

快速康复理念在腹腔镜结直肠癌围手术期中的应用价值*

邓亚竹, 徐 伟, 鞠世龙, 喻 超**

(贵阳医学院附院 普外科, 贵州 贵阳 550004)

[摘要] 目的: 探讨快速康复理念在腹腔镜结直肠癌手术患者围手术期中的应用价值。方法: 选择行腹腔镜结直肠癌手术患者 179 例, 其中在围手术期采用快速康复理念 96 例, 传统方法 83 例, 比较两组术后排气时间、术后首次进食时间、住院时间及术后并发症。结果: 快速康复组术后排气时间、住院时间、首次进食时间分别为 (2.13 ± 0.42) d、 (23.10 ± 3.38) d、 (1.4 ± 0.5) d, 传统组分别为 (3.95 ± 0.96) d、 (27.31 ± 2.96) d、 (3.5 ± 0.8) d, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 快速康复组术后恶心呕吐、吻合口瘘、术后肠梗阻、肺部感染发生率低于传统组 ($P < 0.05$); 吻合口出血、泌尿系感染及下肢深静脉血栓形成发生率与传统组比较差异没有统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 快速康复理念可以促进患者康复, 缩短住院时间, 减少术后并发症的发生, 值得在临床上推广应用。

[关键词] 快速康复理念; 腹腔镜; 结直肠外科手术; 结直肠肿瘤

[中图分类号] R656.9; R657.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1000-2707(2015)05-0544-03

快速康复是指采用一系列有循证医学证据的围手术期优化措施, 包括术前教育、微创技术、短效麻醉、术后镇痛、早期下床及早期进食等措施, 减少创伤应激, 促进术后胃肠道功能恢复, 减少并发症, 缩短住院时间而达到快速康复目的的综合医疗理念^[1-3]。2011 年 1 月 ~ 2014 年 12 月收集 179 例行腹腔镜手术结直肠癌患者的病例资料, 比较围手术期应用快速康复理念和传统方法对疗效的影响, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2011 年 1 月 ~ 2014 年 12 月经电子纤维结肠镜检查并取活检, 病理结果确诊为结直肠癌患者 179 例, 男 108 例, 女 71 例, 28 ~ 83 岁, 平均 56.7 岁; 直肠癌 74 例, 横结肠癌 15 例, 降结肠癌 65 例, 升结肠癌 25 例, 所有患者一般情况良好, 既往均无腹部手术史, 术前检查均无肠梗阻及肿瘤转移征象, 术前均未行新辅助化疗。围手术期采用快速康复理念 93 例 (快速康复组), 男 50 例, 女 43

例, 平均 55 岁, 直肠癌 39 例, 横结肠癌 9 例, 降结肠癌 32 例, 升结肠癌 13 例; 围手术期采用传统方法 86 例 (传统方法组), 男 48 例, 女 38 例, 平均 56.2 岁, 直肠癌 35 例, 横结肠癌 6 例, 降结肠癌 33 例, 升结肠癌 12 例。两组患者年龄、性别、肿瘤部位差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 围手术期间的处理方法

两组均采用腹腔镜手术方式及全身麻醉。

1.2.1 快速康复组 (1) 入院后即开始与患者及其家属行快速康复外科理念交流, 告知快速康复理念的含义, 围手术期间各个阶段大概所需时间, 相关操作的方法、目的及需要患者、家属配合的注意事项, 能促进康复的相关事项, 尽量减少患者及家属的焦虑心情; (2) 术前 1 d 进流质饮食, 术前 12 h 禁食及 4 h 禁饮, 术前 1d 口服聚乙二醇电解质散行肠道准备, 术前留置尿管及胃管; (3) 术中行全身麻醉, 注意保温, 手术室内温度控制在 25 ~ 28 ℃; (4) 术后当天拔除胃管、术后 1 d 拔除导尿管, 术后根据患者情况尽早进食流质饮食, 而不是待其排气排便后再进食; (5) 使用排痰仪辅助拍背, 气压治疗仪预防下肢深静脉血栓形成, 同时鼓

* [基金项目] 贵州省卫生计生委科学技术基金 (gzwjkj2014-2-112)

** 通信作者 E-mail: yuxiao2002@163.com

网络出版时间: 2015-05-21 网络出版地址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/52.5012.R.20150521.1222.002.html>

