



加速康复措施对腹腔镜子宫内脱癌根治术患者术后康复的影响

查爱美, 王小艺, 柴梅园

引用本文:

查爱美, 王小艺, 柴梅园. 加速康复措施对腹腔镜子宫内脱癌根治术患者术后康复的影响[J]. 中国临床医学, 2020, 27(4): 654-656.

在线阅读 View online: <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2020.20200219>

您可能感兴趣的其他文章

Articles you may be interested in

自制悬吊子宫装置在女性腹腔镜直脱癌根治术中的应用及疗效分析

Application and effect analysis of a self-made device to suspend the uterus in female laparoscopic radical resection

中国临床医学. 2019, 26(6): 889-892 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2019.20190661>

不同手术方式下子宫肌瘤剥除术的临床疗效对比

Comparison of clinical efficacy of uterine fibroids by different surgical procedures abdominal open surgery, conventional laparoscopy and robot-assisted laparoscopy

中国临床医学. 2017, 24(4): 598-600 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2017.20160920>

宫颈癌手术前后气道变化及其相关因素分析

The change of airway after cervical cancer resection and its influencing factors

中国临床医学. 2017, 24(1): 108-111 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2017.20161135>

Onlay法预防性置入补片可降低腹腔镜经腹会阴联合直脱根治术后远期造口旁疝发生率

Onlay prophylactic patch placement can reduce the incidence of long-term parastomal hernia after laparoscopic transperineal radical resection of rectal cancer

中国临床医学. 2019, 26(2): 256-259 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2019.20181330>

胸壁负压引流对肋骨骨折内固定术后康复的影响

Effect of chest wall negative pressure drainage on postoperative rehabilitation of rib fracture patients after internal fixation

中国临床医学. 2016, 23(4): 502-504 <https://doi.org/10.12025/j.issn.1008-6358.2016.20160114>

DOI:10.12025/j.issn.1008-6358.2020.20200219

加速康复措施对腹腔镜子宫内腺癌根治术患者术后康复的影响

查爱美¹, 王小艺^{2*}, 柴梅园²

1. 海军军医大学长海医院麻醉科, 上海 200433

2. 海军军医大学长海医院妇产科, 上海 200433

[摘要] **目的:**探讨加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)措施对腹腔镜子宫内腺癌根治术患者术后康复的影响。**方法:**收集行腹腔镜分期手术的子宫内腺癌患者92例,分为2组:ERAS组($n=46$)和对照组($n=46$)。对照组患者实施常规妇科手术围手术期处理,ERAS组患者采用加速康复外科措施进行围手术期干预,比较两组患者术后康复相关指标。**结果:**ERAS组患者术后下床活动时间、肛门排气、排便时间、平均住院日、平均住院费用均少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。ERAS组围术期并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**加速康复可促进腹腔镜子宫内腺癌根治术患者术后恢复,缩短平均住院日及降低住院费用,降低患者术后并发症的发生。

[关键词] 加速康复外科护理;子宫内腺癌;腹腔镜手术**[中图分类号]** 737.33 **[文献标志码]** A

Effect of enhanced recovery after surgery on postoperative rehabilitation after laparoscopic surgery in patients with endometrial carcinoma

ZHA Ai-mei¹, WANG Xiao-yi^{2*}, CHAI Mei-yuan²

1. Department of Anesthesia, Changhai Hospital, Naval Medical University, Shanghai 200433, China

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Changhai Hospital, Naval Medical University, Shanghai 200433, China

[Abstract] **Objective:** To analyze the clinical effects of enhanced recovery after surgery (ERAS) on perioperative period of laparoscopic surgery in patients with endometrial carcinoma. **Methods:** Totally, 92 patients with endometrial cancer undergoing laparoscopic surgery were randomly divided into ERAS group and control group ($n=46$ in each group). The patients in the control group were given routine nursing, and the patients in group ERAS were treated with the idea of ERAS, the postoperative rehabilitation of the two groups was analyzed. **Results:** The time to ambulation, first flatus, first defecation, average hospital stay, and average expenditure in the ERAS group were significantly shorter or less than those of the control group (all $P<0.05$), and the incidence of complications in ERAS group was lower than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusions:** ERAS is safe and effective for patients with endometrial cancer undergoing laparoscopic surgery, which may promote the rehabilitation, reduce postoperative hospital stay and the overall cost.

