

· 专论与综述 ·

快速康复外科护理在胃肠道肿瘤围手术期的实践与进展

潘春艳¹ 高宇¹ 李艳¹ 陶桃² 付婷^{1△}

(1 哈尔滨医科大学附属第三医院结直肠外科 黑龙江 哈尔滨 150040 ;

2 哈尔滨医科大学附属第三医院胃肠外科 黑龙江 哈尔滨 150040)

摘要 :快速康复外科(fast track surgery, FTS)是胃肠道肿瘤围手术期护理发展的新趋势,它全面改变了胃肠外科的面貌,并且对传统护理学形成强烈冲击,传统的护理模式已无法适应现代 FTS 的发展。本文对近年来 FTS 在胃肠道肿瘤围手术期的护理进行综述,并结合临床工作实践,探讨目前护理理念的转变,并对未来的胃肠道肿瘤围手术期的护理模式进行展望。

关键词 :快速康复外科;胃肠道肿瘤;围手术期;护理

中图分类号 R473.6 **文献标识码** A **文章编号** :1673-6273(2012)06-1170-03

Practice and Progress of Fast Track Surgery in Gastrointestinal Tumor Peri-operative Nursing

PAN Chun-yan¹, GAO Yu¹, LI Yan¹, TAO Tao², FU Ting^{1△}

(1 Dept. of Colorectal Surgery, The 3rd Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin, 150040, China;

2 Dept. of Gastrointestinal Surgery, The 3rd Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin, 150040, China)

ABSTRACT: Fast track surgery is a new direction of gastrointestinal tumor peri-operative nursing. It has been totally changing the situation of gastrointestinal fast track surgery and impacting the traditional nursing deeply. Nowadays, methods of nursing can't adapt to the direction of modern surgery. This study aimed to review the progress of nursing in fast track surgery in gastrointestinal tumor peri-operative nursing, and combining experiences of nursing in gastrointestinal surgery, in order to discuss the concept of modern nursing. This article also describes the model of fast track surgery in gastrointestinal tumor peri-operative nursing in the future.

Key words: Fast track surgery; Gastrointestinal tumor; Peri-operative Period; Nursing

Chinese Library Classification: R473.6 **Document code**: A

Article ID: 1673-6273(2012)06-1170-03

前言

快速康复外科(fast track surgery, FTS)是近 20 年来高速发展的新兴学科,目的是减少对围手术期患者心理和生理的刺激,降低各种医疗操作造成的应激反应,加速病人术后的康复,从而缩短住院时间,降低总体医疗费用^[1]。FTS 最早是由 Basse 等提出^[2],并应用于结直肠手术,随后在国内外得到了快速发展,可以说目前消化道手术已进入 FTS 时代。在实施 FTS 的过程中,层出不穷的新理念和新技术正对传统护理学形成强烈冲击,传统的护理方式已无法适应现代胃肠外科的发展方向,这就迫切需要我们护理工作转变护理理念,因为观念上的革命比技术上的革命更为重要。笔者对近年来 FTS 在胃肠道肿瘤围手术期的护理进行综述,结合我科室的护理工作实践,探讨 FTS 的护理策略,希望起到抛砖引玉的作用。

1 FTS 的护理策略

1.1 FTS 的护理理念

作者简介 :潘春艳(1985-),女,本科,护师,主要研究方向:胃肠道恶性肿瘤的整体护理

△通讯作者 :付婷 电话:0451-86298307 E-mail: f.u.ting@163.com

(收稿日期:2011-11-06 接受日期:2011-12-03)

目前,FTS 护理理念是以病人为中心的具体体现,主要靠麻醉、手术操作以及围手术期护理 3 个环节来实现,我们在护理工作中探讨了 FTS 对护理理念和护理方式的影响,实践证明护理在 FTS 具有重要地位,并且与传统护理理念有着很大不同。

1.2 FTS 理念的实施

1.2.1 心理护理 手术前患者良好的心态对其手术的安全进行有着积极作用,护士应结合患者的心理特点提供恰当的心理护理,向病人介绍围手术期治疗的相关知识,鼓励患者消除顾虑,增强战胜疾病的信心。另一方面,因为在 FTS 中,围手术期的处理措施是不同的,如术前不需要禁食、取消机械性肠道准备、不常规放置腹腔引流管等,因此,这些均须在入院后向病人及家属交待。

