

· 论著 ·

加速康复外科在经尿道膀胱肿瘤电切术患者围术期中应用研究*

1. 河南省新乡市中心医院泌尿外科

2. 河南省新乡市中心医院泌尿外科 (河南 新乡 453000)

马玲¹ 王磊² 黄秋梅¹ 王新丽²

【摘要】目的 探讨加速康复外科(enhanced recovery after surgery, EARS)理念应用于经尿道膀胱肿瘤电切术围术期的安全性及有效性。**方法** 将74例患者随机分为传统治疗组37例和EARS治疗组37例,传统治疗组采用传统的治疗方法和护理措施,EARS治疗组应用加速康复外科理念进行治疗和护理。比较两组患者围手术期指标:术后并发症发生率,平均禁食时间、下地时间、尿管留置时间、术后住院天数、住院费用等指标。**结果** EARS治疗组平均禁食时间、下地时间、尿管留置时间、术后住院天数、住院费用低于传统治疗组。**结论** EARS应用于经尿道膀胱肿瘤电切术的患者护理安全可靠,适宜泌尿外科临床应用。

【关键词】 加速康复外科;膀胱肿瘤;护理

【中图分类号】 R737.14

【文献标识码】 A

【基金项目】 河南省科技发展计划项目(172102310371)、新乡市科技创新发展专项项目(CXGG16051)

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2018.05.023

Study on the Safety of Perioperative Application of Enhanced Recovery after Surgery in Transurethral Resection of Bladder Tumours*

MA Ling, WANG Lei, HUANG Qiu-mei, et al., Department of Second Urologic Surgery, Xinxiang Central Hospital, Xinxiang 453000, Henan Province, China

【Abstract】Objective To explore the safety and effectiveness of enhanced recovery after surgery (ERAS) used in the perioperative period of transurethral resection of bladder tumours. **Methods** 74 patients were randomly divided into the traditional treatment group (n=37) and ERAS treatment group (n=37). The traditional methods of treatment and nursing care were used in the traditional group and the systematic treatment and nursing care was provided for the patients in the ERAS group in the light of the concept of ERAS. The incidence of postoperative complications, average days and expenses of hospitalization and other indexes were compared between the two groups. **Results** The incidence of the average days, expenses of hospitalization, infusion volume were lower and shorter in the ERAS treatment group than those in the traditional treatment group ($P<0.05$). **Conclusion** The systematic treatment and nursing care applied to the patients with transurethral resection of bladder tumours according to ERAS concept is safe and effective, worthy to recommend its clinical use.

【Key words】 Enhanced Recovery after Surgery; Bladder Tumour; Nursing Care

加速康复外科(enhanced recovery after surgery, EARS)是指围术期运用循证医学的证据系统的优化临床治疗措施,尽量降低患者术后并发症发生率及应激反应,加速术后患者恢复^[1]。近年来该理念逐渐推广实施,我科于2017年1月至2018年2月应用EARS理念对74例经尿道膀胱肿瘤电切术患者实施护理治疗,效果显著。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 本研究获得医院伦理委员会审批通过。2017年1月至2018年2月,本院膀胱肿瘤患者行全身麻醉及持续硬膜外麻醉下经尿道膀胱肿瘤电切术患者74例,按照术前膀胱癌临床分期^[2]分层后,根据随机数字表生成的随机码随机分为传统治疗组和EARS治疗组,手术前后病理诊断经病理医师确诊为膀胱尿路上皮癌。传统治疗组37例:年龄42-81岁,男性28例,非肌层浸润性25例。EARS治疗组37例,年龄44-83岁,男性26例,非肌层浸润性27例。两组患者年龄、体质指数及既往史病史等资料比较,差异无统

作者简介:马玲,女,本科学历,护师

通讯作者:王磊

计学意义($P>0.05$), 两组一般资料比较见表1。

1.2 方法 传统治疗组采用既往的护理治疗措施: 1: 术前健康教育由中级职称以上护理人员告知基本手术相关知识, 缓解紧张心理, 术前12小时禁食、8小时禁饮, 术前晚清洁灌肠。2: 术中采用全身麻醉, 根据出血情况采用中等压力生理盐水灌洗, 无常规术中保温措施。3: 术后常规给予按摩肢体, 术后给予冲洗3-5天, 常规7天拔除尿管、给予静脉输血量、疼痛难忍给予止痛药物应用, 术后肛门排气后饮水无异常后进食, 术后3天辅助下床活动。

