

快速康复外科理念在选择性痔上黏膜切除钉合术围术期中的应用

徐博媛, 杨淑群, 谭彩姬, 颜春铭, 秦姣红, 郭衬好 (广东医科大学附属厚街医院, 广东东莞 523960)

摘要: **目的** 观察快速康复外科理念在选择性痔上黏膜切除钉合术患者围术期中的应用效果。**方法** 40例选择性痔上黏膜切除钉合术患者随机分为对照组和实验组, 对照组采用围术期常规干预, 而实验组采用快速康复外科理念干预。比较两组手术时间、住院时间、术后并发症、有效率及满意度。**结果** 实验组手术时间、住院时间均短于对照组 ($P<0.05$), 术后并发症总发生率少于对照组 ($P<0.05$), 但有效率、满意度差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 围术期快速康复外科理念干预可缩短选择性痔上黏膜切除钉合术患者手术时间、住院时间, 减少并发症。

关键词: 快速康复外科理念; 围手术期护理; 痔上黏膜切除钉合术

中图分类号: R 473

文献标识码: A

文章编号: 2096-3610(2017)04-0445-03

Perioperative application of rapid rehabilitation surgery concept in stapler hemorrhoidectomy

XU Bo-yuan, YANG Shu-qun, TAN Cai-ji, YAN Chun-ming, QIN Jiao-hong, GUO Chen-hao (Affiliated Houjie Hospital of Guangdong Medical University, Dongguan 523960, China)

Abstract: **Objective** To observe the perioperative application of rapid rehabilitation surgery concept (RRSC) in stapler hemorrhoidectomy. **Methods** Forty patients undergoing stapler hemorrhoidectomy were randomized to control and experimental groups, and respectively received conventional care and RRSC intervention in the perioperative period. The operation time, hospital stay, postoperative complications, effective rate, and satisfaction degree were compared between 2 groups. **Results** The operation time, hospital stay, and postoperative complications were lower in experimental group than in control group ($P<0.05$), but the effective rate and satisfaction degree showed no difference between 2 groups ($P>0.05$). **Conclusion** The perioperative intervention of RRSC can reduce the operation time, hospital stay and postoperative complications in patients undergoing stapler hemorrhoidectomy.

Key words: rapid rehabilitation surgery concept; perioperative nursing; stapler hemorrhoidectomy

快速康复外科(FTS)理念是由丹麦外科医生 Kehlet 于2001年率先提出的, 是指采用一系列循证医学证据的围手术期处理的优化措施, 减少手术患者生理和心理的创伤应激, 以达到患者快速康复的目的, 其核心是减少患者的创伤和应激损害, 它不仅要求手术微创, 而且更重视患者围手术期的其他处理措施对手术患者康复的影响^[1], 近年来, 快速康复外科日益受到临床的重视。混合痔是外科常见病、多发病, 发病率为46%^[2], 其中约10%患者因出血、疼痛、脱垂等症状就诊^[3], 约5%~10%患者需手术治疗^[4], 近几年选择性痔上黏膜切除钉合术(TST)逐渐推广普及, 创伤更为微创, 保留了正常的肛垫

及黏膜桥, 维护了肛门的精细功能, 减少了手术创伤, 术后疼痛有了显著的改善, 且避免了术后继发大出血、肛门急便感、坠胀感、狭窄等的并发症。我院2015年8月开始将快速康复外科理念应用于选择性痔上黏膜切除钉合术患者围术期护理中, 为评价其对围术期的影响, 现将结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 病例与分组

选取我院2015年8月—2017年2月选择性痔上黏膜切除钉合术患者40例, 均符合2006版《痔临床诊疗指南》^[5], 即Ⅲ~Ⅳ度内痔及梅花状脱出的混合内痔患者内痔核较大, 数量在2个以上或呈梅花状脱出分布者。随机分为对照组与实验组, 每组20例。对照组男6例, 女14例; 年龄20~70岁, 平均45岁; 病程3~20 a。实验组男9例, 女11例; 年龄25~70岁, 平均45.5岁; 病程3~18 a。临床表现均为便秘肛

基金项目: 2016年东莞市医疗卫生科研课题(No. 852016105101085)

