

快速康复外科理念在腹腔镜子宫全切术麻醉复苏期的应用

胡宗建

(广西河池市人民医院,右江民族医学院附属河池医院手术室,广西 河池 547000)

摘要:目的 探讨快速康复外科理念在腹腔镜子宫全切术麻醉复苏期的应用效果。方法 选择2017年1月—2018年11月我院60例腹腔镜子宫全切术麻醉复苏期患者,按随机数字表法分为对照组和实验组各30例,对照组按照全麻术后麻醉复苏期护理常规实施护理,实验组在对照组基础上将快速康复外科理念贯穿于整个复苏期,观察比较两组患者麻醉复苏期并发症的发生率。结果 实验组低体温、低氧血症、疼痛、躁动、恶心呕吐等并发症发生率低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 快速康复外科能减少腹腔镜子宫全切术麻醉复苏期并发症的发生,促进患者康复。

关键词:快速康复外科;腹腔镜;子宫切除术;麻醉复苏期;并发症

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**C **文章编号:**1001-5817(2019)03-0366-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2019.03.033

快速康复外科(fast track surgery,FTS)又称加速康复外科或快速通道外科,是指利用具有循证医学证据的措施对患者实施干预,最大程度降低手术应激反应,促进快速康复的一种新型医疗理念,近年来被广泛应用于临床^[1-2]。麻醉复苏期是指患者从麻醉状态逐渐苏醒的间期,此期由于麻醉药、肌松药和神经阻滞药的残留作用尚未消失,机体保护性反射尚未完全恢复,常易发生气道阻塞,通气、换气不足、或循环功能不稳定、呕吐、误吸、躁动等并发症^[3]。为改善术后患者的麻醉苏醒质量,降低术后并发症的发生率,2017年1月—2018年11月我院麻醉恢复室将快速康复理念应用于腹腔镜子宫全切术麻醉复苏期患者的干预中,取得良好的效果,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2017年1月—2018年11月在我院手术室全麻行腹腔镜子宫全切术并入麻醉恢复室的复苏期患者60例。入组标准:年龄 ≥ 18 岁,术前确诊子宫腺肌瘤并行单一腹腔镜子宫全切术,无糖尿病、高血压、甲状腺疾病及慢性阻塞性肺疾病,患者及家属知情同意自愿参与者。排除标准:有精神疾病及认知功能障碍,既往有全麻及腹腔镜手术病史,伴有严重心脑血管疾病及其他器官功能障碍患者。按随机数字表法将60例患者分为对照组和实验组各30例,对照组年龄(51.50 ± 4.50)岁,手术时间(84.57 ± 5.20)min,术中出血量(53.65 ± 6.90)ml;实验组年龄(51.00 ± 5.16)岁,手术时间(85.10 ± 5.00)min,术中出血量(53.40

± 7.00)ml。两组患者年龄、手术时间、术中出血量比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组按照全麻术后麻醉复苏期护理常规实施护理,内容包括:保持呼吸道通畅、动态监测生命体征、维持循环系统稳定、维持正常体温、防止意外损伤、按需镇痛,苏醒后心理干预等。实验组在对照组基础上将快速康复外科理念贯穿于整个复苏期,具体措施如下。

1.2.1 限制性输液 患者入室后,根据其心率、血压等生命体征变化,采用限制性输液策略维持量较低限维持液体输入。本研究所有患者均采用林格氏液以 $10 \sim 15 \text{ ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ ^[4]维持患者最低有效灌注量,避免输液过多加重患者的心肺负担。

1.2.2 预防低体温 采用体温探头动态监测腋温变化,给予保温毯、输入 37°C 的恒温液体等保温措施,使患者体温维持在 $36^\circ\text{C} \sim 37^\circ\text{C}$ 。若体温 $< 36^\circ\text{C}$,给予调高室温、保温毯温度等加温措施直至体温恢复至 $36.5^\circ\text{C} \sim 37^\circ\text{C}$ 停用。

1.2.3 尽早拔除气管导管 患者苏醒(呼之能睁眼),自主呼吸、吞咽、咳嗽反射恢复,肌张力恢复能握手,潮气量持续 $> 350 \text{ ml}$,呼吸频率 > 10 次/分钟,在不吸氧或吸入 $40\% \text{ O}_2$ 状态下 $\text{SpO}_2 > 95\%$ 维持 $5 \sim 10 \text{ min}$,吸痰后拔除气管导管。期间遵医嘱使用丙泊酚维持直至吸痰拔除气管导管后停止,以减少气管导管及拔管时对患者的刺激。

