

· 专家共识 ·

加速康复妇科围手术期护理中国专家共识



扫一扫下载指南原文

薄海欣¹ 葛莉娜² 刘霞¹ 张蒙¹ 李依霖¹¹北京协和医院妇产科 100730; ²中国医科大学附属盛京医院妇产科, 沈阳 110004

通信作者: 薄海欣, Email: bohxin@126.com

【摘要】 加速康复理念在我国迅速发展,但至今尚未形成加速康复妇科护理专家共识。基于中外文献分析、证据总结及专家会议形成本共识,包括妇科加速康复实施的术前、术中、术后护理3部分内容,以期为妇科加速康复的临床护理实践提供参考与指导。

【关键词】 妇科外科手术; 护理; 术后加速康复; 专家共识

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2019.06.001

Chinese experts consensus on enhanced recovery gynecological perioperative nursing

Bo Haixin¹, Ge Li'na², Liu Xia¹, Zhang Meng¹, Li Yilin¹

¹Department of Gynecology and Obstetrics, Peking Union Medical College Hospital, Beijing 100730, China;

²Department of Gynecology and Obstetrics, Shengjing Hospital of China Medical University, Shenyang 110004, China

Corresponding author: Bo Haixin, Email: bohxin@126.com

【Abstract】 Enhanced recovery idea has developed rapidly in our country, but has not formed an expert consensus on enhanced recovery gynecological nursing care. This consensus was built based on the literature analysis at home and abroad, evidence generalization and expert meeting including three parts, preoperative, intraoperative and postoperative nursing of enhanced recovery gynecology, so as to provide a reference and guidance for clinical nursing practice of enhanced recovery gynecology.

【Key words】 Gynecologic surgical procedures; Nursing care; Enhanced recovery after surgery; Expert consensus

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2019.06.001

加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)由丹麦麻醉科医师Kehlet于1997年首次提出,即以循证医学证据为基础,以减少手术患者的生理及心理的创伤应激反应为目的,通过外科、麻醉、护理、营养等多学科协作,对围手术期处理的临床路径予以优化,从而减少围手术期应激反应及术后并发症,缩短住院时间,促进患者康复^[1]。研究表明,ERAS还可节省住院费用,提高患者生活质量,并可能使患者中长期获益^[2],此外,还可减轻护理人员工作量^[3]。近10年来,ERAS已广泛应用于结直肠外科、心胸外科、肝胆外科、骨科等领域,并发布了外科不同手术领域的ERAS指南或专家共识^[4-7],我国于2015年发表了第1部《结直肠手术应用加速康复外

科中国专家共识》^[8]。随着外科微创技术和ERAS理念的不断发展与深入,越来越多的国际医学中心将ERAS理念引入妇科手术领域。妇科手术因其专科特殊性,在遵循外科指南或共识的基础上,仍存在不一致性,亟需统一。同时针对妇科护理的ERAS指南或共识,目前仅有2015年欧美ERAS协作组出版了《ERAS护理指南:妇科/肿瘤科手术术前、术中及术后的护理》^[9-10]。本研究小组从临床实际出发,参考国内外临床护理研究现状,并综合相关领域证据,结合我国妇科护理实践,特制定本护理专家共识(以下简称共识)。本共识适用于妇科开腹手术、阴式手术、腹腔镜等微创手术等术式,包括妇科ERAS术前、术中、术后3部分护理内容,以

收稿日期 2018-12-19 本文编辑 钱莉

引用本文: 薄海欣, 葛莉娜, 刘霞, 等. 加速康复妇科围手术期护理中国专家共识[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(6): 661-668. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2019.06.001.

期为临床护理工作提供借鉴和指导。

一、共识形成

1. 成立共识小组: 该小组由 5 名成员组成。包括主任护师 1 名、副主任护师 1 名、主管护师 1 名以及 2 名护理研究生。小组成员主要负责文献查阅, 根据研究主题编制专家咨询表, 遴选函询专家, 组织专家会议以及对函询结果进行修改、整理及统计学分析。选择依据 GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation System) 系统评价相关结论的证据级别, 结合临床实际起草针对前述问题的推荐意见, 评述研究现状。推荐等级“强”一般指基于高级别证据的建议, 临床行为与预期结果间存在一致性; 推荐等级“弱”一般指基于低级别证据, 临床行为与预期结果间存在不确定性。

2. 专家遴选: 专家纳入标准(1)从事妇科领域临床工作的医生和护理人员; (2) 妇科临床或护理领域工作 10 年以上, 经验丰富; (3) 医生为高级职称者, 护理人员为中级职称及以上者; (4) 本科及以上学历; (5) 了解妇科 ERAS 开展的相关内容。共遴选北京、上海、四川、重庆、山东等 9 个省市的 12 名妇科专家参与函询。专家年龄(45.60 ± 6.89) 岁; 工作年限(25.00 ± 7.58) 年; 职称: 主任医师 2 名, 副主任医师 1 名, 主任护师 2 名, 副主任护师 6 名, 主管护师 1 名; 学历: 博士 3 名, 硕士 7 名, 本科 2 名。

3. 函问卷卷制订: 通过查阅国内外文献, 对妇科 ERAS 开展围手术期护理的关键环节设计专家函询表, 通过 2 轮德尔菲专家函询及 1 次专家会议, 结合专家意见及客观依据, 对条目进行调整、修改, 最终形成《加速康复妇科围手术期护理中国专家共识》。

