



多学科协作快速康复在骨科老年患者围术期的应用

钟 靖

(湖北医药学院附属人民医院脊柱外科 湖北十堰 442000)

【摘要】 目的 探讨快速康复骨科理念在骨科老年患者围手术期的应用价值。方法: 选择 2017 年 1 月至 2017 年 7 月于我科进行老年腰椎骨折微创手术 50 例进行, 其中对照组 30 例予传统围术期模式, 观察组 20 例给以多学科协作快速康复模式。比较两组患者术后排气时间、术后并发症发生情况、术后营养问题、疼痛问题及恢复情况。结果 术前禁食禁水、术后进食和下床活动时间缩短, 术后并发症的发生率降低, 营养充足, 住院时间缩短, 病人康复时间加快。结论 多学科协作的快速康复外科围手术期护理可以有效加速患者康复进程, 具有安全性和有效性【1】。

【关键词】 多学科 快速康复 老年患者 围手术期

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 15-107-02

丹麦腹部外科医生 Kehlet 和 Wilemore 于 2001 年提出了“快速康复外科”(Fast-track Surgery, FTS)理念, 也称为“术后加速康复”(Enhanced Recovery After Surgery, ERAS), 是指将围手术期中麻醉、护理和外科医学等学科的最新研究证据相结合的一种集成创新理念; 是采取优化的临床路径, 强调减少创伤应激、促进器官功能早期康复、减少并发症和缩短患者住院时间的临床实践过程【2】。研究表明, 多学科快速康复在结骨科老年患者手术中能减少手术应激反应及并发症, 加快患者术后快速康复, 显著减少患者住院时间, 具有安全性与可行性。合理的围手术期护理是促进患者快速康复的重要环节, 优化原有常规护理措施, 促进患者更快康复。快速康复外科是以多学科协调努力为基础, 并以循证为原则的促进患者术后快速康复的多模式照顾, 多学科之间的紧密配合可以促进患者恢复以及围手术期管理的高效性, 有利于循证治疗, 满足患者需求。因此, 自 2017 年 1 月-7 月 在护理专家的指导下脊柱外科开展了以多学科快速康复的理念, 并应用于临床护理中, 与常规组对比, 取得了良好的成效, 现报道如下。

1 资料方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2017 年 7 月在我科住院拟行脊柱骨折微创 50 例, 纳入标准: ①年龄 60~80 岁; ②择期手术者; ③采用局部麻醉; ④患者神志清楚, 无精神疾病, 签署知情同意书并自愿加入本研究。排除标准: ①糖尿病、高血压、心脏病、重度贫血及严重心、肺、肾等功能障碍等; ②伴有严重视听障碍或精神障碍; ③中途退出本研究者。【3】

1.2 方法 对照组予以传统围术期模式, 术前予清洁灌肠, 需禁食 12 h, 禁饮 4 h; 采用局部麻醉; 术后带尿管及引流管, 麻醉清醒 6 小时后方可饮食, 疼痛时按需予止痛药。观察组予以快速康复骨科模式, 术前不行常规清洁灌肠, 不需要禁食禁水, 可以进食温和和不刺激食物。

1.3 结果 20 例病人康复出院未发生并发症。

2 观察组

建立快速康复项目小组①成立快速康复护理专业小组: 以科主任组织胃肠外科、麻醉科、营养科、康复科、疼痛科、睡眠医学中心、心理咨询师等参与快速康复护理小组, 由本科室责任护士担任, 所有小组成员均遵循自愿原则参与项目实施。就整个项目具体开展的阶段性任务、目标进行量化, 设置了临床病例信息收集的汇总表, 以科学、严谨的方法指导护士收集临床资料。②成立多学科专家指导与协作小组: 邀请胃肠外科医生、营养科营养师、康复科医生、心理咨询师和麻醉师作为多学科专家指导与协调小组成员共同参与。在护士护理过程中, 当出现护理人员解决不了的护理问题时联系其他相关学科负责人共同解决。如患者营养状况很差, 一般饮食护理无法缓解时, 护士就会联系营养科医生, 与主管医生共同为患者制订可行的营养支持治疗方案。另一方面, 在护士循证实践过程中, 需要改进、优化相关治

疗、检查、护理流程时, 均要与医生等其他专业进行协商。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 术前评估 骨科老年患者多, 并发症多。所以术前收集患者的相关资料进行多学科讨论, 手术前风险评估包括急诊手术、高龄、体重下降、神经系统疾病、心肺疾患、低蛋白血症、手术时间延长和腹膜感染、心理状态、性格特征以及对疾病认识等, 多学科进行会诊和讨论 向患者和家属详细介绍加速康复外科治疗的意义、解释围手术期采用的一系列新方法的目的、告知康复各阶段所需的时间。针对性地进行心理疏导, 用语言、表情、行为去影响患者的感受和认识, 取得患者的信任, 调整术前应激心理, 改善患者的心理状态和应对能力, 起到促进患者术后恢复及预防并。起到促进患者术后恢复及预防并发症的作用【4】。

