

快速康复外科理念在老年髋关节置换术围术期护理的应用进展

杨伶俐, 杨 柳, 陈 鸿 综述, 廖淑梅[△]审校(第三军医大学大坪医院野战外科研究所骨科中心关节四肢外科, 重庆 400042)

【关键词】 快速康复外科理念; 老年全髋关节置换; 围术期; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 24. 052 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)24-3499-02

快速康复外科理念是通过优化术前宣教、打破传统术前禁食水时间、疼痛的控制、改变麻醉方式以及术中保温、控制补液量等措施, 使医生、护士、麻醉医师、患者及家属均参与到整个围术期的治疗中, 从而减轻患者痛苦, 加速康复。本文就快速康复外科理念在老年全髋关节置换术(THA)围术期护理的应用进展作一综述。快速康复外科(FTS)理念是 2001 年由丹麦腹部外科医生 Henrik Kehlet 提出, 意在通过一系列有医学证据的围术期处理的优化措施, 减轻手术创伤应激反应, 从而减少手术后并发症, 减轻患者痛苦, 缩短住院时间, 以达到快速康复的目的^[1-2]。FTS 是采用多学科技术采取多形式的干预方式, 外科医生、麻醉医师、护士和康复理疗师的沟通合作是其成功的关键, 并且这种合作贯穿治疗始终^[3-4]。经过近 10 年的研究发展, FTS 已经由最初成果明显的腹部外科, 拓展应用到心外科、泌尿科、骨科等。而我国 60 岁以上老年人越来越多(预计到 2050 年老年人口将达到全国人口的 1/3), 作为一种特殊的人群, 因为健康意识、机体衰老、多种合并内科病以及术后漫长的康复过程等, 围术期的优化势在必行。

1 术前护理措施

1.1 术前宣教 巡回护士应在术前 1 d 访视患者, 对手术室环境、仪器设备、体位的放置、术后早期口服进食及下床活动等宣教, 使患者和家属对手术整个过程有一个足够的了解, 以减轻患者的焦虑和恐惧, 从而减少心理应激反应, 以积极的心态去接受手术, 安全度过围术期, 加快术后康复^[5]。因面对的是老年患者, 需要耐心讲解, 必要时使用书面或图文沟通。

1.2 提出术前缩短禁食禁饮时间是快速康复外科的一项重要内容。和常规的术前禁食禁饮不同的是, 国外有麻醉学指南提出: 患者术前 2 h 可以进水, 术前 6 h 进食, 术后并未增加并发症发生率^[6]。缩短禁食时间, 一方面有利于减少患者的饥饿、口渴、烦躁、紧张等不良反应, 增加舒适度, 保证心、脑器官的能量需求; 另一方面, 减少术后胰岛素抵抗, 缓解分解代谢, 加快康复^[7-8]。

1.3 超前镇痛 行髋关节置换术的老年患者大多是因摔伤引起的髋部骨折或股骨头缺血性坏死, 再加上老年人对疼痛的耐受程度及疼痛阈值的降低, 常常存在或多或少的疼痛。疼痛会引起患者焦虑、烦躁, 甚至对治疗护理都不配合, 同时它也是术后影响康复锻炼的一个主要因素。因此, 超前镇痛是围术期处理的至关键环节。有文献报道, 超前镇痛还能减轻患者的应激反应, 提高对疗效的满意度^[4,9]。

2 手术中措施

2.1 麻醉方式的选择 因患者年龄偏大, 首选椎管内麻醉。它不仅能达到麻醉满意的效果, 还有利于保护心肺功能、心血

管负担, 减少肠麻痹, 方便术后留置硬膜外导管进行有效止痛^[7]; 同时减轻患者的应激反应以促使患者早期功能锻炼等。

2.2 术中保温 术中因为失血、快速的补液以及麻醉对体温调节的抑制都会引起患者发生低体温。寒冷可导致应激反应, 低温引起凝血功能异常, 而复温又将增加心血管负担, 加重全身应激反应, 增加切口感染率(体温每下降 1~3 ℃, 切口感染的概率将增加 2~3 倍)^[4,10]。因此, 术中保温也是快速康复的一个重要环节。可以通过调节手术间室内温度、减少出血、使用输液加热装置、保暖床垫等加温设备防止术中低体温的发生。

