

快速康复外科在胃肠道手术应用中的护理进展

翁少文,王葆春

(海南省人民医院普外一区,海南 海口 570311)

【摘要】 快速康复外科最早由丹麦腹部外科医生提出,该技术于术前、术中、术后采用循证医学的优化医疗护理措施减少手术应激反应及手术并发症,以促进患者术后的康复。本文针对快速外科技术应用于胃肠手术患者时的术前、术中、术后的各项护理措施及其临床意义进行综述。

【关键词】 快速康复外科;胃肠手术;护理进展

【中图分类号】 R656.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2013)18-2703-03

快速康复外科(Fast track surgery, FTS)又名术后促进康复计划,指的是术前、术中及术后采取一系列具有循证医学证据的围手术期优化措施,以减少手术

应激及并发症发生率,并加速患者术后康复,缩短住院时间的一种技术^[1]。该技术涵盖了医疗与护理的方方面面,包括外科手术技术的改良、术前患者的心

通讯作者:翁少文。E-mail:drwangbaochun@163.com

参 考 文 献

[1] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,外科学分会结直肠肛门外科学组.中国慢性便秘的诊治指南(2007,扬州)[J].中华消化杂志,2007,27(9):619-622.

[2] 郭晓原,林学君.针灸治疗慢性传输型便秘27例[J].辽宁中医杂志,2007,34(6):815-816.

[3] 张秀荣,董波.辨证治疗老年习惯性便秘240例疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2003,12(8):825-826.

[4] 中华消化学会胃肠动力学组.我国慢性便秘的诊治指南[J].CGP中国全科医学,2005,8(2):119-121.

[5] 单铁莲,肖国辉.慢传输型便秘的治疗进展[J].安徽医药,2008,12(3):273-274.

[6] 朱霄鹤,赵健竹,赵心.慢传输型便秘的诊治探讨[J].当代医学,2008,6(142):53-54.

[7] 尚文,张森.罗云坚教授治疗慢性便秘经验[J].河南中医,2005,25(7):15-17.

[8] 黄文李,陈蔚文.温补润下方治疗慢性功能性便秘41例临床观察[J].新中医,2002,34(8):17-18.

[9] 黄蔚.益气养血滋阴法治疗功能性便秘52例[J].中国水电医学,2005,4:35-36.

[10] 赵云燕,谢炜,陈宝田,等.从虚论治慢通过型便秘38例[J].新中医,2001,33(11):24-25.

[11] 张金炎,卫忠妹,王美法.中医药治疗慢传输性便秘43例[J].浙江中医学院学报,2003,27(6):35.

[12] 周建华.肛肠病临床诊治[M].北京:科学技术文献出版社,2006:199-217.

[13] 高伟.中西医结合治疗慢传输型便秘[J].中国实用乡村医生杂志,2008,15(5):37-38.

[14] 李元奇.张东岳治疗便秘临床经验[J].陕西中医杂志,2003,24(7):634-635.

[15] 曹华.涂福英治疗老年性便秘经验[J].河南中医,2007,27(6):19-20.

[16] 陈绍强,马建宁.老年人便秘虚实辨[J].光明中医,2001,16(2):13-15.

[17] 鹿晓君,彭清华.中医治疗慢传输型便秘(虚秘)概况[J].实用中医内科杂志,2007,21(3):13-14.

[18] 汤亚明.生白术为主治疗慢传输型便秘55例[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(6):103.

[19] 应光耀,张少军,熊国华.健脾补肾中药结合大肠水疗治疗慢传输型便秘25例[J].河北中医,2010,32(10):1515.

[20] 孙建华.温脾润肠汤治疗慢传输性便秘100例[J].上海中医药杂志,2007,41(9):44-45.

[21] 陈明仁.老年慢传输型便秘中医治疗[J].吉林医学,2012,33(20):4342-4343.

[22] 杨银良.通便汤治疗慢传输性便秘80例[J].陕西中医,2008,29(1):55-56.

[23] 卢红明,孙福堂,王万民,等.中西医结合治疗慢传输型便秘临床观察[J].中华现代外科学杂志,2005,2(10):903-904.

[24] 薛维华,张燕,丁敏.七星针加体针治疗特发性便秘78例[J].中国针灸,2005,25(7):468.

