复。本研究认为,FTS 护理减少术后留置引流管时间,鼓励患者早期下床,加速术后早期康复,缩短住院时间。

综上所述,快速康复外科护理在胸腔镜治疗

NSCLC 患者应用良好,通过精准的快速康复护理有助于改善围手术期患者的焦虑/抑郁状态,增强心理复原力,增加战胜疾病的信心,减轻术后疼痛,加速康复,缩短住院时间,让患者获得更优质的护理体验,改善护理满意度,使医患关系更融洽。

参考文献

- [1] Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. *Am J Surg*, 2002, 183(6):630-641.
- [2] 黄颖,石泽亚,秦莉花,等.加速康复外科护理的研究进展[J]. *现代临床护理*, 2015, 14(10):73-77.
- [3] Jakobsen DH, Rud K, Kehlet H, et al. Standardising fast-track surgical nursing care in Denmark [J]. *Br J Nurs*, 2014, 23(9):471-476.
- [4] Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015 [J]. *CA: A Cancer J Clin*, 2015, 65(1):5-29.
- [5] Liu N, Liu SH, Yu N, et al. Correlations among psychological resilience, self-efficacy, and negative emotion in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention [J]. *Front Psychiatry*, 2018, 9:1.
- [6] 于肖楠,张建新.自我韧性量表与 Connor-Davidson 韧性量表的应用比较[J]. *心理科学*, 2007, 30(5):1169-1171.
- [7] 苏冬梅.实用疼痛护理学[M].武汉:湖北科学技术出版社, 2000:65-101.
- [8] 孙桂琴.肺癌患者围手术期焦虑抑郁调查及心理干预[J]. *中国误诊学杂志*, 2011, 11(5):1253.
- [9] 王园,王科峰.快速康复外科理念在胸腔镜肺癌根治术围手术期的应用[J]. *上海护理*, 2017, 17(5):45-47.
- [10] Cheng KKF, Lee DTF. Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer [J]. *Crit Rev Oncol*, 2011, 78(2):127-137.
- [11] 张云霄,李宗超,陈冀衡,等.术前焦虑对胸腔镜肺癌根治术后患者早期预后的影响[J]. *中国肺癌杂志*, 2019, 22(11):714-718.
- [12] 刘金华,王平,刘月.基于放松训练的心理护理对胸腔镜非小细胞肺癌手术患者疼痛的影响[J]. *河北医药*, 2019, 41(4):633-636.
- [13] 彭丽惠.加速康复护理在肺癌手术患者围手术期护理中的应用分析[J]. *中国医药指南*, 2019, 17(1):189-190.
- [14] Sido B, Grenacher L, Friess H, et al. Das abdominaltrauma [J]. *Orthopäde*, 2005, 34(9):880-888.
- [15] 张海燕,李芸,余洁玲,等.快速康复外科理念在腹腔镜胆囊切除术病人围手术期护理中的应用[J]. *护理研究*, 2015, 29(33):4201-4203.
- [16] 唐共珂,王相海.肺癌手术患者围手术期护理中加速康复护理的应用[J]. *系统医学*, 2019, 4(14):184-186.
- [17] 娄彦玲.快速康复外科理念在胸腔镜下肺癌切除术围手术期护理中的应用价值研究[J]. *现代诊断与治疗*, 2015, 26(11):2628-2629.