二、共识的内容

(一) 术前部分

1. 术前健康教育: 术前健康教育应由主管医生、麻醉医生以及责任护理人员共同完成, 可以采用口头、展板、宣传册、多媒体、手机终端等多种形式对患者、家属或照顾者进行个体化宣教。建议门诊即进行相关宣教^[11], 介绍 ERAS 的概念、手术麻醉的诊疗过程及围手术期护理流程, 并建议患者术前 2~4 周开始戒烟、戒酒, 避免增加围手术期并发症的发生率^[12-13]。入院后可根据患者病情及手术方式采用适宜形式一对一宣教, 缓解患者焦虑、恐惧与紧张情绪, 获得患者、家属或照顾者的理解、配合, 有助于 ERAS 术前准备、术后早期进食、早期下床活

动、疼痛控制及早期出院等项目的顺利实施。

建议: 个体化术前健康教育应作为常规项目开展, 且应从门诊开始进行全面的、多形式的宣教。证据等级: 低; 推荐强度: 强。

2. 术前优化措施: (1) 纠正贫血。术前贫血与术后并发症的发病率和病死率有关, 术前应充分识别贫血及其原因并予以纠正, 推荐静脉或口服铁剂作为一线治疗方案^[14]。对于口服铁剂者, 护理人员应嘱患者餐后服药, 以减少胃肠道刺激, 同时告知患者大便颜色会改变, 避免增加患者的焦虑和恐惧心理。根据血红蛋白(Hb) 含量遵医嘱静脉补铁^[15], 输注铁剂前注意核查药物剂量, 避免超量引起铁中毒; 输注过程中注意输液速度, 防止药物外渗。当药物发生外渗时, 应拔除输液管路, 在外渗部位使用药物或敷料或马铃薯薄片外敷, 并重新建立静脉通路。建议: 对于术前贫血患者应遵医嘱予以纠正, 推荐静脉或口服铁剂作为一线治疗方案, 输注铁剂应注意药物剂量和药物外渗。证据等级: 高; 推荐强度: 强。(2) 营养状况评估。术前营养状态与围手术期结局密切相关, 术前应采用 NRS 2002 对患者进行全面的营养风险评估^[16]。当患者合并以下任何一种情况时, 应当警惕重度营养不良的发生: 6 个月内体重下降 $> 10\%$; 进食量 $<$ 推荐摄入量的 60% , 持续 > 10 d; NRS 2002 评分 > 5 分; $BMI < 18.5$ kg/m^2 ; 血清白蛋白 < 30 g/L ^[17]。对严重营养不良患者进行术前营养支持, 术后并发症发生率可降低 50% ^[18]。营养支持首选肠内营养, 如无法满足基本营养需求, 可考虑联合肠外营养, 营养支持治疗的时间一般为 7~10 d, 可视患者个体情况延长治疗时间。建议: 术前应采用 NRS 2002 对患者进行营养风险筛查, 对营养不良病人行营养支持治疗, 首选肠内营养支持治疗。证据等级: 低; 推荐强度: 强。(3) 血糖控制。应密切监测患者术前血糖值的变化, 血糖在 $10.0 \sim 11.1$ $mmol/L$ 以下较为理想^[19]。围手术期血糖 > 11.1 $mmol/L$ 与不良手术结局相关^[20], 当血糖超过理想范围时, 应及时报告医生, 遵医嘱使用胰岛素。术后应结合患者的饮食、活动及用药等情况, 密切监测血糖值变化, 调整治疗方案, 并警惕低血糖的发生。建议: 糖尿病患者应遵医嘱予血糖控制及监测, 推荐血糖控制在 $10.0 \sim 11.1$ $mmol/L$, 同时警惕低血糖的发生。证据等级: 高; 推荐强度: 强。(4) 血压管理。高血压患者应遵循医嘱监测血压。如患者血压维持稳定, 围手术期应继续常规口服降

压药物。如血压不稳定,及时与医生沟通,调整用药,并加强监测。因心理因素致血压过高的患者,护理人员要与患者耐心沟通,帮助其了解手术相关知识,并通过图片或视频观摩手术室环境和麻醉流程,缓解患者紧张情绪,必要时请心理医学科会诊协助。建议:对于高血压患者,应遵医嘱予血压监测及控制,同时缓解患者紧张情绪。证据等级:低;推荐强度:强。

3. 皮肤准备:传统的术前皮肤准备一般包括淋浴、剃毛、皮肤消毒液的使用等。术前沐浴有助于降低手术部位感染(SSI)的发生率^[21]。证据表明,使用普通肥皂洗澡,在减少手术部位感染方面的效果与洗必泰相同。目前尚未有明确证据表明剃除毛发可减少 SSI 的发生,因此应避免剃毛,推荐使用剪短毛发的方法。如必须剃毛,应在手术当天实施,操作应当轻柔,避免皮肤损伤^[22]。强烈推荐使皮肤消毒剂。术中使用葡萄糖酸氯己定乙醇溶液与 10% 的聚维酮碘溶液相比能减少 40% 的外科手术感染^[23],氯己定乙醇溶液优于聚维酮碘溶液,推荐为首选使用。建议:推荐术前沐浴清洁,不推荐常规剃除会阴部毛发,如手术需要,可使用剪短毛发的方法进行备皮。推荐术中使用氯己定为皮肤消毒剂。证据等级:高;推荐强度:中。

