

- [11] 关伟群,伍翠敏,杨小莲,等. 对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者行基于胸痛中心的优化式院前急救护理的效果探讨[J]. 吉林医学,2020,41(3):740-741.
- [12] 刘俊. 急诊护理路径与传统护理对急性心肌梗死的抢救效果对比研究[J]. 中医临床研究,2020,12(6):58-59.
- [13] 张萍,许正红,严兆娟,等. 流程优化策略在急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治中的价值研究[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2020,15(9):1034-1036.
- [14] 张蕾,赵真,胡艳梅. 急诊护理流程干预对脑梗死患者溶栓救治效果及功能康复的影响[J]. 国际护理学杂志,2020,39(9):1663-1666.
- [15] 胡佳. 急诊介入护理流程对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治效果的影响[J]. 护理实践与研究,2020,17(20):40-41.
- [16] 黄睿花,罗银秋,伍煦涛. 优化急诊护理流程对急性 ST 段抬高型心肌梗死急诊诊疗时间节点的影响[J]. 岭南急诊医学杂志,2020,25(3):308-310.
- (收稿日期:2023-05-25 修回日期:2023-10-18)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.24.037

加速康复外科护理模式对危重症心脏大血管手术患者术后并发症和生活质量的影响

赖 芳,左淑梅

南昌大学第二附属医院心脏大血管外科 ICU,江西南昌 330001

摘 要:目的 探讨加速康复外科(ERAS)护理模式对危重症心脏大血管手术患者术后并发症和生活质量的影响。方法 按照随机数字表法将 2021 年 5 月至 2022 年 10 月该院收治的 79 例危重症心脏大血管手术患者分为对照组(39 例)和 ERAS 组(40 例)。对照组采取围术期常规护理,ERAS 组在对照组基础上开展基于 ERAS 理念的围术期护理。比较两组术后呼吸机脱机时间、拔管时间、首次下床活动时间、住院时间差异;比较两组术后并发症发生情况,以及两组术前及术后简明生活质量评价表(SF-36)评分情况。结果 ERAS 组术后呼吸机脱机时间[(3.21±0.64)d]、首次下床活动时间[(3.09±1.33)d]、拔管时间[(9.68±2.34)d]均明显早于对照组[(3.87±0.72)d、(4.27±1.75)d、(12.25±2.76)d],住院时间[(14.25±2.14)d]明显少于对照组[(16.13±2.58)d],差异均有统计学意义($P<0.05$);ERAS 组术后并发症的总发生率为 10.00%,低于对照组的 28.21%($P<0.05$);与术前相比,两组术后 SF-36 各维度评分均明显升高($P<0.05$);ERAS 组患者术后 SF-36 各维度评分均高于对照组($P<0.05$)。结论 ERAS 护理模式可促进危重症心脏大血管手术患者术后恢复,缩短住院时间,减少术后相关并发症,提高患者术后生活质量,值得推广应用。

关键词:加速康复外科; 心脏手术; 危重症; 围术期护理; 并发症; 生活质量

中图法分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)24-3733-04

心脏大血管手术具有手术操作复杂、技术难度高、手术风险高、术后并发症多等特点^[1-2],这对该手术患者的围术期护理提出了更高的要求。传统的护理观念较为保守,且同时受到多种因素的影响,导致传统的护理对心脏大血管手术患者的护理效果欠佳。加速康复外科(ERAS)是一种在围术期采取各种综合性的优化措施,以达到降低手术风险、减少患者术后并发症、缩短患者住院时间、促进患者术后康复、减少治疗成本目的的护理新模式^[3]。目前,基于 ERAS 理念的护理模式已在我国各大医院各科手术中广泛应用,已成为临床重要护理手段^[4-5]。本研究探讨了应用 ERAS 护理模式对危重症心脏大血管手术患者术后并发症和生活质量的影响,旨在为临床提供参考依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照随机数字表法将 2021 年 5 月至 2022 年 10 月该院收治的 79 例危重症心脏大血管手术患者分为对照组(39 例)和 ERAS 组(40 例)。纳

