

基于 ERAS 理念优化肝癌患者围术期康复护理流程

李晓菲 刘银

(陕西省人民医院 陕西西安 710068)

一、摘要

肝癌即肝脏恶性肿瘤，可分原发性肝癌和继发性肝癌，据报道原发性肝癌在全球癌症相关死因中排第 3，肝癌的 5 年生存率为 18%，手术是目前最有效的治疗方法，但是肝切除手术创伤大，导致机体内环境及免疫功能紊乱，影响术后康复，降低生活质量。肝癌精准切除由精准医学发展而来的手术，其主要强调精准术前评估、精准切除肿瘤组织、尽可能控制手术创伤，不仅能获得良好的手术效果、还能促进患者术后康复，最年来，因为肝脏外科的医疗技术不断发展，通过腹腔镜手术进行肝癌病灶切除也就成了主要治疗手段。然而，在肝癌精准切除围手术期，护理干预也尤为重要。加速康复外科(ERAS)理念于 1997 年由丹麦教授 Henrik Kehlet 提出，它是一种提升整体医疗水平，加速患者术后康复速度的新模式。加速康复外科护理作为一种采取一系列优化护理措施，将以“疾病”为中心的护理转为以“患者”为中心的护理模式，使患者获得全面、整体的护理干预，来减少患者围手术期应激反应的护理方案，护理措施贯穿了 ERAS 全程，其能实现快速康复的目的，近年来已在肝癌围手术期广泛应用，本文就肝癌患者在全麻下行腹腔镜肝叶切除术简述加速康复理念在肝癌围术期减少应激反应、促进术后胃肠功能恢复，降低并发症发生率的应用效果。

二、加速康复护理流程

1、入院评估

患者入院后立即行各类评估。(1)、肺功能评估，全面客观地把握患者的运动反应、心肺功能储备、有氧运动和功能受损程度，评估术后肺部并发症的风险，识别高危患者。(2)、营养评估，由于患者肝功能差、代谢功能障碍，存在不同程度的营养不良，术前进行营养风险筛查，制定营养诊疗计划，包括营养评定、营养干预与监测。(3)、疼痛评估，依据数字评分法和面部表情评分法，准确评估疼痛程度和特征，制定有效治疗计划，提供个性化疼痛管理。(4)、心理评估，以患者为侧重点，主要从精神状态、对健康的理解、应激水平和应对能力、环境适应能力四个方面进行评估，早起识别、原因分析，针对患者特点实施心理干预。(5)、日常生活能力评定(Barthel)评分，评定时注意观察患者实际操作能力，而不是仅依赖其或家属口述，考察其实际状态，观察疗效，为及时调整治疗方案提供依据以及判断预后。

2、围手术期宣教

围绕 ERAS 围手术期措施，从入院到出院每个重要时间节点进行全流程的宣教。(1)、入院指导患者做好个

人卫生处置，修剪指甲，戒烟、戒酒，重点介绍麻醉、手术及围手术期等诊疗事项，以缓解病人焦虑、恐惧情绪，使患者及其家属充分了解自己在 ERAS 路径中的重要作用，以更好地配合项目实施。(2)术前：加强术前宣教，解决患者心理应激问题，基于常规宣教基础上，组织患者参加健康知识讲座：疾病相关知识宣教、治疗方式科普、疗效预期、术后康复锻炼等内容；为患者咨询提供便利，利用每日交接班时间及查房，护理人员需与患者及家属沟通交流，了解患者心理状况，为其缓解因疾病、手术等因素导致的高应激状态(3)、术后康复宣教，包括术后早期进食(时间、饮食种类等)、早期下床活动(第一次下床时间、活动量累积)、疼痛管理(疼痛的程度、用药、放松疗法)、引流管护理(观察、带管活动)等，增加患者对医生、护士的信任感，积极配合相关恢复功能锻炼及康复指导，促进出院，提升患者出院后的自我管理效能。

3、疼痛护理

采取多模式镇痛、三阶梯镇痛及超前镇痛理念，以获得更好的镇痛效果，根据疼痛数字法评估，阵痛目标为患者运动痛控制良好，疼痛评分控制在 3 分以下。(1)术前给予超前镇痛理念，术前 30 分钟予非甾体类消炎镇痛药(氟比洛芬酯注射液、帕瑞昔布钠静滴)(2)、术后使用镇痛泵，匀速给予镇痛药。(3)、术后 1-3 天常规每日使用帕瑞昔布钠静滴，一日两次，动态评估患者疼痛评分，及时处理突发疼痛并准确记录，减少与镇痛相关的不良反应减少。(4)、术后第 4 天给予规律服用口服止痛药。(5)、指导患者减轻疼痛的放松方法：①取舒适卧位，侧卧或者半卧位，减轻腹壁紧张。②保持大便通畅，减轻腹胀，以免诱发疼痛。③保持情绪稳定，焦虑的情绪易引起疼痛加深。④转移注意力，听音乐、看小说等。

4、营养支持

术前进行营养风险筛查，制定营养诊疗计划，包括营养评定、营养干预与监测。首选经消化道途径如口服及肠内营养支持。当经消化道不能满足需要或无法经消化道提供营养时可行静脉营养。术前给予营养支持，以改善患者营养状况，降低术后并发症发生率。术后采用目标导向性输液、控制输液总量，早期进食：患者术后无恶心呕吐 2 小时后少量饮温水，术后 12 h 进流质饮食，每日嚼口香糖 3 次，每次 15 分钟，促进肠功能恢复，排气排便后，逐渐改为半流质、软食至正常饮食。三餐补充安素肠内营养粉(4~6 勺/次，用温水冲服，3 次/天)。患者术后多摄入蛋白质丰富、低脂的食物(鱼、鸡蛋白、豆腐、虾仁、鸡肉、新鲜蔬菜、水果等)。

