

加速康复外科理念在胃息肉切除术中的价值分析

林华英, 刘晓露, 陈玲, 张华玉, 蔡艺玲, 张鸣青*

联勤保障部队第909医院 消化内科, 福建漳州 363000

【摘要】 目的 分析加速康复外科理念在内镜下胃息肉切除术中的应用价值。方法 回顾性分析联勤保障部队第909医院2016年1月至2018年1月收治的257例胃息肉患者临床资料, 观察组121例行加速康复外科理念下胃息肉切除术; 对照组136例行常规胃息肉切除术。结果 观察组术后恶心呕吐、腹胀、腹痛指标优于对照组($P<0.05$), 差异有统计学意义; 观察组手术时间、术中出血量、住院时间、住院费用指标优于对照组($P<0.05$), 差异有统计学意义; 两组患者术后胃出血、胃穿孔指标差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 加速康复外科理念下行胃息肉切除术能加快患者康复速度、降低术后并发症、节约医疗资源。

【关键词】 加速康复外科; 胃息肉; 内镜; 应用价值

Analysis of the value of enhanced recovery after surgery in gastric polypectomy

Lin Huaying, Liu Xiaolu, Chen Lin, Zhang Huayu, Cai Yiling, Zhang Mingqing*

Digestive Internal Medicine, 909 Hospital of Joint Logistics Team, Zhangzhou 363000, Fujian, China

【Abstract】 **Objective** To analyze the application value of the concept of enhance recovery after surgery (ERAS) in endoscopic gastric polypectomy. **Methods** The clinical data of 257 patients with gastric polyps admitted to the 909 hospital of Joint Logistics Team from January 2016 to January 2018 were retrospectively analyzed. In the observation group, 121 patients underwent gastric polypectomy with the concept of ERAS. Control group 136 cases with conventional methods. **Results** The indexes of postoperative nausea, vomiting, abdominal distension and abdominal pain in the observation group were better than those in the control group ($P<0.05$). The observation group was superior to the control group in terms of operation time, intraoperative blood loss, length of stay and hospitalization cost ($P<0.05$). There was no significant difference in postoperative gastric bleeding and perforation between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** The concept of ERAS can speed up the rehabilitation, reduce postoperative complications and save medical resources for patients with gastric polyps.

【Key words】 Enhance recovery after surgery; Gastric polyps; Endoscope; Application value

胃息肉是胃黏膜上皮细胞向腔内发生生长的乳头状突起, 通常无明显症状, 故不引起重视^[1]。胃息肉癌变率可高达20%^[2-3], 约90%胃息肉通过胃镜检查发现^[4-5]。胃息肉的治疗方法包括活检钳除、射频消融、高频电切、氩气烧灼、内镜下黏膜切除术等。各种治疗方法都有腹痛、胃出血、胃穿孔等并发症。加速康复外科理念是在循证学基础上多学科合作, 减少患者生理和心理创伤, 达到降低并发症、缩短住院时间和促进康复的目的^[6]。研究

表明, 加速康复外科理念能使患者在胃早癌内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)治疗^[7]、内镜下逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)^[8]等内镜手术中获益, 但在内镜下胃息肉切除术中的相关研究尚未见报道。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者257例, 观察组121例行加速康复外科理念结合内镜下胃息肉高频电切术, 对照组136例行常规内镜下胃息肉高频电切

基金项目: 南京军区医学科技创新重点项目(15ZD026)

*通信作者: 张鸣青, E-mail: zmqing8084@sina.com

术,两组患者一般资料对比差异无统计学意义($P>0.05$),详见表1。本组患者纳入标准:①均行胃镜检查胃息肉诊断明确;②均经病理证实胃息肉诊断;③术前无心、肝、肾功能异常。

