

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.18.042

骨科脊柱手术全身麻醉患者术后首次进食时间的临床研究*

赵春梅¹, 金成梅^{2△}, 邵妍¹

(重庆市綦江区人民医院:1.骨科一病区;2.骨科二病区 401420)

[摘要] **目的** 探讨骨科全身麻醉患者术后首次进食的适宜时间。**方法** 选择该院骨科 2017 年 7 月至 2018 年 6 月 168 例全身麻醉脊柱手术患者作为研究对象,分为观察组和对照组。观察组患者术后达到进食评估标准即进食进水,对照组患者按照常规术后 6 h 进食饮水。比较两组患者的误吸、饥饿口渴、恶心呕吐、腹胀情况及下地活动时间、住院时间和护理满意度。**结果** 观察组患者进食中位时间在术后 60 min,恶心、呕吐发生率与对照组比较差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组腹胀发生率低于对照组(2.4% vs. 10.7%, $P < 0.05$),饥饿感、口渴感发生率方面,观察组同样低于对照组($P < 0.05$);下地时间 $[(18.14 \pm 2.45) \text{ h vs. } (17.60 \pm 4.31) \text{ h}]$ 和住院时间 $[(11.66 \pm 1.22) \text{ d vs. } (12.34 \pm 1.64) \text{ d}]$,观察组与对照组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),但护理满意度方面两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 骨科全身麻醉术后患者在达到进食标准即予以进食是可行的,且能够减少患者饥饿感并增加患者术后舒适度。

[关键词] 全身麻醉;术后;首次进食;临床观察

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2019)18-3224-04

合理的围术期饮食护理对患者术后康复有重要影响^[1]。传统理论认为成年患者全身麻醉术后首次进食时间,应于麻醉清醒后 6 h 再进食,以防止发生误吸。然而在临床实际工作中,随着手术量的增加,临床手术常需接台进行,导致大多数患者从术前至术后禁食时间更长,使得全身麻醉患者在禁食到恢复饮食期间出现口渴、饥饿等不适,甚至造成其他严重并发症。有资料显示长时间禁食,会加重或诱发消化道溃疡,这些问题给患者身心都带来不良影响^[2]。随着现代医学的发展和麻醉药物的改进,麻醉师能有效掌握麻醉药物剂量,使麻醉作用在手术结束时就基本消失。而且在最新的教科书中也指出非腹部手术的全身麻醉患者,待麻醉清醒,无恶心、呕吐后即可进食^[3];此外,2014 年美国门诊麻醉学会也建议患者术后早期进食^[4],并且认为只要有胃肠道功能,就可进食^[5]。国内也有学者提出,四肢骨折全身麻醉术后早期进食可缓解患者的不适症状^[6]。因此,为进一步确定全身麻醉术后患者首次进食的适宜时间,本组选择了 2017 年 7 月至 2018 年 6 月本科室 168 例全身麻醉术后患者作为研究对象,通过对各项指标的观察统计来确定出全身麻醉患者术后首次进食的适宜时间,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究已经通过本院伦理委员会审

核通过。选择在本院骨科全身麻醉下进行的脊柱手术的 204 例住院患者为入组研究对象,并且全部获得知情同意。纳入标准:择期进行全身麻醉手术患者,且无胃肠道严重患者;排除标准:合并有严重创伤、腹部损伤以及消化道障碍需胃肠减压并要求禁食者。经排除最终纳入 168 例患者,年龄 39~64 岁,其中男 125 例,女 43 例。按患者入院顺序进行编号,使用 SPSS 19.0 软件产生随机数字,进行分组,分为观察组和对照组,每组 84 例。本试验无法采取盲法,但数据分析者不清楚入组患者的分组情况。两组患者的一般情况比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。168 例患者均完成全部观察。

