

基于循证护理制定加速康复外科的集束化护理策略在普外科患者的应用分析

王 云

新疆医科大学第七附属医院, 新疆 乌鲁木齐

收稿日期: 2022年7月24日; 录用日期: 2022年8月19日; 发布日期: 2022年8月26日

摘 要

目的: 探讨基于循证护理制定加速康复外科(Accelerated rehabilitation surgery, ERAS)的集束化护理策略在普外科患者的应用效果。方法: 研究对象选取2018年2月到2020年2月间我院普外科术后患者108例, 采用随机数字法将其分为对照组和试验组, 各54例。对照组予常规加速康复外科护理, 试验组予基于循证护理制定加速康复外科的集束化护理策略。比较两组患者下床活动时间、住院时间; 比较两组患者术后第3 d的改良Barthel指数评分; 比较两组患者术后视觉模拟评分(VAS); 统计两组患者术后感染并发症发生情况。结果: 试验组患者住院时间、首次下床活动时间均显著少于对照组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。术后3 d, 试验组患者改良Barthel指数评分显著高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。术后1 d、3 d, 两组患者VAS评分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者术后感染并发症发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。试验组患者护理依从性明显优于对照组($P < 0.05$)。结论: 基于循证护理制定ERAS的集束化护理策略应用于普外科患者围手术期, 可明显加快患者首次下床时间, 提高日常生活活动能力, 缩短住院时间, 减少感染并发症发生率。

关键词

循证护理, 加速康复外科, 普外科外伤

Application Analysis of Clustered Nursing Strategies for Accelerated Rehabilitation Surgery Based on Evidence-Based Nursing in General Surgery Patients

Yun Wang

The Seventh Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi Xinjiang

Abstract

Objective: To explore the application effect of cluster nursing strategy for accelerated rehabilitation surgery (ERAS) based on evidence-based nursing in patients with general surgery. **Methods:** A total of 108 patients after general surgery in our hospital from February 2018 to February 2020 were selected as research objects, and they were divided into control group and experimental group by random number method, with 54 cases in each group. The control group was given routine accelerated rehabilitation surgery nursing, and the experimental group was given cluster nursing strategy of accelerated rehabilitation surgery based on evidence-based nursing. The time of ambulation and length of hospital stay were compared between the two groups. The modified Barthel index scores of the two groups were compared on the third day after surgery. Postoperative visual analog scale (VAS) was compared between the two groups. The incidence of postoperative infection complications in the two groups was analyzed. **Results:** The length of hospital stay and the first time to get out of bed in the experimental group were significantly shorter than those in the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). Three days after surgery, the modified Barthel index score of the experimental group was significantly higher than that of the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). 1 d and 3 d after surgery, there was no statistical significance in VAS scores between 2 groups ($P > 0.05$). There was no significant difference in the incidence of postoperative infection complications between 2 groups ($P > 0.05$). The nursing compliance of experimental group was significantly better than that of control group ($P < 0.05$). **Conclusions:** ERAS' cluster nursing strategy based on evidence-based nursing can significantly accelerate the time to get out of bed for the first time, improve the ability of daily living activities, shorten the length of hospital stay, and reduce the incidence of infection complications in perioperative general surgery patients.

Keywords

Evidence-Based Nursing, Accelerated Rehabilitation Surgery, General Surgical Trauma

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

由于外伤需要进行外科手术治疗的患者日趋增多。腹部外伤由于创伤较大、围手术期较长,患者术后日常生活自理能力受影响较大。研究指出,围手术期内予外科住院患者高质量护理干预,可明显降低围手术期并发症发生率[1]。加速康复外科(Accelerated rehabilitation surgery, ERAS)通过循证医学证实,是一种围手术期优化护理模式,可最大程度地降低患者术后应激。集束化护理将循证依据与护理措施进行整合,在面对复杂疾病患者时,可优化护理策略,改善疾病结局。本研究应用基于循证护理制定 ERAS 的集束化护理策略,探讨其应用于普外科术后患者围手术期的临床价值。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

