

多学科协作快速康复模式在食管癌患者围术期运用

肖 宁

中南大学湘雅二医院胸外科 湖南长沙 410000

[摘要] **目的** 探讨多学科协作快速康复联合营养支持在食管癌患者围术期运用效果。**方法** 选取2018年1月-12月我院胸外科收治纳入标准的100例食管癌患者作为研究对象,随机分为对照组和实验组,每组各50例。对照组患者采取胸外科食管癌围手术期常规护理模式,实验组采用多学科协作快速康复模式。比较分析两组患者术后首次排气时间、进食时间、疼痛视觉模拟评分(VAS)、下床活动时间、住院时间、住院费用、并发症发生率及干预前后两组患者营养状况。**结果** 实验组术后首次排气时间、进食时间、疼痛视觉模拟评分(VAS)、下床活动时间、住院时间、住院费用明显优于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$);实验组肺不张、肺部感染、吻合口瘘及乳糜胸等并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);营养状况包括血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(HB)、血清前白蛋白(PA)、淋巴细胞计数、血清转铁蛋白水平高于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 多学科协作快速康复模式在食管癌患者围术期运用,能有效改善患者营养状况,减轻患者围术期的痛苦,降低并发症发生率,加速康复进程,降低经济负担,值得临床推广运用。

[关键词] 食管癌;多学科协作;快速康复;营养支持;营养状况

[中图分类号] R735.12

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2019)02-157-03

食管癌是常见的恶性肿瘤之一,也是致死率极高的恶性肿瘤,它多伴有营养不良、体重下降和生活质量下降,手术是其最主要和最有效的治疗方式^[1-2],但食管癌手术具有创伤大,治疗恢复周期长,并发症多等特征^[3-4],而且受传统医学模式影响,术后进食时间晚,长时间采用肠外营养,严重影响患者的胃肠道功能,加重营养不良状况。有研究证实,营养不良是患者预后不良的独立危险因素,它与患者生活质量、并发症的发生、住院时间、住院费用等多种临床结局相关^[5-6]。快速康复外科理念强调快速通道麻醉、微创、最佳镇痛及优质护理等一系列有循证医学依据的措施优化手术,减少手术应激损伤及术后并发症,促进患者康复^[6],已广泛运用于我国外科手术,且效果良好。本研究选取2018年1月-12月我院胸外科收治符合纳入和排除标准的100例食管癌患者作为研究对象,并将其随机分为对照组和实验组,每组各50例。实验组患者采用多学科协作快速康复模式,取得了很好的成效,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2018年1月-12月我院胸外科收治纳入标准的100例食管癌患者作为研究对象,病例纳入标准:①均符合中国《食管癌规范化诊治指南》诊断标准^[7],确诊为食管癌,并行全胸腔镜手术治疗者;②知情同意;③意识清楚,并具有一定的沟通与理解能力。排除标准:①已发生远处转移者;②认知功能障碍或严重身心障碍或精神疾病,无法配合研究者;③因手术需要,全胸腔镜中转开胸的患者。

100例食管癌患者采用随机数字表将其分为对照组和实验组,每组各50例。对照组:性别:男性31名,女性19名;年龄:年龄60-77岁,平均年龄(65.94±12.77)岁;文化程度:初中及以下39名,高中或中专8名,大专及以上3人;肿瘤部位:食管中下段癌43例,食管中上段7例;NRS2002营养筛查得分:(3.94±1.47)分;细胞学分类:鳞癌48例,腺癌2例;合并症:糖尿病3例,高血压5例,冠心病4例。实验组:性别:男性33名,女性17名;年龄:年龄63-79岁,平均年龄(66.35±12.75)岁;文化程度:初中及以下41名,高中或中专7名,大专及以上2人;肿瘤部位:食管中下段癌42例,食管中上段8例;NRS2002营养筛查得分:(3.77±1.50)分;细胞学分类:鳞癌47例,腺癌3例;合并症:糖尿病4例,

高血压6例,冠心病3例。两组患者年龄、性别、文化程度、肿瘤部位、细胞学分类和术前基本营养状况及合并症情况比较见表1,两组间差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

两组患者均接受胸外科食管癌患者围术期护理常规。

1.2.1 对照组常规护理模式

患者采用胸外科食管癌围手术期常规护理模式,包括营养:术前3日流质饮食,禁食12小时,禁饮8小时,即术前后晚22:00开始禁食禁饮,术后早期禁饮禁食3-4天,持续胃肠减压,使用肠外营养,待患者肛门排气后,停止胃肠减压24小时后,无不适症状,再行肠内营养(EN)并注意观察有无并发症发生;管道:术晨留置导尿管和胃管,术后胸腔引流管引流量<100ml/d,肺复张良好时,拔除胸腔引流管;术后1-2天拔除尿管;镇痛:术后采用静脉镇痛泵持续控制疼痛;活动:术后患者病情稳定后,指导患者床上活动,深呼吸、有效咳嗽咳痰等呼吸功能锻炼,尿管拔除后患者方可下床活动;心理护理:责任护士视情况对患者及家属开展心理疏导,降低其负性情绪。

