

加速康复外科护理在宫颈癌围手术期间的研究进展

杨 娇¹ 耿 力^{2*}

1.长江大学, 湖北 荆州 434023

2.华中科技大学同济医学院附属协和医院, 湖北 武汉 430022

摘要: 宫颈癌是我国女性常见的恶性肿瘤之一, 具有治疗难度大, 致死率高的特点, 其早期的治疗方法仍以手术切除子宫为主。但是采用常规围手术期间的护理, 患者会出现一些应激反应和住院时间的延长等。本文对宫颈癌患者围手术期的加速康复外科的护理进行概述, 包括健康教育、饮食护理、肠道准备、预防术中低体温、早期下床活动、疼痛管理、早期拔管等等。目的是优化宫颈癌患者围手术期的护理流程, 提高患者的满意度, 减少患者住院的时间。

关键词: 宫颈癌; 围手术期; 加速康复外科; 护理

在世界范围内, 宫颈癌是女性中第四大最常发生的恶性肿瘤, 估计每年有 530,000 例新病例, 其中 270,000 例死亡^[1]。在中国, 宫颈癌是常见的女性生殖道恶性肿瘤之一, 发病率在女性恶性肿瘤中占第二位, 每年新发病例达 13.15 万, 宫颈癌死亡人数每年约 5.3 万, 约占全部恶性肿瘤死亡人数的 18.4%^[2]。目前, 对于早期的宫颈癌, 手术切除子宫仍然是主要治疗方法, 可以很有效的提高患者的生存时间。但是, 由于手术根治切除的范围比大, 传统围手术期给患者带来的创伤应激大, 不仅增加了患者的恢复时间和医药费的负担, 而且还不能很好地使患者满意, 引起很多医疗纠纷。经研究发现, 实施快速康复外科能很好地降低并发症的发生率^[3], 保证患者的预后。

快速康复外科 (fast-track surgery, FTS) 也可以称为“加速康复外科” (enhanced recovery after surgery, ERAS), 是在 2001 年由丹麦医生 Kehlet 提出的, 并逐渐被临床医生和护理人员所用的多学科合作模式^[4]。快速康复外科最早是在心胸外实行, 现在经过十多年的发展, 逐渐发展到各个领域之中。在癌症领域, 快速康复外科已经在结直肠癌手术期有了完善的体系, 但是, 在妇科肿瘤的发展相对比较迟缓^[5]。近些年, 在国外, 不少学者将快速康复外科应用到妇科肿瘤, 导致术后围手术期的效果显著改善, 近两年, ERAS 模式在国内的妇科肿瘤患者围手术期也飞速发展。

1 手术前

1.1 健康教育

宫颈癌的患者常常因为担心手术后丧失女性特征及生育能力而出现负性心理^[6], 即患者在手术前往往会出现紧张、焦虑等等不适的感觉, 术前的紧张焦虑会使患者出现强烈的应激反应。应激是机体神经内分泌系统对不良刺激所产生的反应, 可促进分解代谢, 降低机体免疫功能、考虑形成血栓, 加重心血管以及呼吸负担^[7]。有报道称在宫颈癌围手术期间给予患者心理护理和健康教育知识, 可以很好地减少并发症的发生^[8]。而 ERAS 理论则是建立了专门的康复小组, 康复小组是由主管医师、营养师、专门的加速康复麻醉师及专业护士共同组成, 对患者进行详细的评估, 针对每个病人的具体情况, 给患者进行指导, 对患者提供的问题进行面对面解答, 缓解患者紧张、焦虑的心理, 让患者对自己的情况进行详细的了解, 有效地缓解患者因为紧张、焦虑而出现应激反应, 使患者在术前达到最佳的身心状态, 提高手术的配合度提高患者对护理工作的满意度^[9]。

1.2 饮食护理

《外科护理学》的书上指出, 对于手术前的患者, 我们应该给予患者术前禁食 8 小时, 禁饮 6 小时, 患者在手术前一直保持着这样的状态, 给患者带来极其不舒适的体验, 造成水电解质紊乱, 严重影响患者的休息, 造成机体的应激反应。患者长期处于饥饿状态会导致患者出现低血糖^[10], 术前长时间禁食和腹泻可以导致胰岛素抵抗。快速康复外科护理建议营养状况不佳的患者应在手术前进食, 营养充足的患者可以在午夜前吃固体, 并在手术前 2 小时清除液体。建议在手