4. 肠道准备:术前机械性肠道准备对于患者是应激因素,特别是老年人,可致脱水及电解质失衡^[24]。相关研究尚未证明患者可从肠道准备中获益^[25]。因此,在妇科良性疾病手术中,推荐取消术前肠道准备;若手术范围涉及肠道,如深部浸润型子宫内膜异位症及晚期卵巢恶性肿瘤,可遵医嘱给予短程肠道准备,同时口服覆盖肠道菌群的抗生素^[26]。建议:术前不需常规行机械性肠道准备,如有必要,可遵医嘱予短程肠道准备。证据等级:中;推荐强度:强。

5. 术前禁食禁饮及口服碳水化合物:传统观点认为,术前 10~12 h 应开始禁食,但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^[27-28]。术前 2 h 之前摄入清亮液体不会增加胃内容物,不降低胃液 pH 值,也不会增加并发症发生率^[9]。缩短术前禁食时间,有利于减少手术前患者的饥饿、口渴、烦躁、紧张等不良反应,有助于减少术后胰岛素抵抗,缓解分解代谢,甚至可以缩短术后住院时间。除合并胃排空延迟、胃肠蠕动异常和急诊手术等患者外,建议禁饮时间延后至术前 2 h,之前可口服清饮料,包括清水、

糖水、无渣果汁、碳酸类饮料、清茶及黑咖啡,不包括含酒精类饮品;禁食时间延后至术前 6 h,之前可进食淀粉类固体食物,牛奶、肉汤等乳制品也可,胃排空时间与固体食物相当;但油炸、脂肪及肉类食物则需要更长的禁食时间^[29]。术前口服碳水化合物可减少恶心和呕吐,推荐术前无糖尿病史患者口服含碳水化合物的饮品^[30]。建议:无胃肠动力障碍的非糖尿病患者术前禁食 6 h,禁饮 2 h,术前 2~3 h 饮用 12.5% 碳水化合物饮品总量 ≤ 400 ml^[30];对于无胃排空延迟的非糖尿病患者,推荐麻醉诱导前 6 h 禁食固体食物,术前 2 h 可摄入适量 12.5% 碳水化合物饮品 ≤ 400 ml。证据等级:中;推荐强度:强。

6. 术前镇静药物使用:术前 12 h 应避免使用镇静药物,因其可延迟术后苏醒及活动^[31]。对于存在严重焦虑症状的患者,可遵医嘱使用短效镇静药物,护理人员应做好用药安全指导,术后应注意观察患者的意识及活动情况。建议:应避免在术前 12 h 使用镇静药物,对于存在严重焦虑症状的患者,可使用短效镇静药物,做好用药指导和术后观察。证据等级:低;推荐强度:强。

7. 静脉血栓栓塞症(venous thrombo embolism, VTE)的预防:VTE 包括 DVT 和肺栓塞(pulmonary embolism, PE)。国内妇科手术后无预防措施的患者中 DVT 的发生率较高,约为 9.2%~15.6%,DVT 者中 PE 的发生率高达 46%^[32-33]。因此 VTE 的预防工作尤为重要,患者入院后 24 h 内,护理人员协助医生进行 VTE 风险评估并核实,评估工具建议使用 Caprini 血栓风险评估表^[34]。预防措施包括:(1)参照 Caprini 血栓风险评估表的结果,建议低危患者采取基本预防。内容包括:向患者宣教预防知识;建议患者改善生活方式,如戒烟、戒酒、控制血糖及血脂等;在病情允许的情况下,鼓励患者多饮水;正确指导和协助患者床上活动;避免下肢行静脉穿刺;定时评估患者双下肢情况,发现异常及时通知医生进行处理等。中危患者采取基本预防和物理预防,包括弹力袜或间歇充气加压装置的使用,并根据病情需要遵医嘱采取药物预防。高危和极高危患者在病情允许的情况下,3 种预防方法联合使用^[35]。(2)对于手术时间超过 60 min、妇科恶性肿瘤患者,以及其他 VTE 中、高危患者(Caprini 评分 ≥ 2 分),建议使用梯度压力袜(又名“弹力袜”)或间歇充气加压装置。根据产品说明书测量患者下肢尺寸,选择合适型号的弹力袜;使用期间,定时检查弹力袜穿着是否正确以及下肢皮

肤情况,发现肿胀、疼痛、皮肤温度和色泽变化及感觉异常等情况及时与医生沟通并处理;在患者耐受的情况下,建议日夜均穿着,可间歇脱下。此外,遵医嘱予患者预防性皮下注射低分子肝素。用药期间做好患者用药健康指导,密切观察患者注射部位皮肤状况以及有无出血倾向和寒颤、发热、荨麻疹等过敏反应;同时遵医嘱定期监测凝血、肝肾功能等。(3)对于接受激素补充治疗患者,建议术前4周停用治疗或改为雌激素外用贴剂;正在口服避孕药的患者应更换其他避孕方式。对于持续使用激素的患者,应当按照VTE高风险人群处理,给予预防性抗凝治疗^[36]。术中可考虑使用弹力袜或间歇充气加压装置促进下肢静脉回流^[37-38]。建议:使用Caprini血栓风险评估表评估患者VTE风险,给予不同风险的患者相应的标准化预防。对于手术时间超过60 min、妇科恶性肿瘤患者、持续使用激素的患者,以及其他VTE中、高危患者,建议联合使用基本、物理及药物预防。证据等级:中;推荐强度:强。

