

DOI:10.12025/j.issn.1008-6358.2017.20160749

快通道外科理念在手术室护理中的应用

王春灵

复旦大学附属中山医院护理部, 上海 200032

〔摘要〕 快通道外科(fast-track surgery, FTS) 涉及外科手术的方方面面, 显著改变了多种疾病的临床诊治模式。FTS 在手术室护理工作中的应用需要护士改变观念, 突破固化思维, 从术前沟通、术中护理、术后回访等各个流程进行有效科学的护理实践, 促进患者快速恢复。

〔关键词〕 快通道外科; 手术室护理; 快速康复

〔中图分类号〕 R 472.3 〔文献标志码〕 B

Application of fast-track surgery in operation room nursing

WANG Chun-ling

Department of Nursing, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai 200032, China

〔Abstract〕 Fast-track surgery (FTS) involves all aspects of surgery, which has significantly changed the pattern of clinical diagnosis and treatment of diseases. Application of FTS in operation room nursing requires nurses to change their concepts, break through the fixed mindset, and carry out nursing practice effectively and scientifically through preoperative communication, intraoperative nursing, postoperative visit and so on, so as to promote rapid recovery.

〔Key Words〕 fast-track surgery; operation room nursing; rapid recovery

快通道外科(fast-track surgery, FTS)又称加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS), 是 20 世纪 90 年代以来在国际上兴起的外科学新理念^[1-2]。其临床实践效果明显, 改变了很多疾病的临床诊治模式, 显著改善临床预后, 受到外科学界的重视, 是目前外科学研究的热点^[3-5]。FTS 涉及外科手术的方方面面, 包括术前准备、手术操作、术后康复等各个环节^[4-6]。围手术期处理是外科手术的核心和关键, 对患者预后至关重要。手术室是外科围手术期处理的重要场所。FTS 理念的发展和推广对手术室护理管理工作也提出了新的要求和标准^[2]。

1 FTS 的概念及发展

FTS 是指在外科手术术前、术中、术后采用各种已实证有效的方法, 包括心理学、疼痛控制、微创手术、营养支持、麻醉学、手术后康复、护理等多维度措施, 加以整合、优化以降低术后并发症发生率、控制手术应激、减少住院时间等, 加速患者的手术后康复^[1,7-9]。

FTS 最早应用于心脏外科冠脉搭桥手术患者,

取得显著疗效^[10]。此后逐渐推广应用于其他外科范畴, 包括普通外科、泌尿外科、妇产科、骨科等^[11-13]。Kehlet 教授是 FTS 的倡导者和实践者, 最早于 1999 年在美国外科年会提出了 FTS 的概念, 并于 2001 年在 *BMJ* 进行了全面系统的阐述和经验介绍^[1]。此后, FTS 的概念得到推广, 尤其是在结肠、直肠手术中取得显著成效^[14-15]。传统结肠术后并发症发生率为 15%~20%, 甚至达 48%; 应用 FTS 理念后, 该类手术患者术后康复率、患者住院时间及并发症发生率明显改善^[14-16]。FTS 在国内的应用起步较晚, 2006 年被引入中国, 经过初步推广后, 逐渐引起了广泛的重视。

2 FTS 的理论基础及应用范围

2.1 理论基础 Wilmore 等^[1]认为, 手术在治疗疾病的同时本身也可对机体造成伤害。手术的不利因素包括: 疼痛、心理紧张、恶心呕吐、缺氧、血栓形成、留置胃管、术后制动等。因此, 临床实践中必须对上述问题进行针对性处理, 包括: 术前患者的教育、患者机体功能的调整、心理压力的疏解, 术中采用微创术式、局麻或硬膜外麻醉, 术后有效镇痛、避

免血栓形成等措施,最终达到缩短患者康复时间、快速康复的效果^[1,17]。

2.2 应用范围及核心内容 FTS 的应用对象是手术指证明确、手术类型单一、合并基础疾病少、一般情况较好的患者,对于年龄较大、营养严重不良、合并多种内外科基础疾病、不能进行择期手术的患者,尚不能纳入此范畴。FTS 主要包括以下内容:(1)术前患者健康教育;(2)更佳的麻醉、止痛方式选择及较成熟的外科技术,以减少术中应激反应、术后疼痛及降低不适反应;(3)优化术后康复治疗,包括下床活动提前、较早期进行肠内营养支持^[18-19]。良好沟通而完善的组织体系构建共同作用实施是保证其成功的决定性因素。FTS 必须是一个由多学科协作的过程,由外科医师主导,麻醉医师、护士、康复理疗师参与其中,也需要患者及家属的参与^[17-19]。