[25] 丰培学.铺灸治疗慢传输型便秘35例临床观察[J].针灸临床杂志,2008,24(4):34-35.

[26] 朱惠平.耳穴压豆治疗便秘[J].中国民间疗法,2003,11(8):15-16.

[27] 钱海华,李晓虹.朱秉宜治疗慢传输型便秘的经验[J].江苏中医药,2012,44(7):8-9.

[28] 崔振吉,薛素芬.指压法治疗慢传输型便秘68例[J].中国全科医学,2004,7(15):1069.

[29] 郑卫方,吴胜智,卢中华,等.穴位埋线法治疗功能性慢传输型便秘49例[J].浙江中医杂志,2011,46(11):831.

[30] 李贺元,罗晓韵.慢性功能性便秘的中医药治疗进展[J].国医论坛,2008,23(2):55-56.

[31] 白璐,王垂杰.王垂杰教授治疗老年性便秘经验总结[J].吉林中医药,2008,28(3):167-168.

[32] 蒋建婷,安阿玥,李立.慢传输性便秘的机理研究和治疗进展[J].中日友好医院学报,2003,17(1):53-55.

(收稿日期:2013-03-17)

理护理、术前各项准备、术中麻醉及相应护理、术后的病情观察及有效镇痛等内容^[2]。外科手术患者术后的快速康复一直是医务人员及广大患者共同追求的目标和相关研究的热点^[3]。护理工作快速康复外科中扮演极其重要的角色,快速康复外科护理与传统护理方法存在很大的差异,现将近几年国内有关快速康复外科胃肠手术患者的护理进展综述如下:

1 术前护理

1.1 心理护理 患者术前的良好心态及健康的心理素质对于手术的顺利进行及术中安全的保障均具有积极作用,但术前患者因对手术创伤、术中麻醉、术后疼痛、并发症、术后恢复、手术效果等的担忧,可能产生焦虑、恐惧和紧张等不良心理,据统计约有 80% 的患者会在手术前产生焦虑,而 68% 的患者会产生抑郁^[4]。患者可因上述不良心理因素导致难以良好配合手术,影响术后恢复及手术效果,甚至导致手术难以顺利进行。因此,护理人员应密切结合患者的不同心理特点及其关注的问题,于入院时即作出合理的心理护理计划,通过入院宣教、疾病知识及手术方式的讲解等鼓励患者接受手术,同时可通过病房内成功病例现身说法的形式使之增强治疗信心^[5],有效缓解患者焦虑、恐惧情绪,降低手术应激反应。另外应将 FTS 中的围手术期术前无需禁食、无需机械性肠道准备、无需腹腔引流管等特有的处理措施详细向患者及其家属说明,避免因此导致的误会及患者心理负担的加重,以使患者能够以平和的心态接受手术^[6]。

1.2 肠道准备 传统术前肠道准备一般采用 3 d 准备法,时间长、繁琐、患者厌烦,而术前 1 d 全肠道灌洗法,增加患者痛苦。机械性灌肠一向被认为是预防术后感染并发症及吻合口瘘的重要手段,且近年来发现机械性灌肠不仅是一个应激反应,还将导致脱水及水电解质失衡,尤其是老年患者。近年来的一些研究表明,术前肠道准备对患者是没有益处的,不但不能降低术后腹腔内感染和吻合口瘘等并发症的发生率,反而可以引起其他的一些不良反应,如术前处于脱水状态,增加麻醉中低血压的危险,引起肠管水肿,增加术后肠麻痹的发生率等,从而延缓患者的康复^[7-8]。FTS 的理念不主张上述术前机械性肠道准备,而主张在能够满足手术需求,采用无需机械性灌肠的肠道准备,并采用肠内营养制剂替代传统饮食的方法进行肠道准备^[9]。目前较为常用的方法为术前 3 d 起开始给予肠内营养制剂替代饮食,术前 1 d 给予复方聚乙二醇电解质散等泻剂替代传统清洁灌肠,据统计,该方法在获得满意肠道清洁的情况下,可保证更