[Key Words] enhanced recovery after surgery; endometrial cancer; laparoscopic surgery

加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)主要运用于外科手术科室领域,可通过整合多种方案,多学科合作,减少手术引起的创伤及应激性反应,从而降低患者围术期死亡率及术后并发症发生率,缩短平均住院日,降低住院均次费用,促进患者康复^[1]。ERAS理念在20世纪90年代被提出,之后在欧洲国家广泛推广,取得了很大成果。2007年后我国才开始有ERAS临床应用的介绍及研究报道,首先被运用于胃肠道手术领域,目前在妇科手术方面仍有待于进一步推广^[2-3]。ERAS主要涉及麻醉、手术操作及围术期护理3个

环节,其中,护理工作最为繁琐,也是ERAS实施中最为关键的环节。本研究将ERAS理念运用到腹腔镜手术治疗子宫内腺癌的围术期管理中,旨在探讨其对子宫内腺癌患者术后恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018年1月至2019年8月行腹腔镜子宫内腺癌分期手术的92例患者作为研究对象。患者术前均具有明确的子宫内腺癌病理报告,手术主刀医师固定,手术方式为:腹腔镜下行子宫内腺癌分期手术,切除广泛性子官+双侧附

[收稿日期] 2020-02-06 **[接受日期]** 2020-07-10**[作者简介]** 查爱美, 护士. E-mail: aimeizha@163.com

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 021-31162044, E-mail: 847460919@qq.com

件+盆腔淋巴结清扫+腹主动脉旁淋巴结切除术。其中选择2018年1月至2018年11月46例手术患者为对照组;2018年12月至2019年8月46例手术患者为ERAS组;ERAS组患者年龄42~68岁,平均年龄(52.6±4.8)岁,对照组患者平均年龄(53.2±3.7)岁。比较两组患者的年龄、病情,差异无统计学意义。纳入标准:术前均选择腹腔镜下行子宫内膜癌分期手术患者;无心血管系统疾病及静脉血栓栓塞症(VTE)病史;且患者及家属均知情同意。排除标准:有严重心脑血管系统及器官功能障碍;腹腔镜转开腹者;有认知、沟通障碍者。

1.2 围术期干预举措 对照组患者施行常规外科治疗、麻醉及护理方案:入院宣教及妇科常规护理。肠道准备沿用传统术前1 d口服泻药(聚乙二醇电解质散)。术前禁食、禁水12 h,等待手术时间较长者术前予以适当静脉补液。采用传统气管插管全麻。术后使用静脉留置针连接镇痛泵止痛,必要时临时加用双氯芬酸钠片口服止痛。术后保留导尿管4~5 d;术后第1天流质饮食,排气后半流饮食(通常为术后第3~4天改半流);术后2~3 d下床走动;术后6~7 d拔除腹腔引流管。

ERAS组患者基础护理同对照组,加入ERAS相关护理措施,具体措施:(1)入院宣教及术前心理疏导:责任护士加强与患者沟通,及时将手术的目的、手术的过程及术后康复注意事项告知患者,并详细解答患者提出的问题,减轻其心理焦虑情绪。(2)肠道准备:术前1 d服泻药(聚乙二醇电解质散)。术前禁食6 h,禁饮2 h。(3)麻醉及镇痛:多

模式镇痛:全麻后加用腹横肌平面阻滞(transverses abdominis plane, TAP),减少阿片类药物使用,镇痛采用静脉使用自控泵。(4)术后48 h内拔除导尿管、腹腔引流管3 d内拔除。(5)术后饮食:麻醉清醒、生命体征平稳后可少量饮水,第1天进流食,术后第2天改半流饮食,术后第3天逐渐恢复普食。(6)术后活动:告知患者术后早期活动的重要性,术后2 h在床上进行翻身,更换体位并进行四肢主动或被动活动。术后12 h在护士及家属协助下鼓励床边活动。术后第1天下床活动3~5次,并逐渐增加活动次数。

1.3 观察指标 观察对比两组患者首次下床走动的时间、首次肛门排气、排便时间、住院日、均次住院费用及手术并发症的发生率。

1.4 统计学处理 采用SPSS 18.0软件进行统计学处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,运用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,检验水准(α)为0.05。