1.2.2 肠道准备 目前的循证医学证据不推荐传统的肠道准备方法,机械性肠道准备不利于术后恢复,导致肠道屏障功能被破坏,造成水电解质平衡失调,不利于术后康复,甚至还会增加术后并发症的风险^[3,4]。因此,目前主张无需进行机械性肠道准备,只要肠道准备的情况能够满足手术操作要求,推荐肠内营养制剂代替传统流质饮食行肠道准备^[5]。我科室通常术前 3d 给予肠内营养制剂,术前 1d 给予泻剂(复方聚乙二醇电解质散),取消了传统的清洁灌肠,这种准备方法肠道清洁效果佳,肠道

积气少。目前的循证医学证据不推荐传统的肠道准备方法,传统的肠道准备方法甚至会造成较高的切口感染率。

1.2.3 术中护理 在传统的手术中往往给病人大量补液,现在的理念要求术中控制输血量。因为过量的补液将影响胃肠功能的恢复,增加术后并发症的发生。在 FTS 的护理中,通过取消术前机械性肠道准备及术前经口补充糖类液体等措施,来减少术中的补液量^[9]。为了减轻手术应激反应,术中还需要患者术中的体温保持在 36℃ 左右,措施包括保持手术室的室温,呼吸器加温,输液前用加温器将液体进行加温等。

1.2.4 术后护理 术后需要制订护理计划表,为每个病人确立每天的康复目标。提倡早期进口进食,我们的经验是术后早期进食应遵循开始小剂量,以及少量多餐的原则,术后第一天以刺激肠蠕动为主要目的,术后第二天可适当增加摄入量。同时,还需要鼓励患者早期下床活动或积极进行床上活动,因为长时间卧床休息,特别是老年患者,将增加肺部和下肢血栓形成的风险,也不利于胃肠蠕动的恢复。我们在术后常规为病人留置硬膜外镇痛,因为良好的镇痛可以使病人早期下床活动及尽早进食^[7]。

1.2.5 术后康复指导 良好的术后康复指导可以降低病人的再次入院率。在实践中,我们认为出院标准应满足如下几点:可自由离床活动,无需硬膜外镇痛,进流质或半固体饮食,病人及家属要求出院。护士应根据每位病人的实际情况,制订个体化的指导方案,减少病人出院后的康复时间和不适反应,并提供及时的咨询,嘱病人进行定期的随访计划。

2 胃肠道早期肿瘤内镜治疗的 FTS 护理

2.1 内镜治疗的特点

内镜曾经仅作为胃肠道一种诊断手段,但近年来,它已经越来越深入到消化道疾病治疗的各个领域,必须引起我们护理工作的高度重视。例如局限于黏膜或黏膜下层的早期胃癌可以通过内镜行黏膜切除(endoscopic mucosal resection, EMR),内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)还可以对较大病灶的一次性整块剥离,经肛门内镜显微手术(transanal endoscopic microsurgery, TEM)是另一项发展较快的治疗早期直肠癌的新技术。针对这部分日益增多的患者群,我们需要加强围手术期 FTS 护理,因为对这类患者的 FTS 护理既不同于传统开腹手术的护理,也不同于目前的腹腔镜手术的护理,具有其自身的特点。

2.2 内镜治疗中 FTS 护理的实施

在内镜治疗前应给予心理指导,说明操作的必要性以及优点,消除患者紧张恐惧的心理,使患者能够积极配合,情绪较紧张的患者可考虑实施无痛肠镜。在操作中使患者保持舒适,减少操作的刺激,术后指导患者卧床休息,1 周内避免过劳、紧张及情绪激动,避免从事有可能使腹压增加的活动。息肉较大的患者需卧床休息时间可延长至 3-4d。出院时还应该根据患者的病理结果给予随访指导。

值得我们注意的是,内窥镜不仅仅在早期肿瘤的治疗中扮演着越来越重要的角色,对于一些急诊的肠梗阻患者,内窥镜下放置支架或者导管正成为一个新的发展趋势^[9]。近年来我科室对伴有结直肠梗阻的患者,特别是左半结肠患者,在肠镜下

