

胃癌患者围手术期加速康复临床护理路径的构建及效果评价

周华丽,马洪丽,顾琼,唐小琼,李丽

Development of an enhanced recovery pathway for gastric cancer surgery and effect evaluation Zhou Huali, Ma Hongli, Gu Qiong, Tang Xiaoqiong, Li Li

摘要:目的 构建胃癌围手术期加速康复临床护理路径并探讨对患者术后康复的影响。方法 将 427 例胃癌拟行胃切除术患者按时间段分为观察组 214 例和对照组 213 例,对照组按胃切除术常规护理模式进行围手术期护理,观察组严格按照科室制定的胃癌围手术期加速康复临床护理路径实施护理。结果 观察组术后首次肠鸣音时间、首次排气和排便时间、首次饮水及经口进食时间、首次下床活动时间、尿管留置时间、引流管留置时间、静脉输液时间、术后住院天数显著早于/短于对照组(均 $P < 0.01$),伤口愈合异常、吻合口漏、出血、感染、深静脉血栓等并发症发生率低于对照组。结论 胃癌患者围手术期加速康复临床护理路径可规范加速康复外科护理行为,促进胃癌术后患者早日康复。

关键词:胃癌; 胃切除术; 加速康复外科; 临床护理路径; 围手术期护理

中图分类号:R473.6;R656.6⁺1 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.10.020

胃癌是危害居民健康的常见恶性肿瘤之一,其发病率和病死率居消化系统恶性肿瘤之首,我国每年新发病例约 40 万,占全球胃癌发病总人数的 42%^[1]。手术是目前临床治疗胃癌最常用、最有效的方法。自 2007 年加速康复外科(Enhanced Recovery After Surgery,ERAS)理念被引入中国以来,众多医护人员一直在探寻如何让手术患者获得最少应激、最少并发症、最短住院时间,以促进患者早日康复。胃癌手术加速康复也在不断探索,中国研究型医院学会机器人与腹腔镜外科专业委员会 2016 年发布《胃癌胃切除手术加速康复外科专家共识》^[2],以此为指导开展胃癌手术患者加速康复。护理是加速康复非常重要的组成部分,但在上述专家共识中未给出具体实施的方案。临床护理路径(Clinical Nursing Pathway,CNP)是由医生、护士、相关专业人员共同制定并实施的详细计划,它将关键性治疗、检查和护理活动标准化,可以促进各专业协作配合,确保治疗和护理的连续性,

减少医疗资源浪费,缩短住院时间^[3]。我科根据《胃癌胃切除手术加速康复外科专家共识》^[2]及科室实际情况,将 ERAS 和临床护理路径相结合,以期梳理出适用于胃癌手术患者的加速康复临床护理路径,提高护理工作效率,促进患者早日康复,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 11 月至 2018 年 10 月我院胃肠外科中心二病区 427 例胃癌患者为研究对象。纳入标准:年龄 18~70 岁;择期初次开腹手术;术前未接受过化疗、放疗等抗肿瘤治疗;无严重器官功能障碍及高血压、糖尿病等;术前无消化道出血、穿孔、梗阻等胃肠道问题;无躯体活动障碍及神经系统疾病;取得患者及家属知情同意。按照时间段分为对照组 213 例和观察组 214 例,两组一般资料比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表 1。本研究获医院伦理委员会审批通过。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	学历(例)		婚姻(例)	TNM 分期(例)			手术方式(例)		
		男	女		初中及以下	初中以上		I 期	II 期	III 期	远侧胃切除	近侧胃切除	全胃切除
对照组	213	131	82	56.2 $\pm$ 9.4	157	56	201	47	141	25	115	17	81
观察组	214	129	85	55.8 $\pm$ 9.7	155	59	199	58	134	22	107	31	76
统计量		$\chi^2=0.067$		$t=0.530$	$\chi^2=0.089$		$\chi^2=0.341$	$Z=-1.178$			$\chi^2=4.529$		
P		0.796		0.850	0.766		0.559	0.239			0.104		