励患者尽早翻身、下床活动。

1.2.2 传统方法组 (1)术前3 d 进食半流质饮食,术前1 d 进食流质饮食,术前1 d 晚上10 点禁食饮,术前根据患者一般情况决定是否行静脉营养支持治疗;(2)术前3 d 口服抗生素(阿莫西林、甲硝唑),术前1 d 行肠道准备(上午、下午分别用温肥皂水 800 mL 灌肠),手术当天清晨清洁灌肠;(3)术前1 d 向患者及其家属签署相应协议书并告知注意事项;(4)术前上胃管及导尿管;(5)术中行全身麻醉,注意保温;(6)术后常规待患者排便排气后予拔除胃管并逐渐进食等处理,术后1~2 d 拔除导尿管;(7)术后鼓励患者尽早翻身、下床活动。

1.3 观察指标

记录两组患者排气时间,术后第一次进食时间,住院时间,术后发生肠梗阻、吻合口漏、吻合口出血,泌尿系感染、肺部感染及下肢深静脉血栓形成等并发症。患者排便排气良好,能经口进食,无需静脉补液,伤口恢复良好,则同意出院。

1.4 统计方法

计量资料比较采用独立样本的 *t* 检验,计数资料的比较,当 $T>5, n>40$ 时,采用 Pearson 卡方检验; $1<T<5, n>40$,采用连续性校正卡方检验; T

<1 ,采用 Fisher 精确检验。

2 结果

快速康复组的排气时间、住院时间、术后首次进食时间短于传统组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。快速康复组术后恶心呕吐、吻合口瘘、术后肠梗阻、肺部感染发生率低于传统组($P<0.05$),吻合口出血、泌尿系感染及下肢深静脉血栓形成发生率与传统组比较差异没有统计学意义($P>0.05$),表2。

表1 两组患者排气时间、住院时间、术后首次进食时间比较

Tab.1 Comparison of postoperative first exhaust time, the length of stay and the postoperative first eating time between 2 groups

组别	排气(d)	住院(d)	术后首次进食(d)
快速康复组	2.13±0.42	23.10±3.38	1.4±0.5
传统方法组	3.95±0.96	27.31±2.96	3.5±0.8
<i>t</i>	-10.935	-8.736	-11.353
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05

表2 两组患者术后并发症

Tab.2 Comparison of postoperative complications between 2 groups

组别	恶心呕吐		吻合口出血		吻合口瘘		肺部感染		泌尿系感染		术后肠梗阻		下肢深静脉血栓	
	有	无	有	无	有	无	有	无	有	无	有	无	有	无
快速康复组	5	88	2	91	3	90	5	88	3	90	2	91	1	92
传统方法组	15	71	5	81	9	77	9	77	5	81	8	78	1	85
χ^2	10.529		8.761		20.032		10.285		6.231		10.303		5.522	
<i>p</i>	0.015		0.569		0.017		0.035		0.235		0.011		0.356	

3 讨论

随着快速康复理念的引进和临床应用,将快速康复外科理念应用于腹腔镜结直肠癌手术中,发现此类患者更积极主动配合治疗,因而能促进康复。既往结直肠癌患者术前常规使用抗生素及灌肠预防术后吻合口瘘及感染,但越来越多研究发现,术前过度依赖广谱抗生素预防感染与反复的逆行性机械灌肠,不仅加重患者的精神和经济负担,还可干扰患者术后肠道菌群的重建,引起肠道菌群移位,增加术后肠源性感染的发生率^[4-5]。本研究发现,快速康复组患者术前不使用抗生素及清洁灌肠,而仅口服聚乙二醇电解质散行肠道准备,结果

术后出现吻合口瘘发生率低于传统方法组, $P<0.05$ 。术后患者有不同程度的疼痛时,可使用镇痛泵或使用止痛药减轻患者疼痛。快速康复外科理念中适当的心理教育能有效针对围手术期患者紧张、焦虑的心理状态,实施心理疏导,缓解患者的焦虑恐惧等不良情绪,减轻患者的生理应激反应,能使患者拥有良好的心态来面对手术^[6]。在本研究中,自入院起就对快速康复组患者加以心理教育,并告知住院期间的注意事项,治疗方案,患者对整个住院期间情况有所了解,因而对医护人员更加信任,减少了恐惧紧张的情绪,能保持较好的心态及信心面对手术。快速康复理念不主张术前3 d 进流质、长时间禁食禁饮等术前肠道准备,认为术前进流质饮食可以降低术后胰岛素抵抗的发生率,

