



· 临床护理 ·

加速康复外科理念下胰十二指肠切除术围手术期护理进展

周靓靓 (浙江大学医学院附属邵逸夫医院下沙院区 310000)

摘要:目的 探讨加速康复外科理念在胰十二指肠切除术围手术期实施的临床效果。方法 收集我院2017年3月-2018年3月因胰腺癌实施胰十二指肠切除术患者的临床资料,进行回顾性分析。其中45例在围手术期实施ERAS,47例接受传统围手术期处理,对比分析两组术后并发症、术后住院时间以及30天再住院率。结果 ERAS组患者术后胃排空障碍(11.1% vs 27.7%)、胰痿(13.3% vs 31.9%)、肺部并发症(20.0% vs 40.4%)及住院时间(12.9±6.0d vs 16.7±8.7d)均低于对照组,差异均有统计学意义(P < 0.05)。其余并发症及30天再住院率比较,差异均无统计学意义(P > 0.05)。结论 胰十二指肠切除术患者在围手术期实施ERAS管理安全可行,能有效降低并发症,促进患者早期康复。

关键词: 胰十二指肠切除术; 加速康复外科; 术后并发症

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2019)05-162-02

加速康复外科(ERAS)是围手术期对患者采取的多学科的综合管理模式,控制围手术期的病理生理学反应,通过减少并发症、提供更好地预后,改善外科手术治疗效果,以促进患者术后恢复。这一理念贯穿于患者入院后全部的诊疗流程,并将之标准化。ERAS在结直肠外科手术中进行首次报道,现已被证明可以降低此类患者术后并发症的发生率,同时缩短住院时间。胰十二指肠切除是治疗胰腺癌的重要方法,但手术时间长、创伤大,术后并发症发生率高,患者恢复相对缓慢,延长了患者的康复时间,增加住院费用,增加了患者的痛苦,甚至由于严重并发症危及患者的生命。所以减少胰腺手术术后并发症,加快患者术后康复成为胰腺外科领域亟待解决的难题。而ERAS在胰十二指肠切除术围手术期的应用是目前研究的热点。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性收集我院2017年3月-2018年3月共92例因胰腺

癌接受胰十二指肠切除术患者的临床资料。其中在围手术期实施ERAS,男性25例,女性20例,年龄58.9±12.0岁;对照组接受传统围手术期处理,男性29例,女性18例,年龄63.3±12.6岁。本研究获医院伦理委员会批准,所有患者及家属均签署了知情同意书。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: (1) 对患者实施的手术方式是胰十二指肠切除术; (2) 病理回报为胰腺癌; (3) 联合其他脏器切除或血管置换; (4) 在围手术期,采用常规治疗方案或加速康复外科理念的治疗方案。
排除标准: (1) 患者因其他部位肿瘤实施的胰十二指肠切除术; (2) 对患者实施了全胰十二指肠切除术; (3) 患者及家属不同意签署知情同意书; (4) 患者资料不全或者失访。

1.3 ERAS处理

ERAS组采用的方案基于胰十二指肠切除术围手术加速康复外科处理指南,结合围手术期处理实际情况进行修改制定,见表1。

表1: ERAS围手术期的处理

时间	内容
术前	术前宣教(术前积极与患者家属交流沟通,特别是ERAS理念,让患者对术后恢复增强信心,缓解心里压力)营养不良术前营养支持5天~7天(口服为主)、严重贫血或低蛋白予以输血或补充白蛋白;肺部管理(戒烟和肺部锻炼);口服杜密克通便
手术	术前8小时禁食,4小时禁水;麻醉前半小时使用抗菌药物,时间大于6小时追加1次;术中使用弹力袜;术中保温
术后	鼓励尽早上床锻炼和下地活动;术后使用自控式镇痛泵;术后3天内拔除尿管;术后3天内拔除胃管(≤200ml);术后拔除胃管后予以口服或经胃管进流食,逐渐增加至半流食;术后3天将引流管拔出远离吻合口,术后6天~8天左右拔除引流管(≤100ml无异常引流情况)

1.4 观察指标

记录两组患者的术中指标如手术时间和术中出血量,术后指标如病死率、术后住院时间、再入院率和各类并发症发生率等并进行统计分析。并发症标准:病死率(术后30天发生死亡)、再入院率(术后30天内再次入院)、胰痿(根据国际胰痿研究组织定义术后当日或3天后引流液淀粉酶水平3倍于正常水平)、胃排空延迟(术后1周后仍需胃管减压或呕吐,无论原发或继发性原因)、腹腔并发症(其他腹腔内的并发症如腹腔或消化道出血、腹腔感染等)。