放置肠梗阻导管冲洗引流,受到良好的效果,使急诊手术变为限期手术,为患者创造了宝贵的手术时机。在使用过程中,笔者经验是,经鼻型导管随着肠蠕动被带往梗阻部位,可使用吸引器或手动,进行间歇吸引或持续低压吸引,要定期确认导管的状态(透视观察)。经肛型导管在冲洗过程中应谨慎使用负压吸引,需要随时观察病人腹部的情况和引流物的性状,冲洗过程中尽量减少气味对病房空气的污染。肠梗阻患者易出现急躁、缺乏信心的心理状态,护士需注重观察病人心理变化,讲解导管冲洗的目的,取得病人的良好配合,增强其治愈的信心。

3 微创胃肠道手术中的 FTS 护理

3.1 微创胃肠道手术的发展

10 余年来,腹腔镜下胃肠道手术已经日臻成熟。一系列临床对照研究亦已证实它与开腹手术近、远期疗效相当,一般来说,早、中期的胃肠道肿瘤是腹腔镜手术理想的适应证。CLASSIC 研究和 COST 研究长期随访的结果显示,腹腔镜手术和传统开腹手术有着相似的总生存期(OS)和局部复发率,由此可见腹腔镜在手术根治性和安全性方面不逊于传统开腹手术^[9]。从 2008 年起,我科室已完成 400 余例全腹腔镜下结直肠癌手术,2010 年开始,我科室对腹腔镜手术患者实施了 FTS 护理,对比发现实施 FTS 护理的患者术后恢复速度要优于接受常规护理的患者,前者的住院时间缩短,减轻了病人的痛苦,也减少了基础护理的工作量,而术后并发症没有差别。

3.2 微创胃肠道手术的 FTS 护理

由于患者普遍对腹腔镜技术缺乏认识,往往顾虑手术的安全性、可靠性及高额费用,焦虑、顾虑等心理问题较突出,术前应给予患者耐心解释,说明腹腔镜手术的基本原理和优点,通过交流使患者产生信任感和亲切感,建立良好的护患关系。腹腔镜患者术后肛门排气时间优于开腹手术,应指导患者尽早进肠内营养制剂,胃管、导尿管及腹腔引流管也应尽早拔除。还需要注意观察腹腔镜手术的特殊并发症,如皮下气肿多发生于胸腹部、阴囊等处,由于人工气腹的二氧化碳气体残留于人体疏松组织所致,表现为局部有握雪感、捻发音,则应适当延长住院时间,皮下气肿可自行吸收。

4 经自然腔道手术的 FTS 护理

4.1 经自然腔道手术(natural orifice transluminal endoscopic surgery, NOTES)的出现

NOTES 手术的出现让人们彻底转变了对外科治疗的理念,完成内脏手术可以不经过体表入路,NOTES 手术作为微创时代的先锋,成为未来微创胃肠外科发展的新目标。NOTES 手术指经口腔、胃肠道、阴道、膀胱等自然腔道进入腹腔、胸腔等,使用软质内镜进行各种操作和手术^[11]。2007 年 4 月 2 日法国医生 Marescaux 完成了首例真正意义上的 NOTES 手术,通过病人的阴道成功切除胆囊^[12]。

4.2 NOTES 手术的 FTS 护理

我科室于 2010 年开始实施 NOTES 直肠手术^[13],患者术后在体表无瘢痕,疼痛轻微,住院时间大大缩短。在对 NOTES 患者的护理中,笔者体会到对于体表不存在切口的这类手术患者,我们需要关注的焦点并不是切口护理、疼痛护理等传统的

护理需求,而是要关注新技术对患者心理的影响以及实施新技术所带来的并发症。例如,上述患者是经阴道入路实施手术操作,这对患者的性生活是否存在影响?这还需要长期随访。诸如此类的新问题,是新形势下护理工作者面临的挑战,毫无疑问,这需要我们始终跟随微创外科的发展趋势,及时更新理念,才能够更好的实施“以人为本”的护理理念。