8.预防性使用抗菌药物:清洁手术(I类切口)无需预防性应用抗菌药物,但妇科手术多为清洁-污染切口(II类切口),预防性使用抗菌药物可减少SSI。应按照规定选择抗生素,并在切皮前30 min~1 h静脉滴注完毕^[39-40]。对于肥胖(BMI>35 kg/m²或体重>100 kg)患者,应增加剂量。当手术时间超过3 h或超过抗菌药物半衰期2倍,或术中出血超过1 500 ml时,应遵医嘱重复给药。建议:对于II类切口的患者,应遵医嘱预防性使用抗菌药物,必要时重复给药。证据等级:低;推荐强度:强。

9.术前疼痛护理:疼痛是妇科术后患者最主要的症状,护理人员在疼痛管理中应担当评估者、实施者、协调者和教育者等重要角色。(1)术前护理人员应对患者进行疼痛宣教,使患者阅读疼痛宣教材料、了解术后无痛的重要性。指导患者了解疼痛评估方法,如VAS、数字等级评分法及面部表情评分等。(2)遵医嘱预防性镇痛,即术前预先给予患者镇痛药物,抑制中枢和外周痛觉敏化,从而预防或减轻术后疼痛,并抑制急性疼痛向慢性疼痛的转化^[41]。镇痛方案可考虑术前1~2 h联合口服对乙酰氨基酚、塞来昔布、曲马多、加巴喷丁/普瑞巴林^[26]。建议:推荐对患者进行疼痛宣教,遵医嘱给药进行预防性镇痛。证据等级:高;推荐强度:强。

(二)术中部分

1.术中低体温:术中低体温是指在麻醉期间,由

于暴露和正常体温调节反应受损导致的体温异常。术中低体温的常见风险因素主要包括:术中术野暴露、体温调节机制障碍、麻醉等。建议术中持续监测体温,并采用主动保暖措施,保证核心体温>36.0℃。在妇科全麻手术期间测量核心温度的最理想部位是鼻咽部^[42]。应常规使用适当的主动加温装置维持常温,具体包括以下措施:(1)术前及术中。应调节室温至24~26℃,给予预保暖,推荐使用暖风机和保温毯;静脉补液前应当对液体适当加温。(2)术后。继续使用保温措施,保证患者离开手术室时体温>36℃。回病房后需要继续监测体温。建议:术中应采取保暖措施,监测体温,维持患者中心体温>36℃。证据等级:高;推荐强度:强。

2.术中液体管理:液体治疗是围手术期处理的重要组成部分,目的在于维持血流动力学稳定,保证器官及组织有效灌注,避免容量不足及容量负荷过多。护理人员应遵医嘱进行液体治疗,一般输液量不超过1.2 ml/(kg·h)。

3.液体的选择:(1)补液首选平衡盐溶液,可减少高氯性代谢酸中毒的发生;应限制胶体溶液的使用,鉴于其潜在的出血及肾功能损伤风险,如确有需要使用,推荐使用羟乙基淀粉,其分子质量相对集中且较小,降解快,安全性更好,对凝血及肾功能的影响较小。(2)对于妇科中小型手术,遵医嘱给予1~2 L平衡盐溶液,并监测和记录患者的血压、呼吸频率、心率和血氧饱和度,如有异常,报告医生,调整补液量及补液速度。(3)对于大型手术,应采用“目标导向液体治疗”策略,即建立有创血流动力学监测。对于区域阻滞引起血管扩张导致的低血压,可遵医嘱使用血管活性药物进行纠正。腹腔镜手术中的头高脚低位以及气腹压力可干扰血流动力学监测结果的判断,该类手术中补液量常少于开腹手术。建议:护理人员应遵医嘱进行液体治疗,根据患者生命体征,动态调整补液量及速度。证据等级:中;推荐强度:强。

(三)术后部分

1.疼痛管理:术后疼痛管理是ERAS的重要内容,理想的术后镇痛目标包括:良好的镇痛效果,运动相关性疼痛VAS≤3分;减少止痛药物使用的相关不良反应;促进患者术后肠道功能恢复,促进术后早期经口进食及离床活动^[43]。疼痛护理包括:(1)疼痛评估。鼓励患者主动表达疼痛感受、根据实际情况综合选择“VAS”“数字等级评分法”以及“面

