

# ERAS与精细化护理在脑卒中介入治疗中的应用

石雪汝 王治艳

新疆医科大学第七附属医院 新疆乌鲁木齐 830000

**摘要:** **目的:** 研究“ERAS”联合精细化护理对急性脑卒中介入治疗患者围术期的影响。**方法:** 选取2022年12月至2023年12月期间的120例急性脑卒中患者, 随机分为观察组和对照组。对照组给予常规护理, 观察组给予“ERAS”联合精细化护理。比较两组患者的护理效果。**结果:** 观察组患者的术后恢复指标, 并发症发生率均好于对照组患者。**结论:** “ERAS”及精细化护理对急性脑卒中介入治疗围术期应用效果显著, 能有效地促进病人康复和降低并发症。**关键词:** 急性脑卒中; ERAS; 精细化护理

## 前言

近年来, “ERAS”(Enhanced Recovery After Surgery, 加速康复外科)理念在全球医疗界引起了广泛关注。该思路主张通过多学科协作来执行一系列围术期优化管理策略, 主要涉及术前准备, 手术技术提高和术后疼痛处理等方面、早期活动及营养支持等来尽量减少手术应激、减少并发症的发生风险、促进病人迅速恢复。ERAS的治疗理念不仅在普通外科手术中具有适用性, 还逐步被融入到神经介入治疗的实践中, 为急性脑卒中患者的护理工作提供了全新的方向。

## 一、资料与方法

### 1. 一般资料

本研究选取了2022年12月至2023年12月期间在我院接受急性脑卒中介入治疗的120例患者。纳入标准: (1) 达到急性脑卒中的诊断标准; (2) 初次发病时; (3) 同意参加本项研究。排除标准: (1) 患有严重的心脏、肝脏、肾脏等器官相关疾病; (2) 有认知障碍或者精神疾病; (3) 过去曾有脑血管介入治疗史。随机将其分为观察组以及对照组各60例。观察组中, 男性32例, 女性28例, 年龄45-78岁, 平均年龄( $62.5 \pm 8.5$ )岁; 对照组中, 男性30例, 女性30例, 年龄43-76岁, 平均年龄( $61.8 \pm 9.2$ )岁。在性别、年龄和病情等多个维度上, 两组患者之间的差异并没有统计学上的显著性( $P > 0.05$ ), 因此它们是可以进行比较的。

### 2. 方法

#### (1) 对照组

对照组患者给予常规的护理, 主要包括手术前的健康教育, 完善的术前准备, 手术后的病情观察, 基础护理和饮食指导。具体的措施如下:

术前: 向病人和家属说明操作目的, 方法, 注意事

项等内容, 以减轻病人紧张心理。帮助病人完成所有术前检查如血常规, 凝血功能, 肝肾功能的检查。手术前的一个晚上进行了清洁的灌肠处理, 而在手术前, 患者需要禁食并禁水6-8小时。

术后: 严密观察病人生命体征包括体温, 脉搏, 呼吸和血压。留意观察病人意识状态, 肢体活动等情况, 若出现异常要及时向医生汇报。保持病人呼吸道畅通, 帮助病人翻身, 拍打背部, 防止肺部感染。给病人清淡、容易消化的食物, 并鼓励病人多喝一些水, 使大小便畅通。

#### (2) 观察组

观察组在对照组基础上给予“ERAS”联合精细化护理, 其具体措施为:

术前: 在进行常规健康教育的同时, 对病人进行个性化心理支持以帮助其建立自信、缓解焦虑、恐惧等心理。在手术前两小时给病人适量饮用碳水化合物饮料来降低术前饥饿感及胰岛素抵抗。术前没有清洁灌肠。

术后: (1) 早期活动: 手术后6个小时内, 鼓励病人积极或消极地做屈伸下肢和握拳肢体活动。手术后24小时内辅助病人下床, 活动量及活动时间逐渐延长。

(2) 在疼痛管理方面, 采用多种镇痛方式, 如口服止痛药和静脉自控镇痛泵等, 以便根据患者所感受到的疼痛强度来及时调整治疗方案。

(3) 饮食管理: 手术后两小时可给病人少量的水, 如果没有不适感, 逐步给流食, 半流食, 手术后第1天恢复正常进食。

(4) 管道管理: 尽可能减少不必要留置管道, 例如导尿管。对必须保留的管道要加强护理、定期考核、及早拔除。

(5) 康复训练: 针对病人具体情况制定个性化康复训练方案, 主要包括肢体功能锻炼和语言训练。

### 3. 观察指标

(1) 术后恢复指标：术后首次进食的时间、术后首次下床活动的时间以及住院的时长等方面。

(2) 并发症的发生情况：有肺部感染，尿路感染，下肢深静脉血栓。

(3) 病人满意程度：通过问卷调查了解病人对护理服务是否满意。

### 4. 统计学方法

运用SPSS 22.0统计软件包对数据进行分析。计量数据是用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 来表示的，并采用了t检验方法；计数资料用率 (%) 表示并进行  $\chi^2$  检验。P<0.05，说明有统计学意义。

