

加速康复外科在腹腔镜胰十二指肠切除术围手术期的护理应用

朱 娟

华中科技大学同济医学院附属协和医院 430022

【摘要】目的 探讨加速康复外科(ERAS)在腹腔镜胰十二指肠切除术(LPD)围手术期护理的应用价值。**方法** 我科收治的42例腹腔镜胰十二指肠切除术患者,以入院先后为序,采用随机数字法分为观察组和对照组,每组21例。观察组围手术期采取加速康复外科护理措施,对照组采取常规围手术期护理措施,观察比较两组患者术后并发症发生情况、术后住院时间、再次手术率和病死率。**结果** 观察组术后并发症发生率为9.5%,低于对照组的38.1%;观察组再次手术和术后死亡例数均少于对照组;观察组术后住院时间较对照组明显减少。**结论** 加速康复外科(ERAS)在腹腔镜胰十二指肠切除术围手术期护理应用是具有一定价值的,可加速患者术后康复,缩短住院时间。

【关键词】 加速康复外科;腹腔镜;胰十二指肠切除术;围手术期;护理

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 B

【文章编号】 2096-0867(2019)12-049-02

加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)是指在围手术期应用各种方法来减少机体术后应激反应,降低术后并发症,缩短住院时间,进而加速患者术后康复^[1],据统计,ERAS理念在结直肠外科领域的应用是安全有效的^[2,3]。但其应用于上消化道大手术围手术期仍存在争议^[4]。然而,腹腔镜胰十二指肠切除术(laparoscopic pancreaticoduodenectomy, LPD)具有手术时间长、难度大、创伤大、术后并发症发生率高等特点,一直被认为是最复杂的腹腔镜手术之一^[5,6]。本文回顾性分析我科收治的42例LPD患者的临床资料,探讨加速康复外科护理应用于腹腔镜胰十二指肠切除术围手术期的临床效果及安全性,报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析2016年2月至2018年3月收治的42例需要进行腹腔镜胰十二指肠切除术患者作为研究对象,以入院先后为序,采用随机数字法分为观察组和对照组各21例。观察组中男13例,女8例;年龄36~62岁,平均年龄(55.6±6.2)岁。对照组中男12例,女9例;年龄39~61岁,平均年龄(54.7±5.7)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

观察组患者在围手术期采取加速康复外科护理措施;对照组采取常规围手术期护理措施^[4]。

2 护理措施

2.1 术前护理

2.1.1 术前健康宣教

术前积极与患者和患者家属进行沟通,介绍ERAS与常规康复的不同之处,告知患者可能采取的治疗措施,从而减轻患者紧张、恐惧、焦虑情绪,缓解患者心理压力,保持积极乐观的心态,更好地配合医护人员完成治疗所需的各项工作。

2.1.2 术前呼吸道管理

术前戒烟,制定呼吸功能训练方案,教会患者深呼吸、有效咳嗽,采用吹气球训练的方法,增加患者肺活量,从而减少术后肺部感染并发症的发生。

2.1.3 术前饮食

术前6h禁食,禁饮2h。鉴于胰腺疾病患者的特殊性,给予术前用10%的葡萄糖口服液400ml,避免饥饿状态导致成为应激因素,从而提高患者的舒适度,促进患者术后的恢复。