部表情评分”等多种方法持续性动态评估、准确记录患者疼痛感受,为医生进行无痛治疗提供依据。患者使用止痛药物后,建议静脉给药后 15~30 min 和口服用药 1~2 h 后评估疼痛缓解情况^[43]。(2)多模式镇痛。ERAS 倡导多模式镇痛,即多种镇痛方式、多种非阿片类药物联合使用,在达到理想术后镇痛的前提下,减少阿片类药物的使用,保证其他 ERAS 内容的效果,包括术后早期活动、早期进食、减少术后恶心与呕吐(postoperative nausea and vomiting, PONV)发生率。术后遵医嘱给予患者对乙酰氨基酚、非甾体抗炎药(nonsteroidal antiinflammatory drugs, NSAIDs)(如氟比洛芬酯)、加巴喷丁/普瑞巴林作为基础镇痛方案,若镇痛效果欠佳,可遵医嘱加用羟考酮/曲马多,当患者 24 h 内阿片类药物静脉给药超过 2 次时,可使用自控式镇痛泵(patient control analgesia, PCA)^[44]。建议:推荐动态评估患者的疼痛感受,遵医嘱进行多模式镇痛,减少阿片类药物的使用。证据等级:高;推荐强度:强。

2. PONV: PONV 在妇科手术患者中非常普遍,发生率约为 40%~80%^[45],是护理人员应当关注的主要症状之一。PONV 发生的主要风险因素包括:年龄>50 岁、妇科手术、腹腔镜手术、女性患者,晕动症、既往 PONV 史、非吸烟者、使用吸入性麻醉剂或一氧化氮、麻醉时间长、使用阿片类药物、肥胖等^[46-47]。可利用有效的风险评估量表(如 Simplified Risk Score for PONV)对患者进行评估^[48],协助医生对高风险患者采取一定的预防措施。预防措施包括用药和减少相关风险因素:所有接受腹部手术和致吐性麻醉剂/镇痛药的妇科(肿瘤)患者均应当在术中预防性使用止吐剂,推荐联合使用 2 种止吐剂^[46];减少相关风险因素,使用异丙酚-融合物,避免使用吸入性麻醉剂及一氧化氮,减少阿片类药物的使用^[49]。恶心呕吐发生后的护理:(1)遵医嘱首先给予 5-HT₃ 受体抑制剂(昂丹司琼等),观察患者恶心呕吐的情况是否缓解,如用药效果欠佳,报告医生,可遵医嘱联合氯丙嗪等其他止吐剂。研究证实最佳的组合是 5-HT₃ 受体抑制剂和氟哌利多或者地塞米松,这 2 种疗效相当^[50]。(2)刺激内关穴(P6)有助于缓解恶心、呕吐症状^[51]。建议:推荐采用风险评估量表识别患者发生恶心、呕吐的风险,并遵医嘱采取合理的预防措施。PONV 发生后,应遵医嘱使用止吐剂,必要时联合用药。证据等级:中;推荐强度:强。

3. VTE 的预防:术后继续协助医生使用 Caprini 血栓风险评估表动态评估患者血栓风险。预防措施:对于 VTE 高风险患者,术后住院期间应继续穿着弹力袜,在患者耐受的情况下,建议日夜均穿着,可间歇脱下,至术后 1~2 个月,或使用间歇性充气压缩泵,联合使用肝素会增强抗凝效果;妇科腹腔或盆腔恶性肿瘤剖腹术后预防 VTE 应延长至 28 d^[52]。密切观察患者皮肤情况,并观察患者有无呼吸急促、呼吸困难、胸痛、咯血、血压不稳定、血氧饱和度下降等症状,有异常及时报告医生,遵医嘱治疗。建议:术后遵医嘱继续对患者进行物理和药物预防,密切观察患者有无 VTE 症状。证据等级:高;推荐强度:强。

4. 导管护理:(1)引流管护理。留置引流管的患者,术后应尽早拔除引流管^[10]。护理人员应注意引流管的妥善固定,避免受压、打折、弯曲。留置阴道引流管的患者应采取半卧位,留置腹腔引流管的患者应采取患侧卧位,以利于引流液的排出。注意观察引流液的颜色、量、性质等,准确记录 24 h 引流量,并每日与医生一同评估引流管保留的必要性。(2)尿管护理。除根治性子官切除术外,应避免使用导尿管,或在术后 24 h 内拔除尿管^[53]。妥善固定尿管,避免受压、打折、弯曲,防止逆行感染。保持引流装置密闭、通畅和完整,及时倾倒集尿袋。留置尿管期间,应当每日清洁或冲洗尿道口,鼓励患者多饮水建议:不推荐术后常规放置引流管和尿管,如必须放置,应妥善固定,并遵医嘱协助医生尽早拔除管路。证据等级:中;推荐强度:强。

5. 饮食与补液:术后早期进食能够保护肠黏膜功能,防止菌群失调和异位、促进肠道功能恢复、减少围手术期并发症,同时不会增加肠痿、肺部感染发生率以及影响切口愈合^[54],因此护理人员应遵医嘱对患者进行恰当的饮食指导。(1)建议常规妇科术后患者麻醉清醒后无恶心、呕吐即可饮温开水 10~15 ml/h 至可进食,4~6 h 开始进流质饮食或半流质饮食。对于妇科恶性肿瘤患者,也应在术后 24 h 内开始进食流质饮食逐渐过渡到普食^[10]。(2)建议术后患者清醒后咀嚼口香糖^[55],以促进肠蠕动功能恢复,缩短首次排气排便时间,预防肠梗阻。(3)经口能量摄入不足(少于推荐摄入量的 60%)时,应遵医嘱添加口服肠内营养制剂^[10],缩短术后恢复正常饮食的时间,必要时遵医嘱静脉补液。(4)如果患者能耐受经口进食,同时口服止痛药能达到理想镇痛