2.3 减少补液治疗 有研究表明, 在手术中过多输入液体, 尤其是含钠液体后, 会导致术后肠麻痹时间的延长, 不利于患者的康复^[9]。另一方面, 给予大量液体输入, 势必会加大心脏负荷, 增加心脏功能障碍的发生率。因为麻醉药导致的低血压, 首先应使用缩血管药物进行治疗, 而不是首选大量补液治疗。

2.4 不放置引流管 大量临床对照研究证实, 术后无需放置引流管, 伤口感染、血肿、伤口裂开等并发症与放置引流管没有关系, 相反, 放置引流管增加了输血的概率。也有研究认为, 持久伤口引流是关节置换术后出现感染的原因之一, 伤口引流期延长 1 d, 全髋关节置换术伤口风险增加 42%, 全膝关节风险增加 29%, 将导致患者住院时间延长^[5]。因此手术中最好充分止血, 不常规留置引流管, 这样不仅不会增加并发症的发生率, 反而利于患者早期下床活动, 加速康复。

3 术后措施

3.1 术后镇痛 疼痛是影响术后康复的一个重要因素, 老年人因疼痛耐受程度降低, 尤为重要。目前提倡超前镇痛, 将疼痛有效地控制在整个围术期。快速康复外科强调多模式的术后疼痛控制, 包括联合应用口服非甾体类镇痛药、术后留置硬膜外导管等, 才能促进患者心理、食欲、康复进展^[11]。

3.2 术后营养 FTS 提倡术后早期进水进食, 在无恶心、呕吐的麻醉反应的情况下, 可以从流质饮食开始, 以高能量、高蛋白为主, 增加老年人的机体抵抗力。禁食时间过长, 还将引起低血糖、疼痛的发生率, 不利于术后康复^[7-8]。

3.3 术后早期活动 术后麻醉消失后即开始做踝泵运动、股四头肌等长收缩练习等。全髋关节置换术后第 1 天 X 线片复查假体位置良好之后, 指导患者逐步下床活动。FTS 强调早期下床功能锻炼, 能有效改善患者的肺功能, 促进肠蠕动功能恢复, 减少肺部并发症, 并且还能降低下肢深静脉血栓的发生^[1,3]。

3.4 留置尿管管理 术后患者回病房即可开始夹闭导尿管, 患者有尿意或定时开关以进行膀胱肌功能训练。术后第 1 天

早晨即可拔出尿管,从而减少泌尿系感染概率^[12]。

3.5 出院指导术 患者出院前评估患者情况,做好健康教育,分别于术后 2 周、1 个月、3 个月、6 个月到门诊复查^[3]。缩短平均住院时间是 FTS 的一项重要内容。做好出院宣教是保障这一目标的重要因素,包括避免不良坐姿,禁忌使用蹲便器、坐矮凳等屈髋超过 90°的活动,禁忌两腿交叉、盘腿、跷二郎腿等引起髋关节内收超过中线的活动,出院后继续使用双拐或助行器 4 周,然后改用手杖步行时先迈非手术侧,上楼时非手术侧先上、下楼时手术侧先下^[13]。

4 小 结

快速康复外科理念经过近 10 年的发展,已经由最早的腹部外科成功典范发展应用到多种疾病中,并且取得了很好的效果。通过对围术期的一系列优化处理,FTS 明显减轻了术后应激反应,缩短了康复时间及平均住院时间,同时并不影响出院后的患者满意度以及返院率^[14-16]。打破传统观念,接受新的技术革新理论是需要经过大量地临床实践和证明,围术期的优化处理显得尤为重要。而 FTS 则是强调一个多学科合作模式,所以各学科之间的信息交流显得尤为重要。

参考文献

- [1] Wilmore DW, Kehelt H. Management of patients in fast track surgery[J]. BMJ, 2001, 322(7284): 473-476.
- [2] Kehelt H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg, 2002, 183(6): 630-641.
- [3] 袁敏, 张文君. 快速康复外科理念在全膝关节置换围手术期管理中的应用[J]. 护理实践与研究杂志, 2013, 10(7): 24-26.
- [4] Hust H, Holm G. Fast track in total hip and knee arthroplasty-experiences from Hvidovre University Hospital [J]. Injury, 2006, 37 (Suppl 5): 31-35.
- [5] 华莹奇, 张治宇, 蔡郑东. 快速康复外科理念在骨科的应用现状与展望[J]. 中华外科杂志, 2009, 10(47): 1505-

1508.

