

加速康复外科应用于肝胆管结石腹腔镜解剖性肝切除术对患者术后应激及炎症反应的降低探讨

裴静容 吕 梦

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000

【摘要】目的：探讨加速康复外科应用于肝胆管结石腹腔镜解剖性肝切除术对患者术后应激及炎症反应的降低效果。方法：在华中科技大学同济医学院附属同济医院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月肝胆管结石腹腔镜解剖性肝切除术患者中抽取 100 例，以随机数表法分组，对照组（常规方案）50 例，观察组（加速康复外科方案）50 例，对两组手术指标、术后应激反应以及炎症反应。结果：观察组 CRP、WBC、NEU、LY 均显著低于对照组， $P < 0.05$ 。观察组 AD、NE、Cor 均显著低于对照组， $P < 0.05$ 。观察组引流管拔除时间、肛门排气时间、住院时间均较对照组低， $P < 0.05$ 。结论：肝胆管结石腹腔镜解剖性肝切除术给予加速康复外科干预可促进术后恢复，降低应激反应，控制炎症，促进术后康复，可提升患者术后康复质量，临床应用价值高。

【关键词】加速康复外科；肝胆管结石；腹腔镜解剖性肝切除术；应激反应；炎症反应

肝胆管结石指原发于胆管系统内的结石，性质多为含有多量胆红素钙的色素性混合结石，可引发胆管系统梗阻、感染，出现胆管狭窄、扩张，肝脏纤维组织增生，甚至导致癌变等病理改变，因此需及时进行治疗^[1]。腹腔镜解剖性肝切除术作为肝胆管结石治疗的常见方法，安全性和有效性均较高，但是肝脏本身供血系统复杂，在切除过程中对血管进行阻断，增加术后应激反应，并诱发炎症^[2]，不利于术后康复。加速康复外科通过对围术期具体策略进行优化，减轻围术期各应激反应，抑制炎症反应，促进术后早康复，这整体应用效果理想^[3]。本文对肝胆管结石腹腔镜解剖性肝切除术中加速康复外科的应用效果进行分析，评价其降低术后应激及炎症反应的作用，内容具下：

1 资料与方法

1.1 基本资料

在华中科技大学同济医学院附属同济医院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月肝胆管结石腹腔镜解剖性肝切除术患者中抽取 100 例，以随机数表法分组，对照组 50 例，观察组 50 例。对照组男性 27 例，女性 23 例，年龄 35-75 岁，年龄均数（ 55.02 ± 3.34 ）岁。观察组男性 26 例，女性 24 例，年龄 34-76 岁，年龄均数（ 55.11 ± 3.29 ）岁。对两组患者一般资料对比，无统计学意义 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组采用常规方案，术前 12h 禁食、8h 禁饮，麻醉后常规补液，并进行中心静脉控制。常规放置引流管、胃管、导尿管，手术室内维持常温，必要时加入暖风机对体温进行维持。术后结合患者疼痛情况给予镇痛，在排气后开始饮食，依据患者意愿安排下床活动，在适当时间拔除引流管，并排气后将胃管拔除。

观察组采用加速康复外科方案，在术前做好饮食调整和心肺功能锻

炼，术前 6h 禁食，2h 服用浓度 10% 葡萄糖 350ml，不进行常规肠道准备，精准评估 3D、残肝体积，并常规使用抗生素；进行全身麻醉联合硬膜外阻滞麻醉后，补液使用目标导向液体疗法，将中心静脉压控制在 0-5cmH₂O，严格控制室内温度和体温，维持高于 36℃；术后切口浸润注射是罗哌卡因+自控式镇痛泵，手术当日给予预防性止吐药物，术后 1d 安排进水，并鼓励下床活动，2d 给予流质食物，如术中留置胃管，清醒后即拔除，腹腔引流管视情况尽早拔除。

1.3 观察指标

(1) 炎症反应评估：指标包括 C 反应蛋白(CRP)、白细胞计数(WBC)、中性粒细胞百分比(NEU)、淋巴细胞计数(LY)。

(2) 应激反应评估，指标包括 AD(肾上腺激素)、NE(去甲肾上腺素)、皮质醇(Cor)。

(3) 术后恢复质量评估，指标包括引流管拔除时间、肛门排气时间、住院时间。

1.4 统计学方法

本研究用 SPSS21.0 进行数据处理，计数资料以 $n(\%)$ 表示， χ^2 值评价；计量资料以(平均数 \pm 标准差)表示， t 值评价；当 $P < 0.05$ 时，研究结果具有统计学意义。

2 结果

2.1 炎症反应评估

观察组 CRP、WBC、NEU、LY 均显著低于对照组， $P < 0.05$ ，详见表 1。

表 1 两组炎症反应评估 ($\bar{x} \pm s$)

组别	CRP (mg/ml)	WBC ($10^9/L$)	NEU (%)	LY ($10^9/L$)
对照组 (n=50)	78.45 \pm 14.56	11.34 \pm 2.75	77.35 \pm 4.32	98.76 \pm 22.21
观察组 (n=50)	29.65 \pm 6.76	7.26 \pm 2.33	67.76 \pm 4.45	75.21 \pm 13.33

t	21.496	8.004	10.934	6.429
P	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 应激反应评估

观察组 AD、NE、Cor 均显著低于对照组, P < 0.05, 详见表 2。

表 2 两组应激反应评估 ($\bar{x} \pm s$)