少的肠道积气,同时能够在较大程度上降低术后切口感染的发生率。

2 术中护理

2.1 术中保温 手术中患者正常体温的维持是 FTS 中的一个重要环节。手术室温度多较低,同时因麻醉药物的使用、体表的暴露等均可导致机体散热过多,而术中低温液体对腹腔或手术野的冲洗、术中低温液体或血浆的输注等均可导致患者体温的降低。而术后的复温过程可能影响凝血机制以及白细胞功能,并可增加心血管负担、增加机体分解代谢、增加术后切口感染率等不良反应^[10-11]。因此,提高手术室室温 24℃~26℃,加热静脉输注液体、血浆以及腹腔、手术野的冲洗液至 37℃ 左右,应用保温毯或特殊加热器对患者体表进行覆盖,并注意患者头部及下肢的保温,根据患者具体情况,进行术中个体化护理,保持患者术中正常体温,不仅可减少切口感染和手术失血,还能降低心血管意外发生率,降低手术应激反应和术后器官功能障碍的风险^[12-14]。

2.2 术中液体护理 传统胃肠手术中多需大量补液以补充血容量,维持患者重要组织器官的血流灌注,但 FTS 理念中需对术中输液量进行控制。这种控制以术前的非机械性肠道准备、术前肠内营养等术前准备措施为前提和基础,减少术中补液量,从而降低术中补液量过多造成的胃肠功能减退及术后恢复缓慢^[15]。已有研究证实,限制性补液患者术后并发症发生率显著低于正常补液患者。因此,FTS 提倡术中控制性输液,避免过多含钠液体的输注,并以晶体液输入量在 0.5~1.0 L 为宜。

2.3 术中静脉通道管理 术中静脉通道尽可能以上肢静脉为主,方便观察,同时对患者术后下地活动、固定等均无明显不良影响。必要时可同时开放 2 条静脉通道,以保证术中输液、输血的需要^[16]。术中麻醉药物及输血尽量选择外周静脉,避免中心静脉给药时对心脏的不良反应。

3 术后护理

3.1 术后疼痛护理 FTS 手术主张采用全身麻醉与硬膜外麻醉及术后的有效镇痛以减轻患者的手术应激反应。及时充分有效的镇痛是快速康复外科护理的一项重要措施,可采用持续硬膜外止痛(TE)、患者自控止痛(PCA)及使用非阿片类止痛药等止痛方法和舒适的体位来减轻患者术后全麻过后的疼痛。有效的镇痛对于减轻患者术后应激反应及焦虑均具有重要意义^[17],有利于患者术后早期活动和早期恢复饮食,同时增加患者的舒适度,有利于患者休息、

恢复体力及快速康复^[18]。目前使用较多的一般为术后镇痛泵硬膜外麻醉止痛治疗。

3.2 早期活动与早期进食的护理 FTS技术鼓励患者术后早期恢复饮食,并鼓励患者术后早日下床活动。该类患者护理过程中可根据患者的具体情况制定术后饮食及康复活动计划并加以实施^[19]。术后困扰患者早期进食的一个重要原因是肠麻痹,常规通过术后肠道休息、胃肠减压等措施来解决。有研究表明,禁食状态下胃和小肠的蠕动明显下降,而进食状态下胃和小肠蠕动明显有力频繁。快速康复外科提倡早期恢复饮食,一般术后6 h开始进水及应用肠内营养剂补充营养,维护肠黏膜功能,减少肠粘连,不增加吻合口瘘的发生率^[20]。在有效镇痛和不放置引流管或留置管道尽可能少的同时鼓励患者早期下床活动,一般术后6 h以后进行早期床上活动,术后第1天可坐起,可下床移至座椅上,活动循序渐进^[21]。术后早期活动有利于促进肌肉的合成代谢,增强心肺功能、促进胃肠道功能的恢复以及预防下肢深静脉血栓和肺部感染等并发症的发生,加速康复,缩短住院时间,降低医疗费用^[22]。

3.3 术后各种管道的护理 FTS摒弃了常规留置胃管、长时间留置引流管的传统观念,有报道急性胃扩张、切口感染、肺部感染、吻合口瘘等并发症的发生率与常规置管并无明显统计学关联。但留置管道或管道留置时间过长可能增加患者心理负担,同时对于术后早期活动也有一定影响,并可增加感染机会,延迟进食时间等^[23]。故FTS提倡不用或尽量少用各类引流管,留置管道时要重视引流管的护理,在保证充分引流、手术效果的基础上尽可能创造机会,尽早拔管,以促进康复。

