

快速康复理念在腹腔镜超低位直肠癌保肛术围术期护理中的应用

徐亚香, 李琴, 方方

(江苏省苏北人民医院 胃肠外科, 江苏 扬州, 225001)

关键词: 快速康复外科; 超低位直肠癌; 保肛; 围术期; 护理

中图分类号: R 473.73 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)22-123-03 DOI: 10.7619/jcmp.201322053

快速康复外科(FTS)是指在外科领域采用一系列有循证医学证据的、行之有效的围术期优化措施,以达到减少手术应激及并发症、加快术后康复的目的^[1-3]。2012年3月—2013年3月本院胃肠外科对13例超低位直肠癌行腹腔镜手术治疗的患者在围术期采用快速康复理念进行护理,并与同期采用常规护理的13例患者进行对比,现报道如下。

1 资料与方法

收集2012年3月—2013年3月本院胃肠外科收治的26例超低位直肠癌患者,其中男15例,女11例,年龄32~81岁,中位年龄(54.65±7.16)岁。将其随机分为观察组(FTS组)和对照组(常规护理组)各13例,FTS组男8例、女5例;常规护理组男7例、女6例,2组均为限期手术患者,术前均通过电子结肠镜及病理活检确定为直肠癌,肿瘤位置距齿状线均≤5 cm,术前检查无手术禁忌,2组患者在性别、年龄、BMI、肿瘤分期上的差异均无统计学意义($P>0.05$)。

观察组采用快速康复外科理念进行围术期护理,具体包括:①术前不做常规的肠道准备;②术前2 h口服50 g/L的葡萄糖溶液250~300 mL;③术前不放置鼻胃管,术后不放置腹腔或盆腔引流管;④麻醉清醒患者术后6 h后在责任护士指导下鼓励少量饮水,每次50 mL左右,术后

第2天开始可少量流质饮食,肠道功能恢复之后开始逐步过渡到正常饮食;⑤术后早期拔除导尿管,在护士或护理人员协助下开始床边小便;或不放置尿管,若出现术后排尿障碍后才放置;⑥术后早期床边或下床活动,一般在24 h后即可根据患者自身耐受情况开始适量活动,如摇高床头取半坐卧位,在责任护士指导下鼓励咳嗽排痰,术后当天由护士协助患者床边活动四肢,预防深静脉血栓形成等举措。对照组采用常规护理,即术前禁食12 h、禁饮6 h以排空胃肠道;术前常规清洁灌肠;术前常规放置鼻胃管、尿管,术中放置引流管;待肠道功能恢复后,即肛门排气后才能开始饮水、进食流质、逐步过渡到正常进食;导尿管常规留置2~3 d后拔除,术后患者在能耐受的情况下开始下床活动,一般在术后3~5 d左右。

2 结果

26例超低位直肠癌保肛患者均在腹腔镜下顺利完成手术,术后无吻合口瘘、吻合口出血、再手术等严重并发症发生。观察组(FTS组)患者术后出现腹胀2例,排尿障碍1例;对照组患者术后出现腹胀1例;2组患者术后总并发症发生率无统计学差异。观察组患者术后首次肛门排气排便时间、术后首次进食时间、术后首次下床活动时间、平均住院时间均显著短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 2组患者术后恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	首次排气时间/h	首次排便时间/h	首次进食时间/h	首次下床活动时间/h	平均住院时间/d
观察组($n=13$)	61.04±20.15*	72.35±30.08*	18.86±10.23*	28.84±9.33*	8.02±1.84*
对照组($n=13$)	88.75±28.34	119.74±38.59	96.00±15.34	51.56±12.84	10.14±2.06

