tion of a successful enhanced recovery after surgery program in a community hospital[J]. *Cureus*, 2019, 11(10): e6029-e6037.

[24] 阎玲,魏婷婷,孙丽媛,等. 临床护士循证护理知行现状与实践障碍研究[J]. *中国护理管理*, 2015, 15(11): 1375-1378.

[25] Smith T J, Wang X, Singer M A, et al. Enhanced recovery after surgery: a clinical review of implementation across multiple surgical subspecialties[J]. *Am J Surg*, 2020, 219(3):530-534.

[26] Kim B J, Aloia T A. What is "enhanced recovery," and how can I do it? [J]. *J Gastrointest Surg*, 2018, 22(1):164-171.

[27] Memtsoudis S G, Poeran J, Kehlet H. Enhanced recovery after surgery in the United States: from evidence-based practice to uncertain science? [J]. *JAMA*, 2019, 321(11): 1049-1050.

[28] Sutton E, Herbert G, Burden S, et al. Using the Normalization Process Theory to qualitatively explore sense-making in implementation of the Enhanced Recovery After Surgery programme: "It's not rocket science" [J].

PLoS One, 2018, 13(4):e0195890.

[29] Ljungqvist O, Scott M, Fearon K C. Enhanced recovery after surgery: a review[J]. *JAMA Surg*, 2017, 152(3): 292-298.

[30] 方汉萍,李蓉蓉,蔡纯,等. 加速康复外科护理专业组管理模式构建及应用研究[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(20): 5-8.

[31] Balfour A, Burch J, Fecher-Jones I, et al. Exploring the fundamental aspects of the Enhanced Recovery After Surgery nurse's role [J]. *Nurs Stand*, 2019, 11(11): e11437-e11442.

[32] 赵慧丽,姚莉君,胡龙军,等. 分散式管理下出入院服务中心在加速康复外科中的实践与效果评价[J]. *中国医院*, 2019, 23(1):12-14.

[33] Wainwright T W, Immmins T, Middleton R G. Enhanced recovery after surgery (ERAS) and its applicability for major spine surgery[J]. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 2016, 30(1):91-102.

(本文编辑 丁迎春)

机器人辅助腹腔镜肾部分切除术患者围术期优化护理策略

郑霞,刘芬,李雨晨,胡雅,陈东

Optimized perioperative nursing strategies for patients receiving robot-assisted laparoscopic partial nephrectomy Zheng Xia, Liu Fen, Li Yuchen, Hu Ya, Chen Dong

摘要:目的 探究机器人辅助腹腔镜下肾部分切除术患者围术期优化护理管理策略及效果。方法 选取 130 例机器人辅助腹腔镜下肾部分切除术患者,按照住院时间分为对照组(2019 年 5~12 月)和观察组(2020 年 1~6 月)各 65 例。对照组实施常规护理,观察组在围术期护理过程中实施优化护理策略,包括建立管理团队、优化健康教育和实施心理、疼痛干预等。结果 两组术后首次下床时间、疼痛评分及焦虑、抑郁评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$)。结论 实施优化护理策略能够减轻机器人辅助腹腔镜下肾部分切除术患者手术应激反应,促进术后快速康复。

关键词:肾癌; 机器人辅助肾部分切除术; 优化护理策略; 快速康复; 围术期护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.07.038

随着近年来微创技术的不断发展,肾部分切除手术方式也发生了质的飞跃。机器人辅助肾部分切除术是一种安全、创伤小、术后恢复快的新手术方式,对比传统手术,其操作更加精确、肾缺血时间更短^[1]。有文献报告机器人辅助腹腔镜下肾部分切除术热缺血时间分别为 18.5 min 和 28 min,相对于传统腹腔镜手术对患者生理功能影响减少,为患者的术后快速康复提供了可能^[2]。采用优化护理管理模式,以患者为本,能够提升术后恢复效果,同时降低术中应激反应对患者的不利影响^[3-4]。本研究探讨机器人辅助腹腔镜下肾部分切除术患者围手术期优化护理策略,以促进患者术后快速康复,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以我院泌尿外科 2019 年 5 月至 2020 年 6 月收治患者为研究对象。纳入标准:①确诊为肾癌,无实质脏器远处转移,未并存其他肿瘤;②拟行机器人辅助腹腔镜下肾部分切除手术;③知情同意自愿参与本研究。排除标准:①并存严重器质性疾病;②有语言、认知障碍或精神疾病史。共纳入患者 130 例,按照入院时间分为对照组(2019 年 5~12 月)和观察组(2020 年 1~6 月)各 65 例,两组患者一般资料比较,见表 1。

