

围手术期外科之家理念在胰十二指肠切除手术患者中的护理应用[△]

孙青美,李倩,金捷,方小萍*

(南京医科大学第一附属医院胰腺中心,江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:探讨围手术期外科之家(PSH)理念在胰十二指肠切除手术患者中的护理应用效果。方法:将2023年1月至2023年6月南京医科大学第一附属医院的100名行胰十二指肠切除手术的患者进行随机分组,观察组和对照组各50人。其中,观察组按照PSH理念进行护理,对照组则使用常规护理模式。结果:与对照组相比,PSH组的患者术后首次饮水时间、首次肛门排气时间缩短,有统计学差异($P < 0.05$),住院时间明显缩短,有统计学差异($P < 0.05$),两组并发症相比无显著差异($P > 0.05$)。结论:PSH的护理模式能够提升胰十二指肠切除手术后患者的护理效果,缩短首次饮水的时间、首次肛门排气的时间,促进患者的快速康复,缩短住院时间。

[关键词] 围手术期外科之家;胰十二指肠切除术;加速康复;多学科干预

[中图分类号] R197.39

[文献标志码] A

[文章编号] 1005-7803(2023)10-1366-04

胰腺癌是世界上第14位最常见的癌症,也是癌症死亡率的第7大原因^[1]。对于较早期胰腺癌,手术切除是胰腺癌获得治愈机会和长期生存的唯一有效方法,对胰头和钩突部癌,需行胰十二指肠切除术(Whipple手术)^[2]。胰十二指肠切除术是一种极为复杂的外科手术,手术难度大、风险高,具有切除范围大、并发症发生率高、围手术期死亡率较高等特点。这对Whipple手术围手术期患者的护理模式提出了较高的要求,常规的护理模式由单个责任护士对患者进行健康教育、术前准备、饮食、活动、管道、并发症等护理,逐渐无法满足临床需求,因此需要一个全新的围术期管理方式。早在2012年欧洲针对Whipple手术拟定加速康复指南(enhanced recovery after surgery, ERAS)^[3],之后在国内广泛推广应用,而ERAS所涉及的范围仅局限在手术治疗前后短期内,不能覆盖整个“围手术期”^[4]。围手术期外科之家(perioperative surgical home, PSH)是由美国麻醉医师协会定义为“一个以患者为中心,医生为主导的多学科和团队为基础的协调护理系统,指导患者整个手术体验”^[5],这一理念重点在于对存在器官功能障碍的外科病人进行术前优化多学科

处理^[6],是对围手术期处理措施进行重新设计的创新性管理模式,突出强调对手术病人的全程管理和多学科协作,PSH更能满足胰腺外科复杂多变的多学科、全程管理的需求。这是一个基于循证医学证据、涵盖了术前预康复、快速康复外科(ERAS)和围手术期处理的更加宽泛的概念。本研究将PSH护理模式运用到胰腺癌围手术期患者,探讨患者的临床护理效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2023年6月南京医科大学第一附属医院胰腺中心收住的100名患者作为研究对象,纳入标准为:(1)择期行胰十二指肠切除手术的患者;(2)年龄在18~80岁的成年人;(3)签署知情同意书。排除标准:(1)不能配合治疗的患者;(2)心、肺、肾功能不全的患者;(3)有严重精神疾病的患者。将研究对象按照随机数字表法分为两组,其中观察组50人,采用PSH理念进行护理干预;对照组50人,采用常规护理模式进行干预。观察组中男性34人,女性16人,平均年龄 59.62 ± 12.85 岁;对照组中男性28人,女性22人,平均年龄 60.38 ± 11.7 岁。两组间基线资料无统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组根据常规围手术期护理模式,由单个责

[△]基金项目:江苏省人民医院“临床能力提升工程”(JSPH-NB-2020-5);南京医科大学护理研究中心肿瘤护理研究中心开放课题(NYZLKF-2-202104)