5、早期活动

术后患者意识清醒即可做前臂弯举、卧位翻身、直腿抬高床上活动训练,术后第1天即可开始下床活动,建立每日活动目标,逐日增加活动量。活动时间安排:

(1)、手术当日床上坐起2次/天,每次5-10分钟。(2)、术后第1天搀扶下床活动,3次/天,每次10-15分钟,以不疲劳为宜。(3)、术后第2日自主下床活动,3-4次/天,每次15-30分钟。(4)、术后第4天,逐步恢复正常活动。

6、引流管护理

引流管是肝切术后成功的必要保证。引流管可将人体积血、积气、及胃内容物等引出体外,对引流量、颜色及性质的观察,可判定术后又有无大出血及病人恢复情况。因此,对肝切术后留置引流管或胃肠减压管的患者,应做好护理。(1)、手术当天不常规留置胃管,减轻患者恶心呕吐及咽喉不适感。(2)、麻醉后留置尿管,减轻尿管刺激,术后24小时内拔除尿管,自主排尿,减轻尿路刺激征及尿路感染发生率。(3)、腹腔引流管术后留置1根,妥善固定、保持引流通畅,观察颜色、性状、量,术后第一天、第三天分别行床旁B超,在术后无活动性出血和胆漏的情况下,于术后第4-5d拔除引流管。

7、中医护理

由于患者存在对疾病治疗焦虑与无助感,入院后请中医科会诊,予应用中医安神方睡前泡脚,涌泉及三阴交贴敷中医失眠贴,促进患者入睡,减轻焦虑,保存患者体力。对于术后肠蠕动恢复情况,使用中医消化、便秘贴,贴敷足三里、上巨虚、中腕、神阙天枢;雷火灸灸于足三里,注意防烫伤,促进早日排气、排便,缓解腹胀。

8、呼吸道护理

气道炎症是术后肺部并发症的中心环节。手术患者通常需要给予气道管理,从术前、术中、术后各阶段气道危险因素及防治措施。尤其是对于术后痰量增多或痰液不易咳出者,气道管理可以有效减少并发症、缩短住院时间、降低再住院率及死亡风险、改善患者预后,减少医疗费用等。(1)、患者入院后立即开始肺功能锻炼指导(吹气球、深呼吸、肺功能锻炼器)确保肺功能处于正常功能状态。(2)、术前指导有效咳痰,定时扣背,按压伤口,避免腹壁在咳嗽时剧烈活动,造成疼痛后患者害怕咳痰,病情允许下,可取坐位、前倾上身,放松肩部,手掌按压剑突两侧,深呼吸3-5次后做短促有力咳嗽2-3次,之后做1次深咳,吐出痰液,确保在术前及时学会有效咳痰方法,术后能准确运用,避免不良咳痰方法,导致的肺部感染。(3)、术后湿化持续低流量吸氧,保持呼吸道湿润,防止呼吸道干燥引起不适。(4)、密切

监测呼吸频率、血氧饱和度指标,及时发现并处理异常情况。

9、心理护理

强调针对患者心理活动实施全程、动态评估。准确的评估,识别病情变化,分析其原因,注意沟通技巧(1)、注意倾听。(2)、谈话要适度。(3)、注意情感交流。①赢得患者认同②保护患者隐私③尊重患者权益。针对患者特点实施心理干预,包括药物治疗、心理治疗、社会支持等方面措施。

三、护理评价

经个性化治疗和应用加速康复护理后患者疼痛、营养状态、拔管时间、住院时间、生活质量均有显著改善。

疼痛:充分止痛是加速康复计划中的重要环节,术后采用多模式联合止痛,将疼痛控制在 ≤ 3 分,不仅减少手术应激反应,也促进患者早日下床活动,患者可于术后第一日下床活动。

肠功能恢复:首次肛门排气、排便时间均早于常规护理,经口进食提前,有效改善患者术后营养状态,肛门排气时间在术后12-24小时内,排便在24-36小时内。

拔管时间:规范化流程,针对病情制定个体化治疗方案,不仅减少了插管并发症,还缩短了拔管时间,留置导尿在术后24小时内拔除,腹腔引流管术后3-5天拔除。

住院时间缩短:精细化诊疗,减少术后并发症和应激反应,促进术后恢复,缩短手术患者住院时间,患者由之前的术后10天左右出院可提前至术后1周,对于腹腔镜肝左外叶切除患者可提前至术后3-4天。

生活质量改善:患者恢复良好,无恶心呕吐、腹胀等情况,食纳可,二便正常,日常生活能力评定(Barthel)评分整体提升,患者生活质量状况比入院时明显提高,出院时基本可恢复至未患病之前的状态。

患者满意度:加速康复护理强调从每位患者的实际病情及需求出发,给予患者全方位的护理,从而使患者治疗期间对护理服务的需求能够得到充分满足。能够及时疏解和改善患者的负性情绪,提高患者舒适度和满意度,护理满意度可达到98%~99%。

四、护理总结

根据加速康复外科临床路径专家共识和指南规范,结合临床实践工作经验,制定肝癌加速康复外科实施方案,明确管理人员和专业技术人员的岗位职责,完善工作制度、操作流程、诊疗规范,加速肝癌患者术后康复,缓解术后疼痛,降低并发症发生率和围手术期死亡率,缩短住院时间,提高护理满意度。在临床护理中获得新知识和新观点,具有临床改进和提升护理服务品质、指导临床实践的重要意义。