5 展望

综上所述,21世纪外科手术技术已从传统走向微创,再由微创走向 NOTES,这是外科学发展的必然。微创手术技术主要是通过微创操作、减轻疼痛来缓解手术应激、减少术后并发症及住院时间^[14,15]。我们的护理实践表明,微创手术联合 FTS 护理可以加快了患者术后的恢复,这种护理模式值得我们进一步去探索,还需要大样本的随机对照研究。在护理实践中,我们也发现 FTS 的围手术期护理不是一成不变的,需要不断地解决新问题,学习最新的医学研究结果,还要与临床实际工作相结合,所以这对护理人员提出了更高的要求,即需要给予病人更多的人文关怀,具备更全面的理论及深厚的基础,不断更新理念。相信随着护理人员、外科医生、患者等各方面的共同努力和不断探索,FTS 护理未来必将在我国得到迅速的发展。

参考文献(References)

- [1] Donohoe CL, Nguyen M, Cook J, et al. Fast-track protocols in colorectal surgery[J]. Surgeon, 2011, 9(2): 95-103
- [2] Basse L, Hjort Jakobsen D, Billesbølle P, et al. A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection[J]. Ann Surg, 2000, 232(1): 51-57
- [3] Bucher P, Gervaz P, Soravia C, et al. Randomized clinical trial of mechanical bowel preparation v. no preparation before elective left-sided colorectal surgery[J]. Br J Surg, 2005, 92(4): 409-414
- [4] Slim K, Vicaut E, Launay-Savary MV, et al. Updated systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials on the role of mechanical bowel preparation before colorectal surgery[J]. Ann Surg, 2009, 249(2): 203-209
- [5] 白文启,侯生槐,王立春,等.肠内营养制剂在结肠癌患者术前肠道准备中的临床应用[J].肿瘤研究与临床, 2010, 22(12): 830-832
Bai Wen-qi, Hou Sheng-huai, Wang Li-chun, et al. Application of enteral nutrition in preoperative bowel preparation for patients with colorectal carcinoma [J]. Cancer Research and Clinic, 2010, 22(12): 830-832
- [6] 王刚,江志伟,鲍扬,等.加速康复外科理念指导 116 例结肠癌手术[J].中华胃肠外科杂志, 2010, 13(5): 342-345
Wang Gang, Jiang Zhi-wei, Bao Yang, et al. Clinical use of fast-track surgery in colorectal cancer patients: report of 116 cases [J]. Chin J Gastrointest Surg, 2010, 13(5): 342-345
- [7] Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, et al. Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011, (2): CD007635
- [8] Ohnita K, Shikuwa S, Isomoto H, et al. A new thin endoscopic method of transanal drainage tube insertion for acute colonic obstruction due to colorectal cancer[J]. Dig Endosc, 2009, 21(4): 252-254
- [9] Reza MM, Blasco JA, Andradas E, et al. Systematic review of laparoscopic versus open surgery for colorectal cancer [J]. Br J Surg, 2006, 93(8): 921-928
- [10] Van Bree S, Vlug M, Bemelman W, et al. Faster recovery of gastrointestinal transit after laparoscopy and fast-track care in patients undergoing colonic surgery[J]. Gastroenterology, 2011, 141(3): 872-880
- [11] Tomikawa M, Xu H, Hashizume M. Current status and prerequisites for natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) [J]. Surg Today, 2010, 40(10): 909-916
- [12] Marescaux J, Dallemagne B, Perretta S, et al. Surgery without scars: report of transluminal cholecystectomy in a human being [J]. Arch Surg, 2007, 142(9): 823-826
- [13] 王锡山,崔滨滨,刘正,等.经阴道入路直肠肿瘤切除术二例[J].中华胃肠外科杂志, 2011, 14(5): 325-326
Wang Xi-shan, Cui Bin-bin, Liu Zheng, et al. Transvaginal endoscopic resection of rectal tumor: a report of 2 cases [J]. Chin J Gastrointest Surg, 2011, 14(5): 325-326
- [14] 郑民华. NOTES 与单孔腹腔镜技术的发展现状与展望[J].中国微创外科杂志, 2010, 10(1): 18-20
Zheng Ming-Hua. Current status and trends of NOTES and single-port laparoscopic surgery[J]. Chin J Min Inv Surg, 2010, 10(1): 18-20
- [15] 秦新裕. 微创时代胃肠外科的发展趋势 [J]. 中华消化外科杂志, 2009, 8(1): 12-13
Qin Xin-yu. Trends in the development of gastrointestinal surgery in the era of minimally invasive surgery[J]. Chinese Journal of Digestive Surgery, 2009, 8(1): 12-13