效果,应在术后 24 h 撤除静脉通道。建议:推荐患者清醒后咀嚼口香糖,遵医嘱做好饮食指导,鼓励早期进食。证据等级:早期进食:高;咀嚼口香糖:中。推荐强度:早期进食:强;咀嚼口香糖:弱。

6.体位与活动:(1)体位。患者返回病房后,无需去枕平卧,可根据患者病情及实际情况平卧或适当抬高床头,鼓励患者进行床上活动^[1]。(2)活动。术后早期下床活动有助于减少呼吸系统并发症、减轻胰岛素抵抗、促进胃肠道功能恢复、减少肌肉萎缩、降低 VTE 风险、预防腹胀以及缩短住院时间。充分的术前宣教、理想的术后镇痛、早期拔除尿管、引流管等均有助于患者术后早期下床活动。

鼓励患者在术后 24 h 内尽早离床活动^[10]。护理人员应帮助患者制定合理的活动计划^[56-57],记录每日累计活动时间及活动量,在医护人员的指导及家属的陪伴下,逐渐增加活动量。留置导尿管及引流管者,应妥善固定管路集尿袋及引流袋,必要时为其提供相应的辅助工具,保障患者安全。建议:推荐鼓励患者在术后 24 h 内尽早离床活动,逐渐增加活动量,同时注意保障患者安全。证据等级:低;推荐强度:强。

7.出院标准及出院后随访:妇科 ERAS 患者基本出院标准如下:恢复半流质饮食,停止静脉补液;口服镇痛药物可良好止痛;伤口愈合良好,无感染迹象;器官功能状态良好,可自由活动。医护人员应在此基础上,结合患者术后恢复情况及出院准备度,进行综合评估,决定是否出院。护理人员应协助医生做好随访工作,推荐出院后 24~48 h 常规进行电话随访,包括出院后指导、疼痛评估、伤口护理、排尿排便情况、个性化生活指导(包括性生活)、出院后并发症的监测、复查和治疗的提示等。护理人员应告知患者术后 7~10 d 应至门诊回访,回访内容包括伤口拆线、查询病理报告、制定后续治疗计划等。建议:推荐护理人员协助医生核实出院标准,办理出院手续及出院宣教,按时完成出院后随访工作。证据等级:低;推荐强度:强。

本共识的制定,旨在为妇科 ERAS 的临床护理实践提供参考与指导,进而推动 ERAS 在我国妇科手术领域规范、有序开展。目前,ERAS 在我国妇科手术中的应用正处于探索阶段,缺乏本土化的临床研究数据。本共识的多数证据来源于外科 ERAS 研究以及国外证据支持,尚需不断更新与完善。随着国内多中心妇科 ERAS 临床护理实践的开展,一方

面能够更加客观真实地评价护理措施的有效性与安全性;另一方面通过临床应用与实践,发现问题、解决问题,从而不断地丰富与完善现有共识。此外,妇科 ERAS 临床护理实践的成功实施需要临床、麻醉、营养等多学科的通力合作;同时应充分结合各医疗中心的实际条件与患者个人意愿,在标准化的基础上做到个性化与最优化,从而使患者的实际获益最大化。

执笔人员名单 薄海欣(北京协和医院)、葛莉娜(中国医科大学附属盛京医院)、刘霞(北京协和医院)、张蒙(北京协和医院)、李依霖(北京协和医院)

讨论和审阅专家名单(按姓氏汉语拼音排序) 薄海欣(北京协和医院)、崔鹤(郑州大学第一附属医院)、丁焱(复旦大学附属妇产科医院)、冯素文(浙江大学医学院附属妇产科医院)、葛莉娜(中国医科大学附属盛京医院)、黄燕(四川大学华西第二医院)、焦建芬(山东大学齐鲁医院)、李晓丹(北京大学人民医院)、孙大为(北京协和医院)、吴治敏(重庆西南医院)、许力(北京协和医院)、徐艳(哈尔滨医科大学附属第一医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

作者贡献声明 构思与设计为薄海欣,共识撰写为葛莉娜、刘霞、张蒙、李依霖,共识修订为薄海欣

参 考 文 献

- [1] 陈凇,陈亚进,董海龙,等.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,2018,38(1):1-20. DOI: 10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2018.01.01.
- [2] Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: a review[J]. JAMA Surg, 2017, 152(3): 292-298. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.4952.
- [3] Hubner M, Addor V, Sliker J, et al. The impact of an enhanced recovery pathway on nursing workload: a retrospective cohort study[J]. Int J Surg, 2015, 24(Pt A): 45-50. DOI: 10.1016/j.ijsu.2015.10.025.
- [4] Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations[J]. World J Surg, 2013, 37(2): 259-284. DOI: 10.1007/s00268-012-1772-0.
- [5] Mortensen K, Nilsson M, Slim K, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations[J]. Br J Surg, 2014, 101(10): 1209-1229. DOI: 10.1002/bjs.9582.
- [6] Nygren J, Thacker J, Carli F, et al. Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations[J]. World J Surg, 2013, 37(2): 285-305. DOI: 10.1007/s00268-012-1787-6.
- [7] Lassen K, Coolsen MM, Slim K, et al. Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations[J]. World J Surg, 2013, 37(2): 240-258. DOI: 10.1007/s00268-012-

