

快速康复外科在泌尿外科患者护理中的应用与展望

聂 瑾

摘要 介绍了 FTS 在泌尿外科患者护理中的应用: 手术前患者的评估及健康教育; 术中麻醉方法的优化、保持正常体温及微创手术方法的应用; 术后康复措施。认为 FTS 可不同程度缓解泌尿外科患者手术应激反应, 增加镇痛效果, 促进胃肠功能早期恢复, 减少手术并发症及再次入院的发生率, 缩短住院日, 减少住院费用, 提高患者的远期生存质量及患者的满意度。

关键词: 快速康复外科; 泌尿外科; 护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: A

文章编号: 1006-6411(2018)20-0004-03

丹麦腹部外科医生 Kehlet 和 Wilemore 于 2001 年提出了“快速康复外科”(Fast-Track Surgery, FTS), 该概念也称为“术后快速康复”(Enhanced Recovery After Surgery, ERAS), 因其可明显改善外科患者预后、加速术后康复进程, 在欧美国家备受推崇^[1]。FTS 是指在术前、术中及术后应用各种已被证实有效的方法, 减少手术应激及并发症, 加速患者术后康复而采取的一系列优化措施。这些措施主要包括: 手术前患者的评估及健康教育; 术中麻醉方法的优化、保持正常体温及微创手术方法的应用; 术后康复措施, 包括有效镇痛、早期进食、早期活动、早期拔除引流管等^[2]。这些措施以减少一切不必要的应激和可能发生的不必要的操作损伤为原则, 以达到减轻患者生理性、心理性、创伤性的应激反应和减少并发症的目的, 促进患者快速康复。FTS 最初只应用于结直肠手术, 之后逐步推广到临床各外科领域, 包括几乎普通外科的所有手术及心胸外科、妇产科、骨科、整形外科、血管外科、小儿外科等。实施的场所由病房延伸至门诊、社区和家庭。快速康复外科目前同样应用于泌尿外科领域, 但 Cerantola^[3]等研究表明, 目前 FTS 理论在泌尿外科应用仍不够广泛, 循证证据还不充足。本文将综述 FTS 在泌尿外科患者围手术期护理中的应用现状。

1 FTS 于泌尿外科领域的应用现状

FTS 是泌尿外科医患共同追求的目标。近年来不断出现的输尿管镜、经皮肾镜、经尿道前列腺电切术与膀胱电切术等一系列腔内微创技术, 以及腹腔镜在泌尿外科领域应用的不断扩大, 绝大多数泌尿外科手术均可以微创的形式完成, 极大促进了泌

尿外科术后患者的快速康复。FTS 手术技术已由普通的膀胱镜、输尿管镜、电切镜的应用, 发展到腹腔镜的应用, 甚至目前已引入机器人辅助系统^[4], 该系统优化了治疗模式, 完成了一系列高难度的功能重建性手术。大量研究证明, FTS 可不同程度缓解泌尿外科患者手术应激反应, 增加镇痛效果, 促进胃肠功能早期恢复, 减少手术并发症及再次入院的发生率, 缩短住院日, 减少住院费用, 提高患者的远期生存质量及患者的满意度。

2 FTS 在泌尿外科患者围手术期的应用

FTS 护理主要是指在围手术期护理工作中, 根据有力的医学证据, 对患者实施有效的临床护理干预, 以减少患者的应激反应, 并尽量避免各种并发症的发生, 减轻患者的痛苦, 加速术后康复的一种新的外科护理理念。围手术期护理是 FTS 理念中不可或缺的重要一环, 也是以患者为中心护理理念的具体体现。护理理念应跟随 FTS 在泌尿外科的应用不断革新, 使其与先进的 FTS 技术相匹配, 并使之广泛根植于护士的意识中。

2.1 术前护理

2.1.1 术前评估与治疗 主要在术前筛选出对患者手术和康复的影响因素^[5]。全面了解高危患者脏器生理功能, 有无合并症: 如慢性支气管炎、肺气肿等患者, 护士应加强患者的呼吸功能训练, 鼓励有效咳嗽咳痰; 指导高血压、糖尿病患者饮食控制及准确用药。做到术前有效评估手术风险大小, 及有无手术禁忌症。