1.2.2 实验组采用多学科协作快速康复模式

1.2.2.1 成立多学科协作快速康复干预小组

小组成员包括胸外科副主任医师1名,主管护师6名(其中胸外科2名,手术室1名,ICU 1名,呼吸内科1名,麻醉科1名),营养师1名,心理咨询师1名。小组成员查阅国内外相关文献,咨询相关专家,结合患者疾病特征与护理人员自身的工作经验,经过多番商议、探讨和实践,制定出食管癌患者围术期快速康复计划,并通过相关专家指正和修订。

1.2.2.2 多学科协助快速康复计划的实施

(1)术前:①心理干预:由心理咨询师、胸外科护士与手术室护士一起跟患者及家属深入沟通,全面了解患者心理状况、对手术担忧原因及术后护理期望值等,耐心跟患者及家属沟通,详细讲解多学科协助快速康复计划的实施流程,手术团队及手术基本操作流程,术后呼吸功能锻炼的重要性和功能锻炼方法,消除患者对手术的恐惧与担忧,降低负性情绪,积极配合治疗与护理。②营养管理:由营养师评估患者营养状况,并与主治医师共同探讨制定出个体化的营养支持方案。术前肠内营养联合静脉营养,嘱患者术前1d正

常普食,术前晚 21:00 遵医嘱给患者 10% 葡萄糖溶液 500ml,嘱患者睡前分次饮完;术前 2h 遵医嘱给予患者口服 10% 葡萄糖溶液 300ml 后开始禁食禁饮。③管道留置:术前 5 分钟留置尿管;术晨留置胃管,遇到阻力不强行插入。

(2) 术中:①保暖:保持手术室温度在 24~26℃,使用加温毯、液体加温等方式帮助患者保暖,保持患者体温在 36℃ 左右。②引流管放置:放置胸腔闭式引流管,留置空肠造瘘管或鼻空肠管,深静脉导管输液。(3) 术后:①营养管理:术后 6 h,待患者生命体征平稳,麻醉清醒,经空肠造瘘管或鼻空肠管分次注射 10% 葡萄糖溶液(根据患者血糖决定 10% 葡萄糖注射量,合并有糖尿病患者不注射葡萄糖,注射少量温开水,经静脉输注营养液补充营养);术后第 2 天,患者无不适开始经导管滴入营养治疗师制定的营养支持方案中的营养液,从而减少术后静脉输液量;手术后第 5 日,如病情无特殊变化,可经口进食牛奶,每次 60ml,每 2h 1 次,间隔期间可给等量开水,如无不良反应,可逐日增量。术后第 10~12 日改无渣半流质饮食,但应注意防止进食过快及过量。②疼痛管理:麻醉科护士评估患者疼痛具体情况,包括疼痛程度、疼痛时间、疼痛部位及伴随症状,选择静脉镇痛泵、肌注止痛药、贴止痛膏药等多模超前镇痛模式相结合控制疼痛。③活动:患者麻醉清醒开始指导其床上活动,24 小时内鼓励患者下床活动。24 小时后拔除尿管,并协助患者下床小便,逐渐过渡到正常活动。④呼吸康复训练:胸外科护士评估患者的呼吸功能,选择合适的康复训练方案。指导患者进行有效咳嗽咳痰,深呼吸、吹气球等呼吸功能锻炼,促进肺复张。

表 1: 两组患者快速康复效果比较

组别	首次排气时间(天)	肠内营养开始时间(h)	VAS(分)	住院天数(天)	住院费用(万元)
实验组	1.20±0.63	6.74±0.40	2.10±1.22	13.41±3.24	4.17±0.69
对照组	3.87±1.21	75.59±12.21	5.87±2.46	15.70±5.27	8.94±3.21
t 值	2.976	36.757	5.684	2.357	4.891
P 值	0.036	0.000	0.000	0.039	0.002

2.2 两组患者并发症发生率比较

实验组肺不张、肺部感染、吻合口瘘及乳糜胸等并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组患者营养状况比较

干预后营养状况包括血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(HB)、血清前白蛋白(PA)、淋巴细胞计数、血清转铁蛋白水平高于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3: 干预后,两组患者营养状况比较

