

加速康复外科护理在腹腔镜门脉高压症脾切除+断流术围术期的应用

肖青梅

常德市第五人民医院 湖南常德 415000

【摘要】目的 探讨加速康复外科(ERAS)护理在腹腔镜门脉高压症脾切除+断流术围术期中的应用效果。**方法** 将2016年1月至2017年9月在本科室治疗的70例腹腔镜下门脉高压症脾切除术+断流术的患者随机分为2组,对照组采用常规护理干预,观察组采用ERAS护理,比较2组患者术后的恢复情况及镇痛效果。**结果** 与对照组相比观察组住院时间缩短,进食时间、首次下床活动时间、肛门排气时间明显优于对照组,术后引流管留置时间缩短,术后疼痛评分差异显著($P<0.05$),具有统计学意义。**结论** ERAS护理在腹腔镜门脉高压症脾切除+断流术围术期的护理管理安全有效,明显缩短患者住院时间,减轻术后疼痛,减少病人住院经费,促进了患者快速康复。

【关键词】 加速康复外科;腹腔镜;脾切除+断流术;围术期

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 01-129-03

加速康复外科(ERAS)是指采用有循证医学证据的一系列围术期优化措施,其核心是减少患者的创伤和应激反应,加速患者康复^[1,2]。现阶段ERAS与腹腔镜技术为现代外科的两大利器^[3],有效减轻患者痛苦,促进了患者的康复进展。为研究ERAS在腹腔镜门脉高压症脾切除+断流术围术期中的应用效果,本科对70例此类患者进行前瞻性的随机对照研究,结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院2016年1月至2017年9月共收治91例门脉高压症患者,经各项检查及筛选,排除其中肝硬化失代偿期(严重腹水10例、肝性脑病5例)患者15例,正处于上消化道大出血的6例,最终具备腹腔镜手术条件及手术指征的患者70例作为研究对象,随机分为观察组和对照组各35例。其中观察组男21例,女14例,平均年龄55.3岁;对照组男19例,女16例,平均年龄56.5岁,2组患者一般情况比较无差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表1: 2组患者围术期处理措施

护理措施	观察组	对照组
术前管理	术前当日及次日完善所有检查。 (2)术前进行全方位的健康教育(包括麻醉方式及有可能出现的并发症),依家庭情况有针对性的给予心理疏导,消除患者焦虑紧张心理。 (3)术前1天练习床上排便,进行有效的咳嗽和呼吸训练。 (4)学会使用疼痛评分量表,指导患者如何表达疼痛。 (5)禁食6h,禁水2h,术前一晚8h口服10%GS 1000ml,术前2h口服10%GS 500ml。 (6)术前一进行肠道准备,术前当晚口服安定片。 (7)预防性镇痛。	(1)入院当日即次日完善所有检查。 (2)给予常规护理指导:如麻醉方式及有可能发生的并发症。 (8)术前禁食12h,禁水8h。 (4)常规清洁灌肠。 (5)常规留置胃管及尿管。 (6)术前30分钟肌注阿托品和鲁米那钠。
术中管理	(1)麻醉为全身麻醉,高浓度面罩给氧。 (2)手术方式:腹腔镜下脾切除+贲门周围血管离断术。 (3)术中注意保暖,裸露部位用保温毯遮盖,使用冲洗液加温至37度。 (4)术中根据情况留置尿管,术毕拔除;常规留置胃管及脾窝引流管。 (5)限制补液量,进行脾血回输,注意胶体的补充。	(1)全麻。 (2)手术方式同观察组。 (3)用常温冲洗液。 (4)常规留置脾窝引流管。 (5)传统补液。
术后管理	(1)回病房后给予氧气吸入及心电监护。 (2)麻醉消失后取舒适半坐卧位,指导咳嗽时用手保护伤口,病情许可下扶助下床排尿,行走(保护各引流管),并逐渐增加活动量。 (3)术后采取镇痛泵+非甾体类抗炎镇痛药镇痛48h,之后改为口服,定时采用NRS进行疼痛的评价。 (4)术后当天清醒后可喝少量温水,术后第1天可进流质(如米汤、各种汤类),第2天进半流质(如稀饭、面条等)并逐步过渡到软食。	(1)去枕平卧6h后再摇高床头取半卧位。 (2)给予氧气吸入及心电监护。 (3)做好各引流管的护理。 (4)根据患者家属及要求使用镇痛泵和按需镇痛(如肌肉注射曲马多等)。 (5)根据机体耐受能力术后1—2天下床活动,尽早拔除尿管。 (6)肛门排气后拔除胃管,可进流质,并逐步过渡到软食。
出院指导	(1)根据病人恢复情况做好健康宣教,指导出院后饮食宜清淡易消化的软食为主。 (2)告诫病人注意多休息,禁烟酒,不熬夜。 (3)继续口服护肝药物。 (4)出院1周复查血常规和B超,观察血小板及各血细胞参数,如血小板升高适当予潘生丁抗凝,以后每周复查1次,直至正常为止。B超复查看是否有腹水及栓子形成。术后半月复查肝功能查看各参数是否正常,有针对性的进行健康指导。 (5)出院后1月,3月,6月及时回防病人情况并继续做好干预护理。	(1)根据病人恢复情况做好健康宣教,指导出院后饮食宜清淡易消化的软食为主。 (2)告诉病人多注意休息。 (3)药物指导。 (4)定期复查和随访。