入标准:符合主动脉夹层、心脏瓣膜病、冠心病等心血管疾病的诊断标准,并经临床 CT 血管造影、胸片等影像学检查确诊,具有明确的手术指征,年龄>18 岁。排除标准:存在既往心脏手术史,存在沟通交流障碍与认知障碍,合并恶性肿瘤、精神类疾病。对照组中男 27 例,女 12 例;年龄 24~75 岁,平均(56.18±12.75)岁;病程 3~12 年,平均病程(6.65±2.27)年;体质量指数 20~26 kg/m²,平均体质量指数(24.86±1.01)kg/m²;手术病理类型:主动脉夹层 10 例,心脏瓣膜病 16 例,冠心病 13 例;合并高血压 15 例,合并糖尿病 12 例;有吸烟史 25 例;有饮酒史 22 例。ERAS 组中男 30 例,女 10 例;年龄 24~76 岁,平均(57.54±12.49)岁;病程 3~13 年,平均病程(6.71±2.33)年;体质量指数 20~26 kg/m²,平均体质量指数(25.06±0.75)kg/m²;手术病理类型:主动脉夹层 11 例,心脏瓣膜病 14 例,冠心病 15 例;合并高血压 15 例、糖尿病 14 例;有吸烟史 27 例;有饮酒史 24 例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>$

0.05)。所有患者及家属对本研究均知情同意;本研究经本院医学伦理委员会审批通过。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取围术期常规护理。包括术前各种检查、告知患者手术情况,常规备皮、禁食禁饮等常规手术准备;术中做好输液管理,配合医生做好各项术中护理工作;术后密切监测患者病情,评估拔管指征,进行保持呼吸通畅护理、并发症护理、用药指导及指导患者开展康复训练等。

1.2.2 ERAS 组 在对照组基础上,ERAS 组开展围术期 ERAS 护理。(1)术前护理:①待患者入院安顿好住院病房后,由责任护士向患者进行健康教育,加强患者及家属对疾病发病原因与机制、治疗方法、康复措施等的认识 and 了解,增强患者对疾病康复的信心,强调 ERAS 护理对手术治疗效果的重要性;同时,针对个别情绪低落、心理状态较差的患者,进行针对性的心理疏导,舒缓患者不良情绪,提高患者的治疗配合度与依从性。②术前实施营养管理。术前对患者进行营养评估,根据具体状况,制订科学、合理的营养支持措施。对于营养状态差的患者,可给予营养液;对于贫血患者,叮嘱其适当增加摄入含铁丰富的食物,纠正其贫血症状,预防低蛋白血症等。对于合并糖尿病、高血压的患者,需加强血糖、血压控制。③告知患者术前保持足够睡眠,术前 1 晚,加强对患者的睡眠管理,根据患者精神状况,采取心理指导、安慰等缓解患者焦虑、紧张等情绪状态,向患者强调保持良好睡眠质量对促进术后康复的重要性,必要时可考虑给予适量安眠药物助眠。(2)术中护理:①确保舒适的手术环境,术前 30 min 将手术室温度控制在 20~25℃,湿度控制在 45%~65%。②做好对患者的保暖护理,心脏外科手术者需控制在一定低体温范围,以降低代谢水平,此时可使用保温毯调节患者体温,同时术中补液、冲洗液等也需先进行预热,以维持心脏手术患者所需体温。(3)术后护理:①心脏外科手术为重大手术,患者术后有多根引流管、各种导管等,恢复过程相比其他手术更复杂,且存在多种术后并发症风险,故术后必须密切关注并发症情况,并及时处理,同时积极为患者尽早拔除导管,减少感染,增加患者舒适度,促进术后早日康复。②在 ERAS 核心观念中,早期进食有助于刺激患者胃肠功能恢复,因此在患者拔管 2 h 后可适当饮水,在无呛咳、可正常吞咽情况下,可逐渐给予患者经口流食。长期给予呼吸

机辅助呼吸的患者术后 24 h 后尽早开通肠道营养。③早期康复训练,术后需鼓励患者尽早下床活动。在 ERAS 理念指导下,护理人员在术后气管拔管期间每日协助患者进行腹式呼吸训练,引导患者排痰咳痰,保证呼吸畅通;给患者翻身拍背,指导患者在床上被动、主动活动双下肢,或进行脚踏车练习,然后逐渐过渡到床旁站立、坐轮椅、下地行走,做好肢体康复训练,促进康复。

