

基于加速康复外科理念的术前预康复护理模式在妇科肿瘤患者中的应用

王 燕

宁夏医科大学总医院心脑血管病医院 宁夏 银川 750001

摘要：目的：分析基于ERAS术前预康复护理模式在妇科肿瘤患者中的应用效果。方法：选取2023年6月-2024年6月本院68例妇科肿瘤患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组34例，行常规护理，观察组34例，基于ERAS，行术前预康复护理，比较两组护理效果。结果：观察组的SF-36和ESCA评分均明显高于对照组，下床活动时间、胃肠通气时间、首次进食时间、住院时间和并发症发生率均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：基于ERAS，行术前预康复护理，能改善妇科肿瘤预后，提升康复效果。

关键词：加速康复外科理念；术前预康复护理；妇科肿瘤；并发症

妇科肿瘤常见，涉及类型多，涵盖子宫内膜癌、宫颈鳞癌等，影响女性健康。患者多行手术治疗，借助相应腔镜技术，能减少创伤，可加快康复进程，但其依然为侵入性措施^[1]。患者不了解疾病，对手术认知差，易引发心理、生理应激，另外受手术体位、创建气腹等干扰，会带来疼痛，产生并发症，例如感染、尿潴留等，为此应加强护理。ERAS属于新型理念，以此为基础，开展术前预康复护理，预康复属于新型理念，贯穿手术全程，起点为疾病诊断，到治疗，涵盖多方面内容，例如心理辅导、运动锻炼等^[2]。了解患者病情，结合既往经验，制定系统化、全面化护理方案，能维护身心健康，减少应激性损伤，取得良好预后。本研究以妇科肿瘤患者为对象，分析基于ERAS，行术前预康复护理效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年6月-2024年6月本院68例妇科肿瘤患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组34例，年龄为24-66岁，平均年龄（44.24±4.16）岁；观察组34例，年龄为25-67岁，平均年龄（44.33±4.10）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：证实妇科肿瘤；存在手术指征；有良好脏器功能；资料完整；知情同意本次研究。排除标准：伴有心肾功能异常；精神疾病；认知功能障碍；血液系统疾病；沟通障碍。

1.2 方法

对照组行常规护理，介绍疾病诱因，提醒注意事项，告诉其手术方案。提前12h，不再进食、饮水，术前1d，提供清肠药物，前一天晚上，予以灌肠，选取导尿

管，为其留置；术中，控制温湿度，前者为22-24℃，后者为50%-60%；术后，做好巡视工作，监测病情，如有异常，马上干预，若有异常，马上上报，早期进食，鼓励其下床活动。观察组以此为基础，引入ERAS理念，行术前预康复护理：

1.2.1 创建护理团队

创建护理团队，包括各个科室医师，例如心理科、麻醉科、妇科、康复科和营养科，相关科室护士，例如手术室和妇科。组长为科主任，副组长为科室医疗组长，共有3名质控监督员，1名主管医生，1名责任护士，1名护士长，确定各成员职责，引入ERAS理念，加强培训，将每个环节紧密连接，完善质量控制体系。

1.2.2 总结ERAS影响因素

成员要先评估临床环境，探讨执行时有无失败案例，进行深入研究，了解各项措施实施情况，提出问题，发现主要有未按要求执行各项措施，术前营养不到位，心理压力，运动不佳等。探讨原因，包括不了解ERAS知识，观念陈旧，对于低年资护士，未加强培训。

1.2.3 制定预康复措施

①检索文献：围绕妇科肿瘤，检索权威、典型文献，完善护理方案。②健康教育：讲解妇科肿瘤知识，可经由多种渠道，例如微信公众、口头讲解、推送文字/图片等，介绍ERAS内涵，传递疾病信息，讲解手术意义，提醒常见并发症。面向患者疑问，积极解答，保证限酒、戒烟，规律、健康生活。③心理干预：和患者面对面交流，了解其心声，倾听其主诉，评估有无负面情绪，若有，分析产生原因，提供支持、鼓励，介绍治疗成功案例。令其加强信心，能勇敢抵抗疾病。可实施音