术当天早晨补充碳水化合物^[11], 不仅可以为患者提供能量储备, 促进体内内源性胰岛素的释放, 从而减少胰岛素抵抗的发生。在对妇科癌症患者进行随机对照试验的系统评价中, 早期进食不仅可以缩短住院时间, 还能提高患者满意度。

1.3 肠道准备

在传统的围手术期的病人的护理, 一般给予患者行传统的术前准备, 准备的方法包括控制饮食、用导泻剂导泻, 给患者行清洁灌肠等这种机械性肠道准备^[12]。大量随机试验表明单独的机械性肠道准备对手术部位感染或肠道吻合口瘘的发生率没有影响, 但可能导致电解质失衡和脱水, 并干扰维持血容量, 但将机械肠道准备与口服不吸收抗生素相结合可降低手术部位的感染和肠道吻合口瘘的发生率^[13]。梁彩英^[14]等研究表明, 给予患者磷酸钠盐口服进行肠道准备, 取代机械灌肠, 不仅可以达到手术要求, 还可明显减少灌肠引起肠胀气等不适。研究表明, 机械性肠道准备会给患者带来不好的反应, 使患者产生紧张焦虑的不适等反应。梅奥诊所目前的做法是省略使用任何肠道准备, 采取专门针对减少手术部位感染和吻合口漏的措施, 这些措施可以导致发病率的显著改善, 并且不需要肠道准备及其伴随的风险和患者不满意。

2 手术中

2.1 加强保暖措施

在《外科护理学》中指出手术间温度应该保持在 22℃~25℃, 但是在手术过程中, 病人大量出血或者衣物过少等原因都会导致术中病人体温过低。病人术中体温过低, 可以导致血管内皮细胞功能障碍或凝血功能障碍、心血管疾病、感染率增加, 严重导致患者苏醒延迟, 影响患者手术后的恢复^[15]。有研究表明, 人体的体温在围手术期下降 1℃~3℃, 患者术后切口感染率上升 2~3 倍。而快速康复外科理念强调, 在手术过程中, 给患者进行保暖, 使病人的体温维持在 36℃~36.5℃, 王英丽^[16]等研究证明, 术中常见的保温措施有采用加热温毯、暖风机, 用恒温箱加热的液体进行冲洗, 输液加温等等, 郭晓娟^[17]等研究表明, 在宫颈癌的手术中采用一些保温措施, 可以降低低温所导致的不良应激, 降低术后可能出现的躁动寒战, 减少并发症的发生, 促进病人的预后。

3 手术后

3.1 饮食护理

关于传统的手术后患者的饮食护理, 一般患者开始进食的时间为待患者胃肠道蠕动恢复、肛门排气后开始进食少量流食, 逐步递增, 而 ERAS 模式则是主张患者早期进食, 即在术后 6 小时内, 可以给予少量温开水, 若患者没有出现恶心呕吐等不良反应, 则在 6 小时后即可开始进食流食^[18]。患者在早期开始肠内进食, 刺激胃肠迷走神经, 可以降低高分解代谢, 促进胃肠蠕动, 使患者可以加快恢复^[19]。患者应在术后 4~6 小时恢复正常饮食, 以维持正常的营养状况并改善愈合早期进食可能导致更高的恶心或甚至呕吐率, 这通常是自限性的, 并且对止吐药有反应。这种恶心不同于麻痹性肠梗阻, 不应该这样治疗。虽然 ERAS 方案不会增加麻痹性肠梗

阻的发生率,但如果肠梗阻确实发展,应该通过扣留食物和使用鼻胃管抽吸来标准治疗。

3.2 早期下床活动

在常规的护理方法中,一般认为,早期活动利于减少肺部并发症、改善血液循环、预防深静脉血栓,而且鼓励患者在术后 24~48 小时内,可以尝试下床活动。有研究显示,病人术后增加活动,有利于改善肺功能,增加组织供氧,加速新陈代谢,并能减少静脉血栓的发生^[20]。应用 ERAS 模式,鼓励患者在清醒后,可以试着尝试一下在床上进行轻微活动,术后 1 天要求病人下地活动。除此之外,对于宫颈癌的患者,还应该指导患者进行术后康复锻炼,术后第一天可以教患者做会阴肌肉舒缩运动,术后第 2 天做伸臂踢腿,术后第 3 天指导其卧位做双腿伸腿骑单车,这样可以恢复患者盆底肌肉的功能。陈其群^[21]等研究表明经过快速康复护理的患者,术后膀胱功能恢复的时间明显短于采用常规护理的患者,所以快速康复外科护理能够有效的恢复宫颈癌患者手术后的膀胱功能。

