

ERAS 护理结合中医护理在普外科围手术期的应用

张业腾 苏小荣

乌鲁木齐市米东区中医医院 中国 新疆 乌鲁木齐 830000

【摘要】目的：探究基于快速康复外科理念（ERAS）护理结合中医护理在普外科围手术期应用有效性。方法：收集笔者医院普外科2020年6月至2022年6月接收患者为观察对象，筛选有效病例94例，采用随机1:1分组方式，参照组（予以传统围术期护理）47例，干预组（予以ERAS护理结合中医护理）47例，观察护理效果。结果：术前两组患者HAMA、HAMD评分具有同质性，术后两组患者HAMA、HAMD评分较术前不同程度降低，干预组患者HAMA、HAMD评分降低幅度大于参照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；干预组患者术后初始下床时间、术后胃肠功能恢复时间、术后住院时间短于参照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；干预组术后切口出血、医源性感染等并发症发生率显著低于参照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：普外科围手术期开展ERAS护理结合中医护理，有助于缓解患者围术期负面情绪，推动术后恢复，降低术后并发症，护理优势显著。

【关键词】ERAS 护理；中医护理；普外科；围手术期护理

The Application of ERAS Nursing Combined with TCM Nursing in General Surgery

Zhang Yeteng, Su Xiaorong

Urumqi Midong District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Urumqi, Xinjiang 830000, China

[Abstract] Objective: To explore the effectiveness of rapid rehabilitation surgery concept (ERAS) nursing application in general surgery department. Methods: The patients received from the general surgery department of the hospital from June 2020 to June 2022 were collected, 94 effective cases were screened by random 1:1 group, 47 cases in reference group (traditional perioperative nursing) and 47 cases in intervention group (ERAS nursing combined with TCM nursing) to observe the nursing effect. Results: HAMA and HAMD scores were homogeneous, HAMA and HAMD scores were lower than the reference group ($P < 0.05$), postoperative gastrointestinal recovery time and postoperative hospitalization were shorter than the reference group ($P < 0.05$); the incidence of postoperative incision bleeding and medical infection was significantly lower than the reference group ($P < 0.05$). Conclusion: Carrying out ERAS nursing combined with traditional Chinese medicine nursing during the perioperative period of general surgery can help alleviate the negative emotions of patients during the perioperative period, promote postoperative recovery, and reduce postoperative complications, with significant nursing advantages.

[Keywords] ERAS nursing; TCM nursing; general surgery department; perioperative nursing

基于快速康复外科理念（ERAS）护理在传统康复护理基础上，优化护理措施，早期开展康复护理，旨在缩短康复周期，改善预后结局。近年随着中国外科技术不断优化，临床针对

围术期护理关注度不断提高，为确保围术期安全性，加强康复护理，帮助患者平稳过渡围术期，ERAS 护理模式受到临床学者高度关注^[1]。中医护理作为近年护理改革探讨热点课题，

基于中医原理开展中医特色护理措施,针对普外科围术期患者原发疾病、手术治疗需求及术后转归指标,重视情志因素对术后康复的影响,充分发挥中医护理优势,以满足患者术后多元化护理需求^[1]。本研究为提高围术期护理效果,特开展 ERSA 护理联合中医护理模式,以传统围术期护理为参照,旨在为普外科围术期护理开展提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集笔者医院普外科 2020 年 6 月至 2022 年 6 月接收患者为观察对象,筛选有效病例 94 例,采用随机 1:1 分组方式,参照组 47 例,男性病例 22 例,女性病例 25 例,年龄区间 22-73 岁,年龄平均值(48.71±2.08)岁,手术时间 22-90min,时间均值(64.08±3.67)min;干预组 47 例,男性病例 23 例,女性病例 24 例,年龄区间 25-70 岁,年龄平均值(48.66±2.12)岁,手术时间 25-90min,时间均值(64.12±3.72)min;统计比对上述两组普外科患者病历资料,具有研究开展意义(P>0.05)。

纳入标准:(1)94 例患者均遵医嘱接受手术治疗,患者对手术治疗、研究项目知情,签署书面知情同意书;(2)患者均具有正常沟通能力,具有良好认知功能;(3)研究开展征求乌鲁木齐市米东区中医医院伦理委员会批准开展。