乐疗法,进行肌肉放松训练,保证循序渐进,引导患者放松全身,先放松头面部,然后到胸部,最后到腹部,维持平稳、良好心情。④运动锻炼:开始时间为入院次日,一直到术前1d,开展有氧运动,可采取快走、慢走等形式,每次约40min,每天1次,开展呼吸锻炼,选择平卧位,开展缩唇呼吸,将两手分别放在腹部及胸前,然后紧闭嘴唇,深吸一口气,然后缓慢呼气,每次呼气时,缩拢双唇,表现为吹口哨状,控制吸/呼气时间,处于1:2。进行腹式呼吸,先经鼻吸气,然后通过口部,逐渐放出,每次吸气时,尽可能外扩腹部,每次呼气时,将腹部内缩,控制吸/呼气时间,处于1:1,每次约15-30min,每天2次。⑤营养支持:借助NRS2002量表,分析营养情况,按照营养支持指征,结合评价结果,制定干预方案,适当、科学补充热量和蛋白质,术前4d,令患者禁食,提供配方流质,用量为125g,其中包括20g安素。

1.2.4 加强质量控制

开通医患微信群,院前,负责人为主管医生,起到监督作用,提醒患者以微信群为途径,每天打卡,提供

指导。入院后,负责人为护士,观察各措施实施情况,制定检查表,登记患者信息。及时发现问题,反馈问题,制定书面报告。

1.3 观察指标

评价自护能力:采取ESCA量表^[3],包括自我康复意识、自我责任感、健康知识和自我概念,分值越高,能力越高。评价生活质量:选择SF-36量表^[4],选择6个维度,均为0-100分。评价康复效果^[5]:观察两组的下床活动时间、胃肠通气时间、首次进食时间和住院时间。评价并发症^[6]:包括感染、尿潴留、DVT和腹胀。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据,($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料,分别行t与 χ^2 检验, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组自护能力比较

对比自我康复意识、自我责任感、健康知识和自我概念评分,观察组均更高($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组自护能力比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	自我康复意识(分)		自我责任感(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	34	18.25±1.24	31.27±4.72 ^a	15.32±1.34	26.42±5.44 ^a
对照组	34	18.31±1.20	24.62±4.71 ^a	15.29±1.37	22.39±5.33 ^a
t	/	0.203	5.815	0.091	3.085
P	/	0.840	0.000	0.928	0.003

续表1 两组自护能力比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	健康知识(分)		自我概念(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	34	35.45±4.16	46.53±4.79 ^a	15.24±1.14	26.42±5.44 ^a
对照组	34	35.49±4.12	42.70±4.38 ^a	15.32±1.10	22.39±4.36 ^a
t	/	0.040	3.441	0.294	3.371
P	/	0.968	0.001	0.769	0.001

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生活质量比较

对比6个维度SF-36评分,观察组均更高($P <$

0.05)。详见表2。

表2 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	社会功能(分)		物质生活(分)		心理功能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	34	52.44±4.15	79.38±5.73 ^a	61.25±4.28	81.25±4.33 ^a	51.32±3.28	78.13±4.61 ^a
对照组	34	52.61±4.09	61.26±6.57 ^a	61.29±4.20	72.25±3.94 ^a	51.41±3.20	63.52±4.58 ^a
t	/	0.170	12.120	0.039	8.964	0.115	13.110
P	/	0.865	0.000	0.969	0.000	0.909	0.000

续表2 两组生活质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	生理功能(分)		情绪(分)		社交关系(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	34	51.32±4.18	78.25±4.15 ^a	52.34±4.16	77.41±4.19 ^a	54.26±3.64	77.38±4.95 ^a
对照组	34	51.34±4.13	71.36±3.61 ^a	52.39±4.12	68.25±3.87 ^a	54.30±3.61	72.44±4.69 ^a
<i>t</i>	/	0.020	7.304	0.050	9.364	0.045	4.224
<i>P</i>	/	0.984	0.000	0.960	0.000	0.964	0.000