1.2 方法

1.2.1 干预措施 所有患者术毕在麻醉科恢复室进行全身麻醉术后恢复,在达到全身麻醉术后出室标准后返回病房。观察组患者回到病房时由护士与麻醉科护士完成患者交接并安置妥当后,对患者有无头晕、恶心、呕吐、肠鸣音及健肢肌力等情况进行评估。并按照以下进食规范执行:(1)患者无头晕、恶心、呕吐,肠鸣音恢复,健肢肌力达到 3 级及以上并有进食意愿,即予以首次进食 5 mL 温开水,如无不适应每间隔 10 min 在前 1 次基础上增加 10 mL,以此类推直到饮水量增加至 1 次饮用温开水 50 mL,并无不适者即予进食流质或半流质清淡饮食。(2)患者在进食水期

* 基金项目:重庆市綦江区科学技术委员会科研项目(2017-032)。
△ 通信作者,E-mail:565392382@qq.com。

作者简介:赵春梅(1969—),副主任护师,本科,主要从事骨科护理的工作。

表 1 观察组与对照组患者一般情况比较

分组	n	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	性别[n(%)]		手术方式[n(%)]			麻醉方式[n(%)]		
			男	女	颈椎	胸椎	腰椎	气静复合	静吸复合	全身麻醉(需插管)
观察组	84	47.4 ± 7.6	61(72.6)	23(27.4)	22(26.2)	31(36.9)	31(36.9)	20(21.3)	34(36.2)	40(42.6)
对照组	84	45.2 ± 8.9	64(76.2)	20(23.8)	19(22.6)	36(42.9)	29(34.5)	18(21.4)	27(32.1)	39(46.4)
t/χ ²		1.723	0.281		0.659			0.361		
P		0.087	0.596		0.719			0.835		

间出现恶心、呕吐等不适症状时即停止进食温水, 然后每间隔 1 h 如无恶性、呕吐, 则重新按照进食规范进食。(3)患者返回病房即有头晕、恶心、呕吐, 肠鸣音未恢复、肌力未恢复者即不予以进食温水, 然后每间隔 1 h 再次评估患者是否达到进食标准, 当评估达到进食标准后方可按照进食规范进食; 对照组则按照护理常规在患者顺利返回病房且观察 6 h 后开始进食水。

1.2.2 评价指标 由经培训后的专职(ICU 或病房)主管护士评估记录两组患者进食后 24 h 内的评估指标, 包括误吸、饥饿口渴、恶心呕吐、腹胀的发生情况。另外记录患者住院下地活动时间、住院时间和护理满意度评分。

1.2.2.1 误吸 本研究的误吸包括显性误吸和隐性误吸^[7]。显性误吸是指误吸后患者即刻出现刺激性呛咳、气促甚至发绀、窒息等, 以上症状中若不伴咳嗽则称为隐性。由病房护士严密观察记录患者误吸情况。

1.2.2.2 恶心呕吐 记录患者恶心呕吐的次数, 并采用 WHO 关于恶心呕吐评级标准评估其严重程度: 0 级, 无恶心呕吐; 1 级, 只有恶心, 无呕吐; 2 级, 一过性呕吐伴恶心; 3 级, 呕吐需要治疗; 4 级, 难控制的恶心呕吐。1 级为轻度, 2、3 级为中度, 4 级为重度。

1.2.2.3 腹胀 询问患者的腹胀情况, 有主观腹胀感受者, 记录为腹胀阳性。

1.2.2.4 饥饿口渴 患者的口渴/饥饿程度采用等级评分法评判: 无口渴/饥饿为 0 分; 略感口渴/饥饿

为 1 分; 明显口渴/饥饿但可以忍受为 2 分; 非常口渴/饥饿, 不能忍受或有脱水体征/有低血糖反应为 3 分。1、2、3 分别表示轻、中、重度^[8]。

1.2.2.5 护理满意度评分 护理满意度评分采取本院自制评分表, 由 8 个类别总共 19 个项目组成。评分表采取 100 分制, 其中 95~100 分代表非常满意, 90~<95 分代表满意, 80~<90 分代表一般, 70~<80 分代表不满意, 70 以下代表非常不满意。