3 FTS 理念在手术室护理管理中的应用

FTS 理念的推广和发展离不开护理的支持和协调,也对手术室护理管理工作提出了新的要求^[20-21]。手术室护理人员必须主动、积极开展有效的护理实践,积极动态观察、分析患者病情,加强与医师、麻醉师的沟通,有效提高患者舒适度,实施个性化护理措施,促进患者术后快速康复^[20-21]。

3.1 术前沟通 术前沟通是 FTS 理念的重要组成部分。术前应根据患者不同的疾病特点及心理需求进行针对性的人性化关怀,并耐心、细致解释,可有效缓解患者恐惧、焦虑等负面情绪,减轻生理应激,降低手术并发症的发生率,且能使患者得到尊重和满足,提高其战胜疾病的信心,有利术后康复^[21-23]。

3.2 术中护理

3.2.1 提升手术效率 手术延误是影响手术室效率提升的常见原因。提高护理工作质量、改善手术室整体工作流程,是缩短患者平均住院时间及促进患者康复的有力保证。术中手术护士必须与手术医师、麻醉医师精诚合作,职责明确,体现团队合作精神,包括开始手术时间、手术衔接、体位安置以及安全高效配置手术用物、器械、耗材的清单等,降低不在位率,减少非计划查找,管理好手术器械台,辅助好手术,提高手术效率^[24]。

3.2.2 关注术中保温 围手术期维持正常体温是 FTS 理念中另一个重要方面^[25]。术中低体温可诱

发应激反应,导致一系列不良后果,阻碍患者康复^[26]。手术过程中,手术室温度应维持在 22~24℃,采取积极加温措施。所有补液及胸腹腔冲洗液体的加温、呼吸器加温、使用升温毯以保持呼吸道温度和湿度等都是预防术中低体温的有效方法,能保持患者体温在正常范围内。

3.2.3 配合微创技术 随着医疗水平和技术的进步,微创逐渐成为现代外科学主流的发展方向。微创手术能明显减轻患者疼痛,降低免疫功能障碍及手术应激引起的炎症反应,有利于术后器官功能恢复,缩短总住院时间,促进快速康复。术中组织损伤被认为是术后的始动因素。微创外科技术能够有效减轻手术损伤,缓解术后应激反应程度。因此,我们应将微创理念贯穿于术前、术中、术后的全过程,做好配合工作^[27]。

3.3 术后回访 术后回访必须采用“以人为本”的理念进行访视,通过询问患者术后恢复情况、术中舒适度以及对手术室护士工作满意度,发现并解决临床护理工作中存在的问题^[28-29]。对手术室整体工作作出客观评价,有利于手术室工作的持续改进,有利于手术室护理质量的终末评价和全面反馈。

综上所述,FTS 理念的推广和发展对手术室护理管理提出了新的要求和标准,手术室护理人员应主动积极开展符合 FTS 理念的有效护理实践,从术前、术中、术后等各个流程贯彻 FTS 个性化护理理念,促进患者康复。

参考文献

- [1] WILMORE D W, KEHLET H. Management of patients in fast track surgery[J]. BMJ, 2001, 322(7284): 473-476.
- [2] NANAVALI A J, PRABHAKAR S. Fast-track surgery: toward comprehensive peri-operative care[J]. Anesth Essays Res, 2014, 8(2): 127-133.
- [3] KAPRITSOU M, PAPATHANASSOGLU E D, BOZAS E, et al. Comparative evaluation of pain, stress, neuropeptide Y, acth, and cortisol levels between a conventional postoperative care protocol and a fast-track recovery program in patients undergoing major abdominal surgery[J]. Biol Res Nurs, 2017, 19(2): 180-189.
- [4] FENG J, LI K, LI L, et al. The effects of fast-track surgery on inflammation and immunity in patients undergoing colorectal surgery[J]. Int J Colorectal Dis, 2016, 31(10): 1675-1682.
- [5] WONG W T, LAI V K, CHEE Y E, et al. Fast-track cardiac care for adult cardiac surgical patients[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, 9: CD003587.