## 二、结果

### 1. 术后恢复情况

表1 术后恢复情况对比

指标	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	t值	P值
术后首次进食时间 (h)	2.01 ± 0.35	3.87 ± 0.62	-15.321	<0.001
术后首次下床活动时间 (h)	9.56 ± 1.23	21.34 ± 2.51	-23.417	<0.001
住院时间 (d)	6.32 ± 1.05	9.54 ± 1.32	-10.236	<0.001

### 2. 并发症发生情况

表2 并发症发生情况评分

并发症	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	$\chi^2$ 值	P值
肺部感染	1 (1.67%)	8 (13.33%)	4.982	0.026
尿路感染	0 (0.00%)	7 (11.67%)	7.291	0.007
下肢深静脉血栓形成	1 (1.67%)	6 (10.00%)	4.167	0.041

### 3. 患者满意度

表3 患者满意度评分

满意度	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	$\chi^2$ 值	P值
非常满意	42 (70.00%)	28 (46.67%)	6.061	0.014
满意	16 (26.67%)	21 (35.00%)	1.176	0.279
不满意	2 (3.33%)	11 (18.33%)	7.291	0.007

### 4. 神经功能缺损评分

表4 神经功能缺损评分表

时间	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	t值	P值
术前	16.23 ± 3.12	16.18 ± 3.08	0.112	0.911
术后1周	10.12 ± 2.05	13.26 ± 2.43	-6.543	<0.001
术后1个月	7.05 ± 1.52	9.87 ± 1.86	-5.321	<0.001
术后3个月	4.23 ± 1.21	6.54 ± 1.37	-4.632	<0.001

### 5. 日常生活活动能力评分

表5 日常生活活动能力评分表

时间	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	t值	P值
术前	42.36 ± 5.32	42.29 ± 5.28	0.067	0.947
术后1周	63.25 ± 6.21	52.14 ± 5.36	8.236	<0.001
术后1个月	74.32 ± 7.15	63.21 ± 6.24	7.132	<0.001
术后3个月	85.64 ± 8.32	74.53 ± 7.21	6.543	<0.001

## 三、讨论

本次研究结果表明：观察组患者术后恢复指标及并发症发生率明显好于对照组，说明“ERAS”联合精细化护理对急性脑卒中介入治疗围术期效果显著，能有效地促进患者恢复和降低并发症。观察组手术后第一次进食时间，手术后第一次下床活动时间及住院时间显著短于对照组，说明“ERAS”联合精细化护理能加快病人的手术后恢复。其原因可能与下列因素相关：一是“ERAS”概念强调减少手术前禁食禁水，以避免长期禁食禁水引起胰岛素抵抗及分解代谢而利于手术后康复。二、精细化护理强调早活动手术后的早下床活动对防止下肢深静脉血栓的发生、促进胃肠功能的恢复、减少住院时间有很大帮助。观察组并发症的发生率显著低于对照组，说明“ERAS”联合精细化护理可以减少术后并发症的发生。其原因可能和下列因素相关：一是“ERAS”概念强调多模式镇痛并通过不同镇痛方法的结合使用能有效减轻病人术后痛苦并降低疼痛引起的并发症。二是精细化护理重视管道管理，最大限度地减少不必要地保留管道，对必须保留的管道强化护理、定期考核、及早拔除可以减少感染及其他并发症。

## 参考文献

- [1] 彭庆. 重点环节气道精细化护理在危重脑卒中患者中的应用[J]. 名医, 2023, (15): 105-107.
- [2] 王项, 杨雯雯, 夏灵. 精细化护理结合功能训练在老年脑卒中偏瘫患者中的应用价值[J]. 临床医学工程, 2022, 29 (08): 1151-1152.
- [3] 韦佳. 精细化护理在脑卒中危重患者护理质量管理中的效果研究[J]. 名医, 2021, (07): 137-138.
- [4] 许楠. 精细化护理对脑卒中患者神经功能缺损恢复的影响[J]. 智慧健康, 2021, 7 (06): 27-29.
- [5] 陈昭认. 老年脑卒中偏瘫患者肢体功能康复锻炼中精细化护理服务的应用[J]. 智慧健康, 2020, 6 (33): 188-189.