*通讯作者:E-mail:44374495@qq.com

任护士对患者实行入院健康教育、术前准备、术后饮食、活动、管道、并发症等护理措施。观察组采用PSH方案实施护理,具体如下。

(1)术前营养支持。目前指南推荐,对所有胰腺外科患者在入院24 h内,应用NRS2002进行营养风险筛查。有营养风险的患者,需制订营养诊断与治疗计划。PSH术前营养支持的指征包括:①3个月体质量下降 $>10\%$;②BMI $<18.5\text{kg}/\text{m}^2$;③NRS2002评分 ≥ 3 分;④SGA为C级。

(2)术前血糖控制。PSH模式中提出多学科联合干预,尤其适用于胰腺癌患者的血糖控制,在内分泌科的用药指导、营养科的饮食指导下,一同将患者的血糖控制在合理的范围内,以降低患者术后并发症发生率,延长中位生存期。

(3)术前心理干预。PSH模式强调以病人为中心,其主旨是以“人”为中心,而不是一味地将“病”作为治疗的重点,忽略病人的整体感受。根据PSH的理念,结合心理科的心理干预,在术前护理人员对患者进行情绪的疏导,外科医生与护理工作人员全程尊重患者的想法与意愿,与之保持良好的沟通,以减少患者在治疗期间所产生的消极情绪。

(4)ERAS在PSH模式术后康复中的使用。加速康复外科(ERAS)是围手术期外科之家理念的核心,是以证据为基础的多模式干预,旨在实现术后早期康复。一个充分发展的PSH将有許多ERAS的要素,但又不仅仅是ERAS具体项目的实施。这些干预措施的重点是将围手术期的应激反应降至最低,以实现早期康复。主要包括:多模式镇痛、避免应用鼻胃管、早期营养支持、手术方式最优化、以最小化应激反应以及早期下床^[1]。

(5)PSH中的医患共同决策。实施医患共同决策(Shared Decision Making, SDM)^[7]:与患者共同做出决策并提出下一步措施,评估患者是否理解,并讨论治疗过程中可能遇到的问题。胰十二指肠切除手术术式复杂且风险高,更应该保留患者的知情权以及决策权,但需要明确的是,不是所有的患者都有足够的参与共同决策,在治疗过程中需评估患者的决策能力,必要时可与其家属商讨治疗方案。

(6)PSH在胰腺外科患者出院管理中的应用。胰腺术后患者在出院之后通过微信群或者电话随访的方式与医务人员保持联系,继续在内分泌科专家的指导下监测血糖,正确使用胰岛素;血糖控制

不稳定的患者通过营养科医生评估,采取合理饮食控制血糖;营养摄入障碍的患者在护士指导下进行鼻饲;带引流管出院的患者需要进行定期随访,询问管道情况,确保患者及家人掌握管道维护相关知识;术后置PICC的患者需定期来院护理,确保PICC尖端处于合适的位置以免移位。

1.3 观察指标

(1)记录两组患者术后出血、胰瘘、胆瘘、腹腔感染、胃排空障碍等并发症的情况;(2)记录两组患者的住院时间;(3)记录患者术后首次饮水、下床、排气时间。

1.4 统计学分析

采用SPSS 27.0软件进行统计学分析。满足正态分布的计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料用频数和百分数 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用卡方检验。 $P < 0.05$ 被视为具有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者术前基线资料比较

观察组和对照组在性别、年龄、术前BMI、营养风险、术前白蛋白水平等基线资料比较上均无统计学差异, $(P > 0.05)$,见表1)。

2.2 两组患者住院时间及术后专科指标的差异

结果显示PSH组平均住院时长为 21.7 ± 6.95 天,对照组平均住院时长为 26.76 ± 13.06 天。结果显示两组间住院时长存在明显差异,PSH组的住院时间较短 $(P < 0.05)$ 。两组患者专科指标对比显示PSH组术后首次饮水时间、术后首次排气的时间与对照组比均明显缩短,两组比较有统计学差异 $(P < 0.05)$,但两组患者术后首次下床时间无统计学差异 $(P > 0.05)$,见表2)。