1.2 方法 两组患者均行全身麻醉下胃息肉高频电切除术,其中观察组采用加速康复外科理念下围术期处理方案,观察组采用常规处理,详见表2。

1.3 观察指标 记录两组患者术后出现恶心呕吐、腹胀、腹痛、胃出血、胃穿孔等并发症比例^[9];统计两组患者手术时间、术中出血量、住院时间、住院费用等指标。

1.4 统计学方法 应用SPSS 22.0软件处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计

学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症对比 观察组术后出血、恶心呕吐、腹胀、腹痛例数少于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组患者胃穿孔、胃出血比率对比无统计学意义, $P>0.05$,详见表3。

2.2 两组患者住院资料对比 观察组在手术时间、术中出血量、住院时间、住院费用指标上优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$,详见表4。

3 讨论

近几年来,加速康复外科理念在肝胆手术^[10]、胰十二指肠切除术^[11]、胃手术^[12]、结直肠手术^[13]中

表1 两组患者一般资料对比

组别	例数	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	男/女(例)	≥ 1 cm病灶(例)	单发(例)
观察组	121	50.24 \pm 10.08	78/43	76	45
对照组	136	50.89 \pm 8.29	75/61	81	59
t/χ^2		0.556	2.307	0.285	1.019
P		0.572	0.129	0.594	0.313

表2 两组患者围术期处理

措施	观察组	对照组
术前		
宣教	嘱戒烟;观看手术动画,了解治疗过程,提高依从性,克服恐惧心理,降低应激反应,签署知情同意书	常规住院宣教,签署知情同意书
胃肠道准备	术前8 h 饮用12.5%碳水化合物800 ml,术前4 h 饮用12.5%碳水化合物400 ml	术前晚禁饮食
术中		
麻醉	微量泵入:丙泊酚+舒芬太尼+阿曲库铵	静脉麻醉:丙泊酚+舒芬太尼
管道	不留置胃管	留置胃管
保温	应用加温装置控制患者术中机体温度 >36.0 °C,控制手术室温度 25 °C,并输液前预热。	手术室恒温 25 °C
输液	根据患者身高、体重个性化补液;羟乙基淀粉[5 ml/(kg·h)]、乳酸格林纳[5 ml/(kg·h)]、5%葡萄糖注射液[5 ml/(kg·h)]	常规补液;羟乙基淀粉500 ml、乳酸林格液500 ml、5%葡萄糖注射液500 ml,并予止血、抑酸处理
术后		
补液	根据尿量、进食量制订个性化补液量(钠钾镁钙葡萄糖注射液、平衡盐液、生理盐水)	常规全身麻醉术后补液(钠钾镁钙葡萄糖注射液、平衡盐液、生理盐水共2500 ml)
饮食	肛门排气后口服乳清蛋白粉,72 h后流质饮食逐渐过渡至半流质、普通饮食	术后72 h流质饮食,逐渐过渡至半流质、普通饮食
下床活动	要求术后第1天下床活动	鼓励术后第1天下床活动

表3 两组患者术后并发症对比(例)

组别	例数	恶心呕吐	腹胀	腹痛	胃出血	胃穿孔
观察组	121	10	12	9	3	1
对照组	136	24	26	22	5	3
χ^2		4.910	4.302	4.610	0.304	0.795
P		0.027	0.038	0.032	0.581	0.373

表4 两组患者住院资料对比($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术时间(h)	术中出血量(ml)	住院时间(d)	住院费用(万元)
观察组	121	1.69±0.39	25.14±6.89	5.98±1.05	1.27±0.18
对照组	136	2.08±0.39	32.57±8.45	7.45±1.32	1.56±0.22
<i>t</i>		7.812	7.746	9.888	11.431
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