组别	AD (ppmol/L)	NE (pmol/L)	Cor (ng/ml)
对照组 (n=50)	145.87 ± 45.56	178.34 ± 23.76	265.96 ± 14.13
观察组 (n=50)	105.76 ± 30.11	153.21 ± 23.87	236.98 ± 13.05
t	5.193	5.276	10.654
P	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.3 术后恢复质量评估

观察组引流管拔除时间、肛门排气时间、住院时间均较对照组低, P < 0.05, 详见表 3。

表 3 两组术后恢复质量评估 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	引流管拔除时间	肛门排气时间	住院时间
对照组 (n=30)	4.32 ± 0.64	2.12 ± 0.82	10.96 ± 1.13
观察组 (n=25)	1.87 ± 0.73	1.53 ± 0.73	6.98 ± 1.05
t	17.845	3.800	18.245
P	< 0.001	< 0.001	< 0.001

3 讨论

肝胆管结石主要沿肝内病变胆管树区域性分布, 操作难度大, 腹腔镜解剖性肝切除术虽属于微创手术^[4], 但是肝脏属于腹部最大的实质器官, 双重血供系统增加缺血-灌注风险, 导致应激反应, 引发炎症, 因此需加强围术期管理^[5]。

加速康复外科以尽可能减轻手术创伤、患者应激反应为核心理念, 加速患者康复, 在各领域得到认可。本文数据分析发现, 该护理模式实施后患者应激反应、炎症反应各指标均降低, 术后康复更加理想。分析原因: 加速康复外科在术前做好宣教, 讲解疾病知识、手术流程等知识的普及, 使患者更加全面的了解疾病, 掌握手术方案、疾病转归等, 防止情绪波动引发的应激反应。增加术前评估, 采用多种影像学方法对病变部位、周围胆管、肝脏血管毗邻关系进行评估, 提升手术操作的精准性, 避免术后应激反应^[6-7]; 对于肠道准备, 常规术前 12h 禁食、4h 禁饮, 并做好肠道准备工作, 禁食禁饮时间过长, 易出现饥饿、烦躁感, 出现代谢性应激反应, 同时肠道准备工作会引发脱水、水电解质失衡, 而加速康复外科将禁食禁饮时间缩短, 饥饿、烦躁感改善, 并且不进行常规肠道准备, 手术耐受性增加, 术后恢复快^[8-9]; 加速康复外科中做好体温管控, 避免凝血机制紊乱、白细胞功能受损, 降低术后炎症指标; 对于各引流管, 传统观点认为其可对胆漏、出血进行及时处理, 但是增加

应激、炎症反应, 而尽早拔除可提升舒适度, 使患者及早下床活动, 对术后恢复更加有利^[10-12]。

综上所述, 加速康复外科应用于肝胆管结石腹腔镜解剖性肝切除术可降低应激和炎症反应, 促进术后康复, 推广价值高。

参考文献:

[1]雷泽华, 赵欣, 谢青云, 等.基于 LEER 模式的加速康复 All in One 病房在老年胆囊结石围术期的应用探索[J].肝胆胰外科杂志, 2023, 35(5): 280-284, 290.

[2]关惠元, 涂华华, 封彦青, 等.加速术后康复在腹腔镜胆总管探查取石伴 T 管引流术围术期的疗效及影响因素分析[J].腹部外科, 2023, 36(2): 128-133.

[3]窦杰, 刘桂玲, 牟灵英, 等.ERCP+EST 患者加速康复临床护理路径落实单的制订及应用[J].当代护士(中旬刊), 2022, 29(4): 138-143.

[4]温军业, 左庆娟, 王溪溪, 等.加速康复外科对腹腔镜下胆总管取石患者围术期炎症因子及炎性反应的影响[J].河北医药, 2021, 43(23): 3556-3559.

[5]李佳佳, 李汛, 岳平, 等.ERAS 多元化临床干预路径在不同年龄层次胆管结石患者 ERCP 围术期中的应用[J].西部医学, 2022, 34(10): 1497-1501, 1506.

[6]韩绍伟, 周玖桥, 李季男, 等.ERAS 对肝外胆管结石患者术后早期炎症反应的影响[J].中南医学科学杂志, 2022, 50(5): 696-698, 739.

[7]张玉佳. 临床护理路径在胆囊结石合并胆总管结石患者围术期的应用研究[J]. 养生保健指南, 2019(31): 360.

[8]张娟, 张艳芳, 马静, 等.ERAS 对胆囊结石合并胆总管结石患者术后康复及应激因子的影响[J].中华普外科手术学杂志, 2021, 15(4): 444-446.

[9]汤海波, 琺然. 腹腔镜胆总管切开取石一期缝合治疗胆总管结石术后胆漏发生的危险因素研究[J]. 腹部外科, 2020, 33(4): 306-310.

[10]赵硕, 王均蒙, 胡志恒, 等.ERCP 联合 LC 一期治疗胆囊结石合并胆总管结石在加速康复外科中的应用[J].中国现代普通外科进展, 2023, 26(3): 234-238.

[11]姚鑫, 周博. 腹腔镜联合胆囊镜保胆取石术后应用消炎利胆片对胆囊结石合并胆总管结石患者的影响探讨[J]. 中国实用医药, 2023, 18(13): 104-107.

[12]向巧君, 雷春沙. 经内镜逆行胰胆管造影术联合腹腔镜序贯治疗胆总管结石合并胆囊结石的围术期护理体会[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(1): 58-60.