

· 临床护理 ·

快速康复外科护理措施在膀胱全切原位回肠代膀胱术的应用体会

王丹, 罗莉, 王晓英, 孙莉娟

(重庆医科大学附属第一医院泌尿外科 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.33.018

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)33-3368-02

快速康复外科(fast-track surgery, FTS)是指为了加快择期手术患者术后恢复、减少术后并发症的发生、降低患者死亡率及缩短住院时间而采取的一系列围术期多学科技术综合运用措施,主要包括快速通道麻醉、微创技术、最佳镇痛技术及强有力的术后护理(如术后早期进食、活动)等^[1]。目前,FTS的理念已在欧美国家特别是欧洲的一些国家普遍推广^[2]。本科对2008年1月至2010年12月行膀胱全切原位回肠代膀胱术患者的护理进行对比处理,应用FTS理念对其中的39例患者给予围术期处理,取得了良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 FTS方法组 选择2009年7月至2010年12月本科行全膀胱切除原位回肠代膀胱术患者39例,其中男36例,女3例;年龄39~88岁,平均63.7岁。临床症状主要为间歇性无痛肉眼血尿,初发34例,复发5例;多发性肿瘤35例,单发性肿瘤4例。病理类型:尿路上皮癌36例(按WHO标准Ⅱ级24例、Ⅲ级12例),腺癌2例,鳞癌1例。TNM临床分期: $T_1N_0M_0$ 3例、 $T_2N_0M_0$ 32例、 $T_{3a}N_0M_0$ 1例、 $T_{3a}N_1M_0$ 2例、 $T_{3b}N_0M_0$ 1例。

1.1.2 传统护理方法组 选择2008年1月至2009年6月本科行全膀胱切除原位回肠代膀胱术患者35例,其中男33例,女2例;年龄41~83岁,平均64.9岁。临床症状主要为间歇性无痛肉眼血尿,初发30例,复发5例;多发性肿瘤31例,单发性肿瘤4例。病理类型:尿路上皮癌32例(按WHO标准Ⅱ级21例、Ⅲ级11例),腺癌2例,鳞癌1例。TNM临床分期: $T_1N_0M_0$ 2例、 $T_2N_0M_0$ 28例、 $T_{3a}N_0M_0$ 及 $T_{3a}N_1M_0$ 各2例、 $T_{3b}N_0M_0$ 1例。

1.2 方法

1.2.1 FTS方法组 术前无需严格禁食、禁饮,肠道准备需做好,尽量减少灌肠次数,不常规放置胃管,必要时术中置胃管、尿管,对患者有意识进行心理护理。手术方式以腹腔镜为主,常规留置膀胱造瘘管、尿管、双“J”管,若术中创面出血少,可不留置盆腔引流管。待患者麻醉清醒后,尽早拔除胃管,生命体征平稳则给予少量多次饮水,腹部听诊闻及肠鸣音即可开始进食,顺序为:清流质、流质、半流质、普食,循序渐进,盆腔引流管保留1~2d拔除,视恢复情况尽早拔除膀胱造瘘管、尿管及双“J”管。术后48h内采取持续硬膜外阻滞麻醉镇痛,早期协助患者下床活动。

1.2.2 传统护理方法组 沿用传统术前3d肠道准备法,术前3d进食流质,口服甲硝唑,术前1d服泻药,术前禁食12h、禁水4h,术前晚及术晨清洁灌肠,术前置胃管,不强调心理安慰。手术方式以开放为主,常规留置膀胱造瘘管、尿管、双“J”

管、盆腔引流管。胃管在肛门排气后予以拔除,肠道排气后方可进食,盆腔引流管保留3~4d拔除,膀胱造瘘管、尿管、双“J”管3~4周拔除,术后止痛用哌替啶等吗啡类药物,等待患者自行下床活动。

1.3 观察指标 比较两组患者肛门恢复排气时间、术后进食时间、首次排大便时间,以及漏尿、肠痿、尿路感染、肺部感染等术后并发症发生情况和术后的住院时间。

1.4 统计学处理 采用SPSS10.0统计软件处理数据,术后恢复指标(计量资料)采用 t 检验,并发症发生情况(计数资料)采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者性别、年龄、病理分级、临床分期等比较差异无统计学意义($P>0.05$);肛门恢复排气时间、术后进食时间、首次排大便时间、住院时间、漏尿及尿路感染的发生率等比较差异有统计学意义($P<0.05$);肠痿、肺部感染发生率等比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表1、2。

表1 术后恢复指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	肛门恢复排气时间(h)	术后进食时间(h)	首次排大便时间(d)	住院时间(d)
FTS方法组	39	70.30±22.46	92.2±14.42	4.88±1.26	16.46±2.92
传统护理方法组	35	96.70±26.34	164.8±2.80	7.62±2.98	21.82±3.76
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表2 并发症发生情况比较(*n*)

组别	<i>n</i>	漏尿	肠痿	尿路感染	肺部感染
FTS方法组	39	1	1	2	1
传统护理方法组	35	5	2	10	2
<i>P</i>		<0.05	>0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

FTS最早由丹麦Kehlet和Wilmore^[3]提出,它是一种贯穿于患者住院全过程的最优化的治疗理念。应用临床上已成熟的FTS理论与方法以减少与阻断患者机体的应激反应,降低机体由此而产生的负效应,可加快患者从手术创伤中康复^[4-5],其内容可以概括为:(1)优化围术期的各项处理措施;(2)尽可能采用微创外科技术。