2.1.4 术前肠道准备

结合LPD手术特点,摒弃了传统机械清洁灌肠的方法,改用口服清肠药物,不仅对患者刺激小,而且患者依从性好,疗效确切,取得了较满意的效果。

2.1.5 胃管、尿管的置入和拔除

麻醉后给予放置胃管,尿管,术后24h~48h内拔除,以促进患者的舒适感,减少相关感染等并发症的发生。

2.2 术中护理

①切开皮肤前0.5~1h使用抗生素。②术中采用保温措施可减少患者的术后应激反应,有利于减轻机体的分解代谢,促进康复。

2.3 术后护理

2.3.1 术后体位和早期活动

术后第一天翻身,抬臀,床上坐位;术后第二天床边坐,站立2h;术后第三天搀扶行走1h。

2.3.2 术后早期进食

术后第二天进食糖盐水或白开水,术后第三天口服肠内营养制剂。

2.3.3 术后镇痛

术后持续镇痛,充分镇痛是患者术后加速康复的保证,有利于患者各脏器特别是胃肠道功能的恢复。

3 观察指标及判定标准

观察比较两组患者术后并发症发生情况、术后住院时间、再次手术率和病死率。并发症主要包括胰瘘和腹腔出血;术后病死包括在医院和出院后30d出现死亡的患者;出院标准:能独立活动和正常进食,无热和腹痛现象,排便和其他指标正常,具体如表1:

4 小结

近些年来,随着腹腔镜技术的飞速发展,LPD也比较广泛的用于临床,虽然它快速、创口小,但会有一定的死亡率,

表 1: 两组患者临床相关指标对比

组别	例数	术后死亡	再次手术	术后住院时间 (d)	并发症		
					腹腔出血	胰瘘	发生率
观察组	21	0	0	16±2	1	1	9.5%
对照组	21	4	4	20±4	3	5	38.1%

据文献记录大约在 1%~5%, 并且出现并发症几率较大, 约有 30%~50%^[7-10]。而 ERAS 护理在临床中应用, 能减少患者机体由于手术产生的过激反应, 提高康复速度。对比观察, 观察组术后并发症发生率为 9.5%, 低于对照组的 38.1%; 观察组再次手术和术后死亡例数均少于对照组; 观察组术后住院时间较对照组明显减少。

综上所述, ERAS 在胰十二指肠切除术围手术期中的应用是具有一定价值的, 可加速患者术后康复, 减少病人痛苦, 提高舒适度, 缩短平均住院日, 值得在临床中推广。

参考文献:

- [1]Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome [J]. Am J Surg, 2002, 183:630-641.
- [2]Gouvas N, Tan E, Windsor A, et al. Fast-track vs standard care in colorectal surgery: a meta-analysis update [J]. Int J Colorectal Dis, 2009, 24: 1119-1131.
- [3]Gatt M, Anderson AD, Reddy BS, et al. Randomized clinical trial of multimodal optimization of surgical care in patients undergoing major colonic resection [J]. Br J Surg, 2005, 92: 1354-

(上接第 47 页)

为病人及家属提供与肠造口有关的咨询服务和心理护理, 以达到病人完全康复的最终目的。在工作中, 对将进行造口手术者进行术前访视、造口定位, 以避免或减少术后造口并发症^[5]。

3.3 术前造口定位, 能够使造口和手术切口保持合适的距离, 避免造口引流液对切口的污染, 降低手术切口的感染率; 造口术前定位能够根据患者具体情况, 避开皮肤褶皱部位, 选择较为平坦的皮肤, 从而使粘贴的造口袋更为牢靠, 避免了肠内排泄物渗漏引起造口皮炎, 缩短住院时间, 减轻患者痛苦, 延长造口袋的粘贴时间, 减轻患者术后使用造口护理的经济负担。术前造口定位使患者在不同体位都能观察到自己的造口, 便于患者术后能主动参与到造口护理中来。

本文数据显示, 观察组发生造口周围刺激性皮炎、皮肤黏膜分离, 造口回缩, 造口脱垂低于对照组 ($p=0.023$

(上接第 48 页)

