

加速康复外科理念用于肝内胆管结石钬激光碎石术围术期护理效果观察

陈丽光 张春梅 王铖

【摘要】目的 观察加速康复外科(ERAS)理念用于肝内胆管结石钬激光碎石术围术期护理效果。**方法** 回顾行胆道镜下钬激光碎石术治疗的肝内胆管结石患者 56 例。其中 28 例患者应用 ERAS 理念进行围术期护理,为观察组;另 28 例患者进行常规围术期护理,为对照组。观察并比较两组患者术后并发症发生率、肠道功能恢复时间、术后住院时间、住院费用、再入院率、病死率、患者满意度等围术期相关指标。**结果** 观察组患者术后并发症发生率低于对照组,肠道功能恢复时间、术后住院时间均短于对照组,住院费用少于对照组,患者满意度高于对照组,两组比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。两组患者再入院率、病死率比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。**结论** ERAS 理念用于肝内胆管结石钬激光碎石术围术期护理是安全有效的,能够降低患者并发症发生率,缩短住院时间,降低治疗费用,加速患者的康复,值得临床推广。

【关键词】 加速康复 钬激光 肝内胆管结石

围术期加速康复外科(ERAS)理念现已逐渐应用于外科各领域,旨在减轻患者手术创伤应激,促进患者术后恢复^[1]。围术期护理是 ERAS 理念成功实施的关键一环。肝内胆管结石是临床上较为常见的难治病,以往常采用肝切除术治疗,存在患者应激反应大、康复进展慢、并发症发生率高的缺点。近年来随着微创外科手术技术的发展,钬激光碎石术逐渐被应用于肝内胆管结石的治疗。笔者团队将 ERAS 理念应用于肝内胆管结石钬激光碎石术围术期护理,效果良好,现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象 回顾 2016 年 1 月至 2018 年 9 月温州医科大学附属台州医院收治的,行胆道镜下钬激光碎石术治疗的肝内胆管结石患者 56 例。纳入标准:(1)患者意识清晰;(2)确诊肝内胆管结石且有择期手术指征;(3)无合并严重心、肺、脑、肾功能障碍。其中 28 例患者应用 ERAS 理念进行围术期护理,为观察组;另 28 例患者进行常规围术期护理,为对照组。两组患者性别、年龄、肝

内胆管结石位置比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者性别、年龄、肝内胆管结石位置比较

组别	n	性别 (男/女,n)	年龄(岁)	肝内胆管结石位置(n)		
				左肝内 胆管	右肝内 胆管	左、右肝内 胆管
观察组	28	12/16	60.5 ± 9.7	17	4	7
对照组	28	10/18	59.5 ± 10.8	15	5	8
P 值		>0.05	>0.05	>0.05		

1.2 围术期护理方法 两组患者围术期护理方法见表 2。

1.3 观察指标 观察并比较两组患者围术期相关指标,包括并发症(肺部感染、下肢深静脉血栓、肠梗阻、腹腔感染、胆漏、胸腔积液等)发生率、肠道功能恢复时间、术后住院时间、住院费用、再入院率(30d 内再次入院)、病死率、患者满意度。患者满意度评估是由患者出院时填写医院自制的满意度反馈表,分为非常满意、满意、一般、不满意、非常不满意,其中非常满意、满意视为患者满意。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 22.0 统计软件;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

DOI: 10.12056/j.issn.1006-2785.2019.41.10.2019-496

作者单位:325000 温州医科大学第二临床学院(陈丽光系在职研究生,现在温州医科大学附属台州医院工作);温州医科大学附属第二医院护理部(张春梅);温州医科大学附属台州医院肝胆胰外科(王铖)

通信作者:张春梅,E-mail: sallyzcm@126.com

表 2 两组患者围术期护理方法

围术期护理	观察组	对照组
术前宣教	制作专用小册子, 详尽告知 ERAS 的项目内容及目的	常规口头宣教
术前禁食	禁食 6h, 禁饮 2h	禁食 12h, 禁饮 6h
肠道准备	无常规肠道准备	术前 1d 晚上清洁灌肠
术中防止低体温	维持室温 22~25℃, 使用保暖毯, 输液时液体加热至 37℃, 体温控制在 36~37℃	常规保暖
限制性输液	有	无
胃管	不放置或麻醉清醒后即刻拔除	术前常规放置, 术后 1~2d 拔除
导尿管	麻醉清醒后即刻拔除	术前常规放置, 术后 1~2d 拔除
术后镇痛	切口局部麻醉, 应用止痛泵, 定时静脉推注解热镇痛抗炎药, 持续镇痛至术后 36~72h	按需给药
早期活动	术后第 1 天下床活动 1h	根据患者意愿下床活动
早期进食	术后 6h 进食流质, 术后 1~2h 进食软食	排气后进食
预防深静脉血栓	应用弹力袜、气压泵、抗凝药物	无
危重患者集中管理	有	无
腹腔镜引流管	不放置或早期拔除	术后 2~7d 拔除
术后通便药物	有	无

