

加速康复外科理念指导下结直肠癌围手术期的护理实践及体会

卢欣茹

(华中科技大学同济医学院附属同济医院)

摘要: 快速康复外科在结直肠围手术期的应用已经获得较多循证医学的支持,其可明显减轻患者术后应激状态、加快术后康复、缩短住院时间、减少住院费用、提高患者舒适度及满意度。护理人员作为患者管理过程中重要的一环,在对 ERAS 正确理解并熟练掌握的基础上,全程加强围手术期心理护理支持、术前全方位评估患者的生理功能、营养状况等,尽量减少机械性肠道准备、结合术后多模式镇痛、鼓励病人早期进食和早期下床活动和功能锻炼、尽量不置管或尽早拔管、术中及术后预防恶心呕吐、预防深静脉血栓等方法,可以减轻患者的痛苦、缩短了住院时间,促进了患者的康复过程,提高了生活质量,提高了患者满意度和医院的效益。快速康复外科护理模式快速发展过程中日益完善,护理人员需要更多的实践及学习以完成加速康复外科护理模式的转变。

关键词: 快速康复外科 结直肠手术 护理实践 护理体会

快速康复外科 (enhanced recovery after surgery, ERAS) 是指采用一系列围手术期管理方法和循证医学证据,以减少患者的生理和心理的创伤和应激反应,达到促进病人快速康复的目的,提高患者术后生活质量[1]。快速康复外科护理是一种以循证医学为基础的多模式综合性护理方案。结直肠癌作为临床上常见且高发的消化道肿瘤之一,手术切除仍是其首选治疗方案。近年来,随着对 ERAS 理念认识的逐步深入以及相关临床研究的规范化开展,使得 ERAS 在结直肠外科的应用有了较多的高级循证医学证据[2],我国也制订了最新的中国加速康复外科临床实践指南。通过学习,结合 ERAS 理念及结直肠癌围手术期护理,主要在以下几个方面进行实践。

1 围手术期心理护理

对于患者而言,由于缺乏相关医学知识,身体的不适又加重了他们心理的负担,而焦虑恐惧的心理状态可能会引起患者生理应激反应,甚至对患者的疾病发展产生恶性影响。护士应首先以专业的知识和能力获取患者的信任,与患者建立良好的沟通关系,在充分了解患者病情及手术方案的基础上,对患者进行术前宣教,告知患者手术的目的和必要性,手术的方式方法,术后可能会遇到的情况等,制订患者个性化健康宣教需求表,也可以通过图文媒体方式或是组织手术恢复期患者的交流会等多种方式,提高患者认知并最大程度降低患者心理压力,同时让患者及家属成为促进快速康复的参与者,大大提升患者整个治疗期间的依从性。

术前评估及宣教

2.1 器官系统评估 有无基础疾病,失眠、抽烟史等,通过握力测试及 6min 步行测试,生活自理能力、营养风险筛查, DVT 风险等评估,及时调整患者术前状态。

2.2 根据病人情况指导康复训练,如提肛运动,缩唇呼吸锻炼,有效咳嗽咳痰的方法,踝泵运动等。通过术前针对性康复训练,提高功能储备,降低术后并发症的发生,促进术后康复,并且康复训练可贯穿于整个围手术期[2],训练强度应根据病人个体情况进行调节。

2.3 术前营养及肠道准备 传统胃肠道手术一般需 3 天前禁食肠道准备,会对患者会产生诸多不利影响,如口渴、烦躁、头痛、血容量减少、低血糖等[3]。ERAS 理念提出术前禁食 6h,禁饮 2h,术前 2h 可进食碳水化合物(如 12.5%葡萄糖水或是脉动饮料、素乾等),更有利于患者的康复,降低低血糖发生率,提高患者的舒适度,糖尿病患者应根据血糖情况选择合适的饮品。术前机械性肠道准备容易导致电解质紊乱、肠道菌群失调和肠粘膜屏障损伤,且未见降低术后切口感染、吻合口漏等的发生率[4]。术前 3d 指导病人进食少纤维高蛋白易消化的食物。术前一天进无渣饮食,可联合营养科制订个性化的营养方案,保证病人的营养补充,根据患者情况可选择口服聚乙二醇电解质散剂等肠道清洁药物,必要时可联合机械性肠道准备,以达到手术要求,同时,应注意患者安全预防跌倒,关注患者的大便情况,及时补充能量及电解质,避免因肠道准备而造成的水、电解质紊乱。

