

文章编号:1009-6612(2017)03-0177-03
DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2017.03.177

· 论 著 ·

加速康复外科在胃结直肠癌 微创手术中个体化实施的经验

1

陈学博,高素洁,费秉元,金洪永,房学东
(吉林大学中日联谊医院,吉林 长春,130033)

【摘要】 目的:总结加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)在胃癌、结直肠癌微创手术中个体化实施的体会。方法:为82例胃、结直肠癌患者行腹腔镜胃癌、结直肠癌根治术,其中43例行腹腔镜手术+围手术期ERAS(ERAS组),39例行腹腔镜手术+传统围手术期处理(对照组)。观察两组严重并发症发生率、排气时间、胃管拔除时间、引流管拔除时间、一般症状恢复时间等指标。结果:两组严重并发症发生率差异无统计学意义,ERAS组排气时间、胃管拔除时间、引流管拔除时间及一般症状恢复时间优于对照组,差异有统计学意义。结论:ERAS在胃、结直肠癌微创手术中可分步骤实施,遵循个体化的原则更容易推广。

【关键词】 胃肿瘤;结直肠肿瘤;腹腔镜检查;加速康复外科;个体化医学
中图分类号:R735 文献标识码:A

Experience of individual implementation of enhanced recovery after surgery in minimally invasive surgery for gastric or colorectal cancer CHEN Xue-bo, GAO Su-jie, FEI Bing-yuan, et al. Department of General Surgery, China-Japan Union Hospital of Jilin University, Changchun 130033, China

【Abstract】 Objective: This paper aims to sum up the experience of individual implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) in minimally invasive surgery for gastric or colorectal cancer. **Methods:** Eighty-two patients with gastric or colorectal cancer underwent laparoscopic radical resection. 43 of them were treated with laparoscopy+perioperative ERAS (ERAS group), and the other 39 patients were treated with laparoscopy+traditional perioperative treatment (control group). The main outcome measures included incidence of severe complications, exsufflation time, gastric extubation time, time for extubation of drainage tube and recovery period of general symptoms. **Results:** The difference in incidence of severe complications between the two groups was not statistically significant. The time for exsufflation, gastric extubation and drainage tube extraction and recovery period of general symptoms was statistically superior in ERAS group than that in control group. **Conclusions:** ERAS can be implemented stepwise in laparoscopy for gastric or colorectal cancer patients, and by following individual principle it should be much easier to promote.

【Key words】 Stomach neoplasms; Colorectal neoplasms; Laparoscopy; Enhanced recovery after surgery; Individualized medicine

加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)最早应用于结直肠癌手术中,而胃癌手术也随后逐步开展,是最为成熟的外科治疗理念之一,然而,在中国目前的国情中全面实施仍存在较多困难,而美国、欧洲等国家实施的ERAS也存在为了提高病床使用率、减少医保负担等不同目的。胃癌、结直肠癌的外科治疗中ERAS的治疗理念已同腹腔镜手术应用一样深入人心。ERAS的实施远未像腹腔镜手术那样普及,其原因包括传统围手术期观念根深蒂固、围手术期处理杂乱无序,各医院或各术者依习惯而定、医疗环境与法律法规对医生不利、外科技术

不自信、患者教育与接受程度及缺乏高质量前瞻性研究等。我院在成熟开展腹腔镜技术的同时,更加注重胃癌、结直肠癌患者围手术期的康复,在此基础上将ERAS理念融入外科治疗中,并在临床实践中总结经验,坚持实施,力求推广。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2015年10月至2016年2月在吉林大学中日联谊医院胃肠结直肠肛门外科行腹腔镜胃癌根治术与结直肠癌根治术的患者共82例,其中43例行腹腔镜手术+围手术期ERAS(ERAS组),39例行腹腔镜手术+传统围手术

1 通讯作者:房学东, E-mail:fangxuedong@medmail.com.cn

作者简介:陈学博(1981—)男,吉林大学中日联谊医院胃肠结直肠肛门外科主治医师,主要从事胃肠、结直肠肿瘤微创治疗与综合治疗方面的研究。

期处理(对照组)。两组患者随机选择。一般资料差异无统计学意义。

1.2 入选标准 胃镜或肠镜及病理明确的胃癌或结肠直肠癌,无急诊手术,无严重营养不良、器官功能障碍,无术前肠梗阻。ERAS组已获得院伦理委员会同意并取得患者及家属的知情同意。

1.3 统计学处理 应用 Prism 6.0 软件统计,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 观察指标 严重并发症(胃残端瘘、直肠吻合口瘘、肠

表1 两组患者术后严重并发症发生情况的比较(n)