2.1.2 健康宣教 FTS 护理理念认为, 恰当的围手术期健康教育联合心理护理对临床治疗可起到重要的辅助和促进作用, 有利于患者的恢复。手术前, 患者通常会担心手术是否成功, 疼痛能否忍受, 是否会有并发症、后遗症, 担心疾病预后, 从而易产生严重的紧张、恐惧等负性心理, 约有 80.7% 手术患者产生焦虑, 68% 手术患者产生抑郁, 使患者不能很好地配合手术, 从而增加手术刺激产生的应激反应, 增加手术过程的危险性和术后并发

工作单位: 430000 武汉 湖北华中科技大学附属同济医院泌尿外科

聂瑾: 女, 本科, 护师

收稿日期: 2017-10-11

[35] 程淑玲, 臧小英, 赵岳. 连续护理模式在老年慢性病护理中应用的质性研究[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(10): 916-918.

[36] 苏亮珍, 陈惠丰, 陈星. 病区延续康复护理模式在脑卒中

患者中的应用[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(22): 226-228.

(本文编辑: 王 萍 欧阳煜)

症的发生率,不利于术后康复。所以进行正确全面的术前宣教非常重要。有研究发现,通过充分的术前宣教可以减少患者的恐惧及紧张感,有利于患者更好地配合治疗,有利于患者术后的快速康复。快速康复外科要求护士在术前对患者进行详细的宣教,让患者熟悉病区环境,了解手术方式,知道手术前后如何进行准备及配合,在术后如何配合,能否下床活动,如何进行早期喝水及进食,也让患者知道术后大概的出院时间等,通常应用快速康复外科治疗的患者出院时间都比传统方法大为提前。

2.1.3 术前禁食、水时间控制 欧美国家普遍认为患者术前禁食 6h,禁水 2h 有利于减少手术前患者的饥饿、烦躁、紧张等不良反应。该观点越来越受到麻醉科医生等的认同。美国麻醉医师协会于 1999 年重新修订了术前禁食指南,要求缩短禁食、禁饮时间,特别是缩短限制透明液体的摄入时间,避免低血糖、脱水等,让患者在舒适而又不增加误吸的环境下接受手术^[6]。指南规定,任何年龄患者术前 2h 可以进食不含酒精、含少许糖的透明液体,如清水、茶、咖啡、果汁等。另有研究表明,术前 2h 禁饮与传统禁食相比,无不良反应,相反,恶心、呕吐的发生率较低。目前普遍认为,术前行代谢准备可以减少术后胰岛素抵抗,缓解分解代谢。通常可在术前 10h 口服 12.5% 的碳水化合物饮品 800ml,术前 2h 口服 400ml。陈美玲^[7] 等研究证明,膀胱全切患者术前禁食 6h,禁水 2h,术前晚睡前口服碳水化合物液体 800ml,术前 2~3h 再口服 400ml;糖尿病患者根据病情提供低糖或无糖饮料,术中均未发生呕吐、误吸等情况。

2.1.4 术前肠道准备 FTS 认为在胃肠等择期手术中不需要常规进行肠道准备。因为术前常规清洁灌肠虽然创造了清洁的肠道环境,却破坏了天然肠道屏障,易引起患者肠道菌群失调,水电解质平衡紊乱,增加术后感染和吻合口瘘的发生率^[8]。而泌尿外科的手术,绝大多数无需通过肠道,不主张传统的肠道准备。FTS 在膀胱全切的患者中,提倡更简单的肠道准备,既能达到手术要求,并可提高手术耐受力,降低并发症,尤其是菌群失调的发生。

2.2 围手术期体温管理与液体治疗

2.2.1 围手术期体温管理 研究发现,围手术期低温可以引起患者的应激反应,导致患者凝血功能的异常,还可引起机体免疫力低下、药物代谢延长、苏醒时间延长、麻醉苏醒期寒颤、肌体氧耗量增加。另外麻醉剂对体温调节有抑制作用,使体温下降。因此,围手术期对患者保温,对人体正常代谢、生理机能、内环境稳定等具有重要意义。快速康复外科强调患者的保温问题,重视吸入气体、静脉输液、腹腔冲洗液及手术室的保温等处理,针对高龄、危重患者使用保温毯等措施。分别做到在术前、术中、术后均能避免低温对患者快速康复的影响。