- 1771-1.
- [8] 江志伟, 李宁. 结直肠手术应用加速康复外科中国专家共识(2015 版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2015, 18(8): 785-787. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2015.08.018.
- [9] Nelson G, Altman AD, Nick A, et al. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations-Part I [J]. Gynecol Oncol, 2016, 140(2): 313-322. DOI: 10.1016/j.ygyno.2015.11.015.
- [10] Nelson G, Altman AD, Nick A, et al. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations-Part II [J]. Gynecol Oncol, 2016, 140(2): 323-332. DOI: 10.1016/j.ygyno.2015.12.019.
- [11] Aarts MA, Okrainec A, Glicksman A, et al. Adoption of enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies for colorectal surgery at academic teaching hospitals and impact on total length of hospital stay [J]. Surg Endosc, 2012, 26(2): 442-450. DOI: 10.1007/s00464-011-1897-5.
- [12] Møller AM, Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, 20(3): CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub2.
- [13] Oppedal K, Møller AM, Pedersen B, et al. Preoperative alcohol cessation prior to elective surgery [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012, 18(7): CD008343. DOI: 10.1002/14651858.CD008343.pub2.
- [14] Kotzé A, Harris A, Baker C, et al. British Committee for Standards in Haematology Guidelines on the Identification and Management of Pre-Operative Anaemia [J]. Br J Haematol, 2015, 171(3): 322-331. DOI: 10.1111/bjh.13623.
- [15] Muñoz M, Acheson AG, Auerbach M, et al. International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency [J]. Anaesthesia, 2017, 72(2): 233-247. DOI: 10.1111/anae.13773.
- [16] Bozzetti F, Mariani L. Perioperative nutritional support of patients undergoing pancreatic surgery in the age of ERAS [J]. Nutrition, 2014, 30(11-12): 1267-1271. DOI: 10.1016/j.nut.2014.03.002.
- [17] Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement [J]. Clin Nutr, 2015, 34(3): 335-340. DOI: 10.1016/j.clnu.2015.03.001.
- [18] Jie B, Jiang ZM, Nolan MT, et al. Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk [J]. Nutrition, 2012, 28(10): 1022-1027. DOI: 10.1016/j.nut.2012.01.017.
- [19] 中华医学会麻醉学分会. 围术期血糖管理专家共识(快捷版) [J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 32(1): 93-95.
- [20] Kiran RP, Turina M, Hammel J, et al. The clinical significance of an elevated postoperative glucose value in nondiabetic patients after colorectal surgery: evidence for the need for tight glucose control [J]. Ann Surg, 2013, 258(4): 599-604. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3182a501e3.
- [21] Webster J, Osborne S. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012, 2(3): CD004985. DOI: 10.1002/14651858.CD004985.pub3.
- [22] Tanner J, Norrie P, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011, 9(11): CD004122. DOI: 10.1002/14651858.CD004122.pub4.
- [23] Darouiche RO, Wall MJ, Itani KM, et al. Chlorhexidine-Alcohol versus Povidone-Iodine for Surgical- Site Antisepsis [J]. N Engl J Med, 2010, 362(1): 18-26. DOI: 10.1056/NEJMoa0810988.
- [24] Kalogera E, Dowdy SC. Enhanced recovery pathway in gynecologic surgery: improving outcomes through evidence-based medicine [J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2016, 43(3): 551-573. DOI: 10.1016/j.ogc.2016.04.006.
- [25] Guenaga KF, Matos D, Wille-Jørgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011, 7(9): CD001544. DOI: 10.1002/14651858.CD001544.pub4.
- [26] Nelson G, Dowdy SC, Lasala J, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS®) in gynecologic oncology- practical considerations for program development [J]. Gynecol Oncol, 2017, 147(3): 617-620. DOI: 10.1016/j.ygyno.2017.09.023.
- [27] Nygren J, Thorell A, Ljungqvist O. Preoperative oral carbohydrate therapy [J]. Curr Opin Anaesthesiol, 2015, 28(3): 364-369. DOI: 10.1097/ACO.0000000000000192.
- [28] 中国加速康复外科专家组. 中国加速康复外科围手术期管理专家共识(2016) [J]. 中华外科杂志, 2016, 54(6): 413-418. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2016.06.004.
- [29] Smith I, Kranke P, Murat I, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology [J]. Eur J Anaesthesiol, 2011, 28(8): 556-569. DOI: 10.1097/EJA.0b013e3283495ba1.
- [30] Hausel J, Nygren J, Thorell A, et al. Randomized clinical trial of the effects of oral preoperative carbohydrates on postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy [J]. Br J Surg, 2005, 92(4): 415-421. DOI: 10.1002/bjs.4901.
- [31] Walker KJ, Smith AF. Premedication for anxiety in adult day surgery [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2009, 4(4): CD002192. DOI: 10.1002/14651858.CD002192.pub2.
- [32] Qu H, Li Z, Zhai Z, et al. Predicting of venous thromboembolism for patients undergoing gynecological surgery [J]. Medicine, 2015, 94(39): e1653. DOI: 10.1097/MD.0000000000001653.
- [33] 刘玉珍, 张震宇, 郭淑丽, 等. 妇科盆腔手术后下肢深静脉血栓形成的临床研究 [J]. 中华妇产科杂志, 2006, 41(2): 107-110. DOI: 10.3760/j.issn: 0529-567X.2006.02.010.
- [34] Caprini JA. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care [J]. Dis Mon, 2005, 51(2-3): 70-78. DOI: 10.1016/j.disamonth.2005.02.003.
- [35] 马玉芬, 成守珍, 刘义兰, 等. 卧床患者常见并发症护理专家共识 [J]. 中国护理管理, 2018, 18(6): 740-747. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2018.06.006.
- [36] National Clinical Guideline Centre- Acute and Chronic Conditions. Venous Thromboembolism: Reducing the Risk