组别	例数	胃残端瘘	直肠吻合口瘘	肠梗阻	肺部感染	腹腔出血	总计[n(%)]
对照组	39	1	1	1	1	1	5(12.8)
ERAS组	43	1	0	1	0	1	3(7.0)
P值							0.38

表2 两组患者观察指标的比较[($\bar{x} \pm s$), d]

组别	例数	排气时间	胃管拔除时间	引流管拔除时间	一般症状恢复时间
对照组	39	4.0±0.22	4.85±0.49	10.21±0.51	6.04±0.44
ERAS组	43	2.2±0.15*	2.3±0.34*	5.23±0.33*	2.30±0.28*

* $P < 0.001$

3 讨论

3.1 ERAS 分步骤实施 ERAS 治疗方案包括了术前、术中、术后,是涉及外科、麻醉、手术室、护理等多学科的一系列治疗措施。由于多种原因,完全实施 ERAS 的科室比例较低,且不易坚持。现代外科的治疗已牢固树立了 ERAS 治疗理念,而在 ERAS 的具体实施中遵循分步骤实施更易于广泛开展。

受传统观念的影响,临床医生因担心麻醉时出现误吸,患者长时间禁饮食、留置胃管,担心麻醉后患者头痛而取去枕平卧 6 h,担心术前禁饮食,麻醉与外科医生沟通不足,结果术中大量补液,术后外科医生过量补液。这些传统措施目前三甲医院的外科仍在广泛采用。ERAS 治疗可缩短禁饮食的时间,避免了过量补液导致的肠壁水肿,减少了手术应激,减轻了炎性反应。吴国豪^[1]提出 ERAS 的精髓是维护机体正常生理功能、减少机体瘦组织群消耗,最大限度地减少手术应激对机体造成的损害,降低了术后胰岛素抵抗,保护患者的免疫功能。基于上述理论机制,术前评估及教育、术前重视并积极调整患者的营养状态、术前缩短禁饮食时间、术前不进行机械性肠道准备、控制围术期补液量、不常规放置鼻胃管、预防性应用抗生素、避免术中低体温、控制麻醉药物用量、术后积极镇痛避免阿片类药物的使用、术后早期下床活动、早期进流食、促进肠功能恢复。以上措施均为最可开展的治疗措施,应改变传统观念坚决实施。

梗阻、肺部感染、腹腔出血等)、排气时间、胃管拔除时间、引流管拔除时间、一般症状恢复时间(口干口苦、恶心呕吐、腹痛腹胀、切口疼痛、排尿不适)。

2 结果

两组严重并发症发生率差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。ERAS组排气时间、胃管拔除时间、引流管拔除时间及一般症状恢复时间优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$)。见表2。

3.2 不一味追求住院时间的缩短及医疗费用的降低 欧洲最早实施 ERAS 治疗时的主要目的是缩短住院时间、减少病床使用率、降低医疗费用及医保负担,受到广泛认可。经过几十年的发展,随着医疗技术的提高,ERAS 理念已与腹腔镜、单孔腹腔镜及机器人技术相结合,同时在围手术期治疗中各种手术材料、检查手段的应用使 ERAS 的实施更有效、更有保障,但医疗费用却不断增长,甚至翻倍。结合我国国情,由于相关医保的规定,术前住院时间较长,因此住院时间的缩短不易控制。2015 年结直肠手术应用加速康复外科中国专家共识^[2]认为,ERAS 理念的获益体现在:(1)提高治疗效果;(2)减少术后并发症;(3)加速患者康复;(4)缩短住院时间;(5)降低医疗费用;(6)减轻社会及家庭负担。Fagundes 等^[3]于 2015 年提出以患者症状恢复作为 ERAS 的评价标准更符合实际。

因此,结合我院经验,笔者认为 ERAS 治疗理念并不需要一味追求住院时间的缩短及医疗费用的降低,而是应该首先追求围手术期的安全、胃肠道功能的快速恢复、减少手术并发症的发生、加速患者康复,同时兼顾住院时间、医疗费用,最终达到减轻社会及家庭负担的目的。

3.3 引流管拔除问题 放置引流管的目的是为了监测、减压及引流,以保证手术安全,尤其术中存在突发状况,术中吻合不确切、不满意的情况下,引流管是减少手术并发症、确保手术安全的重要措施之一。在癌