研究对象选取 2018 年 2 月到 2020 年 2 月间我院普外科术后患者 108 例,纳入标准:①符合普外科

疾病诊断; ② 行普外科相关手术。排除标准: ① 合并其他部位手术; ② 术后转 ICU; ③ 心、肾、脑、肝等重要器官功能衰竭。采用随机数字法将其分为对照组和试验组, 各 54 例。对照组男性 28 例, 女性 26 例; 年龄在 51~78 岁间, 平均年龄(61.39 ± 8.71)岁; 手术时间在 78~63 min 间, 平均手术时间(96.34 ± 25.74) min; 术中出血量在 45~115 ml 间, 平均术中出血量(75.17 ± 8.43) ml。试验组男性 30 例, 女性 24 例; 年龄在 49~79 岁间, 平均年龄(61.59 ± 8.05)岁; 手术时间在 82~165 min 间, 平均手术时间(96.93 ± 25.68) min; 术中出血量在 40~115 ml 间, 平均术中出血量(75.88 ± 8.67) ml。两组患者基线资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。故具可比性。本研究符合《赫尔辛基宣言》。本研究通过我院伦理委员会批准。所有患者均签署《知情同意书》。

2.2. 方法

对照组予常规加速康复外科护理。依据《中国加速康复外科围手术期管理专家共识(2016)》[2], 结合我科实际情况, 制定具体的常规加速康复外科护理方案: ① 术前宣教。讲解加速康复外科意义, 告知早期下床活动的必要性, 监督实施戒烟戒酒; ② 术前准备。术前 4 h 禁饮, 术前 8 h 禁食, 常规术前肠道准备; ③ 术中措施。采用加压空气加热器、输血输液加热装置, 维持术中患者体温; ④ 术后保障。术后采用腿部气压泵预防深静脉血栓, 嘱患者肛门排气后进流食, 并逐渐向正常饮食过度, 指导患者早期下床活动。

试验组予基于循证护理制定加速康复外科的集束化护理策略: ① 文献检索常见问题。以“普外科”、“加速康复外科”为检索词, 在万方数据库、CNKI 等数据库检索 2010 年 1 月 1 日~2018 年 1 月 1 日的已公开发表的中文文献。以“Hand surgery”、“enhanced recovery after surgery”、“ERAS”为检索词, 在 PubMed、Joanna Briggs Institute Library 等数据库检索 2010 年 1 月 1 日~2018 年 1 月 1 日的已公开发表的英文文献。数据库内检索仅限于关键词、题目、摘要, 共检索 500 篇文献, 并将高质量文献进行汇总, 发现围手术期护理缺乏以下问题。缺乏统一术前宣讲, 缺乏规范化的术中保温方案, 缺乏良好呼吸功能锻炼方案, 缺乏术后早期督促患者下床活动方案; ② 成立 ERAS 集束化护理团队。护理部主任为组长, 普外科护士长为副组长, 选拔骨干护士为组员, 组成 ERAS 集束化护理团队; ③ 制定 ERAS 集束化策略。术前宣教: 患者入院时, 由护士通过口述, 或利用病房内相应的电视等多媒体设备展开宣教的方式向患者及家属介绍 ERAS 的意义及具体实施内容, 并告知术后早期下床活动的意义, 保证患者对 ERAS 具有依从性, 并以此来不断提升患者在术前的参与感。入院后监督患者戒烟戒酒, 指导家属协助患者进行呼吸训练。术前准备: 术前 1 d, 由手术室护士介绍手术室环境, 减少恐惧心理。术前 3 d, 嘱患者低脂饮食。术前一晚, 嘱患者口服麦芽糊精果糖液 800 ml。术前 6 h 后禁食。术前 4 h, 嘱患者口服碳水化合物饮品。术前 2 h, 嘱患者口服麦芽糊精果糖液 400 ml。术前 2 h 后禁饮。术中措施: 采用保温毯保温。术后保障: 患者返回病房后, 在护士指导下, 由家属协助进行被动活动。采用腿部压力泵, 预防深静脉血栓。待患者清醒后, 嘱患者主动进行下肢活动。护士每 2 h 协助患者拍背 1 次, 并抬高床头。术后 1 d, 嘱患者于病房下地活动, 每次 10 min, 每天 3 次, 每天下地活动时间总时长超过 30 min。术后 2 d, 嘱患者于走廊下床活动, 每次 20 min, 每天 3 次, 每天下地活动时间总时长超过 60 min。术后 3 d 开始, 每次活动至少 30 min, 每天至少 6 次, 每天下地活动时间总时长超过 180 min。