- of Venous Thromboembolism (Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism) in Patients Admitted to Hospital [M]. London: Royal College of Physicians (UK), 2010.
- [37] AORN. Guideline Summary: Prevention of Venous Thromboembolism [J]. AORN Journal, 2018, 107(6): 750-754. DOI: 10.1002/aorn.12147.
- [38] Einstein MH, Kushner DM, Connor JP, et al. A protocol of dual prophylaxis for venous thromboembolism prevention in gynecologic cancer patients [J]. Obstet Gynecol, 2008, 112(5): 1091-1097. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31818b1486.
- [39] Rampinelli F. ACOG practice bulletin No. 104: antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures [J]. Obstet Gynecol, 2009, 113(5): 1180-1189. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181a6d011.
- [40] Hawn MT, Richman JS, Vick CC, et al. Timing of surgical antibiotic prophylaxis and the risk of surgical site infection [J]. JAMA Surg, 2013, 148(7): 649-657. DOI: 10.1001/jamasurg.2013.134.
- [41] Straube S, Derry S, McQuay HJ, et al. Effect of preoperative Cox-II-selective NSAIDs (coxibs) on postoperative outcomes: a systematic review of randomized studies [J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2005, 49(5): 601-613. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2005.00666.x.
- [42] Sessler DI. Perioperative thermoregulation and heat balance [J]. Ann N Y Acad Sci, 1997, 387(10038): 2655-2664. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00981-2.
- [43] Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council [J]. J Pain, 2016, 17(2): 131-157.
- [44] Hristovska AM, Kristensen BB, Rasmussen MA, et al. Effect of systematic local infiltration analgesia on postoperative pain in vaginal hysterectomy: a randomized, placebo-controlled trial [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2014, 93(3): 233-238. DOI: 10.1111/aogs.12319.
- [45] Mraovic B, Simurina T, Sonicki Z, et al. The dose-response of nitrous oxide in postoperative nausea in patients undergoing gynecologic laparoscopic surgery: a preliminary study [J]. Anesth Analg, 2008, 107(3): 818-823. DOI: 10.1213/ane.0b013e318181f4aa.
- [46] Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting [J]. Anesth Analg, 2014, 118(1): 85-113. DOI: 10.1213/ANE.0000000000000002.
- [47] Apfel CC, Heidrich FM, Jukar-Rao S, et al. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting [J]. Br J Anaesth, 2012, 109(5): 742-753. DOI: 10.1093/bja/aes276.
- [48] Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, et al. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers [J]. Anesthesiology, 1999, 91(3): 693-700. DOI: 10.1097/00000542-199909000-00022.
- [49] Apfel CC, Bacher A, Biedler A, et al. A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting [J]. Anaesthesist, 2005, 54(3): 201-209. DOI: 10.1007/s00101-005-0803-8.
- [50] 梁庭波. 加速康复外科理论与实践 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 56-58.
- [51] Frey UH, Scharmann P, Löhlein C, et al. P6 acustimulation effectively decreases postoperative nausea and vomiting in high-risk patients [J]. Br J Anaesth, 2009, 102(5): 620-625. DOI: 10.1093/bja/aep014.
- [52] Gould MK, Garcia DA, Wren SM, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines [J]. Chest, 2012, 141(2 Suppl): e227S-e277S. DOI: 10.1378/chest.11-2297.
- [53] Griffiths R, Fernandez R. Policies for the removal of short-term indwelling urethral catheters [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2005, 25(1): CD004011. DOI: 10.1002/14651858.CD004011.pub2.
- [54] Charoenkwan K, Matovinovic E. Early versus delayed oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, 12(12): CD004508. DOI: 10.1002/14651858.CD004508.pub4.
- [55] Ertas IE, Gungorduk K, Ozdemir A, et al. Influence of gum chewing on postoperative bowel activity after complete staging surgery for gynecological malignancies: a randomized controlled trial [J]. Gynecol Oncol, 2013, 131(1): 118-122. DOI: 10.1016/j.ygyno.2013.07.098.
- [56] van der Leeden M, Huijsmans R, Geleijn E, et al. Early enforced mobilisation following surgery for gastrointestinal cancer: feasibility and outcomes [J]. Physiotherapy, 2016, 102(1): 103-110. DOI: 10.1016/j.physio.2015.03.3722.
- [57] Lassen K, Soop M, Nygren J, et al. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group recommendations [J]. Arch Surg, 2009, 144(10): 961-969. DOI: 10.1001/archsurg.2009.170.