症手术的质量评价中,术后并发症的控制及五年生存率是第一位的,而微创、美容是次要的。因此,引流管的拔除必须遵循个体化原则。在手术安全的前提下,如果能微创并减少疼痛,应尽早拔除。中国加速康复外科专家组发布的《结直肠手术应用加速康复外科中国专家共识》^[2]指出,放置腹腔引流管因为疼痛因素会影响患者的早期下床活动。结肠吻合后使用腹腔引流管并不降低吻合口瘘及其他并发症发生率、减轻其严重程度。因此,结肠切除术不推荐常规放置腹腔引流管。以我院及大多数医院的经验体会,腹腔引流管目前仍是外科手术的重要治疗措施之一,无法广泛开展 ERAS 的关键也是引流管的放置。虽然有的文献表明腹腔引流管的放置与吻合口瘘、其他并发症发生率及减轻其严重程度无关,但现实是此措施仍不为广大外科医生所接受。

引流管的放置与拔除时机应根据更加丰富的临床经验、辅助检查及严密随访后个体化实施。首先应充分考虑术中根治情况,吻合口吻合效果、张力、血运情况,肠管梗阻及肠壁水肿程度,患者全身状态如贫血、低蛋白、发热等情况,来决定是否留置引流管及留置引流管的数量。其次应根据患者恢复情况,如无发热、无腹痛腹胀、进食排气排便正常,化验无明显异常,引流液少且为浆液性积液,引流管松动、退管后拔除,拔除前行超声、CT 或造影等客观检查作为保证,而拔除后通过超声穿刺技术弥补引流管拔除后的担心。

3.4 ERAS 实施应具备质量评价标准并遵循个体化原则 有的医生担心离开了传统治疗措施,缺乏坚实的临床证据,在临床出现问题时对医生不利。随着 ERAS 逐渐发展及临床研究的深入,2012 年 ERAS 概念首次写入《普通外科学》研究生教材中。2015 年中国加速康复外科专家组发布《结直肠手术

应用加速康复外科中国专家共识》^[2],2016 年又发布了《中国加速康复外科围术期管理专家共识》^[4],朱德祥等^[5]认为 ERAS 理念在胃癌、结直肠癌手术中的应用已逐渐被广泛认可。且国际多项随机对照试验和荟萃分析均证实了这一系列有循证医学证据的治疗干预措施。因此,ERAS 的实施有了指南规范与法律保障,为广大外科医生开展 ERAS 解除了后顾之忧,为推进 ERAS 的开展打下了坚实基础。

有的医院为了追求加速康复的目的,术中不遵守 R0 切除,未做到 D2 或 D3 根治,切除范围有意缩小,术后盲目拔除引流管,出院后未严密随访,导致术后并发症发生率、再住院率明显升高,还可能降低五年生存率。ERAS 治疗目前仍缺乏标准的质量评价体系,因此治疗实施上并不能规范。如果能将 ERAS 治疗最大范围的开展与实施,还应根据外科医生的丰富经验及以“患者为中心”的责任心有选择性的、实事求是的个体化实施。

我院开展 ERAS 初期,也遇到了困难,经过反复琢磨、细致研究,并多次派专人外出学习,结合我院实际情况分步骤实施,个体化应用,不一味追求住院时间的缩短、医疗费用的降低,从患者角度采取症状恢复、满意度作为评价 ERAS 的指标,达到患者胃肠道功能恢复加快、手术应激减轻、疼痛减轻、舒适度与满意率提高、手术并发症并未增加的目的,在此基础上兼顾了住院时间缩短、医疗费用的降低。

总之,ERAS 同腹腔镜微创手术一样存在适应证与禁忌证,并不适合所有患者,而外科医生必须在丰富的临床经验基础上树立 ERAS 理念,采取个体化实施方案。ERAS 与腹腔镜手术相结合才是真正的“微创”。随着理念的更加深入、腹腔镜手术技术的提高,以减少患者围手术期创伤应激与痛苦体验、胃肠道黏膜损伤及促进肠蠕动为微创标准。

参考文献:

- [1] 吴国豪. 腹部手术患者代谢改变及加速康复策略[J]. 中华胃肠外科杂志,2016,19(3):253-255.
- [2] 中华医学会肠外肠内营养学分会,加速康复外科协作组. 结直肠手术应用加速康复外科中国专家共识(2015版)[S]. 中华消化外科杂志,2015,14(5):606-608.
- [3] Fagundes CP, Shi Q, Vaporciyan AA, et al. Symptom recovery after thoracic surgery: Measuring patient-reported outcomes with the MD Anderson Symptom Inventory[J]. J Thorac Cardiovasc Surg,2015,150(3):613-619.
- [4] 中国加速康复外科专家组. 中国加速康复外科围术期管理专家共识(2016版)[S]. 中华消化外科杂志,2016,15(6):527-533.
- [5] 朱德祥,许剑民. 加速康复外科在结直肠癌微创手术中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志,2016,19(3):256-259.

(收稿日期:2017-02-02)

(英文编辑:夏平钿)