1.2 方法

对照组实施泌尿外科围术期常规护理,包括术前宣教、心理护理和手术准备,术中护理配合,术后并发症防护、康复及饮食指导等。观察组在此基础上实施优化护理策略,具体如下。

1.2.1 组建管理团队 组建包括心理咨询师、营养师、手术室护士及病房肾癌专科医护小组成员的多学

作者单位:中山大学肿瘤防治中心泌尿外科(广东 广州,510060)

郑霞:女,本科,主管护师

通信作者:陈东, chendong1@sysucc.org.cn

科研项目:国家自然科学基金青年基金项目(081802913)

收稿:2020-11-02;修回:2021-02-05

科管理团队,通过多轮讨论明确机器人辅助肾部分切除手术患者围手术期优化管理办法及实施细则。心理咨询师及营养师在患者入院后、术前、术后评估患者心理及营养情况,制定并协助病房实施个体化干预计划。手术室护士术前、术后访视患者,向患者说明手术方法、体位、麻醉方式等,取得患者的配合;并与病

房医护人员共同进行术前讨论,了解术中配合的注意事项。肾癌专科医护小组由 1 名泌尿专科护士为组长,组员包括主治医师、管床医生各 1 名及责任护士 2 名,具体负责患者围术期的治疗护理计划制订和落实,并与团队其他成员协调,完成患者的全程管理。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			肿瘤类型(例)					TNM 分期(例)		
		男	女		小学 以下	中学/ 中专	大专 以上	透明细胞性 肾细胞癌	嫌色性肾 细胞癌	乳头状肾 细胞癌	肾血管平滑 肌脂肪瘤	混合细 胞癌	T1	T2	T3
对照组	65	37	28	48.72±11.7	10	26	29	47	5	3	9	1	53	7	5
观察组	65	40	25	49.95±10.6	9	25	31	48	5	3	5	4	53	9	3
统计量		$\chi^2=0.278$		$t=0.628$	$Z=-0.371$			$\chi^2=2.953$					$Z=-0.083$		
P		0.592		0.531	0.710			0.565					0.934		

1.2.2 优化健康教育内容和流程 开展专项 PDCA 教育活动(PDCA 循环在提高肾部分切除术患者围手术期健康教育知晓率的运用),完善机器人辅助肾部分切除围手术期相关资料教育库。①系统整理做成健康教育小册子,内容包括:机器人辅助肾部分切除术的介绍、术前配合事项、术后康复指导、并发症的观察以及复查等。如并发症尿漏,大多由手术过程中损伤肾实质及术后导尿管引流不畅所致^[5-6],小册子中介绍术后注意观察引流液的量、颜色、性状,腰部、腹部有无胀痛,并附有尿漏的图片,提醒患者及家属如发现引流液增多、颜色偏淡,需警惕是否有尿漏发生,及时报告医生护士并进行相应处理。②拍摄形象、生动的健康教育小视频,如床上翻身、预防血栓、有效拍背咳嗽、起床下地等动作配合指导患者和家属正确执行,避免动作过激诱发出血。③将康复期间不良反应、饮食、运动及出院随访知识制作成二维码,让患者及家属通过识别二维码获取相关知识,可重复多次回看。护士借助工具配合宣讲,实现内容同质化,提高宣教效率。④宣教流程规范化。制定机器人辅助肾部分切除术围手术期健康教育路径表,挂在患者床尾,责任护士严格按照路径表对患者进行围手术期宣教,并对患者宣教内容知晓和落实情况进行质控,对文化水平低、理解能力差的患者实施一对一强化宣教,并做好重点交接。