注:与本组干预前比较,^a*P*<0.05。

2.3 两组康复效果和并发症比较

对比下床活动时间、胃肠通气时间、首次进食时间、

住院时间和并发症发生率,观察组均更低(*P*<0.05)。

详见表3。

表3 两组康复效果和并发症比较[n($\bar{x} \pm s$)/(%)]

组别	例数	下床活动时间(h)	胃肠通气时间(h)	首次进食时间(h)	住院时间(d)	并发症发生率(%)
观察组	34	15.56±1.18	20.87±3.14	14.06±1.33	6.54±1.11	2(5.88)
对照组	34	22.24±1.23	29.38±3.24	16.65±1.07	8.68±1.13	10(29.41)
<i>t</i> / χ^2	/	22.852	10.998	8.847	7.878	6.476
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.011

3 讨论

妇科肿瘤首选手术疗法,能减轻病情,增加生存时间。但患者一般缺乏认知,不了解手术、麻醉知识^[7],常伴负面心理,例如焦虑、不安等,会影响手术实施,干扰术后康复^[8]。为此要重视手术护理,应用常规护理,其内容简单,不够系统、全面,效果有限^[9]。

基于ERAS理念,制定预康复策略,完善术前康复措施,围绕患者进行,系统、全面分析身心状态,制定各项护理方案,包括心理辅导、营养支持等,面对身心,优化实际储备,加快康复进程。进行健康教育,采取多元化宣教法,例如公众号、播放视频等,能改善健康行为,纠正认知,提高配合度。进行运动训练,锻炼心肺功能,无论心血管、骨骼,还是肌肉,均能调节其健康状况等。研究结果显示和对照组比,观察组的自我康复意识、自我责任感、健康知识和自我概念评分均更高(*P*<0.05),表明该模式可提高自护能力。观察组的6个维度SF-36评分均更高(*P*<0.05),代表该模式能提升生活质量。观察组的下床活动时间、胃肠通气时间、首次进食时间、住院时间和并发症发生率均更低(*P*<0.05),表示应用该模式,患者康复效果更好。说明引入ERAS,落实术前预康复护理,可抑制妇科肿瘤进展。

综上所述,基于ERAS,行术前预康复护理,能改善妇科肿瘤预后,提升康复效果,具有推广价值。

参考文献

[1]孙媛,雷婷婷,曹俊辉,罗少玲,高倩云,肖智智. 妇科

肿瘤病人围术期快速康复护理的最佳证据总结[J]. 循证护理,2021,7(4):461-467.

[2]张华. 快速康复对妇科肿瘤患者腹腔镜手术中的护理效果[J]. 心理月刊,2021,16(9):182-183.

[3]韩娜娜. 基于ERAS理念探讨妇科肿瘤围手术期中中医药治疗[J]. 中国民族民间医药,2024,33(9):8-12.

[4]王霄霄,随丽丽,刘秀焕,察海梅,许雪云,徐肖. 基于三维质量结构模型构建妇科肿瘤病人加速康复评价指标体系[J]. 护理研究,2024,38(6):998-1003.

[5]温文杰. 预见性护理在妇科肿瘤PICC置管化疗患者中的应用效果[J]. 中国民康医学,2024,36(4):168-171.

[6]夏玲玲,代丽娜,邓超. 基于加速康复外科理念的术前预康复护理模式在妇科肿瘤患者中的应用[J]. 中国当代医药,2024,31(2):162-165.

[7]龚晶晶,付立,白莲花,魏小婷,孙秀丽,李晓丹. 加速康复外科理念在妇科肿瘤临床应用中障碍因素的质性研究[J]. 中国护理管理,2023,23(11):1610-1615.

[8]王阿芹,黄为君,包正英,施睿洁,李丹,韩梅,段培蓓,李敏. 妇科肿瘤患者围手术期ERAS中西医结合康复护理实践方案的构建[J]. 护理管理杂志,2023,23(6):469-475.

[9]于鹤鹏,秦珊珊,郁胜胜. 依诺肝素钠在妇科手术加速康复患者中的应用[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2023,44(15):1436-1439.