- [6] LJUNGQVIST O. ERAS-enhanced recovery after surgery: moving evidence-based perioperative care to practice [J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2014, 38(5):559-566.
- [7] WU S J, XIONG X Z, LU J, et al. Fast-track programs for liver surgery: a meta-analysis[J]. J Gastrointest Surg, 2015, 19(9):1640-1652.
- [8] NANAVATI A J, NAGRAL S, PRABHAKAR S. Fast-track surgery in India[J]. Natl Med J India, 2014, 27(2):79-83.
- [9] KEHLET H, WILMORE D W. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg, 2002, 183(6):630-641.
- [10] CHENG D C. Fast-track cardiac surgery: economic implications in postoperative care[J]. J Cardiothorac Vasc Anesth, 1998, 12(1):72-79.
- [11] WATKINS A C, WHITE P F. Fast-tracking after ambulatory surgery[J]. J Perianesth Nurs, 2001, 16(6):379-387.
- [12] MAYFIELD J B, CARTER C, WANG C, et al. Arthroscopic shoulder reconstruction: fast-track recovery and outpatient treatment[J]. Clin Orthop Relat Res, 2001, (390):10-16.
- [13] HEINZER H, HEUER R, V NORDENFLYCHT O, et al. Fast-track surgery in radical retropubic prostatectomy. First experiences with a comprehensive program to enhance postoperative convalescence[J]. Urologe A, 2005, 44(11):1287-1293.
- [14] STORY S K, CHAMBERLAIN R S. A comprehensive review of evidence-based strategies to prevent and treat postoperative ileus[J]. Dig Surg, 2009, 26(4):265-275.
- [15] KEHLET E H, HUMES D J, CATTON J A. Systematic review of enhanced recovery after gastro-oesophageal cancer surgery[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2015, 97(3):173-179.
- [16] KEHLET H. Fast-track colorectal surgery[J]. Lancet, 2008, 371(9615):791-793.
- [17] LEI Q C, WANG X Y, ZHENG H Z, et al. Laparoscopic versus open colorectal resection within fast track programs: an update meta-analysis based on randomized controlled trials [J]. J Clin Med Res, 2015, 7(8):594-601.
- [18] HOLBEK B L, HORSLEBEN PETERSEN R, KEHLET H, et al. Fast-track video-assisted thoracoscopic surgery: future challenges[J]. Scand Cardiovasc J, 2016, 50(2):78-82.
- [19] KEHLET H, WILMORE D W. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery[J]. Ann Surg, 2008, 248(2):189-198.
- [20] HOBSON D B, SALETNIK L, WICK E C. Get on the fast track to patient recovery[J]. Nurs Manage, 2016, 47(3):15-17.
- [21] HÜBNER M, ADDOR V, SLIEKER J, et al. The impact of an enhanced recovery pathway on nursing workload: a retrospective cohort study[J]. Int J Surg, 2015, 24(Pt A):45-50.
- [22] PHILP S, CARTER J, BARNETT C, et al. Patients' perspectives of fast-track surgery and the role of the fast-track clinical nurse consultant in gynecological oncology[J]. Holist Nurs Pract, 2015, 29(3):158-166.
- [23] PHILP S, CARTER J, PATHER S, et al. Patients' satisfaction with fast-track surgery in gynaecological oncology [J]. Eur J Cancer Care (Engl), 2015, 24(4):567-573.
- [24] 王春灵,周苑苑. 血管介入复合手术室单元运行模式的初步探讨[J]. 中国临床医学, 2014, 21(1):85-86.
- [25] HIRVONEN E A, NISKANEN M. Thermal suits as an alternative way to keep patients warm peri-operatively: a randomised trial [J]. Eur J Anaesthesiol, 2011, 28(5):376-381.
- [26] ALDERSON P, CAMPBELL G, SMITH A F, et al. Thermal insulation for preventing inadvertent perioperative hypothermia [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, (6):CD009908.
- [27] 王春灵. 达芬奇手术机器人系统手术的护理配合[J]. 中国临床医学, 2013, 20(1):87-88.
- [28] SILVA R, MARTINS M M, JARDIM H G. Nursing postoperative visit as a quality indicator for surgical patient care[J]. J Perioper Pract, 2016, 26(6):145-147.
- [29] SAAL D, HEIDEGGER T, NUEBLING M, et al. Does a postoperative visit increase patient satisfaction with anaesthesia care? [J]. Br J Anaesth, 2011, 107(5):703-709.

[本文编辑] 廖晓瑜,贾泽军