1.2.3 强化心理干预和疼痛管理

1.2.3.1 心理护理 作为一种新术式,患者及家属对机器人辅助腹腔镜手术缺乏了解,术前普遍存在焦虑和抑郁心理,担心手术效果和手术费用。患者对手术的恐慌与焦虑,会造成不同程度的应激反应,影响手术的顺利进行和术后康复^[7],因此积极的心理干预非常重要。本研究肾癌医护小组组长也是本院心理专科联络员,三级心理咨询师,对患者入院时进行焦虑、抑郁评估,及时了解患者顾虑和疑问,团队成员分工合作,分别在不同时期给予患者心理干预。责任护士、主治医师多次向患者和家属说明机器人手术的优

点以及本院开展该手术的优势,鼓励患者建立手术信心;责任护士、心理咨询师指导患者缓解术前紧张情绪的方法,同时与患者家属沟通,让其给予患者更多的关心。

1.2.3.2 疼痛管理 采用超前镇痛、按时镇痛和多模式镇痛相结合的全程疼痛管理方法减少手术应激,减轻疼痛对患者休息、活动带来的不良影响^[8]。术前教会患者非药物性镇痛方法,术后采用预防性镇痛,根据需要留置镇痛泵或硬膜外镇痛泵,疼痛评分大于 3 分联合使用作用机制不同的镇痛药物或镇痛方法加强镇痛的效果。

1.3 评价方法 ①记录两组患者疼痛评分、首次下床时间及住院时间。术后 24 h 内每 3 小时采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)^[9]评估患者疼痛程度,0~3 分为无痛至轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为剧烈疼痛。②采用焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)、抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)于术前和术后 3 d 评估患者心理状态,SAS 和 SDS 各包含 20 个项目,每项均为 4 级评分,各项得分相加后乘 1.25 后取整数即为标准评分。标准分越高患者焦虑、抑郁程度越重。SDS 界值为 53 分,SAS 为 50 分。③观察统计两组术后并发症发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,行 *t* 检验、 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组术后临床指标比较 见表 2。

表 2 两组术后临床指标比较

组别	例数	$\bar{x} \pm s$		
		首次下床时间 (d)	疼痛评分 (分)	住院时间 (d)
对照组	65	2.21±1.21	3.12±0.71	8.88±2.88
观察组	65	1.69±1.17	2.49±0.69	8.31±2.96
<i>t</i>		2.491	5.130	1.113
P		0.014	0.000	0.268

2.2 两组干预前后 SAS、SDS 评分比较 见表 3。

表3 两组干预前后 SAS、SDS 评分比较 $\bar{x} \pm s$

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		术前 1 d	术后 3 d	术前 1 d	术后 3 d
对照组	65	49.92±11.01	41.48±10.59	50.81±13.75	40.65±11.32
观察组	65	51.22±10.21	36.21±9.23	50.20±14.62	32.03±10.31
<i>t</i>		0.698	3.024	0.245	3.719
<i>P</i>		0.486	0.003	0.807	0.000

3 讨论

机器人腹腔镜具有高清晰度三维图像,可扩大视野 10~15 倍,手术器械具有 7 个自由度,6 个关节,360°无限制,极大提高了微创手术的操控性、稳定性和精确性^[10],具有创伤更小,减少术后疼痛,缩短住院时间,减少失血量等优点。近年来该项技术在临床上得到广泛应用,使肾肿瘤患者的 5 年生存率逐渐提高^[11]。但是患者还是存在对手术方法、预后紧张、疑虑以及担忧等负性心理情绪,影响患者的术后康复,并可能导致其依从性和遵医行为下降。优化护理管理策略是将各种常规护理措施优化、整合,旨在最大程度辅助临床药物治疗,给予患者全面、优质的护理服务,从而促进患者早日康复^[12]。宋甜甜等^[13]认为实施个体化和预防性的整体护理是提高手术安全性、保证手术疗效、减少并发症发生的重要环节。为此我们针对此类患者实施策略优化管理模式以更好地为患者服务,确保手术达到预期效果以及促进患者术后恢复。基于多学科协作的护理专业组管理模式可有效保障加速康复外科实施,改善患者结局^[5]。我们通过组建优化团队,优化宣教资料,包括健康宣教小册子、宣教二维码和视频,由专科护理小组全程管理、心理干预、疼痛管理等进行优化策略管理。针对性进行术前宣教及沟通,有利于患者正确认知疾病和手术的相关内容,并了解术后并发症以及相关注意事项;由团队多方面的评估与关注,及时处理问题,有利于减缓患者手术应激反应,保障手术顺利进行。本研究结果显示,观察组术后疼痛评分显著低于对照组,首次下床时间显著短于对照组($P < 0.05, P < 0.01$),与费杨梅^[14]的研究结果相同。观察组根据优化护理管理理论结合快速康复护理理念针对性地优化患者健康宣教的内容和形式,有利于增加患者对疾病恢复的认知,减低患者对术后早期下床的恐惧感。多模式镇痛管理能有效降低术后患者的疼痛程度,而充分镇痛是早期下床活动的重要前提^[15]。医护人员通过及时动态评估患者的疼痛情况,预防性的镇痛措施实施,有效降低了患者的疼痛程度,进而缩减患者首次下床时间,有效促进了患者术后早期康复。