2.3. 观察指标

① 比较两组患者住院时间、首次下床活动时间; ② 采用改良 Barthel 指数评分, 评价患者日常生活活动能力(ADL) [3]。改良 Barthel 指数评分包括日常生活能力的 10 个方面, 共 100 分。分数越高提示日常生活活动能力越好。比较两组患者术前及术后 3 d 的改良 Barthel 指数评分; ③ 采用视觉模拟评分(VAS)

评价患者疼痛程度。VAS 共 10 分,分数越高提示疼痛程度越高。比较两组患者术后 1 d、术后 3 d 的 VAS 评分;④ 比较两组患者术后感染并发症发生率,具体包括肺部感染、切口感染、血液感染及其他感染。⑤ 比较两组患者护理依从性,包括完全依从、依从、不依从。

2.4. 统计学方法

所有统计学资料都采用 SPSS21.0 专业统计学软件进行数据分析,计量资料以均数 \pm 标准差表示,进行 t 检验。而所有的计数资料以率(n%)表示,用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 评价为差异具有显著性。

3. 结果

3.1. 两组患者围手术期指标比较

试验组患者住院时间、首次下床活动时间均显著少于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。术前,两组患者改良 Barthel 指数评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后 3 d,试验组患者改良 Barthel 指数评分显著高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。术后 1 d、3 d,两组患者 VAS 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。详情见表 1。

Table 1. Comparison of perioperative indexes between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 1. 两组患者围手术期指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	住院时间(d)	首次下床活动时间(h)	改良 Barthel 指数评分(分)		VAS 评分(分)	
			术前	术后 3 d	术后 1 d	术后 3 d
对照组(n = 54)	12.82 \pm 2.47	37.54 \pm 5.21	97.63 \pm 2.16	54.36 \pm 7.85	4.15 \pm 0.85	2.84 \pm 1.06
试验组(n = 54)	10.29 \pm 1.68	27.93 \pm 4.26	97.82 \pm 2.24	68.71 \pm 10.54	4.07 \pm 0.79	2.92 \pm 0.93
t	6.22	10.49	0.45	8.02	0.51	0.42
P	0.00	0.00	0.65	0.00	0.61	0.68

3.2. 两组患者术后感染并发症发生率比较

试验组患者发生肺部感染 1 例、切口感染 1 例、血液感染 1 例、其他感染 1 例,术后感染并发症发生率为 7.41% (4/54)。对照组患者发生肺部感染 2 例、切口感染 1 例、血液感染 2 例、其他感染 1 例,术后感染并发症发生率为 11.11% (6/54)。两组患者术后感染并发症发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.44$, $P > 0.05$)。

3.3. 两组患者护理依从性比较

试验组患者护理依从性明显优于对照组, $P < 0.05$ 。详见表 2。

Table 2. Comparison of nursing compliance between the two groups [n (%)]

表 2. 两组患者护理依从性比较[n (%)]

组别	例数	完全依从	依从	不依从	总依从率
对照组	54	25 (46.29%)	15 (27.78%)	14 (25.92%)	40 (74.07%)
试验组	54	33 (61.11%)	20 (37.03%)	1 (1.85%)	53 (98.15%)
X^2	-	-	-	-	13.0839
P	-	-	-	-	0.0002

4. 讨论

普外科围手术期护理对于患者预后具有重要影响。基于循证护理制定 ERAS 的集束化护理策略, 是一种新型围手术期干预措施。欧洲加速康复外科学会已于 2014 年制定相关指南, 但指南中并未有具体措施, 仅为理论框架[4]。本研究, 将指南与我国国情结合, 基于循证护理制定 ERAS 的集束化护理策略, 应用于普外科术后患者围手术期。