1.3 统计学处理 所有数据采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析。其中正态分布的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 并使用 t 检验进行统计分析。计数资料采用 n (%) 表示, 并使用 χ² 检验进行统计分析。以 P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 进食时间 观察组患者进食中位时间为术后 60 min, 按照术后早期进食干预措施, 其中具体进食时间在 10 min 的 7 例、15 min 的 23 例、30 min 的 24 例、60 min 的 11 例、120 min 的 7 例, 其余最晚进食也在 180 min; 对照组按常规 6 h 开始进食。

2.2 胃肠道反应 两组患者术后 24 h 内的误吸、恶心呕吐比较差异无统计学意义 (P > 0.05), 但腹胀发生率与饥饿口渴感间比较差异有统计学意义 (P < 0.05), 见表 2。

2.3 其他指标 两组患者在院下地时间和住院时间比较差异均无统计学意义 (P > 0.05), 但观察组略优于对照组。而两组患者护理满意度比较差异有统计学意义 (P < 0.05), 见表 3。

表 2 两组患者术后 24 h 内观察指标比较[n(%)]

组别	n	误吸	恶心呕吐程度			腹胀	饥饿口渴程度		
			轻	中	重		轻	中	重
观察组	1(1.2)	3(3.6)	2(2.4)	0	2(2.4)	5(6.0)	1(1.2)	0	
对照组	2(2.4)	6(7.1)	4(4.8)	1(1.2)	9(10.7)	12(14.3)	5(6.0)	2(2.4)	
χ ²	0.339	3.322	4.767			9.837			
P	0.560	0.345	0.029			0.020			

表 3 两组患者下地时间、住院时间和满意度比较

组别	n	下地时间 ($\bar{x} \pm s, h$)	住院时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	护理满意度[n(%)]				
				非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意
观察组	84	18.1 ± 2.5	11.7 ± 1.2	77(91.7)	5(6.0)	2(2.4)	0	0
对照组	84	17.6 ± 4.3	12.3 ± 1.6	63(75.0)	15(17.9)	5(6.0)	1(1.2)	0
t/χ ²		0.998	-1.704			9.349		
P		0.320	0.090			0.025		

3 讨 论

全身麻醉术后禁饮禁食 6 h 是传统理论的全身麻醉术后常规,其依据为患者在全身麻醉术后早期进食可能引发恶心、呕吐,从而导致患者误吸或其他严重并发症。然而随着现代麻醉技术逐渐成熟,在麻醉过程中予以最小的麻醉剂量即可得到最佳的麻醉效果。患者的全身麻醉用药已经不断进行种类调整和剂量调整,因此非胃肠道手术全身麻醉术后的护理如果仍然按照传统的全身麻醉术后护理常规来实行,似乎并不适合目前现代医学的发展。

3.1 全身麻醉术后提前进食不会导致患者出现误吸和增加患者术后恶心呕吐、腹胀发生率 从本研究结果可以看出两组患者术后 24 h 内的误吸、恶心呕吐发生率差异无统计学意义($P > 0.05$),证明提早进食可有效改善患者术后的口渴和饥饿感,这与欧洲麻醉学会 2011 年发布的《成人及儿童围术期禁食指南》结论一致。并且现如今随着麻醉学的快速发展,麻醉药物的综合应用,许多麻醉医师能准确掌握药物剂量,控制药物作用时间,使患者术后麻醉恢复时间明显缩短^[9-10]。另外骨科手术对胃肠功能的影响极小,针对胃肠道的恢复时间也相对比较少。有研究表明,骨科全身麻醉和椎管麻醉的患者术后评估达到进食标准,即早期进食是安全可行的,能有效增加肠道蠕动,也可提高患者的舒适度^[11],因此全身麻醉术后提前进食不会导致患者出现误吸和增加患者术后恶心呕吐发生率。

