

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.20.050

医护一体加速康复外科围术期管理对结直肠癌患者术后康复效果的影响*

冯金华¹, 杨捷², 胡艳杰¹, 李卡^{3△}

(1. 四川大学华西护理学院, 成都 610041; 2. 四川大学华西医院胃肠外科, 成都 610041;

3. 四川大学华西医院护理部, 成都 610041)

[中图分类号] R473

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)20-2870-03

加速康复外科(fast track surgery, FTS), 是基于患者围术期病理生理变化而施行的一系列围术期综合管理的多学科医疗模式^[1]。国内外研究已证实加速康复流程(fast track, FT)的应用能达到缩短术前准备时间, 减少创伤应激, 降低并发症发生率, 加快术后恢复, 缩短平均住院日的目的^[2-3]。但 FT 的实施还存在挑战, 如医护合作关系及患者对 FT 的接受度均会影响其应用效果^[4]。医护一体的新型管理模式是一种整体的、创新的诊疗护理模式, 其核心是责任医生护士协同为患者提供适宜的、个体化的医疗服务^[5], 它丰富了“以人为本, 以患者为中心”的优质护理服务内涵。近年来, 四川大学华西医院胃肠外科开始探索将医护一体模式与 FTS 理念结合, 以提高 FT 的应用效果。本研究对比分析了医护一体模式实施前后 FT 在结直肠外科的应用情况及术后的康复效果, 为医护一体模式的应用提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性对比分析 2014 年及 2011 年 1~9 月四川大学华西医院胃肠外科结直肠专业组收治的结直肠癌患者 188 例, 其中男 103 例, 女 85 例, 平均年龄(57.12±10.34)岁, 结肠癌患者 70 例, 直肠癌患者 118 例; 腺癌 130 例, 黏液腺癌 58 例; 依据 TNM 分期, I 期 21 例, II 期 89 例, III 期 64 例, IV 期 14 例。按照是否采用医护一体管理模式将患者分为两组, 即 2014 年的观察组 100 例和 2011 年的对照组 88 例。两组患者的年龄、性别、肿瘤位置、组织学类型、TNM 分期构成比比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 两组间手术类型、手术时间及术中出血量比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。纳入标准: (1) 经肠镜病理检查确诊为结直肠癌者; (2) 择期手术或限期手术者; (3) 行肿瘤根治性切除但未行预防性造口者; 排除标准: (1) 行单纯造口或姑息性造口手术者; (2) 术前活检或术中证实为多原发肿瘤者; (3) 行局部切除术者, 如经骶尾直肠癌切除术、经肛直肠癌切除术等。

1.2 方法 本研究纳入患者均由同一医疗组的医生负责管理, 并参照同样的 FT 指南^[6-9]进行围术期管理。医护一体加速康复管理模式的构建: 针对传统模式存在的医患、护患两条线的诊疗护理模式, 以推行 FTS 理念及优质护理服务为出发点进行流程再造和优化, 使医护以团队形式为患者提供服务。具体实施方法如下: (1) 医护协同小组化。责任医生和责任护士以结直肠癌 FT 患者为中心, 形成医护一体加速康复诊疗小组。使患者从入院到出院均由相对固定的医护团队为其提供连续、协同的诊疗护理服务。医护通过共同评估、决策、科研、教育完善 FT 方案; 并通过医护共同查房、讨论、核查及监测, 制订该类患者的诊疗护理路径, 强化 FT 执行。 (2) 术前准备、

健康教育及安全评估临床路径化。为保证患者术前准备的流程化、规范化, 医护一体加速康复诊疗小组组织专家充分讨论确定患者需要进行的术前准备项目及相应健康教育, 并制订成规范的临床路径, 以提高、术前准备及健康教育的针对性和流程化。同时, 医护共同讨论制订适合该类患者的安全评估系统, 包括营养状况评估、心理状态评估、疼痛评估、麻醉风险评估、术后风险评估等; 以保证 FT 实施的安全性。 (3) 术后康复合作化。责任医护对患者进行共同评估后, 为患者制订个体化的 FT 目标; 并加强与患者及家属的沟通交流, 采用讲座和视频等形式教会患者促进术后康复的方法, 强化 FTS 理念, 促进 FT 目标达成。 (4) 营养支持、伤口治疗专业化。结直肠癌患者多伴有不同程度营养风险, 科室成立营养专科护理小组, 对患者的营养支持进行专业化管理, 包括营养风险动态评估和营养管道维护, 以提高营养支持的安全性和有效性。科室也成立专科伤口护理小组, 由伤口专科护士对患者的伤口进行管理, 包括压疮的预防, 手术切口及造口护理。 (5) 出院随访延续化。责任医护共同对患者进行出院指导, 告知患者并发症的预防、观察和处理方法及随访过程的必要性。设立护理造口门诊, 对出院患者的伤口和造口进行延续性管理。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析, 计量资料满足正态性及方差齐性的以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用独立样本 t 检验; 方差不齐的采用 Wilcoxon 秩和检验, 分类资料采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法; 检验水准 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 FT 完成率比较 观察组液体限制、早期下床活动、早期经口进食、胃管管理及引流管管理的完成率均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 而两组尿管管理的完成率差异无统计学意义, 见表 1。