4 小结

综上所述,近年来FTS已逐渐成为胃肠道外科的发展趋势,而FTS护理就是运用各种有效方法,将心理护理、疼痛护理、术中保温护理及术后指导早期进食和活动等具有循证医学证据的护理措施有效组合,以促进患者康复,为外科手术治疗提供了更好的、更有效的医疗护理服务及更好的预后。与FTS相适应的护理方法与传统护理相比,在生理和心理上更加贴近患者,体现了以人为本的医疗护理观念,并可有效减少术后并发症、缩短住院事件、降低医疗费用,值得推广。

参考文献

- [1] 许丽丽,杨甲梅,谢峰.快速康复外科在肝胆外科围术期护理中的应用[J].解放军护理杂志,2009,26(3B):30-31.
- [2] 张畅,洪楚原,郭慧玲.快速康复外科在结肠手术围术期护理

的应用进展[J].临床医学工程,2012,19(7):1223-1224.

- [3] 潘春艳,高宇,李艳,等.快速康复外科护理在胃肠道肿瘤围手术期的实践与进展[J].现代生物医学进展,2012,12(6):1170-1172.
- [4] 周庆云,李翔.心理干预对局麻手术患者围术期的影响[J].现代中西医结合杂志,2013,22(12):1346-1347.
- [5] 曹春莲,王云.快速康复外科对胃肠道手术病人围术期护理的指导意义[J].中国中医药报,2011,3(18):101-102.
- [6] 李淑君.个性化心理护理在胃肠外科大型手术中的应用[J].护理实践与研究,2010,7(8):83-84.
- [7] 刘艳华,魏红.快速康复外科理念在普外科围术期护理中的应用[J].中国现代医生杂志,2009,47(28):84-85.
- [8] 杨军兰,王满才,谢晓峰,等.快速康复外科应用于胃癌切除术的安全性和可行性的Meta分析[J].中华消化外科杂志,2012,11(5):455-461.
- [9] 朱桂玲,孙丽波,王江滨,等.快速康复外科理念与围术期护理[J].中华护理杂志,2008,43(3):264-265.
- [10] 刘华云,李梦,李雪玲,等.加温液体和脑科手术粘帖巾联合应用预防胆道镜辅助取石术中低体温的效果观察[J].中国医药导报,2013,10(6):131-133.
- [11] 庞源芳.快速康复外科对临床康复护理的指导意义[J].护理研究,2008,22(1A):47-48.
- [12] 罗俊青,施淑芬.围术期保温措施预防结肠手术部位感染的作用[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(6):907-908.
- [13] 康慧鑫,彭丹丹,郭远超,等.快速康复外科应用于结肠手术围术期护理的对照研究[J].华南国防医学杂志,2011,25(3):252-254.
- [14] 牟德芹.围术期保温对结肠癌手术切口感染影响的观察[J].中华医院感染学杂志,2012,22(3):523-524.
- [15] 钟邦华,孔凡民.液体治疗在结肠快速康复外科中的研究进展[J].中国医刊,2012,47(12):22-25.
- [16] 杨梅,桓灵芝,武建华,等.结肠癌快速康复外科的护理管理[J].中国实用护理杂志,2010,26(8):73-75.
- [17] 杨东杰,张晟,何伟玲,等.快速康复外科促进结肠癌术后体液免疫功能恢复的前瞻性随机对照研究[J].中华医学杂志,2012,50(10):870-874.
- [18] 林桦,韩伟.快速康复外科理念在胃肠手术的护理及配合[J].广西医药,2011,33(7):903-905.
- [19] 秦尚够,李素芳,刘丹,等.快速康复理论在小儿全身麻醉术后早期进饮食中的应用[J].中华现代护理杂志,2012,18(23):2755-2758.
- [20] 金梅保.循证护理在普外科围术期护理中的应用[J].护理实践与研究杂志,2009,6(17):40-41.
- [21] 姜立荣,顾则娟,王蓓,等.快速康复外科理念在术后早期饮水、下床活动中的应用[J].江苏医药,2011,37(17):2101-2102.
- [22] 刘林,许勤,陈丽.腹部外科手术患者早期下床活动的研究进展[J].中华护理杂志,2013,48(4):368-371.
- [23] 秦俊春,许瑞华,叶辉,等.快速康复外科不留置胃管在胆道手术中的应用研究[J].护士进修杂志,2011,26(1):7-8.

(收稿日期:2013-05-28)