儿通过综合护理模式实施后, 组内患儿护理的质量得到了显著的改善。且在患儿护理过程中发现, 机械通气以及患儿住院中的各项指标都得到了显著的改善, 提升了患儿自身护理质量, 满足了患儿护理工作实施需求。由表 1 中的结果对比可以看出, 在两组患儿护理工作实施中, 1 组患儿在住院指标的对比上明显好于 2 组, 无论是在住院时间上还是在住院费用的花费上都有所降低, 因而为患儿的护理质量提升奠定了基础。而在两组患儿呼吸机相关性肺炎及再次插管通气发生率对比中则得出, 1 组患儿经过综合护理工作实施后的呼吸机相关性肺炎发生率及再次插管通气发生率得到了显著的降低, 因而说明综合护理在机械通气呼吸机相关性肺炎护理工作中可以提升患儿护理质量, 为患儿护理的整体性护理工作实施提供了帮助。因而需要在未来临床护理工作实施中, 将

1362

[4]Balzano G, Zerbi A, Braga M, et al. Fast-track recovery programme after pancreaticoduodenectomy reduces delayed gastric emptying [J]. Br J Surg, 2008, 95: 1387-1393.

[5]金巍巍, 徐晓武, 牟一平, 等. 腹腔镜胰十二指肠切除术 66 例初步经验总结 [J]. 中华外科杂志, 2016, 54(2):84-87.

[6]李宁. 围手术期处理的关键是加速康复外科 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2015, 18(7):635-637.

[7]华长星, 崔云甫. 加速康复外科在胰十二指肠切除术中的应用进展. 中华外科杂志, 2016, 54(10):797-800.

[8]卢昕, 金浩生, 侯宝华, 等. 胰十二指肠切除术围术期规范化开展加速康复外科的几点争议. 中国普通外科杂志, 2017(9):1207-1211.

[9]沈鸣雁, 卢芳燕. 加速康复计划在腹腔镜胰十二指肠切除术中的应用. 护理与康复, 2017(9):963-965.

[10]王敏, 曹文学, 张灿. 快速康复外科理念在胰十二指肠切除术围术期护理中的应用. 实用临床医药杂志, 2015, 19(24):217-218.

~0.002), 2 组造口狭窄并发症发生率无统计学意义 ($p=0.085>0.05$)。总之, 术前造口定位能够有效的减少造口并发症的发生, 使患者能够更容易的从生理心理上接受造口, 以提高患者的生活质量。

参考文献:

- [1]王峰, 低位直肠癌 TME 手术保肛效果的临床观察 [J]. 中国社区医师; 医学专业 (半月刊), 2009, 11 (15): 114-115.
- [2]俞霞, 杨柳, 直肠癌行永久性结肠造口的心理分析与护理 [J]. 家庭护士 (下旬刊), 2018, 6 (12): 1082.
- [3]张连阳, 造口定位原则 [J]. 大肠肛门病外科杂志, 2004, 10 (2): 89.
- [4]尹桂荣, 刘焕巧, 牛俊, 等. 保定市医护人员对肠造口定位认知状况的调查 [J]. 护理研究, 2010, 24 (1C): 205-206.
- [5]Duchesne JC, Wang YZ, Weintraub SL, et al. Stoma complications: multivariate analysis [J]. Am Surg, 2002, 68: 961-966.

综合护理与新生儿机械通气呼吸机性肺炎护理结合, 提升新生儿护理水平。

参考文献:

- [1]葛利. 综合护理干预在新生儿呼吸机相关性肺炎中的应用效果观察 [J]. 首都食品与医药, 2018, 25 (05): 125-128.
- [2]王娜. 综合护理干预在新生儿机械通气治疗中的应用效果观察 [J]. 首都食品与医药, 2017, 36(18): 136-137.
- [3]郑瑜萍, 汪勇芬. 综合干预方案对新生儿呼吸机相关性肺炎的影响 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 21(5): 156-158.
- [4]景凡力. 综合护理干预对预防重症监护室呼吸机相关性肺炎的效果 [J]. 世界最新医学信息文摘 (电子版), 2018, 21 (15): 125-128.
- [5]刘苗. 碳酸氢钠口腔护理在新生儿预防呼吸机相关性肺炎中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(11): 81-82.