2.3 两组患者术后并发症的差异

胰腺癌术后常见的并发症包括出血、胰瘘、胆瘘、腹腔感染、胃排空障碍。结果显示,PSH组共有2名患者术后存在出血,而对照组中有4名患者存在术后出血,两组对比无明显统计学差异 $(P > 0.05)$ 。PSH组患者共有17名出现胰瘘,而对照组患者共有15名出现不同程度的胰瘘,两组对比无明显统计学差异 $(P > 0.05)$ 。PSH组出现胆瘘患者共2名,而对照组患者中共有3名出现不同程度的胰瘘,两组对比无明显统计学差异 $(P > 0.05)$ 。PSH组共有7名

表1 两组患者基线资料比较

项目	对照组(n=50)	观察组(n=50)	χ^2/t 值	P
性别[n(%)]			1.528	0.216
男	28(56)	34(68)		
女	22(44)	16(32)		
年龄(岁)	60.38 ± 11.7	59.62 ± 12.85	0.309	0.758
BMI[n(%)]			4.516	0.211
< 18.5	0(0)	2(4)		
18.5~23.9	27(53)	32(64)		
24~27.9	18(36)	12(24)		
≥28	5(10)	4(8)		
营养风险(NRS2002)[n(%)]			0.233	0.629
< 3	12(24)	10(20)		
≥3	38(76)	40(80)		
术前白蛋白(g/L)[n(%)]			0.932	0.334
< 35	13(26)	9(18)		
≥35	37(74)	41(82)		

表2 两组患者住院时间及术后专科指标的差异

项目	对照组(n=50)	观察组(n=50)	t值	P
住院时间(d)	26.76 ± 13.06	21.7 ± 6.95	2.418	0.017
术后首次饮水时间(h)	13.42 ± 5.11	6.67 ± 2.40	8.441	< 0.01
术后首次下床时间(h)	45.39 ± 10.81	43.93 ± 7.20	0.792	0.43
术后首次排气时间(h)	56.95 ± 11.65	51.30 ± 12.59	2.328	0.022

患者术后出现胃排空障碍,而对照组共有14名患者出现胃排空障碍,两组对比无明显统计学差异($P > 0.05$,见表3)。

3 讨论

美国麻醉医师协会将PSH定义为一种以病人为中心的围手术期管理体系,强调以医生为主导、以多学科团队为基础,基于循证医学证据,协调医疗资源,促进病人接受不同专业处理时平稳过渡,围手术期始终获得正确的处理方案^[8],PSH对于病人的术前、术中和术后各阶段方案均应遵循详细的路径,且治疗的所有方案都应保持一致,以优化术前肠道准备、禁食和碳水化合物负荷、预防性抗生素使用、麻醉与镇痛、微创与无管化、目标导向性液体治疗、早期进食与营养及早期活动等流程^[9]。在

表3 两组患者术后并发症比较 [n(%)]

项目	对照组(n=50)	观察组(n=50)	χ^2 值	P
出血	4(8)	2(4)	0.334	0.395
胰瘘	15(30)	17(34)	0.183	0.668
胆瘘	3(6)	2(4)	0.211	0.645
腹腔感染	14(28)	7(14)	2.953	0.085
胃排空障碍	8(16)	5(10)	0.802	0.37

本次研究中,和对照组相比,PSH组术后首次饮水时间、术后首次排气的时间均有了明显的缩短。ASA建议,将PSH模式作为改善健康、改善医疗保健服务和降低服务成本三重目标的发展方案^[10]。在本研究中PSH组的住院时间明显缩短,由此可见PSH的护理模式能够提升胰腺外科的护理效果,促进患

者恢复,从而达到改善健康、改善医疗保健服务和降低服务成本的三重目标。

ERAS作为围手术期外科之家的核心,其目标已不仅是早期出院和节省费用,而应是“适度应激、无疼痛、无风险、无后遗症”的手术^[11]。胰十二指肠切除手术范围大、风险高、并发症多,PSH在实践过程中充满挑战。本研究结果表明,PSH措施的应用并不会增加患者术后并发症的发生率。PSH通过实施循证的最佳实践、适用的标准化流程、以患者为中心以及由多学科协作负责的管理,可加速胰十二指肠切除手术患者的康复,缩短住院时间,PSH理念与胰腺外科围术期管理要求相契合,在未来将其应用到临床工作中能更好地优化围术期管理,加速患者的康复、提高护理满意度。随着学科的发展,PSH的发展及应用能否进一步降低胰十二指肠切除术后并发症的发生还需更大样本的RCT研究来证实。