1.3 观察指标 (1)比较两组术后呼吸机脱机时间、拔管时间、首次下床活动时间、住院时间差异。(2)比较两组术后并发症发生情况,如术后出血、呼吸道感染、低心排综合征、心力衰竭、心律失常、下肢静脉血栓等。(3)比较两组术前及术后生活质量改善情况。采用简明生活质量评价表(SF-36)^[6]评估患者生活质量,包含健康感觉、认知水平、躯体功能、情感功能、角色功能及社会功能 6 个维度,每个维度满分 100 分,评分越高则表明患者生活质量越好。

1.4 统计学处理 采用 SPSS21.0 软件进行数据处理。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用独立样本 t 检验,组间比较采用配对 t 检验;计数资料以 $n(\%)$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组术后呼吸机脱机时间、拔管时间、首次下床活动时间、住院时间比较 ERAS 组患者术后呼吸机脱机时间、拔管时间、首次下床活动时间明显早于对照组($P < 0.05$),住院时间明显少于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组术后呼吸机脱机时间、拔管时间、首次下床活动时间、住院时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	<i>n</i>	呼吸机 脱机时间	拔管时间	首次下床 活动时间	住院时间
对照组	39	3.87±0.72	12.25±2.76	4.27±1.75	16.13±2.58
ERAS 组	40	3.21±0.64	9.68±2.34	3.09±1.33	14.25±2.14
<i>t</i>		4.309	4.468	3.380	3.529
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组术后并发症比较 ERAS 组患者术后呼吸道感染、出血、低心排综合征、心力衰竭、心律失常以及下肢静脉血栓等并发症的总发生率为 10.00%,明显低于对照组的 28.21%($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后并发症比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	呼吸道感染	出血	低心排综合征	心力衰竭	心律失常	下肢静脉血栓	总发生
对照组	39	1(2.56)	3(7.69)	2(5.13)	1(2.56)	3(7.69)	1(2.56)	11(28.21)
ERAS 组	40	0(0.00)	2(5.00)	1(2.50)	0(0.00)	1(2.50)	0(0.00)	4(10.00)
χ^2								4.255
<i>P</i>								0.039

2.3 两组生活质量评分比较 两组术前 SF-36 各维度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后两组各维度评分均升高($P<0.05$),ERAS 组患者术后各维度评分均高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	健康感觉	认知水平	躯体功能	情感功能	角色功能	社会功能
对照组	39	术前	42.36±5.94	64.18±5.21	35.44±6.02	60.47±5.75	56.98±5.27	52.36±4.89
		术后	65.36±6.45	70.55±5.86	69.74±6.17	72.33±5.45	73.28±6.27	73.19±7.44
		<i>t</i>	−16.380	−5.073	−24.850	−9.359	−12.430	−14.610
		<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
ERAS 组	40	术前	43.06±6.22	63.86±5.47	34.94±6.52	61.26±5.45	57.04±5.53	52.11±6.07
		术后	71.26±6.69 ^a	75.48±5.37 ^a	76.73±6.56 ^a	80.25±6.33 ^a	77.19±6.41 ^a	82.45±6.57 ^a
		<i>t</i>	−19.520	−9.587	−28.580	−14.380	−16.050	−21.450
		<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:与对照组术后比较,^a $P<0.05$ 。

3 讨 论

心脏大血管手术是大创伤性手术,手术创伤、术后并发症以及治疗费用等给患者及其家庭带来了沉重的负担^[7]。因此,为促使患者术后快速恢复,提高患者预后,需加强心脏大血管手术患者围术期的护理干预。ERAS 理念是基于循证医学证据,以促进患者身体功能恢复、缩短患者住院时间、降低患者住院成本、加速疾病快速康复为目的的一种围术期综合性的护理优化措施^[8]。该模式已成为临床重要的护理新模式,备受关注。王慧慧等^[9]报道指出,ERAS 护理可降低冠心病患者冠状动脉搭桥术后并发症风险,减轻疼痛,促进日常能力恢复,缩短患者住院时间。肖淑立等^[10]研究表明,ERAS 护理能显著减轻体外循环心脏手术患者创伤后应激障碍,提高患者生活质量。可见基于 ERAS 理念的护理对心脏外科手术患者术后康复有积极作用。