纳入标准：(1) 所有患者同意参与本次研究均签署知情同意书，(2) 均符合脾切除+断流术标准，(3) 经其他检查心肺功能正常，年纪在28—69岁，能耐受手术，(4) 无手术禁忌及心脑血管疾病、糖尿病等，(5) 近期未使用特殊药物，(6) 沟通认知能力正常。

排除标准：(1) 门脉高压症合并大量腹水、胸水、上消化道出血期间及肝性脑病等，(2) 全身情况差，合并低蛋白血症，严重贫血者均不在本研究范围之内。

1.2 方法

2组患者围术期处理措施，见表1。

1.3 评价方法

术后3天的疼痛评分采用NRS数字评分量表^[4]：0为无不适，1—3为轻度疼痛，4—6为中度疼痛，7—9为重度疼痛，10为极

度疼痛。记录2组患者恢复情况，包括住院时间，肛门排气时间，下床活动时间，引流管留置时间，术后输血量，禁食时间。出院标准(1) 术后5—6天，生活能自理，进食无不适，(2) 无明显疼痛，(3) 伤口愈合良好无感染。观察组随访3次，分别是出院后1月，3月，6月均无明显不适，无再出血史，因遵医行为良好生活质量较从前提高。

1.4 统计学方法

采用SPSS11.5统计学软件进行分析处理，统计后方法采用卡方检验及t检验，以P<0.05为有差异并有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者术后恢复情况比较

观察组术后开始进食时间，肛门排气时间，下床活动时间，住院时间短于对照组。见表2

表2：2组患者术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	进食时间	术后下床活动时间	术后肛门排气时间	术后住院时间
观察组	35	1.15±0.15	1.05±0.55	1.25±0.55	4.75±1.5
对照组	35	2.25±0.35	1.95±0.85	2.15±0.75	8.25±2.25
t值		-17.09	-5.26	-5.72	-7.66
p值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2组患者术后引流管留置时间及输血量比较，见表3

表3：2组患者术后引流管留置时间及输血量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胃管	脾窝引流管	输血量
观察组	35	30.45±1.85	40.25±7.25	1±0.4
对照组	35	48.55±3.55	62.5±6.35	2.5±0.4
t值		-26.75	-13.66	-15.69
p值		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 2组患者术后镇痛效果比较，见表4

表4：2组患者术后镇痛效果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后1天	术后2天	术后3天
观察组	35	4.25±0.75	3.05±1.05	1.55±0.35
实验组	35	6.55±1.25	5.75±1.35	3.55±1.25
t值		-9.33	-9.34	-9.12
P值		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

门脉高压症是由各种原因所致门静脉血循环障碍的临床综合表现，其病程长，治疗效果差，可以引起胃底、食管曲张静脉破裂出血；脾肿大、脾功能亢进；腹水；肝性脑病、肝肾综合征。由于食管胃底静脉曲张随时可能伴大出血，脾大脾亢导致机体全血细胞减少，凝血功能异常，任何一种诱发因素都可能引发消化道大出血，所以对于有手术条件和手术指征的情况下建议患者采取外科手术治疗。因我院是血吸虫病防治院，所以上述病人多为血吸虫、乙肝、酒精性肝硬化等多种因素引起。ERAS是一种围术期多学科技术综合运用处理措施，通过优化外科学，围术期处理，早期恢复等诸多方面，最大限度减轻患者脏器功能障碍及机体应激反应，加速患者康复^[5]。近20年来，由于微创理论的普及，腹腔镜技术的广泛应用，循证医学模式的建立等，都为ERAS提供了临床应用的可能性与可行性。ERAS理念的实施是一项系统工程，涉及诊疗活动的各个环节，提倡建立由外科医师、麻醉师、护士、理疗师及心理咨询师等共同参与的规范化管理团队，制定明确、标准化的目标，优化围术期护理措施，减少患者心理和生理创伤应激的有循证医学证据的外科护理方法^{[6][7]}，ERAS早期在20世纪90年代提出，在临床上最早用于结直肠的择期手术中并取得成功^{[8][9]}，目前ERAS已逐渐广泛起来。本次研究结果表明ERAS理念应用腹腔镜门脉高压症脾切除+断流术围术期管理，促进了患者术后肠功能的早期恢复，减轻了病人痛苦，缩短了住院时间，节约了病人费用，达到了快速康复目的。