有研究表明,术前对健康教育掌握程度越高,手术配合行为越好,术后并发症越少,恢复越快^[8]。而优化管理策略让医护之间合作性更强,对患者的医疗护理服务也更专业更全面,遇到特殊情况能及早发

现、正确处理;实施针对性的心理护理干预,能够有效地消除患者的顾虑与恐惧,从而为顺利进行手术和预防术后并发症提供保障。本研究结果显示,干预后观察组焦虑、抑郁水平显著低于对照组(均 $P < 0.01$)。

综上所述,优化护理管理策略通过专业化管理团队,优化和完善各项医疗护理中的关键环节,能有效改善机器人辅助腹腔镜下肾部分切除术患者围手术期不良心理状态和疼痛程度,促进患者术后快速康复。

参考文献:

- [1] 曹鹏,姜永光,赵佳晖. 机器人辅助腹腔镜泌尿外科手术中的早期应用体会(附 28 例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志, 2017, 32(11): 856-860.
- [2] Aarts M, Okrainec A, Glicksman A, et al. Adoption of enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies for colorectal surgery at academic teaching hospitals and impact on total length of hospital stay[J]. Surg Endosc, 2012, 26(2): 442-450.
- [3] 夏灿灿,杨洋,江志伟,等. 胃癌患者加速康复外科围术期的优化护理实施及效果评价[J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(20): 64-68.
- [4] 华小琴,周倩,谈萍. 细节优化护理模式对食管癌手术患者的心理及情绪的影响观察[J]. 国际护理学杂志, 2015, 34(16): 2234-2237.
- [5] 方汉萍,李蓉蓉,蔡纯,等. 加速康复外科护理专业组管理模式构建及应用研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(20): 5-8.
- [6] 卢惠明,陈小萍. 机器人辅助下肾部分切除术快速康复护理体会[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(4): 646-647.
- [7] 钱建锋. 后腹腔镜肾部分切除患者术后并发症的护理[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(9): 51-52.
- [8] 彭秀晴,郭明珂,刘廷江,等. 加速康复外科理念在泌尿外科腹腔镜围术期护理中的应用[J]. 中国全科医学, 2010, 13(12): 1352-1354.
- [9] 刘冬华,童莺歌,冯翠翠,等. 4 种工具用于老年患者术后疼痛评估效果比较[J]. 护理学杂志, 2018, 33(7): 1-4.
- [10] 王彬,戴韻. 120 例机器人辅助腹腔镜下肾部分切除术病人的护理[J]. 全科护理, 2019, 17(22): 2754-2756.
- [11] 郝玲玲,李萍. 达芬奇机器人辅助肾肿瘤剝除术后患者的同伴支持教育[J]. 护理学杂志, 2016, 31(22): 66-69.
- [12] 杨彩侠,刘延锦,郭园丽,等. 脑健康管理师主导的缺血性卒中患者全流程健康管理[J]. 护理学杂志, 2020, 35(21): 36-39.
- [13] 宋甜甜,叶国美. 高龄患者肾部分切除术后并发症的护理[J]. 护理学杂志, 2013, 28(8): 46-47.
- [14] 费杨梅. 优化护理管理策略在腹腔镜胆总管探查取石术围术期中的应用[J]. 当代护士, 2018, 25(11): 49-52.
- [15] 秦芳,李秋萍,陈曦,等. 外科术后患者早期下床活动评估与应对的研究进展[J]. 护理学杂志, 2020, 35(5): 101-105.

(本文编辑 丁迎春)