能使患者受益已成共识。但其理念和措施与传统观念并不相同,所以在特定疾病中的可行性和安全性仍有争议。加速康复外科理念是在循证学为证据基础上,结合患者个体情况制订以降低手术应激为核心内容的诊疗方案^[14]。这一优化方案强调围手术期干预措施而非手术治疗,通过术前心理疏导、术中特殊护理、术后早期恢复来达到降低术后并发症、节约医疗费用、缩短住院时间的目的。随着微创外科技术的发展,腹腔镜、内镜手术已经广泛普及,但如何加快患者康复速度、节约医疗资源始终是一大难题。本研究结果表明,在加速康复外科理念下行胃息肉切除术,不仅可以增加患者的舒适性,而且可以降低住院费用、加快康复速度、节约医疗资源。

围术期处理方式不同是本研究中观察组与对照组重要区别,主要表现在:①通过观看手术动画,使患者对手术过程充分了解,缓解其紧张、焦虑的情绪,克服对胃镜治疗的恐惧;②嘱戒烟也是术前宣教重要内容之一,术前戒烟可明显降低术后并发症发生率^[15-16];③简化术前胃肠道准备,摄入碳水化合物降低患者饥饿感,同时降低低血糖发生率,研究表明缩短禁食时间能缩短患者住院时间^[17];④应用加温装置严格管理患者术中体温,使患者中心温度>36.0℃,控制患者术中体温能降低术后并发症发生率和缩短麻醉后苏醒时间^[18];⑤不常规留置胃管,降低患者不适感,方便早期下床活动;⑥术后补液强调以患者为导向,综合身高、体重、基础疾病和循环状态制订个性化的补液方案^[19];⑦鼓励患者术后尽早经口进食,可以促进胃肠道动力恢复,缩短住院时间^[20-21];⑧早期下床活动不仅可以加速患者康复,而且从心理上能给予患者治愈疾病的信心。

本研究结果表明,在加速康复外科理念下行胃息肉切除术较常规治疗方案能降低患者术后恶性呕吐、腹胀、腹痛等并发症的发生率。但在胃出血、胃穿孔等严重并发症发生率上,两组差异无统计学意义。胃出血、胃穿孔等严重并发症可能跟术

中手术者操作水平相关,而与围术期特殊处理相关性不大。另外,加速康复外科理念下胃息肉切除术较常规治疗方案更能降低患者手术时间、术中出血量、住院费用和出院时间,差异有统计学意义。

加速康复外科理念是近年来研究热点,如何更好加快患者康复速度、降低并发症、节约医疗资源,仍需在今后工作中收集大样本对照研究。

参考文献

- [1] 胡文聪,周顺军,王建国,等.近15年1566例胃息肉临床流行病学分析[J].肿瘤预防与治疗,2019,32(6):524-527.
- [2] GAO W,HOU G,ZHANG X,et al.Potential risk factors related to the development of gastric polyps [J].Immunopharmacol Immunotoxicol,2018,40(4):338-343.
- [3] SHAIB YH,RUGGE M,GRAHAM DY,et al.Management of gastric polyps:an endoscopy -based approach [J].Clin Gastroenterol Hepatol, 2013,11(11):1374-7394.
- [4] 陈春燕,朱海杭.胃息肉发生的相关影响因素的研究进展[J].医学综述,2018,24(3):543-547.
- [5] 许海霞,岳妍.胃息肉中西医结合研究进展[J].湖南中医杂志,2015,31(3):171-173.
- [6] 中华医学会外科学分会,中华医学会麻醉学分会.加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018版)[J].中国实用外科杂志,2018,1(38):1-20.
- [7] 邢智远,顾华勇,戴锦朝.加速康复外科在胃早癌行ESD治疗的有效性及其安全性 [J].临床消化病杂志,2018,5(30):276-278.
- [8] 牛放,孙诚谊,曾文英,等.加速康复外科理念下治疗性内镜逆行胰胆管造影术应用于老年胆胰疾病患者的安全性及有效性研究[J].中国内镜杂志,2018,5(24):50-57.
- [9] MAKUUCHI R, SUGISAWA N, KAJI S, et al. Enhanced recovery after surgery for gastric cancer and an assessment of preoperative carbohydrate loading [J].Eur J Surg Oncol, 2017,43(1):210-217.
- [10] 刘六平,郭江福.加速康复外科在肝癌切除术中的应用及预后分析 [J/CD].中华普通外科学文献(电子版),2018,12(5):328-331.
- [11] DE ROOIJ T, LU MZ, STEEN MW, et al. Minimally invasive versus open pancreatoduodenectomy: systematic review and Meta analysis of comparative cohort and registry studies [J]. Ann Surg,2016,264(2):257-267.
- [12] 王俊江,罗志坚,冯兴宇,等.加速康复外科理念在胃癌根治

