

· 短篇论著 ·

加速康复外科护理在老年胃癌患者腹腔镜胃癌 D2 根治术中的应用

苏琳, 蒯敏, 李楠, 刘宏斌*

(兰州军区兰州总医院普外科, 兰州 730050)

【关键词】加速康复外科; 腹腔镜; 胃癌 D2 根治术; 护理

【中图分类号】R573

【文献标识码】A

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2011.00044

加速康复外科 (fast track surgery, FTS) 是采用有循证医学证据的围手术期处理的一系列优化措施, 以减少或降低手术患者的生理及心理创伤应激, 使患者获得加速康复^[1]。FTS 措施已成功应用于结肠癌的患者^[2], 目前国内亦有研究将其应用于胃癌患者^[3], 取得了较好的效果。我们对行腹腔镜下胃癌 D2 根治术的老年胃癌患者行 FTS 围手术期护理取得了良好的效果, 现总结报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2010 年 3 月~2010 年 11 月采用腹腔镜 D2 根治术治疗的老年胃癌患者 126 (男 72, 女 54) 例, 年龄 64~85 岁, 中位年龄 72 岁。入选标准: 取得医院伦理委员会及患者和家属同意, 术前活检病理明确诊断为胃癌, 无明显营养不良, 无严重心、肺、肝、肾疾患, 术前行化疗, 并排除远处转移, 所有患者均由同一手术组医师完成。随机分为两组, 每组 63 例, 对照组采用传统的围手术期护理, FTS 组采用 FTS 围手术期护理, 比较两组患者术后的恢复情况和并发症的发生情况。

1.2 FTS 组处理措施

1.2.1 术前 介绍围手术期治疗、护理的相关知识; 进行肺功能锻炼及适当的体质锻炼, 有吸烟史者术前禁烟 2 周; 术前禁食 6h、禁水 2h, 术前 2h 可进温糖水或温米汤 250 ml; 不常规灌肠或服用泻药, 不常规放置胃管 (必要时放置); 进入手术室全身麻醉成功后放置导尿管。

1.2.1 术中 尽量缩小切口; 术中保温, 用温盐水冲洗腹腔; 控制输血量; 不常规放置腹腔引流管。

1.3.2 术后 (1) 观察患者生命体征, 观察切口情况, 定时检查管道以防折叠、脱落。(2) 术后取平卧位, 血压平稳后取半卧位, 以减轻腹部切口张力, 减轻疼痛, 有利于呼吸和循环, 日间床上时尽量取半卧位。(3) 嘱患者咀嚼口香糖以增加唾液分泌及促进胃肠蠕动。术后当日补液约 2500 ml, 之后视饮食情况逐渐减量。术后第 1 天进少量温开水或温盐水每次约 50 ml, 逐步过渡经口清流食、半流食, 严密观察患者是否有腹胀、恶心、呕吐等情况, 争取 5 天内恢复肠道内营养, 停止静脉输液。(4) 术后第 1 天拔出导尿管, 拔管前行膀胱冲洗 1 次, 有利于患者的早期

下床活动。(5) 手术当天协助患者充分活动双下肢, 可翻身或坐起, 鼓励患者早起下床活动, 术后第 1, 2 天搀扶患者床边活动, 逐渐可至走廊活动, 活动量以不感觉疲劳为宜。(6) 腹腔镜手术创伤小, 一般患者可耐受疼痛, 必要时肌肉注射哌替啶 50mg 以缓解腹痛。(7) 协助患者翻身拍背, 鼓励患者有效咳嗽、咳痰。必要时予雾化吸入。

1.3 对照组处理措施

1.3.1 术前 术前 1 天进行肠道准备 (口服泻药或灌肠); 术前 12h 禁食、禁水; 手术当天置胃管和尿管。

1.3.2 术中 根据需要取切口; 不强调术中保温措施; 常规放置腹腔引流管。

1.3.3 术后 使用 PCA 镇痛泵; 在常规拔除引流管之前, 以在床上活动为主, 鼓励患者尽早下床活动; 患者肛门通气后拔出胃管尿管, 开始进水进食; 常规静脉输液 2500~3000 ml/d。

1.4 观察指标和出院标准

观察两组患者留置尿管时间、术后开始下床时间、术后开始进食时间、肠道恢复通气时间、术后静脉输液天数、术后住院日、住院费用、术后并发症。两组患者执行相同的出院标准: (1) 在服药情况下患者无疼痛感。(2) 患者完全恢复经口流质或半流质饮食而无需静脉输液。(3) 无任何引流管或减压管。(4) 可自由行走。

1.5 统计学处理

数据结果采用 SPSS12.0 软件进行分析, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示。P < 0.05 为差异存在显著性统计学意义。

2 结果

FTS 护理组患者围手术期间情绪稳定, 3 例术后第 1 日进流质饮食后出现轻微腹胀、恶心, 给予胃肠动力药后症状缓解, 其他患者进食顺利, 无不良反应, 营养状况较好; 1 例男性患者 (74 岁) 拔除导尿管后出现排尿困难, 采用物理方法不能缓解, 再次导尿后每日行 2 次膀胱冲洗, 定期夹放尿管, 2 日后拔除导尿管, 排尿顺利; 无吻合口瘘、出血, 无肺部感染、切口感染、泌尿系感染等并发症发生, 均痊愈出院, 平均住院日 12.6 d。常规护理组患者术后 5 例出现腹胀, 2 例出现排尿困难; 切口感染 3 例、

肺部感染 3 例、泌尿系感染 4 例, 平均住院日 16.8 d, 发生并发症经处理后均治愈出院。所有患者均无手术死亡。

FTS 组患者留置尿管时间、术后静脉输液天数、术后住院日、并发症例数较对照组明显缩短 ($P < 0.05$), 术后开始进水进食时间、术后开始下床时间、肠道恢复通气时间较对照组提前 ($P < 0.05$), 住院费用较对照组减少 ($P < 0.05$) (表 1, 2)。