3.3 疼痛管理

疼痛是宫颈癌患者术后护理的重点,特别是在麻醉苏醒后,往往会影响病人的休息、进食和下床活动,所以疼痛的严重程度和患者术后恢复具有重要关系。研究表明,国外一般用多模式镇痛方法,常限制阿片类药物来缓解患者的手术后的疼痛,因为据调查 73% 使用基于阿片类药物的静脉内患者自控镇痛作为主要的术后镇痛^[22],但是阿片类药物容易使患者出现恶心呕吐,抑制胃肠道的蠕动。对于手术后恶心呕吐的高发人群,术后镇痛应用非甾体类抗炎药代替阿片类镇痛药,而术后使用非甾体类抗炎药不仅可以有效地缓解患者的疼痛,而且还可以有效的减少阿片类镇痛药物对胃肠道的麻痹。有研究表明,ERAS 计划的实施与手术后阿片类药物使用的显著减少以及患者在手术后功能恢复相关,而不会影响疼痛评分^[23]。

3.4 管道护理

宫颈癌的患者一般采用子宫广泛切除的方法来治疗,尿潴留是宫颈癌术后常见的并发症,子宫切除术后会导致病人的盆腔自主神经受损,会导致病人出现尿潴留。持续留置尿管导尿术,是目前临床上最常见的方法。常规护理中,尿管一般留置的时间为 7~10 天,文献表明,长期留置尿管和引流管,会加重患者产生尿路感染的机率,不仅如此,尿管长期置于尿道内,破坏尿道的正常生理环境和膀胱对细菌的防御能力,减弱尿道粘膜对细菌的抵抗能力,因此留置尿管的时间越长,并发症的发生率越高^[24]。ERAS 建议患者在术后早期拔除尿管,能够很好地降低尿路感染的机率。

3.5 术后并发症

宫颈癌患者术后的并发症有肺部感染、腹胀、深静脉血栓、肠梗阻等等,陈其群^[25]等研究表明,采用快速康复外科护理能够很好地减少患者发生术后的并发症。患者术后可以出现肠梗阻,而预防术后出现肠梗阻可以考虑口服缓泻剂或咀嚼口香糖来预防术后发生肠梗阻^[26]。Fanning^[27]等研究表明术前机械性肠道准备不会降低吻合口漏和感染的风险,术后选择性鼻胃管减压术可增加术后肺炎,并且不会降低其他术后并发症的发生率,而术后早期进食主要减少住院时间,不增加肺炎和其他术后并发症,而早期喂养、口香糖咀嚼、肠道刺激和酮咯酸可降低术后肠梗阻的发生率。

4 讨论

ERAS 距今已经提出将近有 10 多年时间了,颠覆了以往手术患者围手术期的管理,在国外,尤其是普通外科领域,已经得到广泛的认可,但是在我国 ERAS 的推广受到一些限制,在妇科乃至妇科肿瘤都还没能广泛应用起来,还处于起步阶段。近两年,国内外的专家纷纷开始研究把 ERAS 模式应用到妇科肿瘤。而宫颈癌是妇科常见的恶性肿瘤,每年都会有很多人死于宫颈癌,近几年的发病趋势明显偏年轻化。国外的研究表明,将 ERAS 应用于妇科肿瘤中,能够减少住院的时间

和增加患者的满意度,减少病人的住院费用,降低成本,但是却不会增加手术中的并发症、再入院率和死亡率。张清连^[28]等研究表明 ERAS 能够缩短宫颈癌术后患者首次下床活动的时间、首次排气排便的时间以及平均住院的时间,降低并发症的发生率,加速病人的术后康复,保证患者的预后以及提高患者的满意度。

快速康复外科护理是一种新型的宫颈癌患者的护理方式,具有良好的应用前景,但是 ERAS 涉及多个学科,需要医生、麻醉师、护士、麻醉师的多方配合,其默契的配合可以提高患者的信心,促进患者康复。

