

加速康复外科理念在良性前列腺增生围手术期护理中的应用

舒锐

(重庆医科大学附属第二医院 重庆市 400072)

摘要:目的:了解加速康复外科理念(英文简称“ERAS”)在良性前列腺增生(英文简称“BPH”)患者围手术期中的临床应用价值。方法:抽选出本院外科在2021.3-2022.3之间接收的行前列腺电切术病患80例,按照病患的入院前后顺序将其划分成2小组,即:对照组与实验组,每小组各40例患者,其中,对照组选择的基础护理模式,实验组选择的是基础护理+ERAS模式,接下来需要对比2组病患的术后下床/排气时间、住院时间、尿管留置时间、治疗费用、并发症率等指标变化。结果:实验组的术后下床/排气时间、住院时间、治疗费用分别是(20.32±2.17)d、(22.15±6.5)h、(3.45±0.59)d、(1.10±0.24)万元、10.00%,而对照组各是(25.23±4.65)d、(27.99±6.47)h、(3.89±0.72)d、(1.36±0.38)万元、25.00%,其对比差异突出存在统计学优势, $P<0.05$;对于两组病患的尿管留置时间来说,其对比差异不明显,没有统计学优势, $P>0.05$ 。结论:对于BPH病患来说,在围手术期治疗过程中选择基础护理与ERAS理念应用于护理工作中则能够缩短患者的治疗时间,有利于其身体尽快恢复健康,同时也能够直接减少病患的治疗费用、降低并发症率等,具备较强的护理应用价值。

关键词:加速康复外科理念;良性前列腺增生;围手术期;护理价值

引言:目前,在临床各类疾病的治疗与护理过程中,ERAS属于一种全新的改良诊疗模式,它能够对临床多学科资源实施针对性整合与优化,为确保患者尽快实现术后恢复、提高治疗效果、减少机体异常应激发作用等发挥积极作用^[1]。根据大部分医学家的统计来看,ERAS已经在胃肠系统疾病、骨科系统疾病中得到广泛应用,且获得非常理想的临床疗效。其应对策略比较多,例如:围手术期间的心理干预、术中保温管理、手术微创、置管护理、早期下床锻炼等。BPH是广大中老年人常见的一类疾病,它会直接影响到患者的性生活质量,在临床治疗中,主要是通过尿道前列腺电切术对其实施治疗,该方案局部较强的微创优势。不过BPH这一疾病的好发群体是以中老年人为主,他们一般同时存在一些基础性疾病,诸如:高血压、糖尿病、呼吸系统疾病等,所以在实施外科手术的过程中极易出现并发症风险,而且还会造成患者的治疗成本增加、就医时间延长等^[2]。所以,寻找科学有效的护理策略缩短患者的术后恢复时间是有一定的实践价值与应用意义。一些学者经过长期的临床观察能够发现:在围手术期护理期间,对BPH患者实施ERAS护理则有利于增强患者的临床护理效果,对患者术后快速恢复是有帮助的^[3]。为了能够对其开展客观性地临床研究,笔者筛选出80例BPH患者为研究对象,思考ERAS与常规护理模式之间的差异性,相关内容如下。

一、对象及方法

(一)常规资料

抽选出本院外科在2021.3-2022.3之间接收的行前列腺电切术病患80例,按照病患的入院前后顺序将其划分成2小组,即:对照组与实验组,每小组各40例患者。其中,对照组的年龄在52-79岁之间,中间值是(67.56±2.13)岁;前列腺体积在40-105ml范围内,中间值是(62.13±15.42)ml;合并基础病症包括:糖尿病15例、心血管疾病12例、呼吸系统疾病5例。实验组的年龄在53-78岁之间,中间值是(68.44±2.09)岁;前列腺体积在39-115ml范围内,中间值是(65.04±11.43)ml;合并基础病症包括:糖尿病16例、心血管疾病14例、呼吸系统疾病6例。统计对比2组的基线资料,发现其差异不明显,没有统计学价值, $P>0.05$;本实验已经得到伦理委员会的支持与批复^[4]。