1.5 统计学方法

采用SPSS19.0软件进行统计学分析,定量资料的比较采用t检验,定性资料应用 χ^2 检验。以P < 0.05为差异有统计学意义。

2 结果

ERAS组患者术后胃排空障碍(11.1% vs 27.7%)、胰痿(13.3% vs 31.9%)、肺部并发症(20.0% vs 40.4%)及住院时间(12.9±6.0d vs 16.7±8.7d)均低于对照组,差异均有统计学意义(P < 0.05)。其余并发症及30天再住院率比较,差异均无统计学意义(P > 0.05)。

3 讨论

胰十二指肠切除术是腹部外科手术的难点,术后并发症严重影响患者生存质量。因此,降低术后并发症是手术医师的主要目标。ERAS是通过循证医学的方法综合应用已证实有效的各种措施以减少手术应激反应,降低手术并发症发生率及病死率,加速患者康复。目前ERAS在结直肠手术中取得令人鼓舞的效果,加速康复外科在胰腺外科的应用似乎较为困难,由于手术创伤大、手术时间长、消化道重建复杂,术后并发症发生率及病死率一直较高,国内外相关的文献报道都较少。随着麻醉技术、手术技术和围手术期重症管理水平提高,胰腺术后病死率得以控制在5%以下。因此,如何控制胰腺术后严重并发症的发生,同时加速患者康复成为胰腺外科领域亟待解决的一大问题。本研究旨在通过ERAS理念使得胰十二指肠切除患者得到更快更好的康复。胰痿是胰十二指肠切除术后主要并发症,并可以导致出血、感染、胃排空障碍等。除了报道的手术技术因素和患者因素外,常规引流管放置开始受到质疑。胰十二指肠切除术后常规留置腹腔引流管容易导致术后并发症较高的发生率。然而,由于腹腔引流管在预防腹腔积液和早期检测胰痿方面发挥重要作用,结合自身会还是倾向于常规留置腹腔引流管,并且需要检测引流液中淀粉酶的水平,在

(下转第163页)



糖尿病足的护理

谢美惠 (联勤保障部队第 909 医院 厦门大学附属东南医院骨科二病区 福建漳州 363000)

摘要: 糖尿病足是指糖尿病患者足部由于神经病变使下肢保护功能减退, 大血管和微血管病变使动脉灌注不足致微循环障碍而发生溃疡和坏疽的疾病状态。

关键词: 糖尿病足; 护理

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 05-163-01

糖尿病足是指糖尿病患者足部由于神经病变使下肢保护功能减退, 大血管和微血管病变使动脉灌注不足致微循环障碍而发生溃疡和坏疽的疾病状态。糖尿病足是糖尿病主要的慢性并发症之一, 多见于病程长、年龄在 60 岁以上、血糖控制差、并发症多的患者, 可使糖尿病加重, 抗感染力下降, 伤口不易愈合而形成坏疽, 导致恶性循环, 致使患者截肢致残, 严重影响了糖尿病患者的生活质量。临床表现有足部疼痛、坏死、溃疡与坏疽, 是糖尿病人致残的主要原因之一, 不但导致糖尿病病人生活质量下降, 而且造成巨大的经济负担和社会负担。

1 糖尿病足的分级

根据病因将糖尿病足溃疡和坏疽分为神经性、缺血性和混合性三类, 常用的分级方法为 Wagner 0-5 级分级法^[1]: 0 级: 皮肤无开放性病灶, 常表现为肢端供血不足“皮肤发凉”“颜色紫褐”有麻木, 剧痛, 灼痛感, 皮肤感觉迟钝或丧失; 1 级: 肢端皮肤有开放性病灶, 表现为水泡, 血泡, 冻伤, 烫伤及其他皮肤损伤所致的皮肤浅表溃疡, 但病变尚未累及深部组织; 2 级: 感染病灶已侵犯深部肌肉组织, 常伴有多个发性脓肿, 窦道形成, 较多的脓性分泌物, 但肌腱、韧带组织尚未被破坏; 3 级: 肌腱、韧带组织被破坏“脓性分泌物及坏死组织多”但骨质破坏尚不明显; 4 级: 骨质缺损, 部分趾、足坏疽; 5 级: 足的大部或全部坏疽, 常可累及踝关节及小腿。

2 护理

2.1 饮食护理

控制总热量, 严格按照糖尿病病饮食进食, 一日三餐合理分配, 一般按 1/5、2/5、2/5 或 1/3、1/3、1/3 的比例。在饮食的选择上提倡使用粗制米、面和适量杂粮, 忌食葡萄糖、蔗糖、蜜糖及其制品, 忌食动物脂肪, 少食胆固醇含量高的食物, 如动物的肝脏、海鲜和蛋黄等。