术后多模式镇痛

肠道手术后的疼痛属于急性疼痛,对机体的刺激性较大,会严重限制病人术后的主、被动活动与功能锻炼,延迟术后的恢复。术后有效镇痛不但可以减轻疼痛对机体的刺激及病人的痛苦,还能有效减少或控制术后并发症的发生,促进机体康复[5]。术前,护士认真落实多模式镇痛的相关知识宣教,向患者及家属详细讲述多模式的方式方法及其优点,使患者及家属正确认识镇痛知识,改变止疼药物会引起成瘾的不良反应的认知,促进患者的配合,并且善用使用疼痛评估工具(VAS 评分表等),及时掌握患者疼痛程度,根据患者的疼痛情况及时处理,联合麻醉科、管床医生对其实施正确镇痛方式和超前镇痛处理,如术后 48 小时内使用自控式镇痛泵并联合使用非甾体类抗炎药等、减少阿片类药物的用量。术后也可使用穴位电针刺激等方法,观察镇痛效果,尽可能减轻手术疼痛对患者的刺激,提高患者舒适度,也为术后早期活动做准备,有效促进患者的加速康复。

术后早期活动与康复训练

ERAS 理念鼓励患者术后早期活动和康复训练,对于结直肠术后病人,指导其术后有效咳嗽、早期下床,可预防坠积性肺炎等并发症的发生,预防深静脉血栓形成,更能促进胃肠道蠕动,防止腹胀,预防肠粘连,促进患者的恢复。术后患者麻醉清醒后,即可抬高病人床头 30 度取半坐位,可以有效减轻腹部张力,避免由于腹胀引起的呼吸困难,提高患者舒适度。指导患者进行呼吸训练缩唇呼吸和有效咳嗽,进行有效咳嗽训练时应用手十指展开置于腹部,用力固定伤口,避免咳嗽时引起伤口振动引起疼痛。指导床上翻身活动,行肌肉关节功能锻炼,直肠术后患者应指导其进行提臀缩肛运动,同时可使用穴位电针刺激等方法促进胃肠功能排气。患者在充分镇痛的前提下,术后 1d 可指导患者行床边活动,以患者耐受度为准,并逐渐增加运动量,坚持每日锻炼,同时应注意患者的安全,预防跌倒。

术后早期进食

腹部手术后 6-12h,小肠的蠕动、消化、吸收功能基本恢复。术后早期进食

食可减少腹部手术后的感染并发症,刺激肠蠕动,促进胃肠功能的恢复和减少胃肠道反应。术后麻醉清醒后,可给予温开水 15ml,每隔 30min 口服,缓解口渴,也可通过嚼口香糖,刺激神经反射促进胃肠蠕动。术后第 1d,若无腹胀腹痛等不适,可少量多次进食米汤等流食,并逐渐加量,向半流食、普食过渡。病人经口进食量未达到生理需要量时,应继续给予静脉营养支持,可联合营养科对患者制订个性化营养支持,保证患者的营养补充,提供机体恢复所需的营养量。

术后恶心呕吐(PONV)的预防与治疗

患者术后 PONV 的发生会加剧患者的疼痛、影响患者早期进食,还易造成患者的水电解质紊乱,延缓术后恢复时间并且造成患者的痛苦。其危险因素包括女性、低龄(<50 岁)、晕动症或 PONV 病史、非吸烟者、吸入麻醉以及术后给予阿片类药物等。术后可依

(下转第 146 页)

(上接第 144 页)

据病人的高危因素采取措施降低 PONV 的风险。对于有 PONV 风险的患者,可预防性使用止吐药物如 5-HT₃ 受体拮抗剂如盐酸托烷司琼,可联合小剂量地塞米松。原则上联合应用止吐药的优于单一药物。注意观察患者有无呕吐反应,预防误吸,若有呕吐物应及时清理,以免增加患者不适感。