筛选条件包括:①全部病患在来源之后均接受专业检查,均确诊是BPH;②所有的年龄均超过50岁以上;③所有患者都接受前列腺增生电切术治疗方案^[5]。

筛选条件包括:①兼有其他重大疾病者;②无法耐受全麻者;③疑似患有前列腺癌者。

(二)方法

2组病患在来院之后需要接受临床医护人员的筛查,有利于制定一套针对性、规范性的治疗方案。对于一些兼有基础性病症的BPH病患来说,则需要联合科室临床医生的综合会诊,加强患者的血压、血糖控制;针对肾功能不全者,需要留置导尿,待病情稳定或好转之后需要实施前列腺增生电切术。接下来2组患者均接受气管插管全麻,临床操作医生是一个团队^[6]。手术方案包括:选择德国进口Olympus双极等离子电切术医疗器械,设置电切功率是220W,电凝功率是80W,入境后认真观察两侧输尿管开口及其周围组织等解剖状态。于5点方向进行切除,其深度需要覆盖前列腺增生组织,手术区域一定要严格止血,随后通过冲洗瓶吸出膀胱中的组织碎片、凝血块,然后把全部的前列腺增生切除,并收集称重,然后送至病理室进行性质检验^[7]。随后留置导尿管,并用生理盐水对膀胱实施持续性冲洗。接下来对照组选择的是基础护理方案,其内容是指:术前提前做好各项临床筛查准备,并对患者进行临床宣教、心理指导,督促患者禁食禁水,并服用泻药等;术后加强患者的各项生命体征监测与观察,然后注重切口护理,并加强患者的日常饮食及运动管理等^[8]。

实验组选择的是ERAS护理模式,其内容包括:①在术前需要加强患者的临床宣教,确保其对ERAS临床知识有一个全面地认识与了解,并指导患者认真做好术前准备;②加强患者的日常饮食管理,鼓励其多摄入一些高蛋白、高纤维等食物,保障营养丰富,在术前10h需要禁食、2h禁水,且在术前2h指导患者服用500ml葡萄糖溶液,无需机械灌肠;③在术中操作期间需要严格设置手术室温湿度,温度一般在22-25℃,湿度一般控制在40%-60%不等,并且还需要加强病患的防寒保暖管理,预防病患术中出现低体温等现象,否则会导致患者心律失常、凝血功能异常等,从而对手术效果造成不利影响^[9];④术后需要严格限制补液量,通常不能够高于

1500l;待患者麻药散去且完全苏醒之后,需要指导患者进餐饮水,一般为其安排一些富含维生素、蛋白质的流质食物,如果没有任何不适则需要恢复正常饮食。为了规避低温等带来的不良刺激(诸如膀胱痉挛等),则需要对患者用加热冲洗液进行膀胱冲洗,确保导尿管顺畅;若发生堵塞必须要第一时间给予挤压;⑤如果患者的前列腺增生组织切除质量<30g,一般在术后1-2d即可拔掉导尿管;若超过30g,那么则需要术后3d拔掉导尿管;⑥术后完全苏醒者需要及时参与床上运动,于第2d后若尿液颜色明显变浅,则可以适量地进行下床运动;若尿液颜色无变化,则需要继续冲洗膀胱,且坚持床上运动。

(三) 指标分析

统计对比两组的病患的术后下床/排气时间、住院时间、尿管留置时间、治疗费用、并发症率等指标变化^[10]。

其中,并发症一般是指:尿道狭窄、膀胱痉挛、暂时性尿失禁、尿滞留、肺部感染等。

(四) 数据处理

把本研究数据利用SPSS28.0软件实施统计处理,其中,计数指标通过(n,%)进行评估,接下来还需要给予x²检验;计量指标选择的是(x±s)给予评估,并实施t检验。假若P<0.05,那么,能够看出其差异明显。

二、结果

(一) 对比2组手术指标

实验组的术后下床/排气时间、住院时间、治疗费用分别是(20.32±2.17)d、(22.15±6.5)h、(3.45±0.59)d、(1.10±0.24)万元,而对照组各是(25.23±4.65)d、(27.99±6.47)h、(3.89±0.72)d、(1.36±0.38)万元,其对比差异突出存在统计学优势,P<0.05;对于两组病患的尿管留置时间来说,其对比差异不明显,没有统计学优势,P>0.05。如表1。

表1 统计对比2组患者的手术指标(x±s)