- 术中应用安全性及可行性分析 [J]. 中国实用外科杂志, 2017, 37(3): 271.
- [13] HOLUBAR SD, HEDRICK T, GUPTA R, et al. American Society for Enhanced Recovery (ASER) and Perioperative Quality Initiative (POQI) joint consensus statement on prevention of postoperative infection within an enhanced recovery pathway for elective colorectal surgery [J]. *Perioper Med*, 2017, 6(1):4-9.
- [14] 孙政, 古维立, 曹杰. 加速康复外科应用的现状及展望[J]. *广东医学*, 2016, 37(18):2699-2701.
- [15] 江志伟, 黎介寿. 加速康复外科的现状与展望[J]. *中华外科杂志*, 2016, 54(1):6-8.
- [16] 周瀚, 延钊, 石先慧子, 等. 加速康复外科理念在胃癌根治术围手术期的应用[J]. *腹部外科*, 2019, 32(4): 274-279.
- [17] COLANTONIO L, CLARONI C, FABRIZI L, et al. A randomized trial of goal directed vs. standard fluid therapy in cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy [J]. *J Gastrointest Surg*, 2015, 19(4):722-729.
- [18] 徐成, 吐尔干艾力·阿吉, 郭强, 等. 加速康复外科在日间病房内镜逆行胰胆管造影治疗胆总管结石中的应用[J/CD]. *中华普通外科学文献(电子版)*, 2019, 6(13):213-218.
- [19] 吴永亮, 刘德伟, 湛文龙, 等. 围手术期加速康复理念在基层医院腹腔镜结直肠癌手术中的临床应用及安全性[J/CD]. *消化肿瘤杂志(电子版)*, 2018, 10(2): 82-86.
- [20] 陈俊强, 柳思雨. 消化肿瘤加速康复外科临床评价体系探讨[J/CD]. *消化肿瘤杂志(电子版)*, 2017, 19(4): 229-233.
- [21] 程吕佳, 陈松耀, 陈创奇. 加速康复外科多学科团队的建设与管理[J/CD]. *消化肿瘤杂志(电子版)*, 2018, 10(4): 173-178.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊对参考文献撰写的最新要求

针对多数作者来稿中参考文献书写不规范的情况, 本刊在此将文稿书写要求刊登出来, 烦请各位作者注意。本刊文稿引用参考文献时, 必须与其原文核对无误, 请按采用顺序编码著录, 依照其在正文中出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号标出。未发表的观察资料一般不作为参考文献, 确定需要引用时, 可将其在正文相应处注明。2次文献不适宜作为参考文献。尽量避免引用摘要作为参考文献。文献作者在3位以内者, 姓名均予以列出; 3位以上者, 只列出前3位, 后加“等”、“et al”(西文)、“他”(日文)、“и.т.д.”(俄文); 作者姓名一律姓氏在前, 名字在后。外国人名字采用首字母缩写形式, 缩写名后不加缩写点; 日文汉字请按规定书写, 勿与我国汉字及简化字混淆。不同作者姓名之间用“,”隔开, 不用“和”、“and”等连词。文献类型和电子文献载体标志代码参照 GB 3469《文献类型与文献载体代码》, 题名后标注文献类型标志, 电子文献必须标注著录项目。外文期刊名称用缩写, 以美国国立医学图书馆编辑的 *Index Medicus* 格式为准。每条参考文献必须著录完整的起止页码。