与对照组比较, * $P<0.05$ 。

收稿日期: 2013-05-22

3 讨论

临床上常将肿瘤下缘距离肛缘 ≤ 5 cm 的直肠癌称为超低位直肠癌,近年来随着腹腔镜技术的迅猛发展,越来越多的超低位直肠癌患者的肛门功能得以保留,超低位直肠癌的治疗也由单纯的根治转变为根治与保肛并重。自从 Kehlet 等^[4]首次提出应用快速康复外科理念以来,FTS 的临床疗效日益受到外科医护人员的重视,其核心内容是在术前、术中及术后采用有循证医学证据的一系列围术期优化措施减少手术应激及术后并发症的发生,从而加快患者术后的康复^[5]。越来越多的研究表明,FTS 与腹腔镜技术结合,可在微创基础上进一步提高手术的疗效,促进患者的恢复。与此同时,围术期护理对手术的疗效同样起着极其重要的作用,护理的好与坏将直接影响到患者的术后恢复^[6]。因此,本科尝试将 FTS 理念应用到腹腔镜超低位直肠癌保肛术的护理中,旨在探讨其在围术期护理中的临床应用价值。肠道准备被认为是预防术后吻合口瘘和感染的有效手段。本研究中,对照组术前 2 d 半流质饮食,术前 1 d 流质饮食,术前常规清洁灌肠(口服恒康正清 3 盒)并用肠道抗生素;而观察组术前不需灌肠,因为 FTS 理念认为机械性灌肠会导致患者体液丢失和电解质紊乱,反而增加了手术应激反应。观察组患者术前未做常规肠道准备,但术后无吻合口瘘或肠道感染的发生,2 组患者无统计学差异,但观察组显然减少了患者因机械灌肠带来的痛苦。在传统的外科观念中,为避免术中呕吐、误吸或术中窒息等意外的发生,患者术前需禁食 12 h、禁水 4 h。但长时间禁食禁水患者会出现饥饿、口渴、烦躁、血容量减少、低血糖等情况,影响手术顺利进行,且不利于术后的恢复。随着快速康复外科理念的出现及迅速发展,国内外的多项临床研究^[7-11]表明,胃功能正常者进食固体食物、液体后即可排空,而且缩短术前禁食禁水时间后,术中呕吐、误吸的发生率并无差异。术前让患者口服葡萄糖溶液或术前经周围静脉给予葡萄糖注射液静脉滴注可缓解患者术前的口渴饥饿感,有利于抑制术后胰岛素抵抗和分解代谢,降低对手术的应激。本研究中,本科是给予观察组患者手术当日术前 4 h 口服 50 g/L 葡萄糖溶液 250~300 mL,这样可以防止术中发生低糖血症,并能降低患者术后发生胰岛素抵抗的风险。本研究

中,对照组患者术后留置胃肠减压管,患者普遍反映咽部不适,尽管并没有将其归为术后并发症,然而这样的咽部不适很容易对鼻腔、口腔、食道和胃黏膜造成一定损害,甚至引起局部炎症、水肿和感染,从而使患者产生一定的焦虑感和恐惧感。还有患者因为留置胃管而痰液较多,且不易排出,有增加肺部感染的风险。另外,持续性胃肠减压,可引起消化液的丢失,导致酸碱平衡失调,不利于术后的恢复^[12]。术后留置胃管还增加了护理工作量,在肠道功能尚未恢复前,护理人员每日需要给放置胃管的患者常规进行口腔护理 1~2 次。本研究发现,观察组患者术后不放置胃管并没有增加术后并发症的发生,反而减少了患者术后咽部不适感、肺部感染等,促进了患者的康复,同时也减少了护理工作量。本研究中术后 1 例患者未放置胃管,于术后出现腹胀,予以放置胃管后症状缓解,24 h 后予以拔除,术后恢复良好,无其他并发症发生。

关于术后是否放置腹腔或盆腔引流管意见不一。有学者认为,术后放置引流管能减少术后吻合口瘘的发生,且一旦出现吻合口瘘,腹腔引流管能有效引出腹腔内的脓液,双套管还能进行腹腔冲洗引流,大大降低吻合口瘘再手术的风险;然而 FTS 理念认为,术后可不放置引流管,从国内外多数荟萃分析^[13]中发现,术后放与不放引流管对吻合口瘘的发生无显著影响,但放置引流管后增加患者术后不适感,延长了患者术后早期下床活动时间,同时护理人员每日需准确记录引流量,增加了护理工作量。本研究前期发现有个别患者在放置引流管后出现肠管蠕动障碍,可能与引流管导致肠管悬挂、阻挡了肠管蠕动有关,最终导致患者出现术后肠梗阻,大大延缓了患者肠道功能的恢复。本研究中观察组与对照组术后均未有吻合口瘘发生,而观察组未放置引流管,有利于患者早期下床活动,肠道功能恢复时间也早于对照组。