分组	例数	下床时间 /d	排气时间 /h	住院时间 /d	治疗费用/ 万元	尿管留置时 间/d
实验组	40	20.32±2.17	22.15±6.05	3.45±0.59	1.10±0.24	2.81±0.75
对照组	40	25.23±4.65	27.99±6.47	3.89±0.72	1.36±0.38	3.01±0.95
t		2.456	3.256	1.179	4.002	-2.089
P		0.008	0.001	0.0005	0.006	0.512

(二) 对比2组患者的并发症率

实验组、对照组的并发症率各是10.00%、25.00%,2组对比差异不突出,无具备统计学意义(P>0.05);如表2。

表2 统计对比2组的并发症率(n,%)

分组	例数	尿道狭窄	膀胱痉挛	暂时性尿失禁	尿滞留	肺部感染	并发症率 /%
实验组	40	1	1	1	1	0	4(10.00)
对照组	40	0	3	2	4	1	10(25.00)
X ²							14.022
P							0.715

三、讨论

基于现代医学理念的渗透性,当前各类疾病治疗必须要遵循以

患者为本的诊疗模式,其根本目的是保障患者身心健康。和基本护理模式相对比,ERAS护理理念能够联合多学科知识为患者进行围手术期护理,其根本目的是为了尽量减轻对患者造成的心理压力,例如:术前缩减禁食禁水时间,不用实施肠道灌肠,且对其适量给予营养物等,以上策略不但能够减轻病患的心理压力,而且还能够减弱其身体不良应激反应等,这对于患者的术后体力恢复、降低不良反应率等是有一定积极意义的^[11]。在本文的研究中我们能够发现,在实施ERAS护理模式之后,BPH患者的各项临床指标能够在较短时间内有效恢复正常,最重要的是能够最大化地降低患者的就医成本,且降低并发症率,所以与常规护理模式相对比,ERAS护理模式的应用具备较强的临床应用价值^[12]。

总而言之,ERAS护理模式具有综合性等特点,它对于促进患者术后康复、增强临床治疗效果具有一定的积极应用。当然,在BHP患者围手术期护理应用期间,其没有一个固定的模式,具体是结合患者的实际情况与需求制定的可行性护理方案,所以这需要得到临床多学科医护人员的大力支持,方可保障患者的临床治疗效果实现最优化。

参考文献:

[1]巫晓如,苏晓萍.加速康复外科理念在钬激光前列腺剜除术治疗良性前列腺增生围手术期护理中的应用效果[J].吉林医学,2019,40(2):3.

[2]梁育梅,梁文婵,江晓燕,等.加速康复外科理念在良性前列腺增生围手术期护理中的效果分析[J].中国实用医药,2020,15(18):3.

[3]赵书珍.基于快速康复外科理念的护理干预在大体积良性前列腺增生患者围手术期的应用观察[J].健康必读,2020,8(13):3.

[4]代艳,闫莉.研究加速康复外科(ERAS)理念在良性前列腺增生患者围手术期护理中的效果[J].实用临床护理学电子杂志,2020,005(026):P.80-80,89.

[5]任春燕.快速康复外科理念在老年前列腺增生患者围手术期护理中的应用效果观察[J].心理月刊,2020,35(6):147-149.

[6]王莉,袁圆,高华.加速康复外科理念用于良性前列腺增生围手术期效果评价[J].东方药膳,2020,000(015):96.

[7]肖玲.加速康复外科理念联合家庭护理干预对良性前列腺增生患者术后生活质量的影响[J].中西医结合护理(中英文),2018,4(5):4.

[8]秦香,陈晨.加速康复外科理念在无痛人流围手术期护理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(51):2.

[9]杨丽.加速康复外科理念在良性前列腺增生围手术期护理应用效果及预后分析[J].世界最新医学信息文摘,2018(97):2.

[10]郑建辉,康进,代安兰.快速康复外科理念在高龄高危良性前列腺增生患者围手术期护理的应用[J].医药前沿,2017,7(012):333-334.

[11]任江华.基于快速康复外科理念的护理干预在大体积良性前列腺增生患者围手术期的应用[J].河南医学研究,2020,29(10):2.

[12]王英.良性前列腺增生围手术期护理中采取加速康复外科理念的价值[J].2020,16(11):3.

作者简介:舒锐(1996年9月20日)女,汉,重庆巫山,护士,本科,研究方向:护理。