组别	ALB(g/L)	HB(g/L)	PA(mg/L)	淋巴细胞计数($\times 10^9/L$)	血清转铁蛋白(g/L)
对照组	33.24±3.13	100.03±23.61	259.32±30.25	1.16±0.15	2.40±0.81
实验组	37.32±3.21	108.25±25.83	240.35±25.26	1.38±0.19	2.96±0.65
t 值	2.871	3.089	4.075	3.981	2.067
P 值	0.043	0.037	0.031	0.034	0.045

备注:★表示 $P<0.05$,★★表示 $P<0.01$

3 讨论

3.1 多学科协作快速康复模式,能有效改善食道癌患者围术期营养状况

食道癌是消化系统恶性肿瘤中较为常见的一种,由于该疾病发病相对隐匿,早期发病时临床症状不明显,临床以体重下降、上腹部疼痛、呕吐、进食吞咽困难、进行性病变等症状为主^[9],导致患者营养状态不良;另外该病恶性程度高,

降低肺部感染。⑤液体管理:一旦每天可以口服量达到生理需要量 2500ml 左右,就可以考虑停止静脉输液^[8]。⑤管道护理:术后第一天拔除尿管、深静脉导管;3~6 天拔除胸腔引流管;第 7 天拔除胃管。⑥心理护理:胸外科护士与心理咨询师共同评估动态患者心理状态,并提供心理支持。

1.3 观察指标

(1) 两组患者快速康复效果评价:由研究者统计两组患者术后首次排气时间、进食时间、疼痛视觉模拟评分(VAS)、住院时间、住院费用。(2) 并发症发生情况:由研究者统计两组患者发生肺不张、肺部感染、吻合口瘘及乳糜胸等并发症发生情况;

(3) 两组患者营养状况评价:由研究者统计两组患者干预前后营养状况相关指标,包括血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(HB)、血清前白蛋白(PA)、淋巴细胞计数、血清转铁蛋白水平。

1.4 统计学处理方法

采用 SPSS22.0 分析软件对数据进行处理分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者快速康复效果比较

实验组术后首次排气时间、进食时间、疼痛视觉模拟评分(VAS)、住院时间、住院费用明显优于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 2: 两组患者并发症发生率比较

组别	肺不张	肺部感染	吻合口瘘	乳糜胸	并发症发生率(%)
实验组	1	1	0	1	2(4.0)★
对照组	3	5	2	1	11(22.0)
χ^2					4.727
P 值					0.042

备注:★表示 $P<0.05$,★★表示 $P<0.01$

属于消耗性疾病,患者担心预后和手术治疗效果,出现严重的焦虑、抑郁等负性情绪,严重影响患者食欲;再加上手术对患者是一种创伤,患者处于应激状态,消耗大量的能量,但围术期不能按需进行营养支持,导致患者营养不良情况更加严重,影响其康复进程。本研究结果表 3 显示:干预后营养状况包括血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(HB)、血清前白蛋白(PA)、淋巴细胞计数、血清转铁蛋白水平高于对照组患者,说明多学科协作快速康复联合营养支持在食道癌患者围术期

运用,能有效改善患者营养状况。分析原因:一方面,本研究将营养师和心理咨询师纳入进来,营养师评估患者营养状况,能够及时了解患者营养状况,并与主治医师共同探讨制定出营养支持方案,在围术期选择不同的营养支持途径,术前经口进食联合静脉营养,术后早期经空肠造瘘管或鼻空肠管喂食联合静脉营养,使患者及时得到营养的补充,从而改善营养不良的状况。心理咨询师及时评估患者心理状况,提供心理支持,缓解患者不良情绪,改善食欲;另一方面,术后根据快速康复理念尽早肠内营养,维持消化道生理状态及功能、操作方便、并发症少等优点,可有效调节肠道黏膜的更新作用^[10],减轻腹胀,增加营养物质摄入,改善营养状况。

3.2 多学科协作快速康复模式,能减轻食道癌围术期的疼痛痛苦,降低并发症发生率,加速术后康复进程。

本研究表2和表1可见:实验组术后首次排气时间、进食时间、疼痛视觉模拟评分(VAS)、住院时间、住院费用及并发症发生率明显优于对照组患者,说明多学科协作快速康复联合营养支持在食道癌患者围术期运用,能减轻患者围术期的痛苦,降低并发症发生率,加速康复进程,缩短患者住院时间,降低经济负担。分析原因:一方面,多学科协作模式是根据疾病及治疗综合决定,由2个或2个以上护理学科成员组成专业团队,参与病人护理方案的制定,集中各学科专业理念、知识技能和临床经验的优势,最大程度优化病人的护理效果,实施和执行各专业疾病的护理措施及健康教育^[11],本研究选择胸外科、手术室、ICU、疼痛科、营养科、心理科科室人员共同组成干预小组,为患者从多方面得到最佳护理服务,通过术前心理干预与改良饮食方式;术中选用合适麻醉方式、保暖、不常规放置引流管;术后饮食、镇痛、活动及限制性输液输入等优化措施,控制围术期的病理生理变化,在未增加并发症和病死率的前提下,极大地减轻了患者痛苦,有效地将住院时间缩短,缩短了平均住院日,降低了住院费用,加速了患者康复,提高了医疗护理质量^[12];另一方面,营养不良是患者预后不良的独立危险因素^[5],及时为患者提供营养支持,使得患者营养状况得到改善,有利于加速患者康复进程,降低并发症发生率。