收稿日期: 2017-03-10; **修订日期:** 2017-06-10

作者简介: 徐博媛(1976-), 女, 本科, 主管护师。

门有肿物脱出,伴出血、疼痛、坠胀。两组在性别、年龄及病程等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规措施:(1)术前1 d进易消化饮食,术前一晚、术晨常规清洁灌肠1次,术前常规禁食12 h、禁水4 h;(2)术中采用传统膀胱截石位,手术当天一般常温下输入3.5~5.0 L液体,术后3~4 d输入液体约2 L/d;(3)患者术后一般行口服止痛剂止痛,术后1 d后开始床上活动,术后第2天开始进水及少量流质饮食,术后根据身体需要量补给液体;(4)术后预防感染、出血、尿潴留等并发症等护理。

1.2.2 实验组 (1)健康教育:手术室护士术前1天访视患者,了解文化背景及心理状态,带上制定的快速康复健康教育手册、录像、图片等,给患者讲解快速康复外科理念,选择性痔上黏膜切除钉合术方法、体位、并发症,如疼痛、出血、感染等知识,针对患者的心理特点,使患者对手术有更加直观的认识,及时观察、安抚患者紧张情绪。(2)优化麻醉方式:腰麻+硬膜外联合麻醉,术后PCA泵48 h。手术当天由手术室护士开始陪伴患者至手术结束,按需求提供连续的支持和帮助。介绍麻醉医生,耐心解释麻醉方式及注意事项,手术室护士指导患者配合麻醉,协助摆置麻醉体位,双手扶患者腿部,嘱咐患者麻醉时勿乱动,与患者交谈,分散其注意力,指导自我放松方法,缓解患者的不适感和恐惧感。(3)术前胃肠道的准备:术前1 d进易消化饮食,术前6 h开始禁食,但术前2 h可进食少许透明液体(饮糖盐水 300~500 mL),术前一晚不需要灌肠,术晨灌肠1次。(4)术中保持患者正常体温,控制性补液:手术室温度控制22~26℃,湿度50%~60%,播放轻音乐,创造舒适安全的手术环境,术中使用保暖床垫保暖,麻醉、皮肤消毒、摆放膀胱截石位时,动作迅速、准确,尽量减少暴露时间及暴露面积,注意遮盖非手术部位并保护患者隐私;测量体温,输液使用输液加温仪器控制温度37℃,40℃温水冲洗切口,手术结束时,撤去手术敷料后迅速提供保暖床垫,用温水擦拭患者皮肤上的血迹和消毒液,为患者穿好衣裤或盖好被单,做好保暖措施。保持患者正常体温,避免因低温导致的机体应激反应^[3],控制手术当天及术后液体输入是快速康复理念中另一个重要的问题。在能充分保证患者基本身体机能情况下,将输血量控制在5~9 mL/(kg·h),同时严格控制葡萄糖和生理盐水的摄入量^[6],可减少

术后并发症发生、促进胃肠道功能恢复,缩短住院时间。(5)早期活动:术后应保持镇痛良好,6 h后可搀扶下床早期活动。(6)手术后6 h后可进水及普通饮食,少量多次,采用逐次递增的方式,刺激肠蠕动,多饮水,多进食富含纤维素食物以利于大便通畅。(7)术后疼痛:几乎所有的痔手术术后均有不同程度的疼痛、坠胀感,这与手术创伤吻合口水肿等有关^[7],主要出现在术后24 h内及首次排便^[8]。掌握疼痛评估的方法及技巧,实施术后留置PCA泵48 h、口服止痛剂等有效的止痛措施。早期给予对症止痛,更有利于缓解术后切口疼痛,保证患者休息,促进伤口愈合。(8)术后排便指导:术后不控制排便,指导患者在术后第2天早晨首次排便,适当予通便药口服,如聚乙二醇电解质散,保持大便通畅,避免大便干燥出血;尽量减少排大便时间及次数,每次大便时间以3~5 min为宜,每日排便次数不多于两次,便后用康复新坐浴+换药,保持创面清洁干燥。(9)预防性使用抗生素、控制性补液:术前30 min常规使用抗生素,术后继续使用抗生素3 d预防切口感染。术后控制输血量及速度,除必要抗生素外,尽量减少补液,减少术后并发症发生。(10)尿潴留:多与麻醉药物作用及肛门括约肌等因素有关^[9],鼓励尽早排尿,选择合适环境和体位,采用腹部热敷、听流水声等,必要时采用针刺关元、气海穴位,促进排尿,尽量避免导尿。(11)出院指导:出院给予详细书面指导,嘱患者出院后注意饮食、运动、排便等良好习惯,如1个月内避免激烈运动及长期站立,肛门收缩上提运动即两手叉腰,两腿交叉。足尖起立收臀夹腿,同时肛门收缩上提持续5 s,然后放松以上每个动作重复10~20次,每日早晚各练1次^[10];注意清淡粗纤维饮食忌辛辣食物和饮酒,避免便秘及腹泻;伤口痊愈前保持肛周干燥清洁,便后温水坐浴,如创口有出血、感等并发症的发生,随时到医院处理,定期复查并随访了解患者的情况。