本研究结果显示,ERAS 组术后呼吸机脱机时间、拔管时间、首次下床活动时间均早于对照组,住院时间也少于对照组;术后呼吸道感染、出血、低心排综合征及心力衰竭等并发症总发生率也明显低于对照组,表明采取 ERAS 护理干预可显著减少心脏大血管手术患者术后并发症发生,改善各项指标,缩短住院时间。这与其他相关报道^[11-13]结果一致。分析原因,ERAS 护理贯穿心脏大血管手术患者整个围术期,术前耐心的教育与心理指导有助于提高患者对疾病及手术治疗的认知,有助于减轻患者对手术的紧张和恐惧,从而提高患者治疗信心,促进术后康复;与此同时,术前合理营养支持对降低手术应激反应、促进术后机体功能恢复起到重要作用。而术中一系列保温护理措施、并发症护理以及术后早期康复训练减少了术后并发症的发生,因此,患者术后并发症发生率明显降低,住院时间也短于对照组。本研究结果中,两

组患者术后 SF-36 各维度评分均明显升高,且 ERAS 组患者术后 SF-36 各维度评分均明显高于对照组,表明相较于常规护理,ERAS 护理能显著提高患者术后生活质量。这与邹莉等^[14]相关报道结果一致。这可能是在 ERAS 理念指导下,护理人员在术后通过每日协助 ERAS 组患者进行腹式呼吸训练,指导患者在床上被动活动双下肢及给患者翻身拍背等,有效地促进了患者排痰咳痰,保证了患者呼吸畅通,改善了患者舒适度;通过鼓励患者尽早下床活动,有助于患者肌力的恢复,由于患者经 ERAS 护理干预后并发症减少、心理状态改善等,也间接地提高了患者的生活质量^[15]。

综上所述,ERAS 护理模式可促进危重症心脏大血管手术患者术后恢复,减少术后并发症,缩短住院时间,提高患者术后生活质量,值得推广应用。然而,由于 ERAS 护理模式需多学科合作,另外由于医护人员对传统护理观念根深蒂固、缺乏统一的 ERAS 护理标准等多种因素的影响,ERAS 护理模式在心脏外科手术患者中广泛应用可能还有一定难度。

参考文献

[1] 曾玉鑫,聂聪,潘佳浩,等. 不同病程心脏大血管手术中自体血小板分离回输的临床应用[J]. 中国医师杂志,2022,24(4):577-581.

[2] 徐博,蔡彤,李呈龙,等. 心脏术后静脉-动脉体外膜氧合辅助患者血管并发症对预后的影响及危险因素分析[J]. 中国体外循环杂志,2021,19(6):323-328.

[3] 王颖. 快速康复外科理念在心脏外科手术护理中的应用[J]. 中国实用医药,2021,16(1):167-169.

[4] 吴莹,郭端霞,赵倩,等. 快速康复外科理念在达芬奇机器人子宫内膜腺癌手术患者中应用的随机对照研究[J]. 实用妇产科杂志,2021,37(6):452-456.

[5] 陈佳,吴培. 快速康复外科理念在疝囊高位结扎术患儿围

手术期护理中的应用效果[J]. 中国医药导报, 2022, 19(22):181-184.

[6] ALDEGHAITHER S, ALNAAMI M, ALDOHAYAN A, et al. Reliability and validity study of the translated arabic version of moorehead-ardelt quality of life questionnaire II [J]. Saudi Med J, 2022, 43(3):301-306.

[7] 邹艳. 风险管理在心脏大血管外科围手术期护理中的效果及对护理纠纷率的影响分析[J]. 心血管病防治知识, 2020, 10(30):65-67.

[8] LIU L, HE L, QIU A, et al. Rapid rehabilitation effect on complications, wound infection, anastomotic leak, obstruction, and hospital re-admission for gastrointestinal surgery subjects; a Meta-analysis[J]. Int Wound J, 2022, 19(6):1539-1550.

[9] 王慧慧, 王学艳, 郭美霞. 快速康复外科理念导向下的护理干预在冠心病患者冠状动脉搭桥术围手术期中的应用[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(12):2222-2224.

[10] 肖淑立, 林慧君, 李清月, 等. ERAS 理念在体外循环心脏手术围术期护理中的应用[J]. 中国心血管病研究, 2019, 17(6):560-563.