EARS组采用加速康复外科理念护理: 1: 术前健康教育由中级职称以上护理人员告知患者及家属手术大概时间、可能出现的手术状况、促进康复的建议, 术前6小时可进半流食饮食, 2小时口服300ml糖水, 糖尿病患者口服300ml木糖醇, 术前不灌肠, 可适量口服地西洋片。2: 术中给予持续硬膜外麻醉, 保温措施(IOB充气升温装置), 根据术中出血情况采用37℃生理盐水保持低压冲洗灌洗(压力为3.9-5.9 kPa)。3: 术后给予气压治疗预防血栓, 给予持续及间断冲洗3-5天后拔除尿管, 清醒后6小时可饮水, 8小时后可饮食, 术后次日根据医嘱及冲洗颜色减少输血量, 辅助下床活动。

1.3 效果评价 手术室护士及病区护理人员观察患者病情变化, 记录围术期并发症发生率、输液总量、尿管留置时间、术后禁食时间、尿管冲洗时间、下地活动时间及术后住院天数、住院费用和患者满意度率。

1.4 统计学方法 原始表格采用Excel记录, 采用SPSS21.0统计学软件处理数据, 计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示, 组间采用t检验比较; 计数资料采用频数和百分比表示, 组间比较采用 χ^2 检验或Fisher精确检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组围手术期指标比较

EARS组围手术期输液总量、尿管留置时间、禁食时间、冲洗时间及下地时

间对比传统组, 差异有统计学意义; 两组间并发症发生率对比, 差异无统计学意义, 见表2。

2.2 两组平均术后住院天数、住院费用及患者满意度比较 EARS组平均术后住院天数、住院费用对比传统组, 差异有统计学意义; 两组间满意度率对比, 差异无统计学意义, 见表3。

3 讨 论

丹麦医生Henrik Kehlet于2002年最早提出加速康复外科理念^[3]: 在围手术期治疗过程中, 采取系统的积极措施促进患者术后肠道功能恢复, 缩短术后住院时间, 减少围手术期并发症发生率, 特别强调胃肠功能早期恢复、术后止痛及术后早期下床活动。加速康复外科疗效在2007年被黎介寿等引入国内, 并逐渐被医务人员所认识, 目前在普外科、泌尿外科等学科

表1 两组一般资料的比较

内容	传统组 (n=37)	EARS组 (n=37)	统计量 (t值)	P值
性别/例			0.794	0.397
男	28	26		
女	9	11		
年龄/岁	64.0±10.5	66.5±9.2	1.086	0.281
体质指数	24.7±3.3	23.6±2.7	1.483	0.143
临床分期			0.607	0.303
非肌层浸润	25	28		
肌层浸润	12	9		
既往史并发症			0.350	0.175
有	18	23		
无	19	14		
手术时间	55.2±10.1	51.2±9.8	1.220	0.445

表2 两组患者围手术期指标比较

组别	输液总量 (ml)	尿管留置 时间 (h)	禁食时间 (h)	冲洗时间 (h)	下地时间 (h)	并发症 发生率(%)
EARS组 (n=37)	839±137	116±17	15±5	59±15	21±11	16.2%
传统组 (n=37)	1193±196	164±12	19±6	108±15	69±14	13.5%
统计量	4.513	13.785	3.027	13.987	16.745	
P值	0.000	0.000	0.003	0.000	0.000	0.744

表3 两组患者术后住院天数、费用及满意度比较

组别	术后住院天数(d)	住院费用(万元)	满意度率(%)
EARS组 (n=37)	6.9±1.2	1.0±0.2	97.3%
传统组 (n=37)	9.4±1.5	1.3±0.3	89.2%
统计量 (t值)	7.632	4.82	
P值	0.000	0.000	0.358

开展并成功应用^[4-6]。

膀胱癌是国内泌尿系肿瘤发病率及复发率最高的恶性肿瘤^[7]，对于浅表性、非肌层浸润性、无法耐受膀胱根治性切除术的患者多采用经尿道膀胱肿瘤电切的手术方式治疗。本文将74例行经尿道膀胱肿瘤电切术的膀胱肿瘤患者两组各37例，传统治疗组采用传统的治疗护理措施，EARS治疗组应用加速康复外科理念进行治疗和护理，对比研究两组患者：术后并发症发生率，平均禁食时间、下地时间、尿管留置时间、术后住院天数、住院费用等指标差异性，研究EARS在膀胱癌患者围手术期的作用。