进而降低术后恶心呕吐等并发症发生率^[7],本研究中快速康复组患者术后发生恶心呕吐者明显减少。既往行肠道手术术前常规留置胃管,减少胃肠道内的积液积气,减少术后吻合口漏,有利于术后胃肠道吻合口的愈合及胃肠道功能的恢复,待患者排便排气后再予以拔除胃管。但长时间留置胃管对下消化道手术而言,难以起到降低肠道压力、防止吻合口瘘的作用,反而引起患者不舒适感,增加恶心呕吐发生。一些研究表明,在择期腹部手术中留置胃管容易导致肺部并发症的发生^[8-9],本组研究也证实快速康复组患者术前放置胃管,术后当天拔除胃管,也是术后发生恶心呕吐减少的原因之一,且肺部感染有所降低。早期进食有利于肠黏膜的保护,刺激肠蠕动,抑制肠道菌群移位,促进患者的恢复,并发症也没有增加,与相关文献的报道其安全有效是一致的^[10]。术后尽早拔除尿管,减少患者不舒适感,且可以方便患者早期下床活动,减少泌尿系感染的机会。快速康复组患者术后护士使用排痰仪辅助拍背,促进痰液咳出,使用气压治疗仪预防下肢深静脉血栓形成。鼓励患者尽早下床活动,既能促进肠道功能恢复,也能减少肺部感染及下肢深静脉血栓形成^[11]。

可见,腹腔镜结直肠癌患者围手术期采用快速康复理念术后恢复较快,住院时间缩短,术后首次进食时间缩短,术后并发症减少,值得临床推广。

4 参考文献

- [1] 江志伟,李宁,黎介寿.快速康复外科的概念及临床意义[J].实用外科杂志,2007(2):131-133.
- [2] 黎介寿.对Fast-track Surgery(快通道外科)内涵的认识[J].中华医学杂志,2007(8):515-517.
- [3] Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg, 2002(6):630-641.
- [4] Contant CM, Hop WC, Van't Sant HP, et al. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: a multicenter randomised trial[J]. Lancet, 2007(9605):2112-2010.
- [5] Van't Sant HP, Weidema WF, Hop WC, et al. Evaluation of morbidity and mortality after anastomotic leakage following elective colorectal surgery in patients treated with or without mechanical bowel preparation[J]. Am J Surg, 2011(3):321-324.
- [6] 张晔,张海燕.快速康复外科理念在复杂性肾结石中的应用及护理[J].护士进修杂志,2010(1):48.
- [7] 戈应刚,王子卫.快速康复外科在结肠癌手术中应用价值[J].重庆医科大学学报,2011(6):751.
- [8] Nelson R, Edwards S, Tse B. Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery[J]. Cochrane Systrev, 2007(3):4929.
- [9] Carere N, Seulin P, Julio CH, et al. Is nasogastric or nasojejunal decompression trial[J]. World J Surg, 2007(31):122-127.
- [10] 汪晓东,谢尧,肖军,等.快速流程在结直肠外科手术管理中的应用[J].中国普通外科杂志,2008(17):394-396.
- [11] 安娟,梁晓燕.快速康复外科理念在髋关节置换手术的应用及影响[J].实用临床医药杂志,2013(12):66-68.

(2015-01-30 收稿,2015-03-20 修回)

编辑:周凌

有效数字的确定

有效数字是在测量中所能得到的有实际意义的数字。一个由有效数字构成的数值,只有末位数字是估计数字,其余各位数字都是准确的。有效数字与测量仪器的灵敏度有关。以天平称重为例,如果天平的灵敏度为0.1 mg,那么称重结果12.34 mg中,12.3 mg为准确数字,0.04 mg为估计数字,两项合在一起组成有效数字。平均值±标准差的位数,除了决定于测量仪器的精密度外,还决定于样本内个体的变异,一般按标准差的三分之一来确定。例如:(3.61±0.42)kg,标准差的三分之一为0.14,标准差波动在百克位,即小数点后第1位上,故应取到小数点后第1位,即3.6±0.4,过多的位数并无意义。但是在一系列数值并列时,小数点后的位数应一致。例如在3.61±0.42,5.86±0.73,2.34±0.15这样一组数据中,第3组数据标准差0.15的三分之一为0.05,在小数点后第2位,则这组数据的有效位数可均取到第2位。

《贵阳医学院学报》编辑部