排除标准:(1)手术治疗依从性低、护理配合度低;(2)合并精神类疾病患者;(3)语言沟通障碍、严重认知功能障碍。

1.2 方法

参照组予以传统围术期护理,加强病情监测,待患者确定手术时间后,辅助患者完善术前相关检查,详细记录患者生命体征,针对伴有基础疾病患者,例如高血压、糖尿病、高血脂等慢性疾病患者,遵医嘱予以患者病情控制,详细记录药物使用情况,每日进行血压血糖血脂指标监测,将其控制在合理范围内,以减少相关参数对手术治疗的影响。辅助患者进行术前准备,严格按照术前 12h 禁食、术前 6h 禁饮标准,针对胃肠手术患者开展肠道准备,确保患者满足手术开展指征。术前针对手术注意事项对患者进行讲解,告知手术时间、手术麻醉方式,辅助患者及(或)家属签署手术知情同意书^[2]。护理人员辅助患者进行手术,对患者术中生命体征波动情况进行实时记录,观察患者麻醉情况,术中熟练递接手术器械,

依据患者生命体征波动情况,最佳术中麻醉,确保患者术中镇痛镇静效果。手术结束后详细盘点手术器械,避免手术用品遗漏,将患者转运至麻醉观察室,观察患者麻醉转归情况,评估患者术后认知功能^[3]。术后开展对症护理,遵医嘱予以患者用药,待患者病情稳定后辅助患者下床活动,逐渐开展康复运动。

干预组予以 ERAS 护理结合中医护理;(1)组建 ERAS 护理小组,由科室护理人员、责任护士长、主治医师共同组成,针对 ERAS 护理原理、护理内容相关知识开展岗位教育,由责任护士长对护理人员定期开展护理技能培训及考核,了解当前护理人员素质,组织护理人员参与院内、院外的护理培训^[4]。组织护理人员开展座谈会、品管圈等活动,由护理人员自主命题,针对既往普外科围术期护理问题、护理重点、常见并发症等相关知识,通过回顾性分析,对常见护理问题进行讨论分析,可通过总结护理经验及检索护理文献等多种途径,了解普外科围术期护理需求及常见问题,并组织医疗资源,完善围术期护理对策。(2)ERAS 护理:①术前护理:术前加强患者健康教育,主要健康教育内容包括原发疾病手术治疗必要性及重要性、最新手术研究、手术准备、术后康复、ERAS 护理原理等,采用多途径健康教育方式,提高患者疾病知识掌握度,了解手术治疗流程、手术常见并发症、术后护理技巧,旨在提高患者手术依从性及护理配合度,在面对面健康宣教过程中,要求护理人员熟练掌握沟通技巧,借助通俗易懂的语言,主动与患者沟通,应答有礼,态度温和,树立服务角色,采用转移角色方式,了解患者术前护理需求,多给予患者鼓励式语言,以提高患者手术治疗信心^[5]。采用多媒体宣教方式,通过发放健康手册,播放手术麻醉流程、康复锻炼技术等,以提高患者对 ERAS 护理知识的了解。护理人员予以患者专业知识指导,对患者及家属疑难问题进行答疑^[6]。术前加强体位管理,依据不同患者机体耐受度、手术预估时间等,术前指导患者手术体位,以提高患者手术耐受度。术前缩短禁饮禁食时间,针对非糖尿病患者,可于术前予以患者口服葡萄糖水,以预防术中低血糖;术前一晚建议患者保障睡眠时间 8 小时以上,稳定术前生命体征;②术中护理:术中加强保暖,取保温毯覆盖在皮肤上,禁止非必要皮肤暴露,针对术中输注的药液及血液,均于复温后使用,以免导致应激反应;严格控制手术时间,通过医患协作,缩短手术时间^[8]。