2 结果

两组患者围术期相关指标比较见表 3。

由表 3 可见, 观察组患者术后并发症发生率低于对照组, 肠道功能恢复时间、术后住院时间均短于对照组, 住院费用少于对照组, 患者满意度高于对照组, 两组比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。两组患者再入院率、病死率比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。

3 讨论

ERAS 于 1997 年由国外学者 Kehlet 首次提出, 是指通过优化围术期处理以减少患者心理和生理的创伤应激, 从而减少并发症、降低住院费用、缩短住院时间, 使得患者获得快速康复的一系列围术期临床措施^[1]。ERAS 理念的实施是一个临床、麻醉、护理、患方多学科合作的过程, 其中围术期护理质量与患者的术后恢复息息相关。有文献报道, ERAS 理念最早应用于结直肠外科^[2], 后逐渐推广应用至肝胆、泌尿外科等诸多外科领域^[3-4]。倪创业等^[5]将 ERAS 理念应用于肝切除术后患者的康复管理中, 证实其相比传统的方案有绝对优势, 具体表现在术后疼痛的减轻、并发症无增加等方面。周宏霞等^[6]将 ERAS 理念引入经皮肾镜取石术患者的围术期护理中, 同样得出较好的结果。

肝内胆管结石除了病因多变外, 还存在患者术后并发症发生率高、术后结石残留率高或复发率高的特点^[7]。临床以往常采用肝切除术治疗肝内胆管结石, 近年来随着微创外科手术的推崇, 钬激光碎石术逐渐被应用于治疗该疾病。钬激光碎石术在泌尿外科领域已得到较广泛应用, 不论是在尿路结石的碎石应用方面, 还是在尿路狭窄的扩张上都有良好的效果^[8-9]。相较于肝切除术, 胆道镜下钬激光碎石术能够提高结石清除率, 降低肝切除率, 从而避免了肝切除术后相关并发症的发生, 加速康复。从某种程度上来说, 钬激光碎石术治疗肝内胆管结石也符合 ERAS 理念。

本研究结果显示, 应用 ERAS 理念进行围术期护理的观察组患者术后并发症发生率低于进行常规围术期护理的对照组, 肠道功能恢复时间、术后住院时间均短于对照组, 住院费用少于对照组, 患者满意度高于对照组, 两组比较差异均有统计学意义。两组患者再入院率、病死率比较差异均无统计学意义。分析原因可能是, 观察组患者早期下床活动、危重患者集中管理均能在一定程度上帮助减少肺部感染、胸腔积液及腹腔感染等并发症的发生。肺部感染的发生风险降低可能与观察组患者早期拔除胃管有关。原因可能是留置胃管进行胃肠减压会降低食管下段括约肌的张力, 增加消化液反流从而增加肺部感染的风险。ERAS 理念对于围术期患者的饮食

表 3 两组患者围术期相关指标比较

组别	n	发生并发症[n(%)]	肠道功能恢复时间(d)	术后住院时间(d)	住院费用(元)	再入院[n(%)]	病死[n(%)]	患者满意[n(%)]
观察组	28	4(14.3)	2.0 ± 1.1	6.6 ± 3.1	26853.1 ± 9095.5	0(0.0)	0(0.0)	27(96.4)
对照组	28	12(42.9)	3.2 ± 1.1	8.9 ± 3.7	34217.7 ± 11086.2	0(0.0)	0(0.0)	22(78.6)
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	-	-	<0.05

要求是其促进康复的重点之一。理论上来说,患者术前禁食过久及常规肠道准备均会紊乱患者内环境,从而影响患者的生理、心理状态。观察组患者术前禁食 6h、禁饮 2h,不常规行肠道准备,术后早期进食、早期下床活动、通便药物使用的肠道管理方法,可促进患者术后肠道功能恢复,尽可能地避免肠道环境的大改变。同时,多模式联合的有效镇痛能够为患者早期下床活动创造有利条件。观察组患者满意度提高可能与早期拔管、早期活动、限制输液、有效镇痛,胃肠道功能恢复时间缩短,住院时间缩短,住院费用降低有关。

综上所述,ERAS 理念应用于钬激光碎石术治疗肝内胆管结石的围术期护理是安全有效的,符合微创、促进术后康复的总原则;在不增加病死率、再入院率的前提下,能够降低患者并发症发生率,缩短术后住院时间,降低治疗费用,加速患者的康复,值得临床推广。

4 参考文献

- [1] 江志伟.加速康复外科学的概念与发展历史[J].中华普通外科杂志,2018,33(8):625-626.