1.2.4 充分镇痛 采用VAS疼痛评分表^[5]每15~30 min对患者进行疼痛评估,VAS>3分者,按压静脉镇痛泵(舒芬太尼2 μg/kg+生理盐水稀释至100 ml,持续5 ml/h,bolos 单次输注量0.5 ml,锁定时间20 min)1次,观察5~10 min镇痛效果不理想,再遵医嘱注射哌替啶。本组2例患者VAS>3分,给予按压静脉镇痛泵后疼痛缓解,再次评分VAS<2分。VAS>8分者给予多模式镇痛,本组1例患者VAS>8分,患者烦躁不安、哭泣,心率、血压超过术前基础心率、血压的20%~50%,经排除术后出血等并发症后,经按压镇痛泵15 min患者疼痛未缓解,遵医嘱给予哌替啶25 mg静脉推注、哌替啶75 mg肌肉注射,5 min后患者转安静,10 min后VAS评分<2分。

1.3 观察指标 观察比较两组患者低体温、低氧血症、疼痛、躁动、恶心呕吐等麻醉复苏期并发症的发生情况。疼痛采用VAS疼痛评分表^[5]进行评估:评分为0~10分,0分为无痛,10分为最剧烈的疼痛,VAS>3分者记为有疼痛。采用Riker镇静和躁动评分^[6]评估患者躁动情况:0级,患者表现为安静、合作、无挣扎,对医护人员的语言唤醒、示意能配合;1级,吸痰导管等刺激时肢体有活动,用语言唤醒、安慰、解释可改善;2级,无刺激时即有间断的烦躁不安、肢体挣扎,具有反抗表现,但不需制动;3级,强烈挣扎,持续烦躁不安,需多人制动,对医护人员的语言唤醒、示意不配合;0、1级为配合,无躁动;2、3级分别为轻、重度躁动。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行统计学分析,计数资料用 n 和%表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

实验组并发症发生率低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者复苏期并发症发生情况比较

组别	n	低体温	低氧血症	疼痛	躁动	恶心呕吐	发生率 ($n, \%$)
实验组	30	0	0	3	0	0	3(10.00)
对照组	30	1	1	5	3	2	12(40.00)

注: $\chi^2=7.200, P=0.007$

3 讨论

3.1 快速康复外科在腹腔镜手术麻醉复苏期应用的目的 由于创伤小、疼痛轻、恢复快,术者能多角度“视察”,效果直观等优点,腹腔镜全子宫切除术已成为全子宫切除术的主要术式^[7]。腹腔镜子宫切除术手术操

作会使腹腔黏膜受到某种程度的刺激、气腹致术后腹腔内残余的二氧化碳及麻醉药物等的共同刺激作用,以及全麻插管对患者喉部神经的严重刺激等形成的应激反应,导致患者麻醉复苏期出现疼痛、恶心呕吐、低体温、躁动、低氧血症等并发症。研究报道,腹腔镜术后急性疼痛的发生率为25%~30%,若疼痛得不到有效控制会引起患者烦躁不安、恐慌、焦虑,严重时会影响全麻苏醒质量,麻醉复苏期躁动发生率大约为20%^[8]。快速康复外科是丹麦外科医生 Kehlet 在2001年率先提出的概念,欧美特别是欧洲一些国家极力推广,我国由南京军区总医院的黎介寿院士等率先引入并加以应用。快速康复外科理念主要目标不是FAST,不是早期出院,并非省钱,而是通过系列循证医学正式有效的措施,达到减少手术应激反应,控制手术/麻醉损伤,减少术后并发症的主要目标^[9]。