3.2 全身麻醉术后提早进食可以减少患者饥饿口渴发生,有助于提高患者满意度 本研究结果中显示两组患者的饥饿口渴发生率差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组出现轻度 5 例(6.0%)、中度 1 例(1.2%)、重度 0 例;对照组出现轻度 12 例(14.3%)、中度 5 例(6.0%)、重度 2 例(2.4%),说明提早进食可改善患者术后出现饥饿口渴感受。其次从患者满意度来看,两组患者间差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组非常满意为 91.7%,对照组非常满意为 75.0%。因此麻醉清醒后早期进食不仅可以缓解患者饥饿、口渴症状,还有利于促进胃肠道功能恢复,同时能及时补充营养,在一定程度上缓解患者焦虑、烦躁的情绪状态,提高患者满意度。

3.3 全身麻醉术后提前进食有助于患者快速康复并缩短患者住院时间 在如今的快速康复理念下,对骨

科不同麻醉方式患者术后如无特殊饮食要求,鼓励患者早期进食饮水,有助于增加患者舒适度,并促进机体术后快速康复^[12]。而在临床工作中发现,患者术后可能因为长时间的禁食导致饥饿、恶心等不适症状而拒绝配合快速康复措施。而有学者在骨科围术期的快速康复措施中有提到术后早期进食进水在快速康复实施中的作用^[13],表明术后早期进食水可预防患者恶心、呕吐等可让住院时间减少,其次对术后并发症发生率及再次入院方面无影响。本研究结果显示早期进食后患者恶心、呕吐发生率差异无统计学意义,两组患者在院下地时间和住院时间差异均无统计学意义($P > 0.05$),但观察组数据略优于对照组。因此术后早期进食对骨科推行快速康复措施有促进作用。

3.4 全身麻醉术后早期进食可体现现代医学人文关怀护理 临床工作中,手术量的增加及麻醉药物的改进,手术常需接台进行,全身麻醉术后清醒时间不一,导致大多数患者从术前至术后禁饮食时间更长,而且禁食过久使患者由于没有食物消化提供热量,术后还易出现体温过低,尤其是平时对饮水需求较多或糖尿病患者长时间禁水可造成强烈的烦躁焦虑等不适感及其他并发症,这给患者生理心理都带来一定的不良影响,使得对患者的人文关怀没有得到体现,增加了患者痛苦。因此有学者提出需要加强对护士进行统一学习和培训,提高大家的认知水平,加强人文护理^[14]。人文关怀护理模式的建立实施可有效提高护理质量和患者满意度^[15]。在本研究中,结果显示术后早期进食并不会对患者造成危害及不良并发症,反而能明显地减少患者的焦虑等不适症状,提高患者舒适度,保障了患者安全,可实现建立现代化人文关怀护理模式的新趋势。

本研究对骨科脊柱手术全身麻醉患者术后首次进食时间进行了探讨,结果说明骨科全身麻醉手术患者进食中位时间为术后 60 min 是安全可行的,并不会增加患者恶心、呕吐等并发症的发生率,相反还能刺激胃肠道蠕动,减少了腹胀的发生及术前禁食带来的饥饿口渴的痛苦,并有助于患者术后康复,提早下床活动时间,体现人文关怀护理,提升患者满意度。因此,本研究结论值得临床医务人员参考应用。