细化围手术期宣教是十分必要的。研究证实, 多媒体结合宣教手册可提高患者围手术期参与感, 提升患者依从性, 减少术后并发症发生[5]。本研究中, 在患者入院时, 通过组会形式向患者进行健康宣教, 同时配合多媒体宣教, 向患者告知 ERAS 方案的重要性。由责任护士, 向患者进行早期饮食宣教, 指导患者低脂饮食, 为术前肠道环境做准备。术前, 由手术室护士向患者介绍手术室环境, 缓解其恐惧感。研究表明, 消化外科围手术期中, 术前 2 h 禁饮, 术前 6 h 禁食已被证实为安全、可行的[6]。ERAS 理念认为, 术前无需特殊进行肠道准备, 可减少护理工作量与患者痛苦。本研究中, 在术前对饮食进行干预, 如: 术前数日, 嘱患者低脂饮食, 并在手术前一晚、术前 2 h 嘱患者口服麦芽糊精果糖液。麦芽糊精果糖液成分单一, 不含蛋白质、脂肪、脂肪等, 可在消化道内于 90 min 内排空, 有效缓解口渴等不适, 减少术后胰岛素抵抗。本研究中, 试验组患者均安全、顺利出院。提示: 术前予饮食干预可安全替代常规肠道准备。有学者指出, 术中保温可有效降低患者术中应激水平, 降低低体温发生风险, 并缩短麻醉苏醒时间, 提高手术安全性[7]。本研究中, 对照组患者术后返回病房后, 有一部分患者出现低体温, 试验组患者术后返回病房后, 均未出现低体温。且均未诉不适。提示: 术中使用保温毯可有效保持患者术中体温, 且安全性较高。研究指出, 围手术期早期干预, 包括早期肠内营养、早期下床活动, 都是极为重要的[8]。普外科术后患者早期下床活动, 是有诸多益处的, 可缓解患者术后疲劳感。本研究中, 待患者返回病房后, 便制定详细的早期下床活动计划, 嘱患者于病房下地活动, 由在病房内活动逐渐延伸至走廊, 活动时间也逐步提高。本研究中, 术后 3 d, 试验组患者改良 Barthel 指数评分显著高于对照组。提示: 术后早期下床活动有利于患者提高胃肠功能恢复及日常生活自理能力。

5. 结论

综上所述, 基于循证护理制定 ERAS 的集束化护理策略应用于普外科患者围手术期, 可明显加快患者首次下床时间, 提高日常生活活动能力, 缩短住院时间, 减少感染并发症发生率。

参考文献

- [1] 罗贤慧. 循证管理对医院手术室感染控制和护理工作质量的影响[J]. 中国医药导报, 2017, 14(16): 146-149.
- [2] 王霄霄, 方秀新, 杨祯. 加速康复外科围手术期护理循证研究现状与展望[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(27): 2154-2158.
- [3] 张晓华, 周园. 危机管理模式对急诊手外科护理质量及护理安全的影响[J]. 护理研究, 2019, 33(13): 2337-2339.
- [4] Shoka, M., Kanda, M., Ito, S., et al. (2020) Systemic Inflammation Score as a Predictor of Pneumonia after Radical Resection of Gastric Cancer: Analysis of a Multi-Institutional Dataset. *Digestive Surgery*, 7, 1-10. <https://doi.org/10.1159/000506940>
- [5] 方艳雅, 陈彩娣, 蒋雅兰, 等. 基于加速康复外科理念循证护理干预在后颅窝肿瘤术后患者误吸风险管理中的应用[J]. 中国当代医药, 2021, 28(15): 256-258+262.
- [6] 李莉, 李文婕. 护理风险管理在显微手外科中的应用[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(3): 238-240.
- [7] 杭凌, 陈晓峰, 丁晓艳, 等. 快速康复外科护理路径在腹腔镜胃肠道肿瘤患者围手术期的应用[J]. 江苏医药, 2015, 41(21): 2643-2644.
- [8] Yuan, P., Wu, Z., Li, Z., et al. (2019) Impact of Postoperative Major Complications on Long-Term Survival after Radical Resection of Gastric Cancer. *BMC Cancer*, 5, 744-746. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6024-3>