

快速康复护理



快速康复外科的概念

Fast Track Surgery , FTS

FTS是指在术前、术中及术后应用各种已证实有效的方法以减少外科手术病人的应激反应和并发症，尽量减少病人的不适感，尽量减少组织损伤，加速病人术后的康复。

不但要求手术的微创，而且更重视围手术期的其它处理对患者康复的影响，是一系列有效措施的组合而产生的协同效果，包括术前心理支持、减少术前不良刺激、改良麻醉方式、注意术中术后保温、术后早期拔管和早期进食等措施，

1

2

3

快速康复外科的起源

01

倡导者和实践者是丹麦外科医生Kehlet，他早在2001年就率先提出了此理念，并在许多种的病人中积极探索其临床可行性及优越性，取得了很大的成功。

02

欧美特别是欧洲一些国家极力推广FTS理念，结果病人住院时间明显缩短，显著改善了术后康复速度，使许多疾病的临床治疗模式发生了很大的变化。

03

在我国，南京军区总院的黎介寿院士等率先引入此概念并加以应用，取得了显著效果。

FAST Track = ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)

病理生理学的核心原则

减少创伤及应激

目的

- ✦ 减少术后并发症
- ✦ 促进病人康复
- ✦ 缩短住院时间
- ✦ 节省医疗费用



更全面地重
视微创理念

加速康复外科研究现状

近年来，ERAS理念在全球的应用已逐步拓展至骨科、心胸外科、妇产科、泌尿外科、普通外科等领域，均取得了良好效果。但目前ERAS理念在国内尚处于不断完善与发展的过程中，正在逐步形成中国特色的ERAS路径。在此背景下，普通外科、麻醉科、胸心外科、神经外科等领域的专家结合文献及ERAS在国内开展的实际情况，共同制定此共识，以进一步规范并促进多学科综合诊疗模式下ERAS理念在国内临床实践中的应用。

- 科室网上查询ERAS文献并进行科室内学习。
- 护士长在科室内进行一次有科室主任参加的讲课，获得科主任支持。
- 护理先推行我们能主导的措施，改变落后观念。

华美院区要实现快速康复该怎样做？



快速康复外科的主要措施



术前：

- 不肠道准备
- 不彻夜禁食 术前10h ,
2 h口服葡萄糖水共
1500ml



术中：

- 使用胸段硬膜外麻醉
- 留置硬膜外导管止痛
- 术中保温 控制性输液



术后：

- 不常规留置鼻胃管减压
- 术后不放置或早期拔除腹腔引流管及导尿管
- 早期饮水及进食
- 早期下床活动



快速康复外科的优点

减少不良刺激

减少并发症的刺激

加速病人康复

缩短住院时间

节省医疗费用

提高病人满意度

快速康复理念在妇科的应用

1

术前的心理护理及健康宣教

- 术前不过早禁饮食
- 术前不常规灌肠、早拔尿管

2

微创手术

- 术中保温
- 控制液体输入
- 术后早期进食
- 术后早下床活动

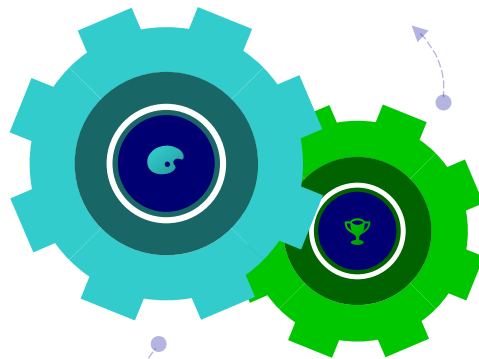
术前不过早禁饮食

- 传统方法
 - 术前禁饮食**12h**
 - 术前禁水**4h**
 - 口渴、恶心、烦躁
 - 术后胰岛素抵抗，使血糖升高，增加了术中及术后的补液量，加重了应激，更容易导致肠道菌群失调
- FTS**
术前禁食**6h**
术前禁水**2h**
- 降低术后胰岛素抵抗
使机体处于更合理的代谢状态
减轻术后恶心、呕吐，减少低血糖等不适反应

术前不过早禁饮食

02


9% NS250ml+50%
GS100ml (糖尿病人、
急症病人除外)




01

术前2h常规给予含糖盐水
口服

一、完善的术前准备



善的术前准备可使患者具有充分的心理准备和
良好的生理条件，包括术前宣教、营养筛查、
预防性应用抗菌药物及抗血栓治疗、个体化的
血压和血糖控制及相应的管理方案等。



术前用药（减少术后应激反应）

传统：

- 阿托品0.1g，
- 巴比妥0.5g术前30肌注

现在：

- 地塞米松5mg
- 术前15分肌注
- 手术前给予地塞米松（禁用者：糖尿病、股骨头坏死者除外），不仅减少恶心、呕吐、疼痛，而且还减轻炎性反应，加快病人康复

3、术前不常规灌肠

传统的肠道准备增加了肠麻痹的发生率，也给患者带来不适，可引起术前睡眠障碍，甚至可使患者术前处于脱水和电解质紊乱的状态，提高了麻醉中低血压的风险性

甘油灌肠剂 有习惯性便秘的病人，为预防术中肠胀气，术前晚应用甘油灌肠剂1支 (110ml)灌肠。



(一) 术前宣教

多数患者在术前存在不同程度的恐慌与焦虑情绪，担心手术的成功与安全，害怕术中术后的疼痛及并发症，个别患者还会产生严重的紧张、恐惧、悲观等负面情绪，均会造成不良的应激反应，妨碍手术的顺利进行与术后的康复。个体化的宣教是ERAS成功与否的独立预后因素，医护人员应在术前通过口头或书面形式向患者及家属介绍围手术期治疗的相关知识及促进康复的各种建议，缓解患者紧张焦虑情绪，以使患者理解与配合，促进术后快速康复。

（二）营养不良的筛查和治疗

营养不良是术后并发症的独立预后因素，筛查与治疗营养不良是术前评估的重要内容，在促进快速康复方面具有重要意义。欧洲营养与代谢协会建议采用以下指标判断患者是否存在重度营养风险：（1）6个月内体重下降10%~15%或更高；（2）患者进食量低于推荐摄入量的60%，持续>10 d；（3）体重指数<18.5 kg/m²；（4）清蛋白<30 g/L（无肝肾功能不全）。术前营养支持的方式优先选择经口营养或肠内营养，根据患者个体情况设定每日营养目标。一项随机对照临床试验的结果显示，对严重营养不良患者（营养不良风险调查评分≥5分）进行术前营养支持，可将术后并发症发生率降低50%；对于此类患者推荐术前7~10 d行肠内营养治疗；若仍无法满足基本营养需求（<推荐摄入量的60%），推荐术前7~10 d联合肠外营养治疗；而在评分3~4分的患者中，术前营养支持并不降低术后并发症发生率或缩短住院时间。

（三）禁食及口服碳水化合物



长时间禁食使患者处于代谢的应激状态，可致胰岛素抵抗，不利于降低术后并发症发生率。建议无胃肠道动力障碍患者术前6 h禁食固体饮食，术前2 h禁食清流质。若患者无糖尿病史，推荐手术2 h前饮用400 ml含12.5%碳水化合物的饮料，可减缓饥饿、口渴、焦虑情绪，降低术后胰岛素抵抗和高血糖的发生率。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/898052043042007005>