②术后护理：待患者麻醉转醒后，对患者手术完成情况进行评估，借助自身专业知识预估术后并发症，开展早期护理康复，术后病情监测，建议患者早期下床运动，于绝对卧床期间，为避免患者出现下肢深静脉血栓、压力性损伤等并发症，采用被动运动方式，对患者四肢进行按摩，以促进肢体血液循环，提高患者肢体舒适度；定期辅助患者进行体位更换，间隔时间1-2h，体位更换期间动作轻柔，避免推搡患者，以免导致患者心理不适^[9]。待患者病情稳定后，辅助患者早期于床边站立，站立时间以患者机体耐受度为宜，若患者主诉无疼痛不适感受，可开展短距离移动，每日下床运动3次左右，依据患者病情恢复情况逐渐增加运动时间及运动强度。术后予以患者早期进食，于患者麻醉苏醒后，予以患者口服温开水，观察有无不适感受，酌情予以患者流质食物^[10]。（3）中医护理：①中医情志护理，围术期观察患者情绪波动，开展中医情志管理，充当倾听对象，了解患者内心焦虑、不安情绪发生情况，告知临床最新研究结果及护理措施，分享成功病例，提高患者预后期待性，缓解负面情绪。②术后护理，术后采用中医特色疗法，采用中药贴敷，选取具有活血化瘀、消肿止痛患者，贴敷于局部，有助于局部血液循环；取健脾益胃、活血化瘀、温阳散寒药物，贴敷于神阙穴；每日贴敷一剂，一剂留贴8h左右。耳穴压豆，取药豆贴于耳穴上，叮嘱患者定期进行穴位按压，以增加刺激感受；术后采用中医推拿，取内关、足三里、三阴交等穴位进行点按，依据患者疼痛感受，追加局部阿是穴^[11]。中药热奄疗法，依据患者手术方式，选取适宜中药材，常用活血化瘀、行气活血、散寒止痛、消肿祛瘀、疏经通络等药物，制备中药包，将加热好的药包置于患病部位或是特定穴位，每日一次，每次持续20-30min左右。术后加强食疗，选取促进肠道恢复、补血养阴的食物，以新鲜食物为主，补充机体康复所需营养。

1.3 评价标准

采用汉密尔顿心理状况评分量表对患者围术期心理状况进行数字评分；

记录术后初始下床时间、术后胃肠功能恢复时间、术后住院时间；

观察术后切口出血、医源性感染等并发症。

1.4 统计学分析

统计学软件 SPSS24.0 进行假设校验， $P < 0.05$ 设为统计学差异基础表达。

2 结果

2.1 两组患者围术期心理状况评估

术前两组患者 HAMA、HAMD 评分具有同质性，术后两组患者 HAMA、HAMD 评分较比术前不同程度降低，干预组患者 HAMA、HAMD 评分降低幅度大于参照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者围术期心理状况评估 [$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	n	时间	HAMA	HAMD
参照组	47	术前	20.04 ± 2.68	17.11 ± 2.17
		术后	14.51 ± 2.27	14.63 ± 2.05
		t 值	10.794	5.695
		P 值	0.000	0.000
干预组	47	术前	20.11 ± 2.73	17.09 ± 2.21
		术后	9.82 ± 1.75	10.05 ± 1.88
		t 值	21.755	16.634
		P 值	0.000	0.000

2.2 两组患者术后转归指标分析

干预组患者术后初始下床时间、术后胃肠功能恢复时间、术后住院时间短于参照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者术后转归指标分析 [$\bar{x} \pm s$, 天]

组别	n	术后初始下床时间	术后胃肠功能恢复时间	术后住院时间
参照组	47	3.68 ± 1.21	5.36 ± 1.15	12.02 ± 1.33
干预组	47	1.95 ± 1.05	4.19 ± 1.08	10.13 ± 1.27
t 值		7.403	5.084	7.046
P 值		0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者术后并发症统计

干预组术后切口出血、医源性感染等并发症发生率显著低于参照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者术后并发症统计 [n/%]

组别	n	切口出血	医源性感染	其他	发生率
参照组	47	2	3	1	12.77%
干预组	47	0	0	0	0
X ²					6.409
P 值					0.011