2.2 足部皮肤的护理

作者简介: 谢美惠 (1990-), 女, 福建漳州人, 护师, 大专, 主要从事临床护理工作。

注意观察患肢皮肤色泽、温湿度及有无皮损、水肿、疼痛、感觉异常等。每晚用温水泡脚, 以不烫为度, 因糖尿病神经病变导致末梢神经功能降低, 痛、温觉减退, 故保持洗脚水温度适宜尤为重要。不使用刺激性强的肥皂或洗涤剂。每次浸泡时间不超过十分钟并避免用力搓揉, 以防擦伤皮肤。

2.3 创面的处理

皮肤破溃未感染创面: 根据溃疡局部坏死组织及分泌物的情况, 用双氧水或生理盐水对创面进行反复冲洗, 伤口及周围皮肤用碘伏消毒, 次擦拭两遍, 视创面情况清除分泌物, 将坏死组织锐性剥离去除, 如创面成痂者锐性剥痂或用磺胺嘧啶银乳膏外涂包扎, 促进痂皮自溶, 有利于创面早期愈合, 然后给予特定电磁波治疗仪照射创面 30min, 再用普通胰岛素 4~8U、盐酸庆大霉素 4 万~8 万 U、生理盐水 2~3ml 均匀喷洒于溃疡面, 然后用无菌凡士林纱布贴敷, 无菌纱布包扎。视创面情况, 每日或隔日换药一次, 同时选择敏感高效抗生素给予全身治疗。在换药过程中, 若分泌物减少, 可在用抗生素喷洒前, 先用重组人表皮生长因子外用溶液喷洒创面, 以加速创面肉芽组织生成和上皮细胞增殖, 从而缩短创面的愈合时间。换药时应严格无菌操作, 避免交叉感染。

2.4 心理护理

做好患者及其家属对病知识健康教育, 说明糖尿病足部溃疡与非糖尿病足部溃疡不同, 严重者会造成截肢的后果, 以引起患者及家属的高度重视, 积极配合治疗, 合理控制饮食, 定时监测血糖, 抬高患足促进血液循环, 必要时卧床休息。同时注意患者焦虑、急躁的情绪。

糖尿病知识宣教对于预防糖尿病足病的发生有着极其重要的意义。随着糖尿病发病率增加, 糖尿病足病的发病率也随之增加, 因此总是对高危人群进行教育, 定期进行足部检查, 减少糖尿病足的发生, 是降低截肢率的最有效的方法。

参考文献

[1] 黄秋红, 戴霞, 范海萍, 等. 糖尿病足临床分级与局部护理 [J]. 医学文选, 2005, 25(4): 746-747

(上接第 162 页)

拔除引流管前常规进行腹部 CT 检查明确有无腹腔积液。由于胰肠组织结构的不同, 吻合操作技术困难等造成胰肠吻合口较易发生胰瘘。而胰瘘的发现或处理不及时会给患者带来更大的伤害, 如果引流颜色、性状没有异常可早期拔除引流管。在本研究中, 通过引流管的调整, 研究发现 ERAS 组胰瘘发生率较对照组显著降低 (13.3% vs 31.9%), 而患者早期经口进食或进行肠内营养支持也有助于胰肠吻合口的生长。

综上所述, 由于 ERAS 组患者术后胰瘘、胃排空障碍以及肺部并发症等主要并发症的发生率显著下降, 加速了患者的康复, 因此显著缩短了患者术后住院时间 (12.9±6.0d vs 16.7±8.7d), 当然 ERAS 的其他加速康复的理念包括尽早活动锻炼和拔管也有助于缩短术后住院时间。总之, ERAS 通过多模式控

制围手术期的病理生理变化, 很好地改善手术患者的预后。

参考文献

[1] 加速康复外科理念下胰十二指肠切除术围手术期护理进展 [J]. 护理与康复 -2019, 18(4)

[2] 加速康复外科在胰十二指肠切除术中应用安全性评价的 Meta 分析 [J]. 临床肝胆病杂志 -2017, 33(1)

[3] 加速康复外科在胰十二指肠切除术围手术期管理的效果评价 [J]. 中国病案 -2018, 19(5)

[4] 加速康复外科在腹腔镜胰十二指肠切除术中的应用价值 [J]. 中华消化外科杂志 -2016, 15(6)

[5] 加速康复外科在胰十二指肠切除术中的应用 [J]. 肝胆胰外科杂志 -2016, 28(6)