3.1 术前措施

术前对患者进行有针对性的健教及心理疏导，以减轻患者

焦虑紧张情绪，减轻生理应激。本研究结果术前不常规留置尿管和胃管。术前不常规行肠道准备，避免菌群移位及水电解质紊乱^[10]。观察组术前当晚8h给予口服10% GS 1000ml，术前2h口服10% GS 500ml，可减少过早禁食水导致术前焦虑、口渴、饥饿、诱发低血糖和胰岛素抵抗，增加术中术后补液量，加重应激风险。

3.2 术中措施

术中重点在于保暖，冲洗腹腔生理盐水加温至37度，因术中低温可使患者心率加快，伤口感染率上升^[11]。本次研究术中采用保温毯，用恒温生理盐水冲洗腹腔，避免了因低体温导致的凝血功能障碍，代谢性酸中毒等。其次，术中限制液体摄入量是术后肠道功能恢复的关键^[12]。本次研究结果显示观察组术后输血量，术后下床活动时间，肛门排气时间明显优于对照组。

3.3 术后镇痛

是ERAS护理的重要环节之一，也是利于早期进食及下床活动的必要条件之一，可减少术后应激反应，防止发生并发症。本次研究术后使用镇痛泵+非甾体镇痛药相结合及多模式联合镇痛，即可增加镇痛效果，又可减少阿片药物的应用及副作用，保证了患者术后早期下床活动和进食，促进肠功能恢复及坠积性肺炎和深静脉血栓的形成。本研究结果显示，观察组术后疼痛评分明显优于对照组，首次下床活动时间明显提前。

3.4 出院指导

术后患者重在有针对性的健康宣教。告诫患者正确饮食、遵医用药、合理休息、改变以前不良生活方式和习惯、按时复查、定期随访等。

4 小结

ERAS是基于循证医学的证据，通过优化术前、术中、术后、出院宣教随访4个阶段的处理措施，配合适当的治疗方法，实现术后充分镇痛，早期下床活动，促进全身机能早日康复，以达到减少术后并发症，缩短住院时间，节省医疗费用，促进患者术后快速康复的目的。

参考文献

- [1] 王燕华, 张容容, 何松松, 等. 快速康复外科理念在肝癌患者围术期中的应用[J]. 当代护士, 2015, (12): 36~37.
- [2] 刘鸿瑜. 快速康复外科理念在腹腔镜胆囊切除术中的应用[J]. 当代护士, 2015, 12: 49~50.
- [3] 祝益民, 秦月兰. 腹腔镜肝胆胰专科护理手册, 2016, 11, 1: 266~267
- [4] 张淑红, 刘敬莉, 王娜. 一件式造口袋在胸腔闭式引流(下转第132页)

力以及心理状态产生积极影响^[5]。

本次研究结果表明,观察组产妇出院时、产后6周、产后14周的盆底肌力均明显优于对照组产妇出院时、产后6周、产后14周的盆底肌力;观察组产妇出院时与产后14周的SAS与SDS明显优于对照组产妇出院时与产后14周的SAS与SDS。通过研究结果可知,盆底康复操锻炼能够对产妇产后盆底肌力以及心理状态产生积极影响。

综上所述,盆底康复操锻炼能够促进产妇产后盆底肌力的恢复,同时能够改善产妇产后的心理状态,值得推广。

参考文献

- [1] 刘小平,欧秀球,胡秀红,李健.盆底肌锻炼对产妇产后分娩

结局及产后盆底肌力的影响[J].临床护理杂志,2015,03:23-25.

[2] 刘芳,钱永华,林丽.盆底康复操锻炼对产妇产后盆底肌力及心理状态的影响[J].护理学杂志,2015,12:97-100.

[3] 杨华红.持续性指导产妇进行盆底肌锻炼对分娩结局及产后盆底肌力的影响[J].社区医学杂志,2016,14:38-40.

[4] 孟珊,冯春雨,陈继明,王丹,常青.孕中晚期凯格尔操锻炼对女性产后盆底功能的影响[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2017,09:1-2+4.

[5] 史永梅,冯保雯,张建红,闫平飞,郑莹.不同分娩方式对产妇产后早期盆底肌力的影响[J].中国妇幼保健,2017,04:704-706.

(上接第126页)

综上所述,在治疗干眼病的过程中,对患者实施针灸治疗有利于患者疾病的治愈,具有临床推广价值。

参考文献

- [1] 闫丰华.中西医结合治疗干眼病的疗效观察[J].中国处方药,2017,15(8):125-126.