围术期处理是FTS的重要内容。按照FTS理念,适当的心理护理对临床治疗可起到辅助和促进作用。研究表明,癌症

患者术前的焦虑、抑郁状况明显高于术后,约有 80.7% 的患者焦虑,68% 的患者抑郁^[6]。护理人员必须对患者及家属解释清楚手术后可能带来的不便、手术效果、恢复过程及可能发生的并发症等。详细讲解术后饮食、体位、大小便、给氧、导尿和各种引流的含义及注意事项等,对可能出现的切口疼痛及其他不适也应向患者告知,以便其在术后治疗、护理上给予配合。

国外研究表明术前常规准备和术后传统护理措施对患者均有刺激,引起的应激反应不利于康复^[7-9]。本组结果显示,FTS 方法组和传统护理方法组比较,在肛门恢复排气时间、术后进食时间、首次排大便时间等多方面,FTS 方法组恢复更快;漏尿、尿路感染等术后并发症 FTS 方法组也明显少见;FTS 方法组术后的住院时间也更短。

微创外科技术是 FTS 的核心内容,目前经腹腔镜全膀胱切除回肠代膀胱术已成为治疗浸润性膀胱癌的主要方法,是一种安全、可靠、创伤小的手术方式^[10]。它可精确处理盆底深部的重要结构,可使用特殊止血结扎器械而减少术中出血,因切口比开放手术小,术后恢复较快^[11];还可避免肠管长时间暴露,有利于术后肠道功能恢复,减少术后肠粘连的发生^[12-14]。

全膀胱切除回肠代膀胱术难度大、创伤重、手术时间长,因此对患者手术前、后护理提出了更高的要求,FTS 理念的运用具有实际意义,能明显减轻患者痛苦、预防和减少并发症的发生、促进患者术后康复、提高手术效果。

参考文献:

[1] 江志伟,李宁,黎介寿,等.快速康复外科的理念及临床意义[J].中国实用外科杂志,2007,27(2):131-133.

[2] Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery[J]. BMJ,2001,322(7284):473-476.

[3] Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg,2002,183(6):630-641.

[4] 陈平,丁国平,郑祺,等.快速康复外科理念在胃癌围手术期中的应用[J].中国普通外科杂志,2010,19(6):669-672.

[5] 汪晓东,谢尧,肖军,等.快速流程在结直肠外科手术后的管理中的应用[J].中国普通外科杂志,2008,17(4):394-

396.

[6] 吴慧芬,叶淑梅.围术期患者的心理护理[J].实用临床医学,2002,3(1):92.

[7] Brandstrup B, Tonnesen H, Beier R, et al. Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications: comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor blinded multicenter trial [J]. Ann Surg,2003,238(5):641-648.

[8] Lobo D, Bostock K, Neal K, et al. Effect of salt and water balance on recovery of gastrointestinal function after elective colonic resection: a randomized controlled trial [J]. Lancet,2002,359(9320):1812-1818.

[9] Lewis S, Egger M, Sylvester P, et al. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta analysis of controlled trials [J]. BMJ,2001,323(7316):773-776.

[10] 刘春晓,郑少波,徐亚文,等.腹腔镜下根治性全膀胱切除 100 例总结 [J]. 中华腔镜泌尿外科杂志,2007,1(1):19-21.

[11] Clinical outcomes of surgical therapy study group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer [J]. N Engl J Med,2004,350(20):2050-2059.

[12] Wang S, Chen L, Zhang Y, et al. Comparison of hand-assisted laparoscopic and open radical cystectomy for bladder cancer [J]. Urol Int,2010,84(1):28-33.

[13] Kehlet H. Surgical stress response: Does endoscopic surgery confer advantage [J]. World J Surg,1999,23(8):801-807.

[14] Shea J, Berlin J, Bachwich D, et al. Indications and outcomes of cholecystectomy: A comparison of the pre and post laparoscopic eras [J]. Ann Surg,1998,227(3):343-350.

(收稿日期:2011-09-14 修回日期:2011-10-20)

(上接第 3367 页)

[4] 朱建国,杨秀书,孙兆林,等.局部麻醉 B 超引导下微创经皮肾镜取石术 [J]. 中国内镜杂志,2006,12(9):910-912.

[5] 姚泰.生理学 [M]. 5 版.北京:人民卫生出版社,2002:287-366.

[6] Wickham JEA, Miller RA. Applied anatomy. In: Percutaneous Renal Surgery [M]. Edinburgh: Churchill Livingstone,1983:1-16

[7] 杨秀书,罗光恒,刘军,等.局部浸润麻醉超声引导下经皮肾镜取石术 [J/CD]. 中华腔镜泌尿外科杂志:电子版,2008,2(4):226-229.

[8] Li X, He Z, Wu K, et al. Chinese minimally invasive percutaneous nephrolithotomy: the Guangzhou experience

[J]. J Endourol,2009,23(10):1693-1697.

[9] Dalela D, Goel A, Singh P, et al. Renal capsular block: a novel method for performing percutaneous nephrolithotomy under local anesthesia [J]. J Endourol,2004,18(6):544-546.

[10] Avantinos E, Karatzas A, Gravas S, et al. Feasibility of percutaneous nephrolithotomy under assisted local anaesthesia: a prospective study on selected patients with upper urinary tract obstruction [J]. Eur Urol,2007,51(1):224-228.

(收稿日期:2011-09-13 修回日期:2011-10-20)