1.2 方法

1.2.1 干预方法 对照组按胃切除术常规护理模式进行围手术期护理。观察组构建胃癌患者围手术期加速康复临床护理路径并按照路径表实施护理。全科医护人员集中学习《胃癌胃切除手术加速康复外科

专家共识》,参考相关文献^[4-12],并结合科室自身情况制定胃癌患者围手术期加速康复临床护理路径(见样表 1),该路径包括患者入院当日、入院第 2 天、术前准备日、手术日、术后第 1~5 天及出院日(对于在外院已完善各项检查者,入院第 2 天护理内容完成后直接进入手术准备日;对在我科首次确诊的患者所有检查完成至术前准备约需 7 d,入院第 2 天的内容可一直延续执行至术前准备日)的护理内容。主管护士实施路径表上护理措施时向患者讲明,落实后签字确认;并完善路径表背面的各项信息,包括术后康复评估

作者单位:四川省肿瘤医院胃肠外科中心二病区(四川 成都, 610041)
周华丽:女,本科,护士
通信作者:马洪丽,1319156797@qq.com
收稿:2018-12-16;修回:2019-02-15

(床上活动时间、床下活动时间、首次肠鸣音时间、首次排气时间、首次排便时间及尿管、胃管、引流管拔除时间)、营养干预(饮水、管喂电解质及营养液、喂养并发病症)、综合措施(液体输入总量、多模式镇痛、适当镇静)、并发症(伤口愈合异常、吻合口瘘、出血、感染、术后凝血功能、肝功能)等项目。护士长不定期检查临床护理路径的实施情况,并做相应整改。

样表 1 胃癌患者围手术期加速康复临床护理路径

床号：		姓名：		病案号：	
时间	护理内容			执行时间	签字
入院当日	入院宣教(环境、人员、制度)、落实入院护理评估、戒烟戒酒				
	PG-SGA 2~8 分,口服补充营养(能全素或安素等)1 674~2 510 kJ				
	PG-SGA≥9 分,营养科会诊行肠内营养+肠外营养				
	胃镜检查前 1 d 20:00 禁饮禁食,检查完 1 h 后可进清淡流质饮食				
	需抽空腹血者 24:00 后禁饮禁食,B 超检查前禁饮禁食 8 h,最后做钡餐				
入院第 2 天	追踪禁食/进食情况,晨起空腹抽血检验,跟进患者检查及结果				
	配合用药指导、心理疏导				
	使用非甾体类抗炎药物(塞来西布),预防性镇痛				
	必要时洗胃(幽门梗阻)(0.9%氯化钠溶液 250 mL+10%氯化钠溶液 80 mL,2 次/d)				
术前准备日	抗生素皮试、交叉配血、留置中心静脉导管				
	发放《术前患者物品准备卡》、《术前训练指导》资料				
	皮肤准备:肥皂反复清洗胸腹部 4~5 次				
	术前 6~8 h、2 h 口服清流质饮品 800、400 mL(第 1 台手术术前晚 22:00~22:30 喝完,术晨 6:00~6:30 喝完,第 2 台术晨 9:00 喝完,第 3 台 14:00 喝完)				
	术晨用药告知:高血压者常规服用降压药;糖尿病不使用降糖药				
	介绍手术当日流程,指导术日留 1~2 名家属在病房				
	心理疏导,指导疼痛评分的方法				
	准备润喉片、口香糖、吸氧,幽门梗阻者洗胃,入睡困难者适量镇静				
手术日	按《术后用物准备单》备床旁物,与麻醉师进行术后患者交接				
	观察病情变化、护理各种管道、疼痛综合评定				
	按计划补液支持治疗,心电监护、吸氧				
	每 2 小时翻身,鼓励床上活动四肢,宣教禁食禁饮的重要性				
	17:30 小结,7:30 总结出入液量				
术后第 1 天	心电监护、吸氧、按计划补液支持治疗,观察、护理各种管道,观察病情变化并记录				
	漱口、泡脚、拍背、机械排痰、雾化,小茴香腹部热敷 2 次/d				
	预防血栓五步曲(3 次/d,5 个循环/次);双下肢气压治疗(2 次/d),抬臀运动(3 次/d,5~10 组/次);足三里手指点穴≥2 次				
	饮水(10~20 mL/次,1 次/h)				
	有喂养管者准备管喂用物、拔除尿管、早期适量下床活动、病房行走				
术后第 2 天	管喂 0.9%葡萄糖氯化钠溶液 250~500 mL;饮水(10~20 mL/次,1 次/h);停监护				
	其余同术后第 1 天,下床站立并行走大于≥3 次,每次≥10 min				
术后第 3 天	管喂安素或能全素;其余同术后第 1 天,下床行走≥5 次,每次≥20 min				
术后第 4 天	管喂安素 6 勺+200 mL 水,3 次/d;短肽 2 勺+200 mL 水,3 次/d。其余同上				
术后第 5 天至出院前 1 d	管喂安素 6 勺+200 mL 水,3 次/d;能全素 7 勺+200 mL 水,3 次/d。其余同上				
出院日	告知拆线及拔管后相关注意事项				
	拔除中心静脉导管并观察拔管并发症				
	出院指导、发放出院健康宣教单,指导预约挂号				

