

胰十二指肠术后快速康复的新理念

任 艳, 刘玉妮

安徽医科大学第一附属医院南区 安徽合肥

【摘要】目的 探析胰十二指肠术后快速康复的新理念。**方法** 取 2021 年 1 月~2023 年 12 月我院 100 例胰十二指肠手术患者, 按随机数字表法进行分组, 其中 50 例选择常规手术设为对照组, 另外 50 例选择快速康复护理(ERAS) 纳入观察组, 对两组的临床护理效果进行对比和评估, 比较两组患者的观察指标、生化指标、应激指标以及并发症。**结果** 经干预后, 观察组各观察指标均优于对照组($P<0.05$)。观察组生化指标低于对照组($P<0.05$)。观察组应激指标优于对照组($P<0.05$)。观察组并发症低于对照组($P<0.05$)。**结论** 胰十二指肠手术患者行 ERAS 护理所获效用显著, 利于手术速度提高, 创伤、应激减轻, 促进康复, 且具较高安全性。

【关键词】 快速康复护理; 胰十二指肠; 并发症; 应激指标

【收稿日期】 2024 年 2 月 15 日 **【出刊日期】** 2024 年 3 月 23 日 **【DOI】** 10.12208/j.jmmn.20240131

A new concept for rapid recovery after pancreaticoduodenal surgery

Yan Ren, Yuni Liu

South District, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei, Anhui

【Abstract】Objective To explore the new concept of rapid rehabilitation after pancreaticoduodenectomy. **Methods** From January 2021 to December 2023, 100 patients with pancreaticoduodenectomy in our hospital were randomly divided into two groups, 50 patients were selected as the control group by routine operation, and 50 patients were selected as the observation group by rapid rehabilitation nursing (ERAS), and the effectiveness between the two groups was analyzed. **Results** After intervention, the observation index, biochemical index, stress index and complications of the observation group were better than those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** ERAS nursing care for patients undergoing pancreaticoduodenal surgery has obvious effect, which is beneficial to improve the speed of operation, reduce trauma and stress, promote rehabilitation, and has high safety.

【Keywords】 Rapid rehabilitation nursing; Pancreaticoduodenal; Complications; Stress index

胰十二指肠手术, 作为普外科领域中的一项重大手术, 主要针对的是那些患有肿瘤性病症的患者, 其中绝大多数为恶性肿瘤。这些患者通常年龄较大, 身体机能和免疫力都相对较弱, 导致他们的手术耐受性和术后恢复能力受到严重挑战。由于年龄的增长, 患者的机体功能逐渐衰退, 如心血管系统、呼吸系统、内分泌系统等, 都可能出现不同程度的退化。这些退化在手术过程中可能引发各种并发症, 如心律失常、呼吸衰竭、血糖波动等, 给手术增加了不小的风险^[1]。为确保手术效用, 临床常将良好支持提供给围术期患者, 优化管理, 促使患者平稳安全快速度过。ERAS 的目的是加速康复, 不仅对患者自身康复有利, 也对合理配置资源有利。当前, ERAS 临床应用取得了满意效果, 临床应用 ERAS

利于术后应激减轻, 加速康复, 因我国当下医院资源十分紧张, 若术后因并发症、应激反应等左右, 不合理延长住院时间, 则加大发生多类病症的风险, 影响整体效用^[2]。本文将 ERAS 给予我院患者, 借对比形式展开分析, 探究 ERAS 的价值, 见下文。

1 资料与方法

1.1 临床资料

取 2021 年 1 月~2023 年 12 月我院 100 例胰十二指肠手术患者, 随机分组, 对照组 50 例, 男:女=18:22, 年龄平均(58.3±1.5)岁, 病程(2.48±1.26)年, 观察组 50 例, 男:女=27:23, 年龄平均(59.4±1.2)岁, 病程(2.44±0.24)年, 组间一般资料分析($P>0.05$)。

纳入标准: 术前未行抗肿瘤治疗者, 如化疗等; 术

前肿瘤评估确认可根治性切除;手术适应症存在;年龄在规定的范围内。

排除标准:远处转移者;伴脏器切除者;伴脏器严重受损者;精神疾病者。

1.2 方法

对照组-常规干预,含术前常规宣教、麻醉讲解、肠道准备等,术中常规干预体温等,术后常规补液、药物镇痛、指导饮食等^[3]。

观察组-ERAS 护理,含术前教育与准备、术后疼痛管理、营养支持、早期活动、及时拔除尿管,胃管以及个体化康复计划。

(1) 术前:①遵医嘱,戒烟酒,练习咳嗽排痰、腹式呼吸,术后锻炼指导。②术前 2d 开始宣教,利于内心紧张情绪环节,赢得患者、家属支持和信任。完善术前准备,检查凝血四项、血常规等,患者若不理解,解释工作应完善,明确术前检查必要性和关键性。积极疏导心理,患病后,患者极易有不安、焦虑等情绪出现,对手术效果不利,所以,术前疏导心理程度还需强化,耐心讲解手术目的、必要性等,赢得患者理解、支持,使之不安、焦虑感缓解,经强化干预日常生活,彼此关系拉近,使之感受到热情,面对治疗时心态积极、乐观。③术前 12h,口服 1000ml 10%葡萄糖,术前 3h 再次口服 500ml 10%葡萄糖。④插胃管,有效留置。⑤导尿管在麻醉后留置,取硬膜外与气管插管联合麻醉。