2.2.2 液体治疗 FTS 主张以目标为导向进行个体化的补液治疗。由于液体过量或血容量过低均会导致内脏损伤,增加并发症,延长住院时间。因而术中及术后控制液体输注量是 FTS 的核心理念之一。术中补液目的是保证适宜的心脏搏出量,促进胃肠道蠕动功能恢复,缩短住院时间。但术中和术后补液是难以分开的,故在临床实际操作中麻醉医师与外科医师各自制定输液方案,这就加强了麻醉医师与外科医师的合作。术中主

张控制补液,不过多的补充含钠液体,有利于缩短术后肠麻痹的时间;麻醉后应先使用缩血管药物行升压处理,而非进行大量的补液处理。但术后在限制液体的基础上,严密监测血容量和尿量,根据患者具体情况及各项生理指标变化制定补液计划。Hubner 等研究表明,限制液体输入可减少术后并发症发生,缩短术后住院时间,且不影响肾功能。循证医学提出术中可借助食管多普勒监测技术,密切监测中心静脉压、心率、动脉压等血液动力学改变,指导准确补液。临床护理人员应严格监测患者出入量平衡情况,为临床提供第一手资料。

2.3 术后护理

2.3.1 有效镇痛 快速康复外科的目的在于降低应激反应,有效镇痛可降低疼痛引起的应激反应及呼吸、循环系统并发症的发生率。而硬膜外阻滞麻醉镇痛方法极大地减少了阿片类药物的使用,显著减少了术后恶心、呕吐及肠胀气的发生。FTS 循证医学提倡膀胱癌患者术后 2~3d 内采取持续镇痛,术后患者选择性使用持续硬膜外止痛、患者自控止痛,及使用非阿片类止痛药代替阿片类止痛药等多模式止痛方法,不仅可减少疼痛,还可以缓解疼痛引起的焦虑情绪,降低心肺并发症发生率。护士在指导患者正确使用药物镇痛的同时,还应指导患者分散注意力、掌握放松技巧,以缓解疼痛不适感觉。

2.3.2 术后早期活动与早期进食 快速康复外科主张术后早期下床活动,不仅有利于肺的呼吸运动,加速康复,还可以防止血栓的形成。护士应制定并执行康复护理计划,保证患者术后运动的有效落实。传统的术后进食标准是胃肠道功能恢复、有肛门排气,许多学者认为,术后早期肠内营养不但不会产生腹胀、呕吐等不适,而且可以促进肠蠕动,维护肠黏膜功能^[9]。王丹等研究报道,膀胱全切原位回肠代膀胱术后的患者,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。这也与学者 Mstet P 等的观点一致,即在胃肠功能恢复之前,患者可以耐受经口进食。护士应告知患者早期进食的目的及重要性,增加患者的依从性。

2.3.3 术后导管护理 FTS 主张选择性使用各类导管,而不作为常规使用。各类导管的留置不但会增加感染等并发症的风险,而且明显影响患者术后活动,增加患者术后康复的心理障碍。因此,FTS 强调应根据引流情况及机体恢复情况尽早拔除引流管。而泌尿外科多种疾病术后均留置导尿管,有的甚至达 1 周左右,这就要求护理做到尿道口与导尿管的清洁工作,避免尿路感染的风险。

3 展望

FTS 在国内泌尿外科中的应用尚处于起步阶段,真正进行研究和应用的医疗机构十分有限。目前,在泌尿外科腹腔镜手术中,腹腔镜前列腺癌根治术后,对患者行 FTS 管理,术后住院期间肠道并发症减少,肠蠕动明显早推进;第一次排便、住院时间缩短,疼痛感知能力降低且生活满意度增加。但目前的应用仍然局限。