[11] 徐元元. 探究快速康复外科理念在心脏瓣膜病患者瓣膜置换术围手术期护理中的应用效果[J]. 黑龙江医学, 2022, 46(1):64-65.

[12] 严露, 顾则娟. 基于快速康复外科理念护理干预对冠心病冠状动脉搭桥术患者应激反应及康复效果的影响[J]. 医学临床研究, 2019, 36(12):2487-2489.

[13] 苏云艳, 周申杰, 蔡美玲, 等. 基于 ERAS 理念的疼痛管理对 Stanford B 型主动脉夹层患者临床结局的影响[J]. 中西医结合护理, 2020, 6(5):101-104.

[14] 邹莉, 莫丽勤, 钟艳秋, 等. 加速康复外科护理模式在危重症心脏大血管手术患者中的应用效果[J]. 微创医学, 2022, 17(2):245-247.

[15] 胡伟, 管玉珍. 围术期快速康复外科理念在老年心脏外科手术患者中的应用[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(9):2178-2180.

(收稿日期:2023-04-16 修回日期:2023-09-08)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.24.038

右美托咪定对剖宫产产妇腰麻期间寒战反应及血流动力学指标的影响

周芬芬, 胡志强, 胡千华

上海市东方医院吉安医院麻醉科, 江西吉安 343000

摘要:目的 探讨右美托咪定(Dex)对剖宫产产妇腰麻期间寒战反应及血流动力学指标的影响。方法 按照随机数字表法将 2020 年 4 月至 2022 年 3 月于该院进行剖宫产手术的 86 例产妇分为观察组和对照组, 每组 43 例。两组均采用腰麻, 观察组静脉泵注 Dex, 对照组静脉泵注氯化钠注射液。比较两组寒战反应、血流动力学指标及不良反应。结果 观察组寒战反应分级优于对照组, 寒战总发生率(16.28%)低于对照组(48.84%), 差异均有统计学意义($P<0.05$)。重复测量方差分析显示:不同时间及两组间血氧饱和度(SpO_2)、平均动脉压(MAP)比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 且 SpO_2 、MAP 的变化不存在交互效应($P>0.05$)。不同时间及两组间心率(HR)比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 且 HR 的变化存在交互效应($P<0.05$), 说明不同时间对 HR 的影响随着麻醉药物的不同而不同。两组不良反应恶心呕吐、低血压、心动过缓发生率比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。结论 Dex 用于剖宫产术中镇静效果确切, 有利于减轻产妇腰麻期间寒战反应, 减少寒战发生率, 稳定产妇血流动力学, 且不良反应并未增加, 临床应用安全、可靠。

关键词:剖宫产; 右美托咪定; 腰麻; 寒战反应; 血流动力学

中图分类号:R614 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2023)24-3736-04

剖宫产是一种常见的胎儿娩出手段, 近年来我国剖宫产率仍居高不下, 这也对产科麻醉的舒适性及安全性提出了更高的要求。腰麻具有阻滞起效快、肌松效果好等优点, 是剖宫产术中优选的麻醉方法, 但产妇易出现寒战、恶心及呕吐等不良反应, 对产妇产后心理状态、生理功能甚至是母乳喂养等均具有较大影响^[1-2]。右美托咪定(Dex)属于 α_2 肾上腺素能受体激动剂, 可产生镇静及镇痛作用, 稳定产妇血流动力学, 且呼吸抑制作用轻微^[3-4]。鉴于此, 本研究将探讨 Dex 对剖宫产产妇腰麻期间寒战反应的影响, 为产科

麻醉用药提供指导, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

按照随机数字表法将 2020 年 4 月至 2022 年 3 月于本院进行剖宫产手术的 86 例产妇分为观察组和对照组, 每组 43 例。观察组:年龄 22~38 岁, 平均(29.41±2.06)岁;孕周 37~41 周, 平均孕周(39.12±0.41)周;受教育程度, 高中及以下 20 例, 专科及以上 23 例。对照组:年龄 22~39 岁, 平均(29.36±2.11)岁;孕周 37~41 周, 平均孕周(39.07±0.40)周;受教育程度, 高中及以下 24 例, 专