- [6] 王东升, 周岩冰, 孔营, 等. 加速康复外科对胃癌患者免疫功能及临床结局的影响[J]. 中华普通外科杂志, 2009, 24(7): 554-557.
- [7] 旺启斌, 向玲. 快速康复外科临床应用最新进展[J]. 山西医药杂志, 2011, 40(11): 1094-1096.
- [8] Scop M, Nygren J, Myrenfors P, et al. Preoperative oral carbohydrate treatment attenuates immediate postoperative insulin resistance [J]. Am J Physiol Endocrinol Metab, 2001, 280(4): 576-583.
- [9] Lobo DN, Bostock KA, Neal KP, et al. Effect of salt and water balance on recovery of gastrointestinal function after elective colonic resection; a randomised controlled trial [J]. Lancet, 2002, 359(9320): 1812-1818.
- [10] Jin F, Chung F. Multimodal analgesia for postoperative pain control [J]. J Clin Anesth, 2001, 13(7): 524-539.
- [11] 江志伟, 李宁, 黎介涛. 快速康复外科的概念及临床意义[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(2): 131-133.
- [12] 朱住玲, 孙丽波, 王江滨, 等. 快速康复外科理念与围手术期护理[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(3): 264-265.
- [13] 徐肖, 杨连香, 孙惠萍. 快速康复外科理念在老年全膝关节置换术患者围手术期中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(12A): 41-46.
- [14] 黄小静. 快速康复外科中的新概念[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(20): 129-130.
- [15] 谢正勇, 程黎阳. 快速康复外科面临的问题及思考[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(3): 502-503.
- [16] 江永良. 改良小切口和快速康复外科在全膝关节置换术中的应用体会[J]. 中国骨科临床与基础研究杂志, 2012, 4(2): 138-140.

(收稿日期: 2014-06-10 修回日期: 2014-10-15)

(上接第 3498 页)

- [13] Rohlmann A, Burra NK, Zander T, et al. Comparison of the effects of bilateral posterior dynamic and rigid fixation devices on the loads in the lumbar spine; a finite element analysis[J]. Eur Spine J, 2007, 16(8): 1223-1231.
- [14] 张劲松, 杨述华, 许伟华, 等. 减压结合 Dynesys 动态稳定治疗退行性腰椎管狭窄症[J]. 中国矫形外科杂志, 2010, 18(11): 881-883.
- [15] Beastall J, Karadimas E, Siddiqui M, et al. The Dynesys lumbar spinal stabilization system; a preliminary report on positional magnetic resonance imaging findings[J]. Spine, 2007, 32(6): 685-690.
- [16] 叶葆青, 梁伟国, 叶伟雄, 等. Bioflex 弹性椎弓根钉内固定系统对全椎板切除术与椎间植骨融合术后腰椎活动范围的影响[J]. 中国矫形外科杂志, 2012, 20(24): 2298-2301.
- [17] Zhang HY, Park JY, Cho BY. The bioflex system as a dynamic stabilization device; does it preserve lumbar motion [J]. J Korean Neurosurg Soc, 2009, 46(5): 431-436.
- [18] 李大伟, 马远征, 朴庆佑, 等. Bioflex 系统治疗腰椎椎间盘退行性疾病[J]. 脊柱外科杂志, 2010, 8(5): 261-264.

- [19] 徐海栋, 付强. 后路 Isobar 非融合内固定系统治疗腰椎退行性疾病疗效分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2013, 21(11): 1149-1152.
- [20] Benezech J, Mitulescu A. Retrospective patient outcome evaluation after semi-rigid stabilization without fusion for degenerative lumbar instability [J]. Eur J Orthop Surg Traumatol, 2007, 17(3): 227-234.
- [21] Schulte TL, Hurschler C, Haversath M, et al. The effect of dynamic, semi-rigid implants on the range of motion of lumbar motion segments after decompression [J]. Eur Spine J, 2008, 17(8): 1057-1065.
- [22] Von Strempel A. Stabilization of the degenerated lumbar spine in the non-fusion technique with cosmic posterior dynamic system [J]. World Spine J, 2006, 1(1): 40-47.
- [23] 刘伟, 王杰, 蔡凯文. Cosmic 动态非融合系统治疗腰椎退变性疾病短期疗效分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2013, 28(7): 620-622.

(收稿日期: 2014-04-14 修回日期: 2014-07-14)