3.1 加大研究与应用力度 FTS 最主要应广泛应用于临床,并需要大量的随机对照试验以及循证医学来充分验证。需要加强

产后尿潴留的现状分析及护理研究进展

周水金 郭剑影

摘要 综述了产后尿潴留的现状,主要包括产后尿潴留发生的原因及高危因素以及尿潴留的预防和护理,旨在为产后尿潴留的防治及其护理提供依据。

关键词: 产后;尿潴留;护理

中图分类号: R473.71

文献标识码: A

文章编号: 1006-6411(2018)20-0006-03

产后尿潴留是指于产后6~8h出现膀胱内有尿且产妇有尿意,有部分或全部的尿液不能从膀胱排出的暂时性排尿功能障碍^[1],产后尿潴留除了增加产妇的痛苦与不安之外,充盈的膀胱使得子宫收缩不良,产后宫缩乏力而导致产后出血和留置导尿管的泌尿系感染的几率也大大增加。多年来,我们针对产后尿潴留发生的原因及高危因素,采取了相应的预防及护理措施,现综述如下。

工作单位: 543002 梧州 广西梧州市妇幼保健院

周水金: 女,本科,主管护师

收稿日期: 2017-11-14

1 发生原因及高危因素

产后尿潴留的发生原因有分为机械性梗阻和动力性梗阻,临床上基本上是动力性梗阻,可概括为以下几种原因:

1.1 产程延长 第二产程延长使胎先露压迫膀胱时间过长,只是膀胱黏膜充血、水肿。当子宫下段过度延长时,将膀胱牵引过高,原先受胎头先露压迫的膀胱三角区黏膜进一步充血、水肿及尿道括约肌水肿,闭塞尿道内口,使排尿不畅或排不出尿液。低位产钳术的操作,增加了产后尿潴留的发生率,此外尚受多种因素的影响,有研究报道^[2],年龄增大、分娩镇痛、产后出血量增加、产后Hb减少是低位产钳术后尿潴留的高危因素,这与冯佩笑等^[3,4]的研究结果一致。

外科医师、麻醉医师和护士的密切配合,提高临床应用的整体效果^[10]。

3.2 规范操作 研究制定相应的操作规范,对指导医护人员、自护行为等都具有极其重要的意义。尤其在目前医患关系紧张的前提下,更应完善规范操作,减少不必要的情况出现。

3.3 更新护理观念 FTS没有固定的模式或方案,是一系列有效措施组合产生的协同结果,需要不断整合有循证医学证据的研究结果。注重在实践中完善理念,以患者为中心,以循证为依据,以FTS理念,针对不同疾病的患者形成个性化的护理方案,达到以患者为中心,做到真正意义上的快速康复。

参 考 文 献

- [1] Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery [J]. BMJ 2001; 322(7284): 473-476.
- [2] Eglinton TW. The era of ERAS: a new standard of perioperative care [J]. Journal of the New Zealand Medical Association 2013; 126: 6-7.
- [3] Cerantola Y, Valerio M, Persson B, et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery society recommendations [J]. Clinical Nutrition 2013; 32: 879-887.
- [4] Saar M, Ohlmann CH, Siemer S, et al. Fast-track rehabilitation after robot-assisted laparoscopic cystectomy accelerates

post-operative recovery [J]. BJU Int 2013; 112(2): E99-106.

- [5] McShane C, Honeysett A. What is the preadmission role in preparation of patients for fast track surgery? [J]. Aust Nurs J 2013; 20(9): 37-39.
- [6] Hubner M, Schafer M, Demartines N. Impact of Restrictive Intravenous Fluid Replacement and Combined Epidural Analgesia on Perioperative Volume Balance and Renal Function Within a Fast Track Program [J]. Journal of Surgical Research 2012; 173: 68-74.
- [7] 陈美玲. 快速康复外科在膀胱全切围术期护理中的应用 [J]. 护士进修杂志 2010; 25(7): 666-667.
- [8] Msc MM, Mbchb RG, Black FP. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice [J]. Canadian Urological Association 2011; 5(5): 342-348.
- [9] 王丹, 罗莉, 王晓英, 等. 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 [J]. 中国医药导报, 2012; 9(34): 167-169.
- [10] Kehlet H, Slim K. The future of fast-track surgery [J]. British Journal of Surgery 2012; 99: 1025-1026.

(本文编辑: 王 萍 欧阳煜)