

编者按

为推进加速康复外科诊疗理念和诊疗模式在外科领域的应用,近日,国家卫生健康委发布了《关于进一步推进加速康复外科有关工作的通知》(以下简称《通知》)和《加速康复外科相关工作评价指标》。

据了解,加速康复外科(ERAS)的概念最早由丹麦麻醉科医师 Henrik Kehlet 于 1997 年提出,其通过基于循证医学证据的一系列围术期优化处理措施减少手术创伤及应激、减轻术后疼痛、促进患者早期进食及活动、加速患

者术后康复。该理念最早应用于胃肠外科,后来逐步扩展至血管外科、心胸外科、泌尿科、肝胆外科、骨科等,并于 2007 年进入中国,通过对行胃切除术的胃癌患者应用加速康复外科治疗的安全性及有效性研究而被国内熟知。

加速康复外科迎来“提质增效”时代

●丁思月 / 整理

近年来,国家对康复医疗的重视程度越来越高,不断出台相关政策支持康复医疗领域的发展。

政策支持 ERAS 不断发展

本次出台的《通知》强调,要构建“诊、治、管、康”全流程的高效医疗服务体系,提高医疗服务能力,提升医疗服务水平,将加速康复外科理念融入外科手术诊疗管理全过程;完善加速康复外科诊疗模式,推动开设相关病种多学科诊疗门诊;加强手术关键环节管理,提高诊疗效果和医疗服务效率,并明确将康复与外科进一步紧密结合,推进康复与各临床专科的融合与链接。

《通知》强调,要强化康复早期介入,将康复贯穿于疾病诊疗全过程,促进患者快速康复和功能恢复。医疗机构要加强相关科室建设,提高对加速康复外科理念和模式的认识;加强关键环节管理,提高诊疗效果和医疗服务效率;强化术前评估、术前准备、手术质量、术后管理、心理支持等,指导临床合理选择手术时机、手术方式,加强围手术期管理,减少和控制手术创伤,促进术后功能恢复。

评价指标包括工作开展指标和质量效果指标两部分。其中,工作开展指标涵盖开展加速康复外科的医疗机构数、病种数、临床路径数和病例数量及比例;质量效果指标包括围手术期管理指标、效率指标和质量安全指标。其中,质量安全指标具体包括非计划二次手术率、肺部感染发生率、尿路感染发生率、切口感染发生率、心力衰竭发生率、呼吸功能衰竭发生率、深静脉血栓发生率、手术患者死亡率、出院后 31 天内非计划再入院率。《通知》指出,各地可以参考该评价指标,将加速

康复外科实施情况纳入医院绩效管理体系。

与其他学科交叉已成趋势

“近年来,我国康复医疗服务体系建设已取得积极成果,三级综合医院的康复医学科不断发展,新建康复医院、二级综合医院转型的康复医院数量大幅增加。”首都医科大学附属北京朝阳医院胸外科主任医师胡滨介绍,在国内外实际临床工作中,受整合医学理念的影响,康复医学已融入很多临床学科,实现了程度不一、种类不同的协作关系,例如“加速康复外科”“预康复”“早期康复”“超早期康复”“康复前移”“临床康复一体化”等,康复医学服务模式已发生巨大变化。

研究显示,在疾病早期规范开展康复诊疗,可以有效避免或减轻患者功能障碍,提高生活自理能力和生活质量,减轻家庭与社会的负担。

胡滨指出,早期康复服务能力的提升对于满足广大人民群众的健康需求具有重要意义,早期康复服务能力的提升也是我国康复医学学科发展的核心指标及发展方向。《国家医疗服务与质量安全报告》显示,近 3 年来我国综合医院住院患者早期康复介入率逐年提高。依据《四肢骨折等 9 个常见病种(手术)早期康复诊疗原则》,将“提升早期康复介入率”作为重点医疗质量安全改进目标,重点是骨科、神经内科、神经外科、重症医学科病房住院患者重点病种的早期康复介入率。

在医学领域,多学科联合诊治和研究已成必然趋势,这要求各学科朝着“融合”的方向发展。康复医学和临床医学都是现代医学的重要组成部分,一直以来,重临床、轻康复的业务模式加大了两者的差异,使康复对于

临床医疗的重要性被弱化,一定程度上导致两大学科在业务上难以结合。

“临床医学与康复医学的融合打破了传统的各学科单元分离方式,从加强康复临床协作,到

康复贯穿于临床诊疗全过程。在此基础上,探索在多学科协作、人才培养、平台建设等方面如何深度融合,推动实现康复与临床融合的现代医疗高质量发展。”胡滨说道。

目前,临床学科与康复医学学科的多项合作逐步在国内各级医院开展,例如骨科康复、神经康复、儿童康复、老年康复、心脏康复、呼吸康复、重症康复、肿瘤康复、产科康复等。基于多学科协作的原则,推进康复医学学科与各临床相关学科密切合作,坚持以患者为中心,强化康复早期介入,推动加速康复外科,将康复贯穿于疾病诊疗全过程,提高医疗效果,促进患者快速康复和功能恢复。

ERAS 为患者带来福音

胡滨介绍,传统观念与加速康复外科理念的区别主要体现在以下四点。

第一,禁食水。传统模式下,患者术前需禁食水 10~12 小时,手术时处于饥饿、口渴、烦躁的应激状态;加速康复外科指导患者术前禁食 6 小时,2 小时前还可口服清饮料,包括清水、糖水、无渣果汁、碳酸类饮料、清茶、黑咖啡(不含奶)等,这有助于减少身体应激反应,有利于保持患者术中生命体征平稳,术后更快康复。



图片来源:摄图网

第二,肠道准备。传统模式下,很多患者术前一日需机械性灌肠,对于患者尤其是老年患者,可致脱水及电解质失衡;加速康复外科模式下,很多手术取消了术前灌肠,大大减少患者应激,提高了患者舒适感和术中安全性。

第三,体位与活动。传统模式下,患者术后需至少去枕平卧 6 小时,24 小时后方可下床活动;加速康复外科模式下,患者术后可采取舒适体位,鼓励患者在 6 小时后尽早下床活动,这有利于减少呼吸系统并发症,促进胃肠道功能恢复、预防腹胀。

第四,疼痛管理。传统模式下,术后镇痛手段单一,甚至认为术后疼痛是必然的、应该的;加速康复外科认为,术后疼痛如果得不到解决会带来很大的应激反应,从而大大增加术后发生呼吸系统、循环系统等并发症的可能性,严重时甚至可能诱发心脑血管意外事件,加速康复外科鼓励患者主动表达疼痛感受,并对疼痛程度作动态评估,采取多模式镇痛,实现舒适医疗、全程无痛。

由最初的“暴力手术”到麻醉学的应用,到无菌术,再到微创外科,外科学经历了数次大的变革。每次进步无疑都使患者受益,也必将为更多的患者带来福音。