[2] 冯均信,刘希茹.针刺治疗干眼症临床观察[J].陕西中医,

2017,38(11):1594-1595.

[3] 王超,于颖梅.针刺光明、地五会穴治疗不同证型干眼疗效观察[J].上海针灸杂志,2017,36(8):964-967.

[4] 刘成勇,秦珊,李忠仁,等.针刺新明穴配合强补手法治疗视神经萎缩疗效观察[J].上海针灸杂志,2016,35(9):1093-1095.

[5] 张进,张仁.张仁异病同法针刺治疗眼病技术摘要[J].浙江中医药大学学报,2016,40(2):146-149.

(上接第127页)

优于参照组, $P<0.05$ 。

综上,对产妇强化产后护理能有效提升产后母乳喂养率,并改善其情绪及泌乳情况。

参考文献

- [1] 赵灵,王丽莉,闻爱群等.母婴床旁护理对初产妇产后母乳喂养、康复及抑郁情绪的影响[J].中国卫生标准管理,2016,7(5):246-247.

[2] 黄云霞.细节优化护理在改善初产妇产后母乳喂养及抑郁情绪中的作用分析[J].中国医药指南,2016,14(18):212-212.

[3] 韩少柳.细节优化护理在改善初产妇产后母乳喂养与抑郁情绪中的效果分析[J].中国社区医师,2016,32(12):151-151,153.

[4] 马忠霞,郝福玲.细节优化护理在初产妇产后母乳喂养、产后康复及产后抑郁情绪的应用效果[J].双足与保健,2017,26(13):64-65,67.

[5] Salonen P, Rantanen A, Kellokumpu-Lehtinen P-L, et al. The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer - A longitudinal study[J]. European journal of cancer care, 2014, 23(2):274-283.

[6] Gozen D, Caglar S, Bayraktar S, et al. Diaper dermatitis care of newborns human breast milk or barrier cream[J]. Journal of clinical nursing, 2014, 23(3/4):515-523.

[7] 胡国丽.分析产后个性化护理对产妇产后母乳喂养、生活质量的改善效果[J].大家健康(中旬版),2018,12(5):161-162.

(上接第128页)

具有显著统计学意义, $P<0.05$ 。研究组的止血时间、出血量均低于对照组,差异具有显著统计学意义, $P<0.05$ 。

综上所述,肝硬化合并上消化道出血应用优质护理的临床疗效理想,安全可行,适于临床推广应用。

参考文献

- [1] 李爱明,吴娟,汪婷.优质护理在肝硬化合并上消化道出血中的应用效果[J].临床合理用药,2017,8(10C):156-157.

[2] 马英芳.肝硬化合并上消化道出血患者的临床护理体会[J].中国卫生标准管理,2015(9):82-83.

[3] 毕玉婷.39例肝硬化合并上消化道出血的临床护理分析[J].中国医药指南,2015,13(21):252-253.

[4] 任庆梅.优质护理对肝硬化合并上消化道出血的疗效及护理体会[J].中国实用医刊,2015,42(4):102-103.

[5] 邵玉怡.对肝硬化合并上消化道出血患者实施优质护理干预的效果分析[J].当代医药论丛,2016,12(20):92-93.

(上接第130页)

管口周围漏气及渗液治疗中的应用[J].宁夏医学杂志,2015,37(8):747~749.

[5] 江志伟,李宁,黎介寿.快速康复外科的概念及临床意义[J].中国实用外科杂志,2015,27(2):131~133.

[6] Riemen AH, Hutchison JD. The multidisciplinary management of hip fractures in older patients[J]. Orthopaedics and Trauma, 2016, 30(2):117~122.

[7] 苏长英,叶爱琴,安原,等.快速康复外科护理在腰椎间盘突出症微创手术中的对比研究[J].当代护士(下旬刊),2017,(1):6~8.

[8] Zhao G, Huang Y, Chen X, et al. Research on Fast Track Surgery Application in Lung Cancer, 2010, 13(2):102~106.

[9] Arora V, Philp S, Carter J. Early discharge after major gynaecological surgery: advantages of fast track surgery[J]. Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2011, 1(2):32~34.

[10] 王娜,梁凤霞,张淑红.快速康复理念在胆总管探查I期缝合术围术期中的应用[J].当代护士(中旬刊),2017,(10):40~43.

[11] 首志雄,郑达武,罗永香,等.快速康复外科理念在肝癌切除围术期手术期管理的临床价值[J].中华消化外科杂志,2014,13(6):456~460.

[12] 谢浩芬,邱江锋,李益萍,等.快速康复外科理念在腹腔镜胃癌根治术围术期中的应用[J].护士进修杂志,2014,29(6):528~533.