参考文献

- [1] Small W J, et al. Cervical cancer: A global health crisis[J]. Cancer, 2017, 123(13): 2404-2412.
- [2] 刘萍. 中国大陆 13 年宫颈癌临床流行病学大数据评价[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(01): 41-45.
- [3] 黄玉珠, 柳宝贝, 张小丽. 快速康复护理对子宫颈癌围术期患者护理效果的影响[J]. 临床检验杂志(电子版), 2018, 7(04): 661.
- [4] 王文燕, 邢晓冬. 肺癌病人围术期快速康复护理进展研究[J]. 中国医院药学杂志, 2019(1): 1-3.
- [5] 周巍. 快速康复护理模式在宫颈癌围手术期护理中的应用探析[J]. 中外医学研究, 2017, 15(28): 57-58.
- [6] 张盛苗. 加速康复外科对腹腔镜宫颈癌根治术患者术后康复影响的研究[D]. 山东: 青岛大学, 2016.
- [7] Nelson G, et al. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(R)) Society recommendations--Part II[J]. Gynecol Oncol, 2016, 140(2): 323-32.
- [8] Nelson G, et al. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(R)) Society recommendations--Part I[J]. Gynecol Oncol, 2016, 140(2): 313-22.
- [9] 刘小玉, 范格英. 快速康复外科护理在宫颈环形电切除术中的应用[J]. 现代医院, 2017, 17(09): 1396-1398.
- [10] 程莉, 蔡小春, 夏为书. 快速康复外科理念在宫颈癌根治术围术期护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(02): 29-30.
- [11] Nelson G, et al. Enhanced Recovery Program and Length of Stay After Laparotomy on a Gynecologic Oncology Service: A Randomized Controlled Trial[J]. Obstet Gynecol, 2017, 129(6): 1139.
- [12] Altman A D, G S, Nelson. The Canadian Gynaecologic Oncology Perioperative Management Survey: Baseline Practice Prior to Implementation of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Guidelines[J]. J Obstet Gynaecol Can, 2016, 38(12): 1105-1109.
- [13] Nelson G, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS(R)) in gynecologic oncology-Practical considerations for program development[J]. Gynecol Oncol, 2017, 147(3): 617-620.
- [14] 梁彩英, 等. 快速康复护理模式在宫颈癌围手术期护理中的应用与研究[J]. 吉林医学, 2015, 36(11): 2377-2379.
- [15] 陈蓓, 王晓军. 手术中低体温的相关因素和护理干预研究进展[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(11): 990-992.
- [16] 王英丽, 等. 手术患者术中体温保护现状调查[J]. 中国护理管理, 2017, 17(05): 695-698.
- [17] 郭晓娟, 陆金美, 赵文芳. 快速康复外科理念在宫颈癌患者围术期的应用研究[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(10): 20-22.

- [18] Glaser G, S C, Dowdy A, Peedicayil. Enhanced recovery after surgery in gynecologic oncology[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2018(2):143-146.
- [19] Lindemann K, et al. Enhanced Recovery After Surgery for Advanced Ovarian Cancer: A Systematic Review of Interventions Trialed[J]. Int J Gynecol Cancer, 2017, 27(6):1274-1282.
- [20] 黎昱昱, 林秀甜. 快速康复外科理念在预防下肢静脉曲张术后继发深静脉血栓的效果评估[J]. 中国医药科学, 2019, 9(24):135-138.
- [21] 陈其群. 对行宫颈癌根治术的宫颈癌患者实施全面康复护理的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2018, 16(04):264-266.
- [22] Meyer, L A, et al. Effect of an Enhanced Recovery After Surgery Program on Opioid Use and Patient-Reported Outcomes[J]. Obstet Gynecol, 2018, 132(2):281-290.
- [23] 李冬, 等. 加速康复外科护理对宫颈癌行腹腔镜下子宫广泛切除术患者术后康复水平的影响研究[J]. 癌症进展, 2016. 14(8):777-779.
- [24] 马滢霞. 加速康复外科护理在宫颈癌患者围手术期的应用效果[J]. 河南医学研究, 2017, 26(17):3264.
- [25] 刘国红, 徐莎. 快速康复外科理念对宫颈癌患者围术期的康复效果及并发症的影响[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(20):2737-2740.
- [26] 欧阳振波, 王存孝. 加速康复外科在妇科的应用进展[J]. 现代妇产科进展, 2017, 26(05):390-392.
- [27] Fanning J, F A, Valea. Perioperative bowel management for gynecologic surgery[J]. Am J Obstet Gynecol, 2011, 205(4):309-14.
- [28] 张清连. 加速康复外科理念在宫颈癌病人围术期护理中的应用[J]. 护理研究, 2018, 32(12):1933-1934.
- 作者简介: 第一作者: 杨娇(1996.3)女, 本科, 护士, 研究方向: 肿瘤护理. 通讯作者: 耿力, 女, 本科, 主任护师, 研究生导师, 研究方向: 肿瘤护理.