3 讨论

ERAS 护理为近年普外科护理首选方案,在传统康复护理基础上,加强围术期管理,应对围术期潜在风险因素,确保患者以最佳身心状况开展手术,缩短术后康复周期。ERAS 护理作为协同治疗干预模式,术前加强病情监测,辅助患者进行全面术前准备,控制手术应激源,在围术期护理中具有极高适应性;术后提前康复护理时机,推动早期康复锻炼的开展^[12]。研究结果显示,干预组患者术后初始下床时间、术后胃肠功能恢复时间、术后住院时间短于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$),ERAS 护理有利于患者术后恢复,可显著缩短术后住院时间,减少医疗支出费用,充分发挥快速康复护理优势。

中医护理近年在普外科护理中发挥显著疗效,借助中医特色疗法,例如穴位贴敷、耳穴压豆、中药热奄、中医食疗等方式,推动患者术后转归;在康复护理基础上,重视患者主观因素对术后康复的影响,开展中医情志护理,缓解患者

围术期负面情绪;经研究观察显示,术前两组患者 HAMA、HAMD 评分具有同质性,术后两组患者 HAMA、HAMD 评分较比术前不同程度降低,干预组患者 HAMA、HAMD 评分降低幅度大于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$);数据表明,中医情志护理开展具有必要价值,有效缓解患者术前恐惧、焦虑情绪,提高患者预后期待性,有助于提高患者护理配合度,缩短患者术后康复时间。中医护理坚持养疗结合方式,通过中医食疗,有效改善手术侵入性操作导致的机体损伤,满足患者术后康复需求。经两组患者术后并发症观察显示,干预组术后切口出血、医源性感染等并发症发生率显著低于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$),ERAS 护理结合中医护理可确保术后安全性,提高护理质量,为手术治疗增效。

综上,普外科围手术期开展 ERAS 护理结合中医护理,有助于缓解患者围术期负面情绪,推动术后恢复,降低术后并发症,护理优势显著。

参考文献

- [1] 郑洁,赵艳君,程建云.基于快速康复外科理念的疼痛管理联合中医疼痛护理干预在腹腔镜日间手术患者围术期护理中的应用效果[J].广西医学,2021,43(7):896-899.
- [2] 张雪,王宁.中医情志护理联合 ERAS 理念在妇科围手术期干预中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(14):130-132.
- [3] 聂敏,路瑶.基于快速康复外科理念并借助通信软件的护理管理在结直肠癌患者腹腔镜手术围术期的应用观察[J].结直肠肛门外科,2021,27(2):172-174.
- [4] 吴春花,徐振海,陈学玲.加速康复外科在泌尿外科围手术期护理中的研究进展[J].湖南中医杂志,2021,37(2):177-179.
- [5] 周晓英,黄丽娟,李海鸿,等.快速康复外科护理模式在卵巢癌患者围手术期应用效果的 meta 分析[J].中国当代医药,2021,28(33):25-29.
- [6] 韦贞决,梁蓬,陈慧冰.中药热奄包联合快速康复理念在外科腹腔镜围手术期护理中的应用[J].中国社区医师,2021,37(23):152-153.
- [7] 韩玉洁.加速康复外科理念在小儿腹股沟斜疝腹腔镜手术围术期的应用效果[J].河南外科学杂志,2021,27(5):144-145.
- [8] 彭瑞君,张丽霞,周歌.ERAS 理念指导下的护理干预在急性胃穿孔患者围手术期中的应用观察[J].黑龙江中医药,2019,48(6):308-309.
- [9] 喻惠敏.ERAS 理念围手术期护理方案对患者的影响[J].浙江创伤外科,2019,24(3):647-648.
- [10] 杜耀瑞,陈海军.快速康复外科理念结合中医特色护理在胃肠道恶性肿瘤患者围手术期的应用[J].河南医学研究,2021,30(29):5530-5533.
- [11] 尹晓,魏铭,刘加玲,等.中医特色护理在全膝关节置换术围手术期护理中的应用[J].中医正骨,2021,33(7):75-76.
- [12] 沈丽冬,金惠明,朱晓平,等.基于中医特色快速康复外科理念探讨腹腔镜胆囊切除术围手术期护理干预效果[J].中国中西医结合外科杂志,2020,26(6):1092-1096.