表 1 FTS 护理组与对照组术后并发症比较 (n)

术后并发症	FTS 护理组	对照组
腹胀	3	5
排尿困难	1	2
切口感染	0	3
肺部感染	0	3
泌尿系感染	0	4
吻合口瘘、出血	0	0

表 2 FTS 护理组与对照组术后恢复指标比较 ($n=63$, $\bar{x} \pm s$)

指标	FTS 护理组	对照组
留置导尿时间(d)	$1.2 \pm 0.5^*$	3.4 ± 1.2
术后开始进水进食时间(d)	$1.6 \pm 0.6^*$	5.6 ± 1.1
术后开始下床时间(d)	$1.5 \pm 0.8^*$	3.4 ± 1.4
术后静脉输液天数(d)	$4.7 \pm 0.6^*$	8.3 ± 1.3
肠道恢复通气时间(d)	$3.3 \pm 1.1^*$	5.6 ± 1.5
术后住院日(d)	$6.8 \pm 1.4^*$	9.6 ± 2.3
住院费用(万元)	$3.5 \pm 0.2^*$	4.0 ± 3.1
并发症例数(n)	4*	17

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

3 讨论

FTS 是一系列有效措施组合产生的协同结果^[4], 包括: 术前患者应有体质与精神两方面的准备^[5]; 减少治疗措施的应激性^[6]; 阻断传入神经对应激信号的传导。

护理在 FTS 中具有非常重要的地位, 是在医疗水平不断提高的基础上大胆创新的一种护理新模式, 需对手术方式及医疗护理知识的准确掌握及与医生有效的沟通, 制定确实可行的护理方案, 包括术前的心理护理、避免灌肠、饮食护理、术中护理、以及术后鼓励患者早期下床活动、适时进食、有效镇痛等。多项研究已显示, FTS 方式在减少住院日和住院费用方面作用显著^[3]。本研究显示, 采用 FTS 护理方式可明显缩短术后住院日, 降低并发症, 减少住院费用, 从而在医院方面加快了床位周转, 降低了医疗成本, 提高了医疗卫生资源利用率; 在患者方面减少了经济损失, 减轻了家庭经济负担。

传统理念认为, 为了避免麻醉和手术过程中导致的误吸, 术前应 12h 禁食水, 甚至术后在肠道功能恢复前会要经受较长时间的禁食。而近期的研究表明过早的禁食水易导致低血糖和术中血压波动幅度过大^[7], 同时研究已表明, 术前口服糖类和术后早期进食可降低胰岛素抵抗, 减轻应激反应^[8]。FTS 处理中术前不常规灌肠以免导致患者脱水和水电解质失衡^[9]。胃肠减压只能减轻术后的腹胀, 并未减少吻合口瘘的发生, 同时引起呼吸系统的并发症

也较多。文献已报道术后早期经口进食并不增加吻合口瘘的风险, 且术后腹胀缓解和胃肠功能恢复时间提前^[5,10]。术后早期下床活动可促进肠蠕动, 减少肺部感染和下肢静脉血栓形成等并发症, 亦有利于促进合成代谢以加快体力及营养状况的恢复^[10]。

FTS 是一系列有效措施协同作用的结果, 术前饮食指导、不置胃管、不常规灌肠, 减少了术中、术后应激反应和水电解质失衡的发生; 术中不放置或尽量少放置引流管, 术后尽早拔出引流管、有效镇痛, 可减少术后不适感及应激反应, 为术后早期下床、早期进食奠定了基础; 同时早期下床、早期进食可促进肌肉合成、体质的恢复, 减少术后肺部感染、下肢静脉血栓等并发症的发生。最终的效果便是缩短了住院日、减少了并发症的发生, 从而减少了住院费用。

加速康复外科没有一个固定的模式或方案, 需要不断整合有循证医学证据的研究结果, 以改善手术患者的预后。总之, 进行加速康复外科的研究具有重大现实意义^[15]。

【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] Basse L, Thorbl JE, Lssl K, et al. Colonic surgery with accelerated rehabilitation or conventional care[J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(3): 271-278.
- [3] 莫晓东, 江志伟, 汪志明, 等. 胃癌患者应用加速康复外科的对照研究[J]. 肠外与肠内营养, 2008, 15(4): 218-220.
- [4] 柳欣欣, 江志伟, 汪志明, 等. 加速康复外科在结直肠癌手术患者的应用研究[J]. 肠内与肠外营养, 2007, 14(4): 205-208.
- [5] Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, et al. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials[J]. BMJ, 2001, 323(7316): 773-776.
- [6] 朱维铭, 李 宁, 黎介寿. 加速康复外科治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(1): 24-27.
- [7] Soop M, Nygren J, Thorell A, et al. Preoperative oral carbohydrate treatment attenuates endogenous glucose release 3 days after surgery[J]. Clin Nutr, 2004, 23(4): 733-741.
- [8] 王东升, 仲 蓓, 孔 营, 等. 加速康复外科对胃癌患者术后近期临床结局的影响[J]. 肠内与肠外应用, 2010, 17(6): 338-340.
- [9] Slim K, Nielsen KG, Madsen JL, et al. Meta-analysis of randomized clinical trials of colorectal surgery with or without mechanical bowel preparation[J]. Br J Surg, 2004, 91(9): 1125-1130.
- [10] Correia M ITD, da Silva RG. The impact of early nutrition on metabolic response and postoperative ileus[J]. Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2004, 7(5): 577-583.

(编辑: 任开环)