注:预防血栓五步曲练习方法为双足趾同时向前下方用力紧绷脚背,保持 5 s 以上;双足趾同时向后方内勾,保持 5 s 以上;双足同时顺时针或逆时针方向旋转脚尖,保持 5 s 以上;屈膝,用力使小腿尽量贴近大腿,保持 5 s 以上;双足用力蹬出。

1.2.2 评价方法 ①术后康复情况:两组首次肠鸣音时间、首次排气和排便时间、首次饮水及经口进食时间、首次下床活动时间、尿管留置时间、引流管留置时间、静脉输液时间、术后住院天数;②并发症:包括伤口愈合异常、吻合口漏、出血、感染、深静脉血栓等。

1.2.3 统计学方法 数据采用 SPSS17.0 软件进行统计分析,组间比较采用 *t* 检验、 χ^2 检验、Wilcoxon 秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组术后康复情况比较 见表 2。

表 2 两组术后康复情况比较

$\bar{x} \pm s$

组别	例数	首次肠 鸣音(h)	首次排气 (h)	首次排便 (h)	首次饮水 (h)	经口进食 (h)	首次下床 活动(h)	尿管留置 时间(h)	引流管 留置时间(d)	静脉输液 时间(d)	术后住院 天数(d)
对照组	213	22.73±6.58	43.19±9.27	54.26±11.13	9.33±1.22	63.59±7.23	26.87±4.62	56.73±9.68	9.56±2.57	7.31±2.49	9.26±1.64
观察组	214	17.62±5.34	39.56±7.63	46.37±9.45	7.25±0.69	49.71±4.67	17.35±2.39	27.08±3.22	6.48±1.34	5.68±1.27	6.52±1.34
<i>t</i>		8.813	4.419	7.898	21.697	23.575	26.761	42.508	15.538	8.527	18.909
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.005	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组术后并发症发生率比较 见表 3。

表 3 两组术后并发症发生率比较						例(%)
组别	例数	伤口愈合 异常	吻合 口漏	出血	感染	深静脉 血栓
对照组	213	7(3.29)	5(2.35)	8(3.76)	9(4.23)	4(1.88)
观察组	214	3(1.40)	2(0.93)	3(1.40)	4(1.87)	0(0)
χ^2		0.936	0.591	2.357	2.008	2.285
<i>P</i>		0.333	0.442	0.125	0.157	0.131