表 1 两组 FT 完成率比较[n(%)]

FTS 环节	观察组	对照组	χ^2	P
限制补液	81(81.00)	39(44.32)	27.280	0.000
早期下床活动	85(85.00)	40(45.44)	32.854	0.000
早期经口进食	91(91.00)	42(47.73)	42.350	0.000
胃管管理	89(89.00)	61(69.32)	11.243	0.001
引流管管理	78(78.00)	41(46.59)	19.877	0.000
尿管管理	29(29.00)	25(28.41)	0.008	0.929

* 基金项目: 四川省科技支持项目(2013SZ0026)。 作者简介: 冯金华(1990—), 在读硕士, 主要从事外科临床护理工作。 △ 通讯作者,

2.2 两组患者术后康复效果比较 观察组患者术后首次经肛门排气时间早于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组术后住院时间差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组患者术后 30 d 内的手术相关再入院例数分别为 0 例和 2 例。观察组患者并发症总发生率少于对照组 (8.00% vs. 17.05%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者术后康复效果比较

观察指标	观察组	对照组	χ^2/t	P
康复指标($\bar{x} \pm s, d$)				
术后首次排气时间	2.56 ± 1.05	3.01 ± 1.22	2.372	0.010
术后住院时间	5.02 ± 1.12	5.61 ± 2.51	0.846	0.211
术后 30 d 手术相关再入院[n(%)]	0(0.00)	2(2.27)	2.281	0.131
并发症[n(%)]				
总发生率	7(7.00)	16(18.18)	5.451	0.020
吻合口漏	0(0.00)	1(1.13)	1.136	0.286
肠梗阻	1(1.00)	4(4.55)	2.261	0.133
吻合口出血	0(0.00)	1(1.13)	1.136	0.286
尿潴留	4(4.00)	6(6.82)	0.734	0.392
伤口感染	1(1.00)	2(2.27)	0.480	0.488
腹腔感染	0(0.00)	1(1.13)	1.136	0.286
肺部感染	0(0.00)	2(2.27)	2.281	0.131

3 讨 论

3.1 医护一体加速康复外科模式能提高 FT 完成率 四川大学华西医院胃肠外科自 2007 年开始探讨 FT 在结直肠外科患者中的应用, 到 2010 年已常规应用各项环节在纳入患者中; 主要参与者为医生团队, 护理人员参与较少, 各环节完成效果欠佳^[10]; 2012 年实行医护一体加速康复管理模式, 医护共同推进 FT 实施。由表 1 可以看出, 观察组患者 FT 完成率有不同程度的提高。观察组患者液体限制完成率相比对照组提高了 36.68%, 达到 81.00%。可能是因为医护一体进行路径化的病情观察及安全评估, 早期预防了并发症的发生, 减少了治疗性液体的输入; 同时, 早期经口进食目标的实现也减少了营养支持液体的输入。目前, 大量研究证实了早期经口进食的可行性和安全性^[10-11], 但由于国内患者的传统观念认为胃肠手术后需待肛门排气后方能饮水, 担忧和顾虑阻碍了早期进食目标的实现, 而本研究观察组患者术后早期经口进食比例高达 91.00%, 相比对照组增长了 43.27%; 同样, 术后早期下床活动完成率也达到了 85.00%, 同比上升 39.56%, 这可能与医护一体管理对患者及家属强化 FTS 理念, 并给予积极的心理支持, 提高了患者的配合度和依从性。从胃管和引流管管理上看, 观察组不安置或术后 1 d 内拔除胃管、引流管的比例均有明显提高, 可能是因为医护一体模式下, 路径化的健康教育及安全评估, 加上患者的密切配合, 使胃管和引流管的管理更加规范化, 从而实现了 FT 倡导的早期拔管目标。但两组间早期拔除尿管的比例比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 由于本研究绝大部分病例为直肠癌, 甚至是低位、超低位直肠癌患者, 对于该类患者早期拔除尿管的可行性和安全性尚无研究明确证实, 因此笔者并未贸然采用 FT 策略, 有待进一步的研究探讨尿管拔除的安全时间。