参考文献

[1] 徐亚维,张媛娜,屈军侠,等. 颈椎全身麻醉术后首次饮食

- 时间研究[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(18): 1637-1639.
- [2] 孟庆云, 柳顺锁. 小儿麻醉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 148-152.
- [3] 李乐之, 路潜. 外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 101.
- [4] GAN T J, DIEMUNSCH P, HABIB A S, et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting[J]. Anesth Analg, 2014, 118(1): 85-113.
- [5] NISIM A A, ALLINS A D. Enteral nutrition support[J]. Nutrition, 2005, 21(1): 109-112.
- [6] 詹陈菊. 四肢骨折全身麻醉术后患者早期进食的实证研究[J]. 护理学杂志, 2017, 32(8): 54-56.
- [7] 米元元, 沈月, 王宗华, 等. 机械通气患者误吸预防及管理的最佳证据总结[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(7): 849-856.
- [8] 于世英, 印季良, 秦叔逵, 等. 肿瘤治疗相关呕吐防治指南(2014版)[J]. 临床肿瘤学杂志, 2014, 19(3): 263-273.
- [9] 丁红, 张红姣, 肖攀, 等. 麻醉恢复室入室护理流程的应用[J]. 现代临床护理, 2014, 13(1): 53-55.
- [10] 刘梦婕, 陈爱华, 胡亚丽. 骨科全麻和椎管内麻醉术后的早期饮食护理[J]. 当代护士(下旬刊), 2017, 24(9): 128-130.
- [11] SMITH I, KRANKE P, MURAT I, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology[J]. Eur J Anaesthesiol, 2011, 28(8): 556-569.
- [12] 张燕, 徐丽红, 钱芸, 等. 快速康复理念下早期饮食护理对骨科不同麻醉方式患者术后的影响[J]. 当代护士(下旬刊), 2018, 25(10): 56-58.
- [13] 瞿洁, 将超. 膝关节置换围手术期的快速康复措施[J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(3): 456-463.
- [14] 陈秀云, 刘研, 杨雪, 等. 外科护士对成人非腹部全麻术后禁食水时间认知现状及影响因素的调查[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(34): 4127-4130.
- [15] 江哲珍. 骨科病房立体化人文关怀护理服务模式的建立及效果分析[J]. 重庆医学, 2017(A01): 168-170.

(收稿日期: 2019-02-15 修回日期: 2019-06-23)

• 临床护理 • doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2019.18.043

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20190313.0937.002.html>(2019-03-14)

快速康复护理在精囊镜治疗血精症的应用研究

黄小兰¹, 罗艳¹, 栗艳秋¹, 胡成义^{2△}

(1. 重庆市涪陵中心医院泌尿外科 408000; 2. 重庆市涪陵中心血站 408000)

【摘要】 **目的** 探讨快速康复护理在精囊镜治疗血精症中的临床效果。**方法** 选取重庆市涪陵中心医院 2016 年 1 月至 2018 年 10 月收治的血精症患者 50 例, 由计算机随机分成对照组与观察组, 每组 25 例。两组患者均接受精囊镜治疗, 对照组患者接受常规护理, 观察组患者接受快速康复护理。比较两组患者临床疗效、精液参数、疼痛、并发症、负性心理、护理满意度。**结果** 观察组患者临床总有效率(92.00%)明显高于对照组(64.00%), 差异有统计学意义($\chi^2=5.711, P<0.05$)。护理前两组患者精液参数指标(红细胞计数、白细胞计数、主观血精率)比较差异无统计学意义($P>0.05$), 护理后两组患者的红细胞计数、白细胞计数、主观血精率较护理前减少, 其中观察组患者红细胞计数、白细胞计数、主观血精率少于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者并发症总发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。护理前对照组及观察组焦虑自评量表评分(SAS)、抑郁自评量表评分(SDS)比较差异无统计学意义($P<0.05$), 护理后两组患者 SAS、SDS 较治疗前降低, 其中观察组患者 SAS、SDS 分别为(1.17±0.12)、(1.24±0.11)分, 明显低于对照组(3.29±0.14)、(2.96±0.13)分, 两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者住院时间、手术时间、拔管时间均短于对照组($P<0.05$)。护理前观察组及对照组患者视觉模拟疼痛评分(VAS)比较差异无统计学意义($P>0.05$); 护理后两组患者 VAS[(37.96±3.24)分 vs. (28.57±3.54)分]较护理前[(43.69±2.60)分 vs. (43.69±2.62)分]降低, 差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组患者 VAS 显著低于对照组($P<0.05$)。**结论** 快速康复护理能明显提高精囊镜治疗血精症临床效果, 改善负性心理, 减少住院时间及手术时间, 预防并发症。

【关键词】 快速康复护理; 精囊镜; 血精症; 疗效

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 B

【文章编号】 1671-8348(2019)18-3227-04

血精症是一种自发性疾病, 发病前无任何征兆^[1]。目前血精症发生机制尚未完全明确, 有研究认

为其与精囊扩张、血精、精囊炎、射精管梗阻有关^[2], 主要症状有精子活动力降低、精囊增大、性欲减少。