(上接第156页)

理方式,在临床手术室的护理过程中,舒适护理能够使患者建立其完全治愈的信心,在心理上得到充分的满足感以及安全感,从而为手术的顺利进行创造充分的条件,并对提高手术后的生活质量,改善患者预后提供保障^[3]。

在本次实验中,由于接受闭合复位内固定术的股骨颈骨折患者均为高龄患者,因此在护理中应着重注意患者的负面心理的消除,根据患者的实际需求,在围术期的护理过程中尽量采用轻缓、舒适的动作帮助患者改善疼痛感,进而消除患者对于治疗的紧张感与恐惧感,使得患者在心理及生理上没有过多的不愉悦感觉^[4]。根据本次实验结果:护理后,两组患者的VAS疼痛评分较护理前有显著下降,且护理后观察组患者的VAS疼痛评分显著低于对照组患者, ($p < 0.05$);观察组患者对于护理的总满意度(96.77%)比对照组患者对于护理的总满意度(80.65%)高16%,两组对比($\chi^2=4.0260$,

由此可见,多学科协作快速康复模式,能有效减轻食道癌患者围术期的痛苦,改善患者营养状况,降低并发症发生率,加速康复进程,缩短患者住院时间,降低经济负担,值得推广使用。

[参考文献]

- [1] 匡玉林, 张琳, 许子霞, 等. 护理路径对食管癌术后患者胃肠道功能恢复的影响[J]. 国际护理学杂志, 2016, 35(17):23-28.
- [2] 赵妍, 戴冠云. 临床护理路径在食道癌患者围手术期护理中的应用效果[J]. 当代护士, 2018, 5(1):88-90.
- [3] 倪加丽, 张群. 快速康复外科护理在微创食管癌患者围手术期中的应用[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(24):50-52.
- [4] 丁苏静. 食道癌患者根治术后有效护理对策探析[J]. 当代护士, 2017, 2(下旬刊):62-63.
- [5] 周婉, 许勤, 言克莉, 等. 改良版患者自评主观整体营养评估量表在消化道肿瘤化疗患者的适用性评价[J]. 护理学杂志, 2015, 30(1):20-23.
- [6] Fernands AC, Bezerra OM. Nutrition therapy for chronic obstructive pulmonary disease and related nutritional complications[J]. J Bras Pneumol, 2006, 32(5):461-471.
- [7] 赫捷. 食管癌规范化诊治指南[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2011:36-50.
- [8] 黄小静. 快速康复外科中的新观念[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(20):129-130.
- [9] 孙景玲, 刘艳, 吴苏艳. 综合护理干预对食道癌食道支架置入术后并发症的影响[J]. 当代护士(下旬刊), 2014, 2:53-55.
- [10] 胡晓敏. 多学科协作护理模式在老年食管癌患者围手术期的应用研究[D]. 浙江中医药大学, 2017.
- [11] Delgado-Almendoz JE, Crandall BM, Fease JL, et al. Successful endovascular treatment of three fusiform cerebral aneurysms with the Pipeline Embolization Device in a patient with dilating HIV vasculopathy[J]. J Neurointervent Surg, 2014; 6(2):12.
- [12] 李光焰, 杜娟, 刘宝华, 等. 结直肠癌围术期医护一体化快速康复理念的研究[J]. 重庆医学, 2016, 45(5):619-621.

$p=0.0448$).

综上,临床在高龄股骨颈骨折患者闭合复位内固定术中应用舒适护理,能够有效减轻患者的疼痛程度,改善患者预后,提高患者的护理满意度,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 包晓琳. 舒适护理在高龄股骨颈骨折患者闭合复位内固定术中的应用[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(15):187-189.
- [2] 祝敏. 舒适护理在高龄患者股骨颈骨折闭合复位内固定术中的应用价值分析[J]. 吉林医学, 2017, 38(12):2381-2382.
- [3] 丛美瑜, 车毅. 高龄股骨颈骨折患者闭合复位内固定术中舒适护理的应用价值评价[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(5):10, 12.
- [4] 陈艳, 顾羊林, 温丽婷. 舒适护理在股骨颈骨折闭合复位内固定术中的应用[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2016, 22(6):551-554.