3.2 医护一体加速康复外科模式能促进术后康复 本研究中观察组患者术后首次排气时间早于对照组, 可能因为随着 FT 完成率的提高, 进一步降低了创伤应激和炎症反应, 促进了肠功能恢复^[2,11]。观察组患者术后 30 d 未发生手术相关再入院, 而对照组有 2 例, 说明在医护一体的 FT 管理中, 能更好地进行并发症监测, 早期采取预防和诊治措施, 而延续性的出院随访, 也能减少再入院发生率^[5]。但本研究中两组患者术后住院时间差异并无统计学意义 ($P > 0.05$), 这与国外相关研究通常提出的术后 3 d 出院的标准^[1,10] 还存在差距。原因在于我国 FT 应用最大的难点就是患者难以接受早期出院, 多数患者愿意接受更长时间的在院照护^[3,9]。因此, 还需增强患者及家属居家康复的观念, 提高早期出院依从性; 同时, 加强出院后的安全保障和康复支持, 也是值得关注的。

3.3 医护一体加速康复外科模式能降低术后并发症发生率 本研究中观察组术后总并发症发生率更低 ($P < 0.05$); 尽管在各项并发症的比较中两组差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但观察组发生率低于对照组, 特别是在术后肠梗阻、切口感染及肺部感染的发生率上更为明显, 说明观察组术后出现并发症的风险相对更低, 这可能与医护一体模式下, 医护共同对患者进行 FT 各环节的监督和质量控制; 对患者进行连续的安全评估、监测, 实现了并发症的早期预防, 从而促进了患者术后的安全康复, 提高了 FT 管理质量。

综上所述, 医护一体加速康复外科管理模式打破了原有的医疗和护理各自为营的格局, 重建起医、护、患三位一体的崭新工作局面, 提高了患者及家属对 FT 的接受度, 提升了 FT 完成率, 也进一步保证了 FT 实施的安全性和有效性, 促进了患者术后的加速康复。

参考文献

- [1] Pedziwiatr M, Matlok M, Kisialewski M, et al. Enhanced recovery (ERAS) protocol in patients undergoing laparoscopic total gastrectomy[J]. *Wideochir Inne Tech Malo Inwazyjne*, 2014, 9(2): 252-257.
- [2] Esteban F, Cerdan FJ, Garcia-Alonso M, et al. A multicentre comparison of a fast-track or conventional postoperative protocol following laparoscopic or open elective surgery for colorectal cancer surgery[J]. *Colorectal Dis*, 2014, 16(2): 134-140.
- [3] Li K, Li JP, Peng NH, et al. Fast-track improves post-operative nutrition and outcomes of colorectal surgery: a single-center prospective trial in China[J]. *Asia Pac J Clin Nutr*, 2014, 23(1): 41-47.
- [4] Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery[J]. *Lancet*, 2003, 362(9399): 1921-1928.
- [5] 蒋艳, 曹华, 彭小华, 等. 医护一体模式在优质护理服务中的应用研究[J]. *护士进修杂志*, 2012, 27(5): 405-407.
- [6] 李立, 汪晓东, 舒晔, 等. 四川大学华西医院肛肠外科·结直肠外科快速流程临床指南(一)[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2009, 16(5): 413.
- [7] 李立, 汪晓东, 舒晔, 等. 四川大学华西医院肛肠外科·结直肠外科快速流程临床指南(二)[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2009, 16(6): 493-494.
- [8] 李立, 汪晓东, 舒晔, 等. 四川大学华西医院肛肠外科·结

直肠外科快速流程临床指南(三)[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2009, 16(7): 581.

- [9] 李立, 汪晓东, 舒晔, 等. 四川大学华西医院肛肠外科·结直肠外科快速流程临床指南(四)[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2009, 16(8): 671.
- [10] Hjort Jakobsen D, Rud K, Kehlet H, et al. Standardising fast-track surgical nursing care in Denmark [J]. Br J • 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.20.051

Nurs, 2014, 23(9): 471-476.

- [11] 杨廷翰, 蒲怡, 杨光超, 等. 快速流程完成率对结直肠癌根治术后管理的影响[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(11): 1203-1206.

(收稿日期: 2015-01-13 修回日期: 2015-03-14)

舒适护理提高维持性血液透析患者生存质量的研究

杨 佳, 颜俊峰, 唐一可, 王 茜, 傅 利[△]
(重庆市第三人民医院肾内科 400014)