值得注意的是,PSH不仅限于住院期间,患者出院后的随访仍是PSH的重要环节,尤其对于胰腺疾病术后的患者来说,血糖的监测与控制、营养支持、带管出院患者的管道维护、PICC的维护等等都是需要继续关注的重点。护理人员在贯彻实施外科之家理念中起到至关重要的作用。

目前,PSH已在骨科、小儿五官科、胆道外科等领域系统性应用,在缩短住院时间、减少监护室使用、降低阿片类药物用量、加速术后康复、提高运营效率、推动质量持续改进等方面取得令人鼓舞的效果。但国内普及PSH理念所面临的挑战^[11,12]主要有:(1)病人可能因缺乏对医生的信任,难以接受这种陌生的医疗模式;(2)质量控制机制欠缺,缺乏标准化临床路径,难以控制安全性;(3)护理人员培训及其与医生之间的沟通平台需要进一步完善;(4)医疗服务资源存在浪费,医生并没有管理足够多的病人导致医疗服务的成本增加等。

PSH护理模式在胰十二指肠切除手术患者中的应用能够提升患者的护理效果,安全有效,在不增加并发症的基础上能够缩短首次饮水的时间、首次肛门排气的时间,促进患者的快速康复,缩短住院时间。

[参考文献]

- [1] MCGuigan A, Kelly P, Turkington RC, et al. Pancreatic cancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes [J]. *World J Gastroenterol*, 2018, 43(24):4846-4861.
- [2] 徐 近. 中国抗癌协会胰腺癌整合诊治指南(精简版)[J]. *中国肿瘤临床*, 2023, 34(10):487-496.
- [3] Kristoffer Lassen, et al. Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations [J]. *Clinical Nutrition*, 2012, 31(2):817-830.
- [4] 朱维铭, 许奕晗, 黎介寿. 围手术期处理进展——ERAS、围手术期外科之家与围手术期医学[J]. *中国实用外科杂志*, 2019, 39(2):118-121.
- [5] King AB, Alvis BD, Mcevoy MD. Enhanced recovery after surgery, perioperative medicine, and the perioperative surgical home: current state and future implications for education and training [J]. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2016, 29(6):727-732.
- [6] 梁 辉, 林士波. 围手术期外科之家在减重外科的应用[J]. *中国实用外科杂志*, 2021, 41(2):157-159.
- [7] 赵羚谷, 王 涛, 王 颖, 等. 国内外医患共同决策研究及应用进展之比较[J]. *医学与哲学*, 2018, 39(19):6-9, 57.
- [8] Garson LM, Vakharia S, Edwards AF, et al. “A Time of Opportunity”: Patient Safety and the Perioperative Surgical Home [J]. *Anesth Analg*, 2016, 123(6):1348-1350.
- [9] 姜 军. 围手术期外科之家理念在结直肠外科的应[J]. *中国实用外科杂志*, 2021, 41(2):149-152.
- [10] Kash B, Cline K, Menser T, et al. The perioperative surgical home (PSH): a comprehensive literature review for the American Society of Anesthesiologists [J]. 2021, 33(3):101-109.
- [11] 李 松, 龚剑峰. 围手术期外科之家进展[J]. *中国实用外科杂志*, 2021, 41(2):214-220, 226.
- [12] Unger LW, Argeny S, Stift A, et al. Mesenteric granulomas independently predict long-term risk of surgical recurrence in Crohn’s disease [J]. *Colorectal Dis*, 2020, 22(2):170-177.

(收稿日期 2023-09-05; 修回日期 2023-09-13)

· 本文编校 张文耀 ·