术后尽早恢复饮食是快速康复外科理念中的一个重要环节。有学者研究发现腹部手术后出现肠麻痹是一种自然的、短暂的生理过程,手术后小肠蠕动可在几小时内恢复,大肠蠕动恢复则需要 3~5 d。因此,早期恢复经口饮食可促进术后肠麻痹恢复。本研究中,观察组术后 6 h 后有责任护士给予患者少量饮水,每次约 50 mL,24 h 后开始流质饮食,并根据患者耐受逐步过渡到正常饮食,结果显示 FTS 组术后肠道功能恢复显著早

于对照组,首次肛门排气时间、排便时间均早于对照组。国外有研究表明,术后早期进食可减少腹部手术后感染并发症、缩短住院日,但又并不增加吻合口漏的发生率。

参考文献

- [1] 江志伟, 李宁, 黎介寿. 快速康复外科的概念及临床意义[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(2): 131.
- [2] 严芳, 李玲. 快速康复外科在胃肠肿瘤手术中的应用[J]. 中外医学研究, 2011, 9(29): 90.
- [3] 兰跃福, 屈统红, 陈光. 加速康复外科在腹腔镜直肠癌保肛手术中的应用效果[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(7): 1268.
- [4] Kehlet H, Wilmore D W. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg, 2002, 183(6): 630.
- [5] 李宁. 胃肠外科围术期新理念的综合与应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2010, 13(1): 13.
- [6] 宋玉成, 张广坛, 宋笑飞, 等. 快速康复外科理念在手助腹腔镜结直肠癌手术患者中的应用[J]. 中国医药科学, 2012, 2(2): 12.
- [7] 江志伟, 黎介寿, 汪志明, 等. 加速康复外科用于直肠癌前切除患者价值探讨[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(1): 59.
- [8] 雷玉峰. 快速康复外科护理措施在结直肠癌患者围术期的应用[J]. 中国当代医药, 2011, 18(8): 109.
- [9] Chestovich P J, Lin A Y, Yoo J. Fast-track pathways in colorectal surgery[J]. Surg Clin North Am, 2013, 93(1): 21.
- [10] Feroci F, Lenzi E, Baraghini M, et al. Fast-track colorectal surgery: protocol adherence influences postoperative outcomes[J]. Int J Colorectal Dis, 2013, 28(1): 103.
- [11] Yang D, He W, Zhang S, et al. Fast-track surgery improves postoperative clinical recovery and immunity after elective surgery for colorectal carcinoma: randomized controlled clinical trial[J]. World J Surg, 2012, 36(8): 1874.
- [12] Kehlet H, Wilmore D W. Evidence based surgical care and the evolution of fast track surgery[J]. Ann Surg, 2008, 248(2): 189.
- [13] Slim K, Vicaut E, Panis Y, 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.

(上接第 112 面)

3 讨论

疼痛的发生提示个体的健康受到威胁,是人体最强烈的应激因素之一,可使机体产生一系列生理病理和心理的变化。疼痛患者的精神心理方面改变比较大,常出现不良心理反应,其中以抑郁和焦虑最为常见,且与不良心理反应互为因果。严重的疼痛是导致患者产生自杀倾向的主要因素之一,而心理干预可以调整患者的心理紊乱,有助于缓解疼痛、改善患者的生存质量^[8]。本研究通过实施针对性心理护理干预,使疼痛患者抑郁与焦虑评分较干预前显著下降,疼痛程度显著降低,差异具有统计学意义。本研究结果提示,有效的心理干预对缓解疼痛患者的负性情绪、保持患者良好的身心状态和提高生活质量具有重要意义。

参考文献

- [1] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 第 5 版. 北京: 人民出版社, 2012: 430.
- [2] 杨丹敏. 外科护士疼痛知识与态度的调查分析[J]. 当代护士: 学术版, 2011, 1: 111.
- [3] 钟玉兰, 黄金华, 黄佑萍. 创伤骨科患者疼痛评估及护理研究进展[J]. 当代护士, 2012, 5: 5.
- [4] 沈贺红, 姜乾金. 术前焦虑与术后身心健康相关性及其心理社会影响因素[J]. 中国临床心理学杂志, 2003, 11(3): 200.
- [5] 潘莉, 张静平, 李丽华. 术前心理干预对乳腺癌切除术患者身心状况及生命体征的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(33): 60.
- [6] 刘桔慧, 邱建忠, 傅爱凤, 等. 舒适护理对肌腱松解术患者疼痛和心理障碍的影响[J]. 中国实用医药, 2010, 2(5): 158.
- [7] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999, 220.
- [8] 王建华. 个性化心理护理对癌症患者止痛效果的影响[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 12(35): 8612.