EARS术前准备是加速患者康复的前提，全面系统的术前宣教可以使患者及家属消除或减轻对疾病和手术的恐惧、紧张情绪。本研究中治疗组采用EARS推荐的麻醉前6小时进食半流质，2小时进碳水化合物的术前方式，避免因饥饿引起的焦躁，缩短禁饮食时间，利于康复^[8]。研究组避免术前灌肠，减少了患者因此引起的术中血压波动及肠道菌群波动，手术前晚给予适当的口服苯二氮卓类镇静剂，提高睡眠质量，减少应激反应。

本研究组术中麻醉方式采用持续硬膜外麻醉，该方式优势在于对患者全身影响较小，术后可给予硬膜外麻醉药物单次或持续应用，减轻患者术后疼痛感，最大程度减少术后因膀胱痉挛引起的继发性出血等并发症，同时因为对胃肠道影响较小，术后可尽快恢复肠道功能。传统手术中为避免手术器械出现雾化现象，常规使用低温生理盐水冲洗，加快患者体温的下降，而麻醉状态会使机体散热加速造成患者术中低体温，抑制和损害心血管的自身调节功能，引发低血压、寒战^[9]，研究组采用IOB充气升温装置，同时根据术中出血情况采用37℃生理盐水保持低压冲洗灌洗，保证术中患者体温，有利于减少并发症的发生。研究组EARS术后护理确保快速康复的措施包括：8小时后可进流食，术后6小时可进水，依据进食情况严格控制输液量，术后次日根据医嘱及冲洗颜色减少输液量，减少引起组织水肿及心功能衰竭的发生率，同时补充术后能量，降低切口感染及加速切口愈合，促进肠蠕动，减少静脉输液总量；术中患者采用截石位手术，下肢静脉血流动力学发生变化，容易引起静脉

血栓，通过术前的健康宣教告知家属或护工辅助患者早期下床活动，术后给予气压治疗减少了血栓发生率，促进胃肠道功能恢复，减少肺部并发症发生；给予持续及间断膀胱冲洗3-5天后早期拔除尿管，减少膀胱痉挛和尿路感染发生率。

本文对比研究传统治疗组和EARS治疗组各37例患者结果显示：EARS治疗组具有更低的住院天数及费用，更少的患者禁食时间及尿管留置时间，提示EARS对于行经尿道膀胱肿瘤电切术的膀胱肿瘤的患者具有更好的围手术期疗效。

经尿道膀胱肿瘤电切术的膀胱肿瘤患者围术期采用EARS，可以安全有效的减轻术后疼痛感，缩短住院天数及降低医疗费用，同时也需要临床护理人员与医疗、手术室护士及麻醉师多学科共同协调配合。

参考文献

- [1] 黎介寿.对Fast-track Surgery(快速通道外科)内涵的认识[J].中华医学杂志,2007,87(8):515-517.
- [2] Sobin LH,Gospodariwicz M,Wittekind C(eds).TNM classification of malignant tumors.UICC International Union Against Cancer.7th edn[J].Wiley-Blackwell,2009 Dec:pp.262-265.
- [3] Kehlet H,Wilmore DW.Multimodal strategies to improve surgical outcome[J].Am J Surg,2002,183(6):630-641.
- [4] 公丕欣.加速康复外科理念对经尿道等离子前列腺电切术患者围术期安全性的影响[J].齐鲁护理杂志,2012,18(17):20-22.
- [5] 江志伟,李宁,黎介寿.快速康复外科的概念及临床意义[J].中华实用外科杂志,2007,27(2):131-133.
- [6] 陈彩凤,潘海群,李建平.加速康复外科理念对老年TURP-K术患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2015,21(18):11-13.
- [7] Chen W,Zheng R,Zhang S,et al.Cancer incidence and mortality in China in 2013: an analysis based on urbanization level[J].Chin J Cancer Res,2017,29(1):1-10.
- [8] Ljungqvist O.To fast or not to fast, Metabolic preparation for elective surgery[J].Scandinavian Journal of Nutrition,2004,48(2):77-86.
- [9] 许力,赵晶,黄宇光,等.术中保温对患者核心温度的影响[J].中华外科杂志,2004,42(16):1010-1013.

【收稿日期】2018-03-13