7 术后深静脉血栓的预防

结直肠术中使用人工气腹暴露手术视野及术后腹部手术相关操作加大了对下肢静脉的压迫,阻碍下肢静脉回流,且患者术后血液处于高凝状态,这些元素成为下肢静脉血栓形成的原因,一旦血栓形成,不仅增加患者的痛苦,还威胁患者的生命安全,及时进行有效护理干预进行预防显得尤为重要。指导患者麻醉清醒后在床上行踝泵运动及股四头肌运动,协助患者翻身,术后早起下床,可以使用弹力袜和压力泵治疗等方式促进下肢静脉回流,物理预防可有效降低血栓风险,临床通常使用物理预防加药物预防以达到最佳效果,药物预防通常使用低分子肝素等抗凝药物进行皮下注射,术前 D-二聚体升高患者应行低分子肝素预防性抗凝治疗。我们须关注患者的肢体循环及活动,当患者出现下肢肿胀疼痛时应警惕下肢静脉血栓的形成,及时报告医生并予以抬高制动,并及时行溶栓处理。

8 引流管的管理

研究表明,除低位直肠手术外的择期结直肠手术,患者无需常规置腹腔引流管,并不增加术后感染及吻合口漏等并发症的风险[2],但临床为充分引流血性积液,观察腹腔情况、避免感染及吻合口漏的情况仍有常规置引流管,如无并发症发生的情况,应尽早拔除引流管。尿管留置时间与尿路感染的发生率成正相关,结直肠术后 24h 应尽早拔除尿管,而低位直肠的病人应根据术中盆腔自主神经保护情况酌情延长尿管留置时间,尿管留置期间应做好尿道口的清洁与消毒,观察尿液的情况,把握拔管指针,尽早拔除,以减轻来自尿管对尿道的不良刺激,增加患者舒适度。

总结与体会

快速康复外科护理理念已被广泛应用于结直肠围手术期护理

实践之中,它的内容在实践中逐渐丰富,包括患者生理、心理的照顾以及并发症的预防,要求我们在临床中通过全面评估患者需求,加强患者的健康宣教,缓解患者焦虑不安的情绪,调整患者术前状态,并且以患者为中心制定个性化护理方案,通过饮食、多模式镇痛、康复锻炼及并发症预防等多个方面,协同多个学科共同完成对病人整个围手术期的护理,以加速患者的康复,降低并发症的发生率,缩短患者的住院时间,减轻患者经济负担,提高患者住院满意度。而临床实践过程中,传统观念的根深蒂固,护患关系的紧张,护理工作的繁忙等等问题对加速康复外科护理模式的全面推广造成阻碍,在整个护理实践中,要求我们以病人为中心实施全面整合的护理,与传统护理模式相比,加速康复外科护理模式对我们的要求越来越高,对我们的工作也提出了更多的挑战,护理人员需不断加强自身学习、提高专业素养,善于学习利用各类评估工具、不断根据患者具体情况变化制定个体化护理方案,不断加强与各学科之间的联系,成立包括护理、管床医生、临床营养师、麻醉师等在内的快速康复外科团队,对患者进行全面不间断照护,才能保证快速康复护理发展的质量,帮助患者实现快速康复。

参考文献:

- [1] CIEMENTE - GUTIÉRREZ U , SANTES O, SARRE - LAZCANOC . ERAS for appendectomy : a model that is here to stay . Apen - dicectom í a con protocolo ERAS : una modalidad que lleg ó para quedarse [J]. Cir Cir ,2019,87(5):600-601.
- [2]中华医学会外科分会,中华医学会麻醉学分会.中国加速康复外科临床实践指南(2021).(五)[J]协和医学杂志.2021,2(15):658-665
- [3]沃敏.快速康复外科理念及其在围手术期护理中的应用[J].上海医学,2017,38(12):7-8
- [4]陈创奇,何裕隆.加速康复外科在我国结直肠外科临床实践中的挑战与对策[J].消化肿瘤杂志(电子版),2016,8(2):68-71
- [5]朱丽,赵梅珍.快速康复外科多模式镇痛在肠道手术病人中的应用[J]2015,2(13):481-483