

加速康复外科理念在微创心脏手术中的应用进展

张小霞

(陕西省人民医院 710068)

摘要: 目的: 探讨加速康复外科护理在微创心脏手术后创伤后的应用进展。方法将我 2019 年 8 月至 2020 年 8 月收治微创心脏手术患者 70 例为研究对象, 随机分为研究组与对照组, 各 35 例。对照组给予心外科常规护理, 研究组给予对照组基础上实施加速康复外科护理。对比两组术后 PTSD 症状阳性发生率及 PCL-C 量表得分。结果研究组回避/麻木、重体验、警觉性提高阳性率均低于对照组, 差异具有显著性 ($P < 0.05$); 研究组术后的 PCL-C 量表得分明显低于对照组, 差异具有显著性 ($P < 0.05$)。结论加速康复外科护理能对成人术后心脏起到良好的预防作用, 有效降低其 PTSD 症状水平及 PTSD 症状阳性发生率, 提高病人生活质量。

关键词: 加速康复外科护理; 微创心脏手术; 创伤后应激障碍

引言

加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)是基于循证医学的一种围术期处理策略, 能有效减少手术患者生理和心理应激, 实现快速康复, 已成为近年来外科热点问题。微创心脏手术体现“以患者为中心”, 力求给患者带来的创伤更小。如何将 ERAS 理念与微创心脏手术有机结合, 值得进一步研究和推广。现将 ERAS 理念在微创心脏手术中的应用进展进行综述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2019 年 8 月至 2020 年 8 月所收治的体外循环手术患者 70 例, 随机分为研究组与对照组, 各 35 例。对照组给予心外科常规护理, 研究组在其基础上实施加速康复外科护理。研究组男 25 例, 女 10 例; 年龄 22~68 岁, 平均 (48.62 ± 2.32) 岁。对照组男 26 例, 女 9 例; 年龄 20~70 岁, 平均 (50.83 ± 3.40) 岁。两组患者在性别、年龄等方面比较, 无明显差异 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法

对照组采取常规护理。观察组采取, 具体内容如下:

术前: ERAS 理念强调在术前缩短禁饮禁食时间, 尤其是清液体的禁饮时间, 可减轻术后急性期反应和胰岛素抵抗, 加快胃肠道功能恢复, 提高患者满意度。①术前: 贯彻 ERAS 理念, 可以减轻患者不适感, 减少术后急性期反应和血糖波动, 促进胃肠道功能的恢复。此外, 术前 30min 常规应用抗生素, 做好皮肤准备可以降低手术切口感染的风险。针对不同文化程度、心理状况的患者进行全面的评估及宣教, 并进行手术方式和麻醉方式及过程等相关注意事项, 详细讲解可能出现的不良状况解决措施。减少禁水、禁食时间, 术前禁食 6~8h, 禁水 2h。②术中: 与患者沟通, 减少焦虑及恐惧等心理, 并注意保暖等措施, 在麻醉期间持续泵入丙泊酚及瑞芬太尼, 并间断吸入七氟醚、间断推注顺式阿曲库铵以持续麻醉。在心脏手术中, 对患者血糖要求十分严格, 根据患者个体化原则制定禁饮禁食方案。③术后: 于术前 1h 停用顺式阿曲库铵, 伤口缝合时停用丙泊酚及芬太尼。术后采取 PCIA 进行镇痛, 药物包括枸橼酸舒芬太尼、地佐辛和昂丹司琼, 输注量 2ml/h, 单次剂量 2ml, 锁定时间 15min。

1.3 观察指标

选取 PTSD 量表 (PCL-C) 进行病人自身症状严重程度评估。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 对研究对象采集的数据进行分析处理, 计量数据采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示; 计数资料采用 % 表示, 使用 χ^2 对数据进行检验; $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 病人 PTSD 三大症状发生率对比