2 结果

2.1 两组患者术后恢复情况分析比较 结果(表1)表明:ERAS组患者首次下床走动时间、首次排气、排便时间、平均住院日及均次住院费用均少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组患者术后出现并发症情况比较 结果(表2)表明:ERAS组发生恶心呕吐、尿路感染、肠胀气、深静脉血栓、术后发热并发症总发生率为15.22%(7/46),低于对照组的36.96%(17/46),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 两组患者术后恢复情况对比

项目	ERAS组($n=46$)	对照组($n=46$)	t 值	P 值
首次下床走动时间(h)	12.15±1.26	20.25±4.39	14.126	<0.05
肛门排气时间(h)	31.33±6.62	60.15±11.54	23.527	<0.05
排便时间(d)	2.23±0.58	3.76±0.68	13.768	<0.05
平均住院日(d)	6.21±1.23	8.16±1.56	9.147	<0.05
平均住院费用(元)	21 788.00±456.00	23 034.00±328.00	563.750	<0.05

表2 两组患者术后并发症比较(例)

分组	恶心呕吐	尿路感染	术后发热	肠胀气	静脉血栓
ERAS组($n=46$)	2	1	2	2	0
对照组($n=46$)	5	3	3	6	0

3 讨论

子宫内膜癌是女性生殖系统恶性肿瘤之一,手术是其主要的治疗方法。针对子宫内膜癌,传统方法以开腹手术为主,随着腹腔镜技术的创新和发展,微创手术已经成为治疗子宫内膜癌的首选方法^[4]。手术创伤应激反应贯穿于整个围手术期,炎性及神经内分

泌反应等变化易引起器官功能改变,甚至引起严重术后并发症,增加围术期死亡率。研究^[5]认为,依靠单一方法减少创伤应激造成的反应效果非常有限,应该采用多形式、多种途径、综合的方法来减少创伤及应激反应,即改进围手术期的护理需外科、麻醉、护理等多学科合作。目前国内对ERAS研究最多的是胃肠外科手术,但在国外,ERAS在妇科肿瘤领域的临床应用已经较为普遍^[6]。

本研究采用腹腔镜手术治疗子宫内膜癌符合ERAS减少手术创伤的理念,但仅依靠提高微创手术技巧,对于提高患者的术后康复效果有限,需要

护理人员和麻醉医师共同合作从以下几个方面加速患者康复。

心理疏导:多数患者对手术的认知度不高,因子宫内癌手术范围需要切除女性主要生殖器官如子宫及附件,患者心理负担较重,担心手术危险性术后影响生活质量,多数患者术前会产生紧张、焦虑等心理。临床医师更注重医疗,常常忽视患者情绪变化,因此对患者进行心理干预主要依靠护理人员。护理人员要积极热情、认真倾听患者主诉,及时将手术目的、手术常规过程及术后健康教育相关的注意事项介绍给患者,减轻其焦虑情绪。

肠道准备:禁食时间过长导致患者处于饥饿状态,增加代谢应激和胰岛素抵抗,影响术后恢复。根据 ERAS 围术期管理专家共识^[7]的建议,患者若无胃肠道动力影响因素,推荐术前6 h禁食固体性食物,术前2 h禁食清流质食物,可有效缓解饥饿、口渴、焦虑心理,也有利于降低术后胰岛素抵抗,维持围术期血糖平稳。本研究中对对照组按照常规禁食12 h,患者饥饿感明显。按照指南建议,将术前6 h禁食固体食物,术前2 h禁水作为 ERAS 组的处理方法,术中均无一例误吸发生。

多模式镇痛方案:多模式镇痛是近几年比较推荐的麻醉镇痛方法,通过联合应用各种方法或药物,可减少阿片类药物的用量,降低阿片类药物的不良反应。本研究 ERAS 组患者全麻后加用 TAP,可减少阿片类用药,不影响镇痛效果且减少了术后胃肠麻痹及呕吐副作用,更利于胃肠功能恢复。患者疼痛缓解也有利早期下床活动,加速胃肠道功能恢复等形成良性循环^[8-9]。