1.3 观察指标

比较两组的手术时间、住院时间、术后并发症(肛门疼痛、肛门坠胀、吻合口出血、尿潴留、预后不良)、护理质量的有效率及满意度。

1.4 统计学处理

采用SPSS19.0软件进行统计学处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计意义。

2 结果

2.1 两组手术时间、住院时间比较

实验组手术时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 术后并发症发生率比较

实验组术后并发症总的发生率为15.0%(3/20),对照组为45.0%(9/20),两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组手术时间、住院时间比较 ($\bar{x}\pm s$)			
组别	<i>n</i>	手术时间/min	住院时间/d
实验组	20	34.65±13.74 ^a	3.65±1.74 ^a
对照组	20	47.53±21.68	5.21±2.24

与对照组比较: ^a $P<0.05$

2.3 有效率和满意率的比较

表2 两组术后并发症比较 (例)

组别	<i>n</i>	肛门疼痛	肛门坠胀	吻合口出血	尿潴留	预后不良	合计
实验组	20	1	1	0	1	0	3 ^a
对照组	20	2	3	1	2	1	9

与对照组比较: ^a $P<0.05$

实验组有效率与满意度分别为90.0%、95.0%,对照组为65.0%、75.0%,两组差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

快速康复外科理念在外科许多疾病中成功应用,颠覆了近百年来围手术期的处理思维原则,开创了新的康复理念,具有很大的优势及先进性,得到了国内外专家的共识^[11]。包括的主要内容有:手术前访视,术中配合及生理、心理上的支持,降低患者的紧张情绪及有效提高患者满意度、有效率,缩短时间,提高了手术成功率;减少患者的常规术前胃肠道准备,缩短禁食时间,可避免诱发机体物质合成代谢状态,维持肌肉组织正常功能和体内氮平衡^[12],减少术后并发症、促进胃肠道功能恢复,缩短住院时间;术中早期保暖,避免低体温会刺激机体释放糖皮质激素和儿茶酚胺类激素,放大机体对手术的应激反应而增加并发症的发生,如切口愈合迟缓、感染率增加、延长住院时间,因此术中保温具有减少术后感染等并发症发生的作用^[13],手术后镇痛有利于患者早期下床活动,减少手术应激反应。本研究结果显示,将快速康复外科理念应用于选择性痔上黏膜切除钉合术的护理干预中,可进一步改善患者术后舒适度,减少并发症,提高手术成功率,缩短住院时间,减轻患者术后痛苦;对术后患者1~3个月的回访,无复发、肛门狭窄等并发症的发生,提高有效率及患者满意度,值得在手术配合中推广,以利于更多的患者受益。

参考文献:

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

[2] 吴喜华, 魏志军, 何日明, 等. TST术加外痔切剥治疗嵌顿环状混合痔临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(8): 229-230.

[3] 朱桂玲, 孙丽波, 王江滨, 等. 快速康复外科理念与围手术期护理[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(3): 264-265.

[4] 张东铭. 痔病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 76-77.

[5] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学会、中华中医药学会肛肠专业委员会、中国中西医结合学会大肠肛门病专业委员会. 痔临床诊疗指南[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463.

[6] 张龙凤. 快速康复外科理念在胃肠手术患者护理中的临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2013, 22(16): 74.

[7] 陈艳妮, 江滨. PPH术后并发症的研究进展[J]. 结直肠肛门外科, 2009, 15(2): 136.

[8] 贺平, 刘宁. TST治疗混合痔300例临床研究技术报告[J]. 结直肠肛门外科, 2011, 17(3): 175-176.

[9] 闫序波, 郭旭, 徐孟, 等. 混合痔TST手术并发症分析[J]. 中国实用医药, 2012, 7(31): 48-49.

[10] 杨晓莉. 混合痔患者TST的围手术期护理[J]. 护理研究, 2014, 28(4): 1491-1492.

[11] 唐建, 王建军, 翟伟, 等. 快速康复外科护理理念在开胸肺切除手术患者的运用[J]. 临床外科杂志, 2011, 19(3): 192-194.

[12] 黎介寿. 营养与加速康复外科[J]. 肠外与肠内营养, 2007, 14(2): 65-67.

[13] 田昕玉, 郑瑾. 维持手术患者术中正常体温的研究进展[J]. 全科护理, 2012, 10(1): 274-275.