3 讨论

外科手术是临床治疗胃癌的主要方法,术后康复不仅取决于手术的成功,而且要对围手术期病理、生理改变引起的应激反应和延迟术后康复的危险因素加以控制。ERAS 是采用有循证医学证据的围术期系列优化措施,以减少患者在生理、心理方面的创伤和应激,促进患者术后快速康复,其中围手术期精心护理成为非常关键的环节。我科开展 ERAS 以来,不断寻找最有利于患者的护理措施,通过一系列的整改、优化,最终形成胃癌围手术期加速康复临床护理路径,包含患者从入院到出院的各项内容,患者入院后的每项护理措施落实后护士均签字。术前通过口头或书面形式向患者和家属详细介绍麻醉和手术过程,告知 ERAS 方案的目的和主要项目,可缓解患者紧张焦虑情绪;对营养不良患者术前进行必要的营养支持治疗;术前不再进行常规肠道准备及禁饮禁食,对无胃肠动力障碍或肠梗阻患者指导术前 6~8 h、2 h 口服清流质饮品;术晨未按常规留置胃管及营养管;术后回病房后督促患者早活动、早饮水;限制性补液;早期拔除各种引流管;选用多种镇痛方式控制疼痛,在加速康复临床护理路径表背面,将患者详尽的术后情况记录在册。研究发现,胃癌手术患者生存率与术后恢复不仅需要医护人员的精湛技术与优质服务,患者对疾病知识的掌握及遵医嘱依从性也是不可或缺的^[13]。临床护理路径有利于提高患者对疾病知识的认知度和遵医行为,提高患者家庭自我护理能力。本研究从患者入院之初,护士根据临床护理路径有计划、预见性地开展工作,提前告知患者及家属接下来的医疗和护理内容,让患者及家属明确护理目标,提前进入角色状态,自觉参与护理过程,从而促进患者术后早日康复。表 1 显示,观察组术后首次肠鸣音时间、首次排气和排便时间、首次饮水及经口进食时间、首次下床活动时间、尿管留置时间、引流管留置时间、静脉输液时间、术后住院天数显著早于/短于对照组

(均 $P<0.01$),有利于患者术后康复。术前不再长时间禁食、禁水和清洁灌肠,有效防止了电解质紊乱的发生,降低术后发生胰岛素抵抗和感染风险;术后早期肠内营养,遵循少量多次、逐渐增量的原则自行控制饮水和进食量,充分发挥自主神经调节作用,刺激肠蠕动、促进肠道功能恢复,保证营养需求,观察组术后并发症如伤口愈合异常、吻合口漏、出血、感染、深静脉血栓等发生率低于对照组,与有关研究结果一致^[14]。但本研究中两组差异无统计学意义,可能与手术并发症本身较少有关。

我科目前处于 ERAS 探索阶段,胃癌手术仍以开腹手术为主,腔镜手术患者比例较少,此次研究入选的患者均为开腹手术。因手术创伤较大,ERAS 实施过程中并不是一帆风顺,术前将所有手术患者的资料进行多学科团队讨论,包括主管医生、主管护士、病理科医生、影像科医生、营养师、麻醉医生等,力求为患者制定最佳的手术方案及术后康复方案。但通过对出院患者的路径表分析发现,护士对路径的开展不是很熟悉,容易漏项或填写不规范,因此,在每月的科室质控会上对上月存在的问题加以说明并整改。并成立 ERAS 临床护理小组负责临床路径的实施,对患者进行针对性指导,全面负责临床护理路径的完成;针对患者的个体差异,如患者每次活动量达不到要求,增加活动次数;患者进食后出现不良反应,适量减少进食量、进食次数,必要时延缓进食时间;患者术后出现并发症,主管医生确定患者是否还能继续现有治疗方案,确保患者安全。本研究观察组患者均顺利实施胃癌围手术期加速康复临床护理路径。

综上所述,实施胃癌围手术期加速康复临床护理路径可以规范加速康复外科中的护理行为,减少术后并发症的发生,促进胃癌患者术后康复。在后期工作中将进一步探讨胃癌腔镜手术患者 ERAS 护理路径。

参考文献:

[1]

刘颖斌,吴文广.胃癌患者围手术期管理[J].中华胃肠外科杂志,2012,15(6):553-554.

[2]

中国研究型医院学会机器人与腹腔镜外科专业委员会.胃癌胃切除手术加速康复外科专家共识[J].中华消化外科杂志,2017,16(1):16.

[3]

李明子.临床路径的基本概念及应用[J].中华护理杂志,2010,45(1):50-61.

[4]

江志伟,黎介寿,汪志明,等.胃癌患者应用加速康复外科治疗的安全性及有效性研究[J].中华外科杂志,2007,45(19):1314-1317.

(下转第 41 页)