术后早期下床活动:传统护理观念认为,患者术后宜48~72 h下床活动,主要因为活动会增加患者疼痛感,影响腹部伤口愈合甚至会导致伤口裂开。腹腔镜手术不存在腹部纵行伤口裂开的问题,且长期卧床不仅增加下肢静脉血栓形成的风险性,也不利于患者胃肠功能恢复,按照 ERAS 理念,鼓励患者术后12 h开始沿床沿坐起,床边活动,患者往往因惧怕疼痛不愿活动,因此术后有效镇痛是使患者接受早期下床活动的重要条件。术后活动提升了患者肺活量、减少肺部感染、预防静脉血栓形成,也利于膀胱功能恢复,减少尿路感染尿潴留发生率^[10]。

术后早期恢复经口进食、饮水:传统观念认为患者肛门排气后才能进食,研究发现,小肠在手术后12~24 h内可以恢复功能,胃动力恢复时间为24~48 h,结肠恢复时间稍晚,需3~5 d。子宫内癌手术多数不涉及肠道,患者在肠道恢复运动之前即可耐受饮食。Matte 等^[11]认为,排气、排便并不

是恢复进食的必要条件,甚至可以术后4 h即可开始进食,早期进食可对胃肠道产生刺激,缩短肠道麻痹时间,促使肠道蠕动,保护肠黏膜屏障;减少静脉输注和降低胰岛素抵抗;另外及时补充营养可改善抗感染能力,减少手术伤口及肺部感染的发生,加速伤口愈合,最终缩短患者住院时间。

目前 ERAS 理念尚不能广泛推广的原因:传统习惯和理念短期内难以改变,多学科合作难度大。本研究尚无法完全达到 ERAS 指南要求,只能借助 ERAS 理念,将其运用在腹腔镜子宫内癌手术患者临床护理工作中。总之,ERAS 理念的实行是一项系统工程,涉及围术期各个环节,要想更好地运用 ERAS 理念指导临床工作,需要外科医师、麻醉医师及护士共同参与^[12],在使患者获益的同时降低医疗成本。

参考文献

- [1] 江志伟,黎介寿.加速康复外科的现状与展望[J].浙江医学,2016,38(1):9-10,25.
- [2] CUI L, SHI Y, ZHANG G N. Fast-track surgery after gynaecological oncological surgery: study protocol for a prospective randomised controlled trial[J]. *Trials*, 2016,17(1):597.
- [3] 双婷,马佳佳.加速康复外科在妇科及妇科恶性肿瘤手术中的应用及研究进展[J].实用妇产科杂志,2018,34(1):22-26.
- [4] 康山.腹腔镜在子宫内癌治疗中的应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2017,33(5):454-458.
- [5] LJUNGQVIST O, SCOTT M, FEARON K C. Enhanced recovery after surgery: a review[J]. *JAMA Surg*, 2017,152(3):292-298.
- [6] LAMBAUDIE E, DE NONNEVILLE A, BRUN C, et al. Enhanced recovery after surgery program in gynaecologic oncological surgery in a minimally invasive techniques expert center[J]. *BMC Surg*, 2017,17(1):136.
- [7] MIRALPEIX E, NICK A M, MEYER L A, et al. A call for new standard of care in perioperative gynecologic oncology practice: impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) programs[J]. *Gynecol Oncol*, 2016,141(2):371-378.
- [8] BRANDAL D, KELLER M S, LEE C, et al. Impact of enhanced recovery after surgery and opioid-free anesthesia on opioid prescriptions at discharge from the hospital: a historical-prospective study[J]. *Anesth Analg*, 2017,125(5):1784-1792.
- [9] 戴润清.快速康复护理对妇科腹腔镜患者术后疼痛的影响研究[J].实用临床医药杂志,2017,21(4):220-222.
- [10] SOETERS P B. The enhanced recovery after surgery (ERAS) program: benefit and concerns[J]. *Am J Clin Nutr*, 2017,106(1):10-11.
- [11] 任远,刘海元,孙大为.加速康复外科在妇科手术领域的进展[J].协和医学杂志,2019,10(6):621-626.
- [12] 张清连.加速康复外科理念在宫颈癌病人围术期护理中的应用[J].护理研究,2018,32(12):1933-1934.