3.1.2 饮食及肠道准备 术前禁食和水是实施了 1 世纪的“常规”。最近研究发现没有证据支持这一“常规”, 许多国家的麻醉学会现在已推荐麻醉开始前 2 h 仍允许进食清流质, 麻醉前 6 h 允许进食固体饮食。术前无需禁食水与传统禁食相比, 无不良反应, 相反, 恶心、呕吐的发生率较低。术前可以进食水, 并且给机体提供适合的合成代谢环境, 选择性近来的研究表明, 择期手术不进行肠道准备是安全的, 与术后并发症没有明显关系。无须常规和严格的肠道准备, 只要肠内容物不影响手术即可。因此, 术前是可以饮食的。美国麻醉医师协会(ASA)于 1999 年重新修订了术前禁食指南, 要求缩短禁食、禁饮时间, 特别是缩短限制透明液体的摄入时间, 避免低血糖、脱水等, 让患者在舒适而又不增加误吸的环境下接受手术。指南规定, 任何年龄患者术前 2 h 可以进不含酒精、含少许糖的透明液体, 如清水、茶、咖啡、果汁等。另有研究表明, 术前 2 h 禁饮与传统禁食相比, 无不良反应, 相反, 恶心、呕吐的发生率较低, 我科开展的微创手术是在局部麻醉下进行的, 因此, 术前、术后是无需禁食水的。

3.1.3 术前宣教与康复指导 骨科老年患者术前常伴有焦虑、紧张情绪, 术前向患者宣讲手术过程、可能出现的疼痛与不适, 预期可达到的功能状态, 可消除患者的焦虑并取得配合, 并能使患者与手术医师对手术的期望达到统一【5】。而术前康复指导, 可增加肌肉力量, 减轻术后疼痛, 有利于关节功能的早期恢复, 减少住院时间及费用。快速康复外科要求护理人员在术前对患者进行较详细的宣教, 让患者熟悉病区环境, 了解手术方式, 知道手术前后如何进行准备及配合, 在术后如何配合早期下床活动, 如何进行早期喝水及进食, 也让患者知道术后大概的出院时间等, 通常应用快速康复外科治疗的患者出院时间都比传统方法大为提前。

3.2 术中护理 采用局部麻醉, 术中限制性补液, 注意保温; 手术医师追求最少的手术操作干扰、最小的手术切口、最佳的内环境稳定、最轻的炎症反应和最快的术后恢复过程及最低的心理创伤等微创效果。



• 论 著 •

4 术后护理

4.1 疼痛与睡眠管理 骨科老年患者创伤大,疼痛剧烈,若疼痛得不到良好的控制将影响关节功能的恢复,延长住院时间,甚至可能发展为难以控制的慢性疼痛。而疼痛与睡眠密切相关,疼痛引起睡眠障碍,而睡眠障碍又加剧疼痛,形成疼痛—睡眠障碍—疼痛加剧的恶性循环。本协作组通过优化围术期的镇痛方案(即:超前镇痛+术中浸润镇痛+术后阶梯镇痛),同时评估患者围术期的睡眠质量,进行必要的催眠抗焦虑治疗,达到缓解疼痛与改善睡眠的目的,有效地改善术后关节功能,并缩短住院时间。

4.2 睡眠管理 由于环境嘈杂、疼痛、焦虑、手术应激及体位等因素,老年腰椎骨折患者围术期睡眠障碍的发生率高。因此,邀请睡眠医学科医师会诊制定方案,在良好的镇痛方案基础上,联合运用镇静催眠药不仅能改善睡眠,缓解焦虑,还能减轻疼痛,促进早期功能锻炼,提高患者舒适度及满意度。

4.2.1 营养的管理 针对老年腰椎骨折患者,我科采用微创技术,围术期无需禁食水,对于胃肠道功能受损的患者,我们邀请胃肠外科医师及营养科医师会诊,

4.2.2 导管的护理 骨科手术现基本都是微创技术,术后基本无各种引流管道,减少了并发症的发生。

4.2.3 活动 术后24h内协助患者佩戴腰围下床活动。每天下床慢走4次,每次60m。早晚各一次,由医护人员或家属陪同。早期下床活动,可促进胃肠功能恢复,减少肺部及凝血系统并发症,防止肌肉萎缩。

(上接第104页)

表1 三组患者的疗效对比[n(%)]

组别	例数(例)	显效	有效	无效	总有效率
观察组A组	30	17(56.67)	12(40.00)	1(3.33)	29(96.67)
观察组B组	30	16(53.33)	11(36.67)	3(10.00)	27(90.00)
对照组	30	13(43.34)	10(33.33)	7(23.33)	23(76.67)
χ^2	-				21.437
P	-				<0.05

2.2 三组患者治疗后的临床症状评分对比情况

经治疗后,观察组A、B组的情志抑郁、心悸、睡眠障碍、胸闷胸痛的评分均高于对照组($p<0.05$),观察组A组与B组对比没有统计学意义($P>0.05$),具体如表2所示。

表2 三组患者治疗后的临床症状评分对比情况($\bar{x}\pm s$)