研究组回避/麻木、重体验、警觉性提高阳性率均低于对照组, 差异具有显著性 ($P < 0.05$)。见表 1

表 1 病人 PTSD 三大症状发生率对比

指标	研究组	对照组	χ^2 值	P 值
警觉性提高				
总项次	1040	1040	11.593	<0.05
阳性项次	220	284		
阳性率/%	21.15	27.31		
重体验				
总项次	1040	1040	11.603	<0.05
阳性项次	118	148		
阳性率/%	11.35	14.23		
回避/麻木				
总项次	1610	1610	10.684	<0.05
阳性项次	155	235		
阳性率/%	9.63	14.60		

2.2 术后两组患者不同阶段 PCL-C 量表得分情况对比

研究组得分明显低于对照组, 差异具有显著性 ($P < 0.05$)。见表 2

表 2 术后两组患者不同阶段 PCL-C 量表得分情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	恢复期	术后 3 个月	术后 6 个月
研究组	35	23.83±7.61	23.17±6.04	18.38±4.45
对照组	35	27.89±8.22	24.97±3.49	22.45±3.52
t 值		12.594	12.306	11.495
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

随着胸腔镜手术技术的逐渐推广, 心脏手术逐渐趋向微创化。对胸腔镜下二尖瓣置换术与传统开胸手术进行对比分析发现, 胸腔镜下二尖瓣置换术与传统正中开胸手术具有相同的安全性和有效性, 但胸腔镜下心脏手术术后引流量少、输血量少、住院时间缩短等优势, 符合 ERAS 理念。ERAS 理念倡导在术前、术中及术后采用一系列有循证医学证据的围手术期优化措施, 使患者尽快恢复到术前状态。优化围手术期的疼痛是 ERAS 管理的重点, 术中及术后的疼痛是导致患者治疗及预后不佳的主要原因。疼痛可引起机体出现应激反应, 并造成免疫抑制, 增加伤口感染风险并延缓伤口愈合。有研究表明, 既往有关心脏手术的传统常规麻醉采取大剂量的药物, 虽具有一定效果, 但其可导致患者预后不良, 增加住院时间及通气时间, 能减少应激, 提高护理效果。先天性心脏病, 主要包括动脉导管未闭和房间隔缺损、室间隔缺损, 是常见的几种先天性心脏病。近年来, 随着介入封堵技术和器械的成熟, 应用经皮和经胸小切口微创封堵治疗先天性心脏病越来越成熟。与传统开胸的外科手术相比, 此类封堵治疗不需要体外循环, 具有损伤小、痛苦小、不开胸、有些甚至不麻醉和不使用气管插管的优点, 特别是对于有可逆性肺动脉高压的患者, 可以免体外循环, 从而减少并发症的发生, 明显缩短住院时间, 减轻经济负担。

结束语

综上所述, 由于国内微创心脏外科技术应用较晚, 心脏手术本身风险和难度大, 在微创心脏外科开展加速康复理念具有一定的挑战性和难度, 对心脏外科医生、护士、麻醉师和医院行政人员的团队合作提出了更高要求。因此, 遵循快速康复原则, 心脏外科手术

(下转第 37 页)

(上接第 35 页)

应结合自身条件制定针对性的个性化诊疗方案,以达到最佳临床应用效果。

参考文献

[1]陈静娜,陆关珍,吴婷婷,陈影,杨艳玲.预康复策略在加速康复外科领域中的研究现状及展望[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(12):149-152.

[2]叶家欣,陈涛,陈成,王志刚,程永庆,王哲芸,王东进,葛敏.心外科加速康复模式的建立与效果评价[J].医学研究生学

报,2019,32(11):1145-1149.

[3]郑爽,梁萱,洪敏.加速康复外科理念在体外循环心脏术后应激障碍患者中的护理效果[J].中国民康医学,2019,31(07):146-148.

[4]刘鸿,刘晓程.加速康复外科理念在小儿心脏外科中的转化与应用[J].转化医学杂志,2018,7(02):65-67.

[5]张岚.加速康复外科护理对预防成人心脏术后创伤后应激障碍的效果[J].护理实践与研究,2018,15(02):5-7.

作者简介:张小霞(1993.06.24),女,陕西山阳,专科,护师,研究方向:快速康复在护理中的作用