

加速康复外科“发力点”在哪

●丁思月 / 整理

在妇科领域蓬勃发展

加速康复外科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,2007年中国工程院院士黎介寿首次将加速康复外科理念引入中国。2019年中国妇科手术加速康复外科专家共识的发表,标志着加速康复外科理念在妇产科的蓬勃发展。

加速康复外科主要通过减少不必要的肠道准备、多模式镇痛以减少阿片类药物使用、鼓励患者术后早期进食及活动等措施来促进术后康复;盆腔器官脱垂(POP)患者以高龄和老年女性居多,合并症多、机体恢复慢,在此类患者中取消肠道准备的安全性、住院日缩短后再次住院率及术后并发症发生率有无升高,是加速康复外科在妇科盆底手术应用过程中需要明确的问题。北京协和医院妇产科主治医师宋晓晨以加速康复外科理念在腹腔镜骶骨固定术围术期的应用为切入点,同时结合美国泌尿妇科协会(AUGS)和国际泌尿妇科协会(IUGA)关于泌尿妇科手术后加速康复的联合临床共识,简要介绍了加速康复外科在妇产科的应用。

围术期护理不容忽视

加速康复外科的围术期护理分术前、术中、术后三个阶段展开。

第一,术前阶段。医护、麻醉师指导患者了解手术方式。术前改善患者贫血、低蛋白血症、肾功能异常,及严重肝功能异常。术前6小时禁食,2小时禁水,不常规行机械性肠道准备;高危血栓风险患者术前行预防血栓治疗。根据疼痛评估给予预防性镇痛,降低术中阿片类药物用量,加速术后康复。术前戒烟、戒酒,进行呼吸功能锻炼及耐力训练,如吹气球3~5次/日、15~20分/次、爬楼梯。

术前存在高营养风险或营养不良的患者,给予营养治疗(10~14天)首选肠内营养,不足时加用肠外营养;术前禁食禁饮,缩短术前禁食时间,禁饮时间延后至

宋晓晨介绍,加速康复外科在妇科手术中的研究虽然起步较晚,但在妇科良性疾病相关手术中开展较为深入。以腹腔镜下全子宫切除术为例,有文献报道,使用以非甾体抗炎药物为基础的多模式镇痛方案可以显著降低术后疼痛评分;同时因阿片类药物使用的减少,患者术后恶心、呕吐的发生率降低,术后肠道恢复时间加快。与标准围术期处理相比,加速康复外科在缩短住院日的同时,并没有导致术后并发症发生率和再次住院率的增加。北京协和医院的研究显示,腹腔镜良性妇科疾病患者加速康复外科术后住院日缩短,术后疼痛评分降低,两组均无严重围术期并发症,且术后30天内再住院率、入院花费差异均无统计学意义。

加速康复外科在妇科盆底手术中的应用具有安全性和可行性,可用于腹腔镜骶骨固定术的围术期管理;目前,妇科采用的加速康复外科临床路径大部分源自于外科模式,应用中需注意老年患者的特殊性。“随着更多临床机构的融入,妇科盆底手术的加速康复外科流程将会进一步发展完善。”宋晓晨说。

术前2小时,饮用量<400mL。并非所有病人都需要术前营养支持。

第二,术中阶段。多模式联合镇痛,降低阿片类药物用量,减少术后呕吐、肠麻痹、谵妄等;微创手术,根据切口及术式选择对术后康复干扰小的麻醉方式;预防术中低体温,保持患者术中体温不低于36℃;目标导向性液体治疗;避免不必要的引流管或鼻胃管放置。

第三,术后阶段。及时评估疼痛,合理制定镇痛方案;及时拔除不必要的鼻胃管/尿管/引流管,鼓励尽早活动。根据麻醉及手术方式以及个人自身状况,在医生指导下尽早开放饮食,以少饮水为基础。减少干扰肠功能的药物用量,行目标导向性液体治疗及肠内营养;咀嚼口香糖和口服缓泻剂刺激胃肠蠕动。



图片来源:摄图网

营养支持是重要环节

加速康复外科的主要内容包括完善的多模式疼痛管理以达到充分止痛;术后早期下床活动;术后早期经口进食;减少或尽量不使用鼻胃管、引流管等;缩短术前进食水的时间;避免术中过度补液或补液不足;鼓励使用微创手术等。在这些措施中,与营养支持治疗有直接关系的是术后早期经口进食和缩短术前禁食水的时间。“但是营养支持治疗与加速康复外科有关的内涵却超出单纯的营养问题。”中山大学附属第七医院消化医学中心副主任医师李亮表示,加速康复外科中的完善的多模式疼痛管理与术后早期经口进食之间并不是孤立的关系,此外疼痛管理也不是单纯为了减轻疼痛感受问题,两者有生理或病理生理上的联系。

疼痛被称为第五大生命体征,而食欲受抑制也是应激的症状之一。加速康复外科的完善多模式疼痛管理包括对疼痛产生、传导和感受的各个环节的阻断。

第一,大脑感受平层的阻断。腹部手术主要采用以吸入麻醉为主的复合麻醉方式,吸入麻醉是全身麻醉的一种,主要目的是阻断大脑对疼痛信号的感受,即患者感受不到疼痛,但疼痛信号的产生和传导,以及引起的反射仍然在不断进行,所引起的病理生理反应也仍在进行,导致机体出现应激反应。

第二,硬膜外腔阻滞麻醉。在加速康复外科理念下,腹部手术常在气管插管吸入全麻的基础上,采用硬膜外阻滞麻醉,其意义与神经的解剖学基础有关。脊髓发出的交感神经对腹部脏器的支配有一定的规律,T5~12节段中间带外侧核的交感神经节前纤维,更换神经

元后,其节后纤维支配肝、脾、肾等实质性器官和结肠左曲以上的消化管;来自脊髓上腰段中间带外侧核的节前纤维,更换神经元后,其节后纤维支配结肠左曲以下的消化管,盆腔脏器和下肢的血管、汗腺和竖毛肌。副交感神经即由脑干或骶髓发出节前纤维,由于这个解剖特点,硬膜外腔阻滞麻醉阻滞了交感神经的传导,但对副交感神经的传导无影响。硬膜外腔阻滞麻醉的加速康复外科意义在于阻断了创伤信号经脊髓的传导、有利于胃肠动力的恢复。

第三,周围神经的阻断。周围神经的阻断包括阻断周围神经对疼痛信号的传导和阻断神经末梢疼痛信号的产生。主要措施为采用超声引导在腹横肌与腹内斜肌之间注射局麻药物,阻断走行于其间的腹壁神经,阻断其神经信号的传导;手术切开皮肤前,在切口周围注射局麻药物,阻断疼痛信号的产生。

“以上多模式的疼痛管理阻断了可以引起疼痛的各个环节,包括疼痛信号的产生、传导和感知,也阻断了疼痛对全身各个脏器的效应,最大程度减轻了创伤的应激。”

此外,李亮介绍,完善的多模式疼痛管理的营养学意义为对患者的摄食行为影响最小化,对消化道功能的抑制影响最小化,恢复加快;经口进食和疼痛管理也有相互促进的正面作用,进食引起的消化生理和神经内分泌作用也可加快患者的恢复。“因此加速康复外科的营养管理,不是单纯的营养支持治疗问题,而是对应激的管理问题,营养支持治疗是其中一个重要环节。”李亮说。