组别	例数(例)	情志抑郁(分)	心悸(分)	睡眠障碍(分)	胸闷胸痛(分)
观察组A组	30	1.25±0.66	0.75±0.23	1.21±0.57	0.32±0.18
观察组B组	30	1.29±0.64	0.78±0.31	1.25±0.61	0.37±0.25
对照组	30	2.24±0.59	1.49±0.56	2.15±0.73	1.94±0.67
t	-	9.695	9.435	10.142	8.526
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

心血管神经官能症是由于患者神经功能失调引起的功能性心脏不适[5]。中医认为该疾病和郁症与心悸相关,大多是由肝火引起的,患者临床表现为情绪不安、心神郁结,且很容易出现失眠、焦躁等症状,从而对患者的正常生活与工作造成严重影响[6-7]。所以,必须进行及时且有效的治疗。当前,因为西药服用简便,药囊没有异味等特点,使得临床常使用镇静安眠药物治疗心血管神经官能症,但是,治疗效果并不明显,而且具有较高的复发率,对患者有一定副作用。

本研究中所采用的中医药方法分别为宁心安神汤联合刺加五片与天王补心丹治疗、解郁宁心汤。其中宁心安神汤联合刺加五片与天

结论:

快速康复外科应用已成熟的理论与方法,对骨科老年患者围手术期一系列的处理措施进行优化,减少围术期处理及麻醉手术对患者机体产生的应激反应,尽力使机体更接近生理状态,促进患者快速康复,多学科协作的快速康复护理模式可以有效促进骨科老年患者术后康复,缩短住院时间,减少患者术后并发症的发生率。而这种以护理为主导的多学科协作模式,一方面,快速康复外科围手术期的照护内容与护理密切相关,护理人员是所有诊疗决策的参与者,能够全面、全程观察患者病情变化与康进程,在一定程度上能够保证团队的稳定性和持续口造口护理等护理亚学科的发展,护士能够与其他医疗团队共同参与对患者康复决策中,不仅可以有效改善患者结局,也促进了护理学科的发展。

参考文献:

- 1、吴茜等 护理管理杂志 多学科协作快速康复外科护理在直肌肿瘤手术中的应用,2015.11月第15卷第11期,1671-315X(2015)11-0800-03
- 2、陈志强 中西医结合外科杂志 围术期快速康复的研究进展与展望,2012年12月第18卷第6期。
- 4、杜永江等 腹腔镜下结肠肿瘤手术快速康复的护理 护士进修杂志 1002-6975(2012)04-0344-02
- 5、陈志等 快速康复理念运用于初次全膝关节置换术的有效性 实用骨科杂志 第22卷第7期 1008-5572(2016)07-0586-05

王补心丹治疗方法所使用的中药以当归、炙黄芪、人参川芎为主,再配上五味子、柏子仁、茯苓、酸枣仁、炙远志等,能达到安神、益气、健脾的功效,可有效治疗患者的神思恍惚、厌食、心悸、焦虑等症状。同时,刺五加片可以改善记忆力、扩张血管,抗疲劳、改善患者的疲劳、胸闷等症,而天王补心丹则具有镇静作用,并且能提升机体抗缺氧能力,抗心率失常,对改善抑郁、焦虑等方面也有一定作用。解郁宁心汤中的川芎、白芍、当归具有消肿止痛、活血祛瘀之功效;香附、酸柴胡具有解除抑郁、疏肝理气之功效;制首乌、枸杞子具有补肾填精之功效;酸枣仁、黄连、生龙骨与茯神具有清心安神之功效,这些药物合用能有效加强解郁安神、疏肝理气的作用,达到更好的治疗效果。此次研究结果显示,观察组A、B组治疗总有效率高于对照组($p<0.05$),但A、B两组患者的治疗总有效率对比没有统计学意义($P>0.05$);观察组A、B组的情志抑郁、心悸、睡眠障碍、胸闷胸痛的评分均高于对照组($p<0.05$),观察组A组与B组对比没有统计学意义($P>0.05$)。表明中医药方法治疗心血管神经官能症的疗效更为显著,能有效提升治疗总有效率,改善患者临床症状。

综上所述,采取中医药方法治疗心血管神经官能症,能有效提升治疗效果,改善患者的临床症状,具有较高的临床应用价值。

参考文献:

- [1]张成双.解郁宁心汤治疗心血管神经官能症的疗效分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(14):25+27.
- [2]章颖.中医药治疗心血管神经官能症临床效果观察[J].亚太传统医药,2015,11(05):77-78.
- [3]胡云峰.中医药方法治疗心血管神经官能症的效果观察[J].中国现代药物应用,2014,8(06):161-162.
- [4]金永梅,苏永华.中医药治疗心脏神经官能症用药规律的文獻分析[J].中医药导报,2016(1):6-9.
- [5]倪晶晶,田乐.心神宁联合氟哌啶美利曲辛片治疗心脏神经官能症的临床疗效及其安全性[J].临床合理用药杂志,2017,10(9):24-25.
- [6]张淑民.黛力新联合倍他乐克治疗心脏神经官能症的疗效观察[J].医学信息,2014(15).
- [7]李雁,杨弦.心脏神经官能症的中药治疗经验[J].中外女性健康研究,2018(05):139+167.