3.2 快速康复外科在妇科腹腔镜手术麻醉复苏期的应用效果 最佳的液体管理被认为是快速康复外科成功的关键因素之一^[10],限制性输液可以维持最佳的微循环灌注状态,利于器官功能稳定、组织生长愈合,起到药物无法达到的特殊治疗效果,是符合快速康复外科的液体治疗方法^[11]。低体温是腹腔镜术后常见的并发症之一,低体温可减慢麻醉药物的代谢导致术后苏醒延迟,若氧供不足不能满足低体温造成的低氧代谢时,可致乳酸性酸中毒,麻醉复苏期采用保暖措施预防低体温可最大程度减少术后并发症的发生。全麻气管插管操作时可引起口、咽、气道损伤,呼吸机机械通气可造成肺容积损伤,气管插管期间肌松药的使用后可发生肌松残余作用等均可引起患者的不适及增加肺部感染等并发症的发生,尽快拔除气管插管是快速康复外科的关键步骤。术中操作牵拉及二氧化碳气腹等因素致机体产生应激反应,引起术后疼痛,激发机体产生各种病理生理改变,术后优化疼痛措施充分镇痛是快速康复外科的一个重要环节。本研究实验组采用静脉镇痛泵镇痛的同时采用VAS疼痛评分评估患者的疼痛状况,对3例VAS>3分患者予以多模式镇痛,有效地缓解患者的疼痛症状,效果优于对照组的按需镇痛。心理干预是快速康复外科最重要的组成部分,本研究两组患者均在复苏后通过语言、抚触、解释、心理疏导等进行心理干预,在此基础上,实验组通过限制性输液、预防低体温、尽早拔除气管导管、充分镇痛等快速康复外科系列干预措施,结果显示,实验组复苏期低体温、低氧血症、疼痛、躁动、恶心呕吐等并发症发生率

低于对照组,说明快速康复外科能减少妇科腹腔镜手术麻醉复苏期并发症的发生,促进患者康复。

参考文献:

- [1] 罗凤琴,王月,包慧.快速康复护理在腹腔镜胃癌根治术中的应用[J].右江医学,2018,46(4):467-470.
- [2] 焦春红.腹腔镜结直肠癌手术患者的快速康复外科手术室护理[J].华夏医学,2016,29(1):121-124.
- [3] 罗利珍.失效模式和效应分析在麻醉复苏室护理风险管理中的应用[J].广西医学,2017,39(2):283-285.
- [4] 庄心良,曾因明,陈伯銮.现代麻醉学[M].北京:人民卫生出版社,2003:312-315.
- [5] 王云江,王晨,梅江.中医整脊疗法对腰椎间盘突出症患者的VAS疼痛评分的影响[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(26):103.
- [6] Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, et al. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial[J]. JAMA, 2009, 301(5): 489-499.

- [7] 宋华, 邹绍新, 张俏, 等. 腹腔镜全子宫切除术 2 种阴道断端缝合法的比较[J]. 中国微创外科杂志, 2018, 18(3): 202-204, 208.
- [8] 徐海文. 不同麻醉给药方式对腹腔镜手术患者术后疼痛及麻醉复苏的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(31): 62-63.
- [9] 许淑仙, 李霞, 张建华. 快速康复外科理念在妇科腹腔镜手术病人围术期护理中的应用[J]. 护理研究, 2018, 32(4): 576-579.
- [10] Wuethrich PY, Burkhard FC. New perioperative fluid and pharmacologic management protocol results in reduced blood loss, faster return of bowel function, and overall recovery[J]. Curr Urol Rep, 2015, 16(4): 17.
- [11] 李蒙蒙, 张庆. 去氧肾上腺素与去甲肾上腺素对限制性输液老年患者组织氧代谢的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(11): 1068-1072.

收稿日期:2018-12-24

(上接第 365 页)

- [9] 蒋琪霞, 李晓华, 王建东. 医院获得性压疮流行病学特征及预防研究进展[J]. 中国护理管理, 2014, 14(7): 676-679.
- [10] Greco MT, Corli O, Montanari M, et al. Epidemiology and pattern of care of breakthrough cancer pain in a longitudinal sample of cancer patients: results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group[J]. Clin J Pain, 2011, 27(1): 9-18.
- [11] 中华人民共和国卫生部. 癌症疼痛诊疗规范(2011年版)[J]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2012, 5(1): 24-28.
- [12] 雷丽婵, 陈玉娣, 余红春. 重度癌痛患者拒绝翻身的原因分析及对策[J]. 现代临床护理, 2010, 9(4): 43-44.
- [13] Gray M, Beeckman D, Bliss DZ, et al. Incontinence associated dermatitis: a comprehensive review and update

[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2012, 39(1): 61-74.

- [14] Long MA, Reed LA, Dunning K, et al. Incontinence associated dermatitis in a long-term acute care facility[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2012, 39(3): 318-327.
- [15] Lee YJ, Park S, Kim JY, et al. Clinical nurses' knowledge and visual differentiation ability in pressure ulcer classification system and incontinence-associated dermatitis[J]. J Korean Acad Nurs, 2013, 43(4): 526-535.
- [16] Beeckman D, Defloor T, Verhaeghe S, et al. What is the most effective method of preventing and treating incontinence associated dermatitis? [J]. Nursing Times, 2010, 106(38): 22-25.

收稿日期:2019-03-08;修回日期:2019-04-28