(2) 术中:①控制中心静脉压在 3~5cmH₂O,生命体征维持平稳。②液体入量控制应严格,体温控制在正常范围内^[4]。③空肠营养管术中留置,术后当日行全量补液,胃肠外完全营养、维持酸碱、电解质、水平衡。因需静脉麻醉,患者难免紧张,为使之紧张感缓解,需将麻醉形式、需注意事项等事先告知患者,结合患者意识进行资料核对,若清醒,需与患者核对基本资料,若模糊,可与病房护士核对,确认无误后,推至手术间。室内温湿度的控制对于患者的舒适感和术后恢复至关重要。保持适宜的温湿度不仅能够让患者感觉舒适,减少不必要的紧张感,还能有效预防由于环境不适导致的并发症。首先,关于室内温湿度的控制,应当确保手术室内的温度恒定在患者舒适的范围内,避免过高或过低的温度对患者造成不良影响。同时,湿度的控制也同样重要,适宜的湿度有助于减少空气中的细菌和病毒滋生,降低感染的风险。医护人员应定期监测并调整手术室的温湿度,确保其为患者提供一个最佳的手术环境。其次,在手术过程中,患者的体位更换应确保不影响手术的进行,同时也要避免发生压疮等并发症。医

护人员应熟练掌握各种手术体位的摆放技巧,并在手术过程中密切观察患者的反应,一旦发现患者有任何不适或异常,应立即停止手术并采取相应的处理措施。此外,面色等观察是医护人员评估患者生命体征的重要手段之一。在手术过程中,医护人员应密切关注患者的面色、呼吸、脉搏等生命体征,一旦察觉异常,应立即通报并采取紧急处理措施。这有助于医护人员及时发现并处理手术过程中可能出现的各种并发症,确保患者的生命安全。

(3) 术后:①术中阵痛选择阵痛泵,盐酸曲马多等为辅。②术后第 1d,尿管拔除,在床上协助患者慢慢坐起,翻身时给予辅助,指导患者拍背排痰、咳嗽^[5]。③胃管在第 2d 拔除,肠内营养,250ml 营养液,20ml/h。④第 3d,患者下床时积极协助,2~3 次/d,给予 500ml 营养液。⑤第 4d,患者若胰漏高危因素,除出血、外胆胰漏者,引流管可酌情拔除,经口少量流失,肠内营养粉口服,并施以 500~1000ml 营养液。随着时间的推移和患者身体条件的改善,营养液的给予应逐渐减少。这通常是根据患者的恢复情况、食欲和营养状态来决定的。医护人员会定期评估患者的营养状况,并据此调整营养液的剂量和频率。与此同时,患者的经口进食量应逐渐增加。开始时,患者可能只能摄入少量的流食或半流食,如稀粥、果汁等。随着消化系统的逐渐适应和恢复,医护人员会逐步增加患者的食物种类和数量,从软食逐渐过渡到正常饮食。这个过程中,医护人员会密切关注患者的饮食反应和消化情况,确保患者能够顺利过渡。除了营养供给的调整外,患者的下床活动也应逐渐增加。下床活动不仅有助于促进患者的血液循环和肌肉恢复,还能提高患者的自理能力和生活质量。医护人员会根据患者的身体状况和手术类型,制定个性化的下床活动计划。这个计划通常包括活动的时间、次数和强度等要素,旨在逐步增加患者的活动量,提高其身体的适应性和耐力。在患者下床活动的过程中,医护人员会密切关注患者的反应和身体状况。如果患者出现任何不适或异常反应,如头晕、呼吸困难等,应立即停止活动并采取相应的处理措施。此外,医护人员还会向患者传授正确的活动方法和技巧,以确保患者能够安全、有效地进行下床活动^[6]。总之,在患者术后的恢复阶段,营养液的给予和饮食的逐步过渡、下床活动的增加以及自理能力的锻炼是一个综合性的过程。医护人员会根据患者的具体情况制定个性化的恢复计划,并密切关注患者的反应和身体状况,以确保患者能够顺利康复并重返正常生活。