- [2] Basse L, Hjort Jakobsen D, Billesbølle P, et al. A Clinical Pathway to Accelerate Recovery After Colonic Resection[J]. *Annals of Surgery*, 2000, 232(1):51-57.
- [3] Wang C, Zheng G, Zhang W, et al. Enhanced Recovery after Surgery Programs for Liver Resection: a Meta-analysis[J]. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2017, 21(3):472-486.
- [4] 陈晓鹏,王东,崔巍,等.加速康复外科联合腹腔镜胆总管探查术治疗胆总管结石的前瞻性研究[J].中华消化外科杂志,2015,14(1):47-51.
- [5] 倪创业,丁文斌,张传永,等.ERAS 理念下的术后管理在肝癌肝切除术后康复中的意义[J].肝胆外科杂志,2017,25(3):172-175.
- [6] 周宏霞,刘建民.加速康复外科护理理念在经皮肾镜取石术患者中的临床护理应用效果分析[J].中华全科医学,2017,15(12):2145-2147.
- [7] 邢培武,郭凤生,郭小刚.腹腔镜下胆道镜联合钬激光碎石治疗肝内胆管结石 54 例[J].中国现代普通外科进展,2013,16(5):384-386.
- [8] 唐正严,彭克亮,祖雄兵,等.经尿道钬激光联合电切治疗尿道狭窄疗效观察[J].中华泌尿外科杂志,2007,28(11):770-772.
- [9] 于春虎,王莹,沙可夫,等.软镜钬激光治疗上尿路结石的技巧及疗效分析[J].中华腔镜外科杂志,2016,9(3):142-145.

(收稿日期:2019-02-18)

(本文编辑:李媚)

(上接第 1079 页)

阴有无异常分泌物。1:5 000 高锰酸钾溶液坐浴 2 周,1 次/d,以预防生殖系统感染的发生。由于手术后可能出现阴道斜隔切开处粘连、狭窄,斜隔切除不彻底或斜隔再次生长,短期内可无症状,因此要告知家长定期门诊随访的重要性,一般出院后 2~4 周来门诊复查盆腔 B 超,以后无特殊情况每隔 3~6 个月门诊随访,如有阴道流脓、流液、异常出血、下腹痛等及时来院就诊。

3 小结

近年来,随着对先天性阴道斜隔综合征认识的不断深入,临床医生对该病的诊治水平明显提高,经阴道切除斜隔是唯一有效的治疗方法。早期发现、早期治疗可以减轻该病对患者生育能力的影响。充分的术前准备,术后严密观察生命体征,加强伤口的观察与护理,做好阴道引流管的护理,确保术后充分引流等护理措施对于保证手术成功必不可少。阴道斜隔综合征患儿的手术治疗近期效果良好,但由于患儿距生育年龄还有较

长一段时间,是否对其生育功能有影响还有待于进一步随访观察。

4 参考文献

- [1] 朱松楠,朱颖军.阴道斜隔综合征的诊断与治疗[J].国际妇产科学杂志,2017,44(3):262-270.
- [2] 朱兰,郎景和,宋磊,等.关于阴道斜隔综合征、MRKH 综合征和阴道闭锁诊治的中国专家共识[J].中国妇产科杂志,2018,20(53):35-42.
- [3] Piccinini PS, Doski J. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a case report[J]. *Rev Bras Ginecol Obstet*,2015,37(4):192-196.
- [4] 李玉荣.先天性阴道斜隔综合征的护理研究[J].齐齐哈尔医学报,2010,31(14):2341-2342.
- [5] 孙莉颖,朱丽.阴道斜隔综合征的诊治[J].中国实用妇科与产科杂志,2018,34(4):374-377.
- [6] 熊翔鹏,彭冬先,郭鹏等.阴道斜隔综合征 20 例诊治分析[J].广东医学,2016,37(20):3083-3085.
- [7] 梅慧红,周爱妹.先天性阴道斜隔综合征的围手术期护理[J].浙江临床医学,2008,10(2):283.

(收稿日期:2019-01-29)

(本文编辑:李媚)