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)20-2872-03

维持性血液透析(MHD)是终末期肾病替代治疗的主要手段^[1],可改善患者的部分临床症状,但不能完全代替肾脏的各种功能,不可逆转的肾功能下降,常伴有水肿、贫血、骨痛、皮肤瘙痒等并发症。由于社会角色和生活习惯的改变,高额的医疗费用,MHD患者承受着巨大心理压力,常出现抑郁、焦虑等负性情绪,严重影响其生活质量及预后^[2]。因此,对MHD患者实施舒适护理干预尤为重要。本研究通过舒适护理干预减轻MHD患者的负性情绪,提高其生存质量。本院血液透析中心于2012年6月至2013年12月对96例MHD患者采取舒适护理干预,其效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2012年6月至2013年12月本院血液透析中心MHD患者96例。其中急性肾衰竭15例,慢性肾炎28例,高血压肾病18例,糖尿病肾病35例。纳入标准:患者病情稳定、神志清楚,无精神疾病,透析时间大于或等于3个月,年龄大于或等于20岁。排除标准:精神病患者,严重认知功能障碍者,听力、语言沟通障碍者,肾脏恶性肿瘤需要手术患者及拒绝接受血液透析治疗者。干预前向患者说明研究方法和目的,经患者同意并签知情同意书。

1.2 方法 于MHD患者入院时,责任护士对其进行评估并记录,采取生存质量综合评定问卷-74(GQOLI-74问卷)评价患者的生存质量;采用抑郁自评量表(SDS)及焦虑自评量表(SAS)评估患者负性情绪。评估完毕患者进入干预阶段,时间为3个月。

1.2.1 透析前的舒适护理

1.2.1.1 环境舒适 透析室保持整洁、舒适、安静、安全、温馨;备有空气消毒机、空调,温度保持22~26℃,湿度控制在55%~60%。在整体色彩调配上,主要以浅色为基调多采用浅蓝和绿色,其他根据不同场景用植物、鲜花、壁画加以点缀。使患者感觉舒适;每次透析结束更换清洁的床单、被套及枕套,用空气消毒机行空气消毒。

1.2.1.2 心理舒适 主动与患者沟通交流,及时了解患者的感受,可讲一些轻松、双方感兴趣的话题,拉近护患关系,保持心理上的舒适和安全,使患者轻松接收治疗。

1.2.2 透析中的舒适护理

1.2.2.1 舒适的穿刺护理 透析一般选用16号内瘘针建立

动静脉通道各1个,MHD患者1年累计穿刺数百针,可采取扣眼法穿刺能明显降低患者的疼痛感,其成功率高。穿刺完毕用无菌治疗巾遮盖手臂,注意肢体保暖。

1.2.2.2 血液外渗的舒适处理 如有水肿形成应迅速更换穿刺部位,24h后水肿处涂抹多磺酸黏多糖后轻轻按摩或用50%硫酸镁湿热敷,促进血液循环,加快皮下淤血吸收。

1.2.2.3 并发症观察和处理 最常见的并发症是透析低血压,透析过程中要耐心倾听患者主诉,严密观察神志、面色、血压变化,及时调整超滤量,陪护在患者床旁,指导其做深呼吸,增强其战胜疾病的信心^[3]。

1.2.2.4 体位舒适 透析卧床时间较长容易导致患者疲劳不适,个别患者肢体活动受到一定限制,尤其感觉穿刺侧手臂酸胀甚至疼痛,可给予局部轻柔按摩,帮助患者适当更换体位。

1.2.2.5 饮食舒适 透析进行1~2h,胃部水肿减轻患者常感饥饿需进餐。为保证患者在治疗期间的营养供给,以维持其每日机体的消耗^[4]。要创造良好的就餐环境,把床头摇至半坐卧位,将饭菜放置于患者方便取食的位置,饭前用消毒毛巾擦手,饭后维持口腔清洁,协助漱口,促进生理舒适。应强调饮食的科学性:按患者饮食习惯避免辛辣、油腻食物,合理安排低磷、低盐、高热量、高维生素、优质高蛋白易消化的饮食^[5]。

1.2.3 血液透析后的舒适护理

1.2.3.1 生活舒适 保证充足的睡眠和休息,保持乐观情绪,依据病情做适当家务和运动,如散步、慢跑、打太极拳、跳舞等。规范饮食,忌抽烟、饮酒、熬夜,不去人多密集的场所,以避免交叉感染。

1.2.3.2 用药舒适 每天自我监测血压非常必要,血压低于120/70 mm Hg需暂时停止口服降压药,以免发生内瘘阻塞;血压持续高于180/90 mm Hg,应及时与医生联系,对药物剂量进行调整。

1.2.3.3 血管通路舒适 血管通路是血液透析患者的“生命线”^[6],深静脉置管每周至少2~3次换药,肝素生理盐水封管,敷料避免污染,以免导管感染。动静脉内瘘患者,每天要坚持术肢的护理和锻炼,发现异常(震颤音减弱或消失)及时与医护人员联系立即处理。

1.2.3.4 社会关系舒适 主管护士与患者家属进行有效沟通,告知亲人的支持和良好的家庭休养环境,对患者病情稳定