1.3 观察指标

观察指标: 住院费用、术后住院时间、引流管拔除时间、拔除胃肠减压管时间、术后排便时间、术后排气时间、首次术后饮水时间以及下床首次活动时间等。

生化指标: C R P (C 反应蛋白)、血清淀粉酶、总胆红素、谷丙转氨酶, 应激指标: 含 C O (皮质醇)、A D (肾上腺素)、I L - 6 (白细胞介素-6)、T N F - α (肿瘤坏死因子- α)、H A M A (焦虑量表) 评定患者心理, 焦虑情况与分值呈正相关^[7]。

并发症: 含腹腔感染、吻合口瘘等。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 26.0 处理, 定量、定性资料进行 t、 χ^2 检验, 各表示%、($\bar{x} \pm s$), $P < 0.05$ 为差异统计学意义。

2 结果

2.1 观察指标

组间观察指标分析 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 观察指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院费用/ 万元	术后住院 时间/d	引流管拔除 时间/d	拔除胃肠减压管 时间/d	术后排便 时间/d	术后排气 时间/d	首次术后饮水 时间/h	下床首次活动 时间/h
对照组	50	8.3 \pm 2.4	18.0 \pm 8.7	9.5 \pm 2.4	4.2 \pm 1.4	4.8 \pm 1.5	3.2 \pm 2.1	39.0 \pm 5.7	54.0 \pm 4.7.0
观察组	50	7.3 \pm 1.2	12.0 \pm 2.4	8.7 \pm 2.3	1.2 \pm 0.5	4.3 \pm 1.2	2.3 \pm 1.2	25.3 \pm 4.6	23.6 \pm 7.2
t		4.144	4.511	5.310	6.004	5.471	6.006	6.155	6.315
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 生化指标

CRP、血清淀粉酶、总胆红素、谷丙转氨酶: 对照组 (54.50 \pm 4.71)mg/L、(233.11 \pm 17.01)U/L、(35.71 \pm 4.60)umol/L、(89.30 \pm 7.31)U/L; 观察组 (35.41 \pm 4.31)mg/L、(154.21 \pm 16.41)U/L、(20.60 \pm 4.31)umol/L、(38.41 \pm 6.70)U/L; 组间数值分析 ($P > 0.05$)。

2.3 应激指标

CO、AD、IL-6、TNF- α 、HAMA 评分: 干预前, 对照组 (106.42 \pm 2.46) ng/L、(93.27 \pm 7.42) ng/L、(195.35 \pm 8.36) pg/L、(1.98 \pm 0.72) ng/mL、(13.58 \pm 1.42) 分; 观察组 (104.28 \pm 2.52) ng/L、(92.94 \pm 6.72) ng/L、(202.47 \pm 6.96) pg/L、(1.92 \pm 0.69) ng/mL、(13.82 \pm 1.59) 分, 组间数值分析 ($P > 0.05$)。

干预后, 对照组 (135.28 \pm 3.72) ng/L、(152.46 \pm 5.42) ng/L、(159.64 \pm 6.26) pg/L、(1.54 \pm 0.36) ng/mL、(12.29 \pm 0.63) 分; 观察组 (120.38 \pm 2.48) ng/L、(131.17 \pm 3.56) ng/L、(136.52 \pm 5.72) pg/L、(1.05 \pm 0.38) ng/mL、(8.25 \pm 1.29) 分, 组间数值分析 ($P < 0.05$)。

2.4 并发症

观察组并发症 7 例、14.00%, 含出血 (1 例), 吻合口瘘 (3 例), 腹腔感染 (3 例); 对照组 20 例, 40.00%, 含出血 (5 例), 吻合口瘘 (5 例), 腹腔感染 (10 例), 观察组数值低于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

在普外科 (普通外科) 的领域内, 胰十二指肠切除术无疑是一座难以逾越的高峰, 它不仅是技术难度最高的手术之一, 更是对医生技术、耐心和决心的极大考验。这项手术之所以具有如此高的挑战性, 主要在于其操作的复杂性和对手术精细度的极高要求。胰十二指肠切除术, 是一种涉及多个重要器官和组织的复杂手术。在手术过程中, 医生需要仔细并精准地移除患者体内的一部分胰腺、十二指肠、部分胃和胆道系统。这样的操作不仅需要医生具备深厚的解剖学知识和高超的手术技巧, 还需要他们在面对各种复杂情况时能够迅速作出正确的判断和决策。该术式为十二指肠、胰头等肿瘤首选手段^[8]。最近几年, ERAS 在多类外科手术中应用广泛, 且具较高安全性, 临床证实其可使住院时间、恢复时间缩短, 对比医疗传统形式, 术后并发症未增加, 甚至得到一定程度降低。ERAS 一般指联合应用多模式医疗手段 (术后积极康复、镇痛改良、腹腔镜手段、麻醉优化手段等), 使术后患者应激减轻, 恢复、住院时间缩短, 在择期手术患者中运用较多。最近几年, 医疗中微创外科、麻醉技术、精准干预等理念发展迅速, 经治疗理念改良减少并发症, 住院时间缩短, 医疗费用降低, 负担减轻, 快速康复的新理念, 即加速康复外科 (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS) ERAS 顺势

而生。该手段为协同运用多类治疗手段的一个结果,其核心原则为减少、减轻创伤、应激。ERAS 是一种综合性的围手术期管理策略,旨在通过一系列基于循证医学的优化措施,减少手术患者的生理和心理创伤应激,加速其术后康复过程,同时减少并发症、缩短住院时间并提升患者满意度,康复加速的一种理念^[9]。这一理念强调多学科协作,涵盖外科、麻醉、护理、营养等多个方面。

ERAS 经术前科学一系列准备、术前精细宣教、术前营养不良支持、选择与患者最适合的优化性麻醉、精细性的术中操作、有效保温、液体控制严格、术后及时下床、导管及时拔除等控制手段试试,有效减轻手术创伤,降低手术应激,并发症减少,促进康复,效用显著。本文结果可见:干预后,观察组各观察指标、生化指标、应激指标均较对照组更佳,且并发症 14.00% 低于对照组 40.00%,即 ERAS 取得了确切效用。在张玉峰^[10]等文中,取 74 例胰十二指肠手术患者,随机分组,将 ERAS、常规护理给予观察组、对照组,结果:观察组 2.70% 出血(1 例)、5.41% 吻合口瘘(2 例)、5.41% 腹腔感染(2 例),合计 13.51%(5 例);对照组 10.81% 出血(4 例)、10.81% 吻合口瘘(4 例)、18.92% 腹腔感染(7 例),合计 40.54%(15 例),观察组 13.51% 低于对照组 40.54%,与本文数值高度一致,本文真实性得到证实。ERAS 对比传统护理,优势在于:ERAS 护理经术前健康宣教、检查、疏导心理等,促使患者维持更佳状态,以此面对后续治疗、手术,可减轻负性情绪所致应激损伤,多多关爱患者,距离拉近,经多项检查展开,便于察觉潜在的危险因素,积极处理,降低治疗风险。术中强化干预减轻损伤机体程度,利于顺利展开手术,术中舒适性提高,手术时间缩短,感染几率降低,经温湿度控制,利于代谢分解,应激反应减轻,经强化干预体温,减少不良事件发生,如凝血障碍、低体温等,经术后强化 ERAS 理念,早期活动,胃肠蠕动加速,缩短恢复时间,全身血液循环改善,避免感染肺部,机体抵抗力增强,避免发生肺不张等,疼痛感减轻,并发症减少。

汇总可见,胰十二指肠手术患者行 ERAS 护理安全性、有效性较强,可借鉴和推行。

参考文献

- [1] 徐永丽,蔡少如,毛惠娜,等. 胰十二指肠切除术后胃肠功能恢复临床护理路径的构建与应用[J]. 护理学报, 2023, 30(17):67-72.
- [2] 吴雨琦,谷晓路. 以问题为导向的护理干预对腹腔镜胰十二指肠切除术患者术后恢复进程的影响[J]. 现代养生(上半月版),2022,22(9):1499-1501.
- [3] 闫淑梦,杨丽娜. 基于纽曼理论的护理模式对腹腔镜胰十二指肠切除术壶腹周围癌患者预后的影响[J]. 海军医学杂志,2022,43(1):112-114.
- [4] 彭琳,郑楷炼,韩文军,等. 胰十二指肠切除术后出血患者的临床特征分析与护理防范策略[J]. 中华胰腺病杂志,2021,21(2):107-111.
- [5] 叶文婕,陶元. 并发症精准化护理对胰十二指肠切除术患者术后康复效果的影响[J]. 基层医学论坛, 2023, 27(27):100-102.
- [6] 王文爽,张晓雪,郑煜琳,等. 胰十二指肠切除术后引流管护理与术后胰瘘预防的研究进展[J]. 中国护理管理, 2021, 21(11):1736-1739.
- [7] 王苑,蔺建宇,贺强,等. 联合血管切除重建的根治性胰十二指肠切除术患者术后并发症的预防及护理[J]. 中华现代护理杂志,2017,23(7):926-928.
- [8] 震红,刘娆. 持续腹腔冲洗治疗胰十二指肠切除术后胰瘘致腹腔出血的观察及护理[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(2):178-179.
- [9] 甘恬田,谢凤兰,林芳宇. 50 例达芬奇机器人辅助下胰十二指肠切除术术后并发症的护理[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(20):218-219.
- [10] 张玉峰,刘佳丽,王云帅. 快速康复外科理念在胰十二指肠切除术患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(3):69-71.

版权声明: ©2024 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS