

重视加速康复外科理念在围手术期的宣教工作

唐梁¹, 陈创奇^{2*}

1. 中山大学附属第一医院 加速康复外科华南培训中心, 广东 广州 510080

2. 中山大学附属第一医院 胃肠外科中心结直肠外科, 广东 广州 510080

【摘要】 随着加速康复外科(ERAS)理念的广泛推广,各项 ERAS 措施在临床上得到普遍认可和应用,术前 ERAS 宣教也逐渐得到关注。国内外各种 ERAS 指南或专家共识中均强调围手术期 ERAS 宣教在外科临床应用中的重要性。ERAS 宣教是术前 ERAS 措施部分的重要内容,也是 ERAS 示范病房建设必不可少的项目。围手术期 ERAS 宣教的对象除了患者及家属外,对 ERAS 多学科团队成员进行宣教也是非常重要的。ERAS 宣教的目的是通过各种宣教手段使患者能够充分了解和认识 ERAS 的内容、安全性和有益性,改变患者对传统观念的依赖和影响,提高患者对 ERAS 措施的依从性和医患配合,从而促进手术患者的快速康复,减少并发症,缩短术后住院时间。因此,通过建立多层次、多种方式的 ERAS 宣教及心理辅导制度是 ERAS 示范病房建设的内在要求,是临床上 ERAS 措施顺利开展的前提,也是提高患者及其家属依从性、医患配合的重要保证。

【关键词】 加速康复外科; 围手术期; 宣传教育

Pay attention to propaganda and education of the concept of enhanced recovery after surgery during the perioperative period

Tang Liang¹, Chen Chuangqi^{2*}

1. South China Training Center of Enhanced Recovery After Surgery, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, Guangdong, China

2. Department of Colorectal Surgery, Gastrointestinal Surgery Center, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, Guangdong, China

*Corresponding author: Chen Chuangqi, E-mail: chenchqi@mail.sysu.edu.cn

【Abstract】 With the widespread promotion of the concept of enhanced recovery after surgery (ERAS), ERAS measures have been widely recognized and applied in clinical practice, and the preoperative propaganda and education of ERAS has gradually received attention. Various ERAS guidelines or expert consensus at home and abroad all emphasize the importance of perioperative ERAS propaganda and education in surgical clinical application. ERAS propaganda and education is an important part of ERAS preoperative measures and an essential item in the construction of ERAS demonstration wards. In addition to patients and their families, it's also important to conduct perioperative education to members of ERAS multidisciplinary team (ERAS-MDT). The purpose of perioperative propaganda and education is to enable patients to fully understand the contents of ERAS, including it's safety and benefits, through various perioperatively educational means, and change the patient's dependence and effects from traditional concepts. To improve patient's compliance and cooperation with ERAS pathways, so as to promote the rapid recovery of the postoperative patients, reduce the complications and shorter postoperative hospital stay. Therefore, the establishment of ERAS education and psychological counseling system at multiple levels and in various ways is an inherent requirement for the construction of ERAS demonstration wards, a prerequisite for the smooth

基金项目:广州市科技计划项目(201604020003);广州市基础与应用基础基金(202102080387);2021年度广东省卫生健康适宜技术推广项目(2021-58)

*通信作者:陈创奇, E-mail: chenchqi@mail.sysu.edu.cn

implementation of ERAS measures in clinical practice, and an important guarantee for improving the compliance and doctor-patient cooperation of patients and their families.

【Key words】 Enhanced recovery after surgery; Perioperative period; Propaganda and education

加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)是由丹麦 Kehlet 教授在 1997 年提出的。Kehlet 认为除了手术和麻醉技术外,影响术后康复的关键因素是手术相关的应激反应,以及随之而来的机器官功能变化。这些改变与手术创伤所诱导的神经内分泌代谢变化和几种生物级联系统(如细胞因子、补体、花生四烯酸代谢产物、一氧化氮、氧自由基等)的激活是相关的^[1]。因此,围手术期采取的各项 ERAS 措施或 ERAS 病房建设系统有助于减少手术相关的应激反应,降低术后并发症发生率,促进患者术后康复,降低住院费用,促进医患关系和谐^[2-4]。相比其他 ERAS 措施,术前 ERAS 宣教往往容易被忽视。通过建立多层次、多种方式的 ERAS 宣教及心理辅导制度是 ERAS 病房建设的内在要求,是 ERAS 临床工作顺利开展的前提和保证,也是提高患者及其家属依从性、主动性的重要保证^[3]。本文旨在探讨 ERAS 围手术期宣教对患者依从性的影响及其在 ERAS 途径中的作用,以引起同行重视。

1 围手术期宣教在 ERAS 指南或共识中的地位

在国内外各种 ERAS 指南或专家共识均强调围手术期 ERAS 宣教在外科临床应用中的重要性。《ERAS 共识指南:加强胃切除术后恢复》认为 ERAS 路径中的项目可分为特定腹部手术项目及一般手术项目,其中术前宣教是被设定为一般手术项目,然而文献认为这些一般手术项目对胃切除术也有效,需要进一步临床研究验证^[5]。

2012 年版《ERAS 学会建议:择期结直肠手术围手术期护理指南》(简称 2012 年版指南)认为术前针对预期的手术和麻醉开展 ERAS 宣教,可减少患者恐惧和焦虑,并加快术后康复和出院(证据等级:低;推荐等级:强烈)^[6]。2018 年版《ERAS 学会建议:择期结直肠手术围手术期护理指南》(简称 2018 年版指南)认为全面的术前宣教有以下几个重要目的:①适当和完整的术前宣传教育有助于克服或减少患者对麻醉和手术的焦虑以及术后疼痛;②通过详细的、具体的、以患者为中心的信息交流,可以显著改善患者的准备、满意度和整体

手术体验(证据等级:适中;推荐等级:强烈)^[7]。与 2012 年版指南比较,推荐等级不变,但证据等级由“低”上调为“适中”。这说明围手术期宣教在 ERAS 中的积极作用得到进一步认可,各种相关的临床研究可以印证。一项随机对照试验结果显示,ERAS 治疗与住院时间显著缩短相关,其中通过围手术期的信息宣教和指导确保患者遵守 ERAS 路径是缩短住院时间的重要因素^[8]。另一项研究认为心理准备对一系列结果变量均有益,包括术后疼痛、住院时间、临床恢复、生理指标和患者满意度^[9]。

《胰十二指肠切除术围手术期管理指南》《肺手术后加速康复指南》《围手术期路径:术后加速康复妇产科委员会的建议》等文献均强调 ERAS 宣教的重要性,可以提高患者麻醉、手术后的疼痛管理,减轻恶心、焦虑感,患者的参与和融入是关键,患者教育与改善预后相关^[4,10-13]。

2 ERAS 宣教在 ERAS 病房建设中的作用

ERAS 宣教是术前 ERAS 措施部分的重要内容,也是 ERAS 示范病房建设必不可少的项目^[3,13]。其在 ERAS 病房建设中的作用主要有:①宣教是贯彻 ERAS 理念的前提和保障。没有做好宣教工作,这将严重妨碍 ERAS 临床工作的推行和实施,医患、医护难以密切配合,难以保证医疗安全和提高医疗质量,不利于提高临床诊治效率。②宣教有助于医患沟通和人文关怀。③宣教强化了围手术期的精细化管理的重要内容之一,并提高了外科疾病全程化管理水平。④ERAS-MDT 多学科协作诊疗(multidisciplinary team,MDT)核心成员从各自专业角度对患方的宣教有助于提高患者麻醉、手术后的疼痛管理,减轻患者的恶心、焦虑感^[11]。⑤宣教有助于提高全民的医疗卫生保健知识普及。

3 ERAS 宣教的对象

围手术期宣教的对象除了患者及家属(患方)外,对 ERAS-MDT 成员(或医务人员)进行宣教也是非常重要的。

3.1 患方宣教 患者是患外科疾病需要手术治

疗和心理辅导的主体,是ERAS各项措施实施的对象,特别是接受ERAS宣教的最直接对象,也是采取ERAS措施后的最直接受益者。患者的术前宣教可以让其对手术治疗或围手术期ERAS处理有一定程度的了解,让其知道采取ERAS措施后给患者带来的益处,取得患者的主动配合和积极支持,有助于改善患者住院期间的体验感,包括减轻术前焦虑、做好术后的疼痛管理、提升患者满意度及缩短住院时间。这与ERAS核心观念减少围手术期应激,加速术后恢复,降低术后并发症发生率,并节约住院费用,促进医患关系和谐是相一致的。在我国国情下,患者家属指的是患者的亲戚、朋友,绝大多数是患者的直系亲属,对手术患者的亲情关怀、心理安慰和病情照顾起到其他人无法替代的作用。家属既是协助手术患者康复的陪护员,也是协助患者进食、活动、监护的观察员,也是实施ERAS措施的协助者。家属的ERAS宣教有助于提高其对ERAS知识的认识,有助于提高其照顾和观察手术患者的临床能力,配合医护人员实施ERAS措施和围手术期管理,从而促进手术患者的快速康复。

3.2 ERAS-MDT成员宣教 ERAS-MDT成员的宣教对象应包括ERAS-MDT核心成员和非核心成员。ERAS-MDT包括纳入外科、麻醉、护理等学科的专家作为核心成员,以及根据专科情况可邀请营养师、药剂师、心理咨询专家、理疗、相关内科医生等非核心成员^[3,14]。只有ERAS-MDT成员或医务人员掌握了ERAS知识和培训技巧,才能更好地从各自专业角度对患者及其家属进行术前宣教,才能具体实施每项ERAS措施,并评估每项ERAS措施的实施效果,从而有利于降低术后并发症的发生率,促进患者术后的快速康复。ERAS-MDT成员中以外科医生、麻醉医生和病房护士最为关键,是核心成员,他们面对、接触和观察手术患者的时间长或机会多,容易获得患者的信任和配合,同时容易沟通,是ERAS宣教的主力军,他们可以从各自角度和专业领域对患者及其家属进行ERAS宣教。外科医生是实施外科疾病诊治的主体和医疗安全责任人,是围手术期ERAS各项措施的启动者、实施者、组织者、管理者和监督者,是ERAS宣教的宣教员、实施者和组织者,也是需要接受ERAS知识培训的主要对象之一。外科医生担负着ERAS术前宣教的重任,极易获得患者

信任和配合,其全面负责安排宣教的时间、地点、讲者、内容和宣教方式方法,协调麻醉医生和护士的宣教工作,既要讲手术麻醉的相关风险及其并发症可能性详细告知患者及其家属,又要告知ERAS相关知识及其带来的益处,取得患者及其家属的理解和支持,并积极配合各项ERAS措施的落实,以便取得最佳的临床效果,降低手术并发症发生率,促进患者的快速康复。病房护士工作的职责是在护士长的领导和上级护师的指导下做好患者的基础护理、专科护理和心理护理。在ERAS理念受到广泛关注和接受的临床实践中,掌握了ERAS知识的病房护士是ERAS健康宣教的一线执行者,是外科医生最密切的“助攻者”,是ERAS各项措施医嘱的执行者,医患沟通的主力军、病情变化的观察者,是手术患者康复的指导者,是临床护理数据的记录者,亦是随访的执行者。麻醉医生是对手术患者实施麻醉及其管理的医生,是ERAS-MDT中的核心队员,是ERAS宣教的实施者之一,也是接受和掌握ERAS知识和宣教的对象,也是ERAS疼痛管理的参与者。麻醉医生对手术患者的常规麻醉前访视,对患者进行术前心肺等评估,充分与患者进行沟通、宣教和咨询解答,指导患者配合麻醉和术后多模式镇痛,熟悉术后伤口疼痛的评分方法,有助于减轻患者对手术的焦虑、恐惧和紧张情绪。

另外,麻醉医生、外科医生、病房护士等ERAS-MDT核心成员相互配合使ERAS措施高效结合,有助于更好地开展ERAS宣教,需要外科医生起到启动者、组织者和协调员的作用,使ERAS宣教有序、高效、紧凑地进行。由于外科医生经常要做手术,平时观察和接触患者时间较多的是护士,护士可以更多地参与到对患者及其家属的ERAS宣教工作中,特别是床边的个体化ERAS宣教。

4 ERAS宣教的目的

术前ERAS宣教的目的是通过各种宣教手段使患者和家属能够充分了解和理解ERAS知识和措施的安全性和有益性,改变患者对传统观念的依赖和影响,积极配合和顺利实施ERAS的各项措施,从而促进手术患者的快速康复,降低并发症发生率,缩短术后住院时间^[2-11]。尽管有些ERAS措施改变了过去传统观念,甚至是颠覆了既往的陈旧性看法,但ERAS的各项措施都是在临床上

证实为有效、安全的治疗方法,并不是冒进的医学措施或方法,如过去传统观念认为胃肠外科或结直肠外科限期或择期手术后需等待患者肛门恢复排气或排便、没有腹胀等胃肠功能康复指标后,患者才能开始进食,但ERAS新理念却鼓励患者术后早期进食,并不需要等待肛门排气或排便。目前大量事实证明早期进食能够促进术后胃肠功能恢复,是安全有效的措施。

术前ERAS宣教的目的具体主要有以下几方面:①提高医务人员对ERAS理念的认识,挑战和改变传统观念,积极推广和应用ERAS新理念,更好地开展ERAS宣教工作并为患者服务;②提高患者及其家属对ERAS知识的了解和认识,积极配合医务人员的诊疗和护理工作;③宣教也是强化围手术期的精细化管理的重要内容;④提高全民的医疗保健知识,普及ERAS知识。

5 ERAS宣教的内容

5.1 患方的宣教内容 医护人员在术前通过口头、视频、讲座或书面等方式向患方(患者和家属)详细介绍麻醉、手术治疗大体过程、术后处理等围手术期的诊疗过程,缓解其焦虑恐惧及紧张情绪,使患者和家属知道自己在此诊疗计划中所发挥的重要作用,获得患者及其家属的理解、配合。医务人员对患者实施个体化宣教和患者自身积极配合是ERAS成功的关键因素之一^[2]。对患方的宣教主要包括以下内容^[2]:①ERAS知识,尤其是采取ERAS措施给患者带来的益处。②围手术期(术前、术中、术后等阶段)的手术麻醉相关知识,每一阶段可能的持续时间,主要ERAS措施实施的配合和支持(如营养评估及其营养支持等),病情观察的注意事项及陪护的管理(如新型冠状病毒肺炎疫情防护等)。③指导患者和家属如何进行疼痛评分及疼痛时及时寻求医护镇痛处理的情况。④促进术后康复的建议或措施,包括早期活动,早期进食,引流管通畅引流的管理和观察,防治或减少呼吸道感染、下肢深静脉血栓形成等并发症的发生。⑤心理干预缓解其紧张焦虑情绪。对外科手术的患者进行心理辅导有助于患者对外科疾病及其合并的基础疾病的病情了解,有助于肿瘤的筛查与防治,有助于缓解患者对手术麻醉风险的恐惧、担心,这对减少患者的心理应激是有益的,并取得患者及其家属的理解和配合,不仅有助于术后机体

的快速康复,而且也可促进手术患者的心理康复,特别是有助于肿瘤患者克服“谈癌色变”的恐惧心理。⑥出院后的饮食指导、伤口护理、随访或肿瘤术后定期复查计划、肿瘤化疗等内容,出现并发症(如吻合口瘘、出血等)的紧急医护联系及绿色通道处理,以便解决极少数患者术后早期出院后出现严重并发症能够得到及时的救治。术前宣教宜程序化、条理化、通俗化、科普化,以便患者及其家属的理解和记忆,可制定术前宣教表格及内容,按项目列出,一一对照进行,以防遗漏,并形成常态的宣教制度。

5.2 医务人员的宣教培训内容 ERAS宣教能否顺利实施并取得良好的宣教效果取决于外科医生、麻醉医生和病房护士等ERAS核心成员的密切配合、宣教内容和宣教质量。外科医生、麻醉医生和护士等从不同角度、不同专业、各自角色分别进行侧重点不同的ERAS内容宣教,形成有效的宣教制度,这有助于ERAS措施的落实和执行^[3]。

对医务人员的宣教培训主要包括以下内容:①掌握ERAS理念和围手术期管理(包括人文关怀的教育培训)的相关专业知识,更新观念,与时俱进,尽可能减少手术并发症发生,促进手术患者的快速康复,增强实施ERAS措施的宣教效果,培训内容要高于患者及其家属的知识要求。②如何实施ERAS的临床各项措施及主要环节,建设无痛病房和/或ERAS病房。③向患者及其家属开展宣教的形式、内容和演讲技巧,有条件时可以系统化、个体化、生动化的培训。④根据外科医生、麻醉医生和病房护士等ERAS核心成员分别从各自专业角度进行相应的内容培训,同时需要成员间的密切配合。

6 ERAS宣教的方式

ERAS宣教的方式、方法很多,可以从不同人群、不同对象、不同角度或疾病等进行ERAS知识宣传和健康教育,提高患者及其家属对ERAS理念的认识和理解,使得他们积极、主动配合医护人员采取的相关ERAS措施和治疗,并取得实施ERAS理念的最佳康复效果。通过建立多层次、多种方式的ERAS宣教及心理辅导制度是ERAS病房建设的内在要求,是ERAS临床工作能否顺利开展的前提和保证,也是提高患者及其家属依从性、医患配合的重要保证^[14]。因此,医护人员在术

前宣教的方式有口头的宣教和非口头的宣教(包括书面形式、墙报、音频、视频、宣传单、图像、新媒体等)。ERAS宣教也可以通过报纸、电视、收音机等媒体向公众介绍ERAS知识、新理念,普及大众,提高全社会对ERAS的认识,贯彻ERAS理念会给患者术后快速康复带来诸多益处和临床效果。不同宣教方法可以取得不同的宣教效果,并让患者及其家属积极配合。

6.1 病房健康宣传栏 在病房走廊墙上建立宣传栏,张贴一些实施ERAS措施的相关宣教内容,可以是文字或图表说明、临床手术图片展览,也可以是漫画形式表达等,方便患者及其家属浏览观看,拍照学习,也有助于ERAS知识的传播和宣教,如“无痛病房建设”“如何让术后患者快速康复”“加速康复外科给患者带来的益处”等。还可以设置提问、回答的方式,总结患者ERAS路径中疑惑最多的问题,并一一进行解答,用宣传报的方式向患者进行宣教。墙报受版面所限,它的阅读范围限于住院患者及其陪护家属,所以对ERAS内容的宣教要有针对性,且是ERAS的重要内容,它具有重复性,不同时期的不同患者及其家属可以观看同一ERAS内容,应力求短小精悍,一目了然,力求准确、鲜明、生动。

6.2 ERAS讲座宣教 可以将外科医生、麻醉医生和病房护士等ERAS-MDT核心成员的ERAS相关知识制作成幻灯片,分别向患者及其家属定期进行演讲宣教,从不同专业角度分别介绍相关ERAS内容、手术麻醉风险及其注意事项、术后病情观察和疼痛处理等,有助于他们快速接受ERAS知识和围手术期管理的内容,现场解答患者及其家属提出的问题,有助于增强医护配合、医患沟通。ERAS讲座宣教是主要的术前ERAS宣教方式,最好是每周1次,形成制度化。

6.3 宣教手册 宣传手册的主要优点是便捷,利于患者及其家属随时阅看,有助于宣教内容的保存,可以改善患者的满意度。ERAS理念相对于传统理念来说,是一种创新理念,更多的是需要把它的优点及临床获益呈现给患者,让患者感受到ERAS理念能获益的实际意义,才会有更好的依从性。宣传手册正好可以作为其他宣教的补充方式,进一步加深患者对ERAS的理解,让患者自愿参与其中。

6.4 宣教视频资料的制作及观看 目前国内大

部分医院病房里都配有电视机,医务人员可以将录制好的关于ERAS理念及路径的短视频或宣教内容在病房或走廊上循环播放,加深患者及其家属的理解和认识。内容可以从ERAS理念的发展史开始介绍,逐渐到围手术期(术前、术中、术后)各项ERAS措施对患者手术后的康复作用,围手术期营养风险评估及其营养支持、全程疼痛的管理等,患者及其家属通过观看视频资料了解和掌握ERAS理念,使他们自觉配合和支持医护人员的各项医疗活动,以便取得最佳术后康复效果。一项肺切除术研究表明,术前教育视频的播放改善了患者的准备,减轻了术前焦虑,并改善了术后疼痛感^[12]。视频宣教可以成为术前准备的一个重要组成部分,同时为与患者进行更加个性化的讨论奠定基础^[12]。

6.5 报纸、电视等传统媒体的宣教普及 由于报纸发行量大,发行范围广,读者群多,通过报纸宣传ERAS理念和知识,容易普及,使普通大众提前了解ERAS理念。在外科疾病住院时更加容易接受ERAS理念的宣教,积极主动配合诊治,达到最佳的诊疗效果,促进患者术后快速康复。通过电视的ERAS理念报道,人们更加容易通过视觉、声音得到ERAS理念的信息,普及面广,普及效果佳。

6.6 借助新媒体的宣教 新媒体是指当下万物皆媒的环境。新媒体涵盖了所有数字化的媒体形式,包括所有数字化的传统媒体、网络媒体、移动端媒体、数字电视、数字报刊等。新媒体是报刊、广播、电视等传统媒体以后发展起来的新的媒体形态,包括网络媒体、手机媒体(如微信等)、数字电视等。新媒体亦是一个宽泛的概念,利用数字技术、网络技术,通过互联网、宽带局域网、无线通信网、卫星等渠道,以及电脑、手机、数字电视机等终端,向用户提供信息和娱乐服务的传播形态。新媒体的特征具有交互性与即时性,海量性与共享性,多媒体与超文本,个性化与社群化。随着科技的飞速发展,新媒体越来越受到人们的关注,通过新媒体介绍ERAS理念的相关内容,使人们可以很容易从手机微信等新媒体获取、阅读并传播ERAS知识,图文并茂,容易理解,容易掌握,有助于ERAS知识的普及。医务人员可以把ERAS理念的核心内容和安全目标创作成朗朗上口的歌曲和舞蹈,寓教于乐,使ERAS科普知识容易掌握和理解,使ERAS路径真正融入临床工作中,更好地保

障医疗质量安全。术前对患者进行宣教可以提高患者手术过程中的满意度。一项随机对照试验证明患者术前虚拟现实(VR)体验提高了手术过程中的满意度^[15]。

6.7 个体化术前宣教 由于患者及其家属在年龄、性别、民族、语言上存在较大差异,性格脾气不同,教育文化背景不一样,接受术前宣教的效果也往往会大相径庭,这需要有针对性地进行个体化、一对一、面对面地宣教,用通俗易懂的语言、文字、图片或示意图等解释我们的手术麻醉相关内容及其ERAS知识,让其了解我们的诊疗过程和需要配合的措施,从而提高实施ERAS措施的临床效果;同时也可以现场了解患者的信息需求,以便有针对性地开展个体化术前宣教。

6.8 周会 一项综述分析发现,在手术前1周举行信息交流会是很重要的,患者认为收到了大量的信息,能够熟悉场所和医务人员,并通过阅读书面信息等提前做好术前准备,提升术前安全感,减轻了手术患者的焦虑感^[16]。另外一项研究认为,与护士进行ERAS对话对于患者的参与感和责任感是重要的,这种交流会让学生感到被医务人员认可,并且患者在交流会上体验到了患者为中心的地位^[17]。

6.9 各种宣教手段相互结合在一起的宣教 一项随机对照的前瞻性试验比较用多媒体、口头、宣传册3种宣教方法向患者提供术前知情同意,然后经问卷调查发现,多媒体方式组较口头组、宣传册组有明显更佳的正确率及术后6周的信息保留率^[18]。另一项研究认为ERAS宣教应该是结构化的,是个性化的,对于同一个宣教内容,不同患者可能提出不同问题,应予以个性化的回答。然而,这些宣教信息必须包括在ERAS整个护理期间,而目前看来情况并非如此。一套完整的ERAS宣教需要做到让学生感受到被看到、很安全、值得信任、有自我责任和参与感等五要素。医生以及护士的行为要做到与宣教内容一致性,不能让学生感到疑惑^[17]。

7 落实ERAS宣教的各项工作

入院前患者及其家属从不同途径、不同媒体报道中获得的不同程度理解或掌握的ERAS宣教知识是难以判断和估计的,但入院后采取的宣教手段及其内容,特别是ERAS知识讲座是可知、可

控的,为了有效落实各项宣教工作,提高执行ERAS措施的力度和效率,从而达到最佳的ERAS实施效果,可以制定出围手术期ERAS各项措施的宣教表,按术前、术中、术后的各个项目逐一列出,一一对照进行宣教,以防遗漏或没有落实执行。不仅要使手术患者及其家属积极参与术前ERAS知识宣教讲座,而且要合理安排医护人员设置恰当、全面、活泼、有趣的ERAS知识宣教内容,提高患者及其家属听课的积极性、主动性,促使医患之间相互配合、相互合作,从而达到最佳的ERAS宣教效果。术后医护人员需要与患者及其家属多沟通、多交流,对患者进行一对一、有针对性的ERAS知识宣教和医疗措施的解释,使患者理解、支持和配合,从术后多模式镇痛管理、早期进食、早期下床活动到下肢深静脉血栓形成等并发症的预防,加强术后的康复锻炼和治疗。

总之,国内外各种ERAS指南或专家共识中均强调围手术期ERAS宣教在外科临床应用中的重要性,不仅是术前ERAS措施部分的重要内容,也是ERAS示范病房建设必不可少的内容。通过术前多层次、多种方式的ERAS宣教方式及心理辅导制度使患者和家属能够充分了解和理解ERAS知识和措施的安全性和有益性,改变学生对传统观念的依赖和影响,积极配合和顺利实施ERAS的各项措施,缓解其焦虑恐惧及紧张情绪,从而促进手术患者的快速康复,降低并发症发生率,缩短术后住院时间。

参考文献

- [1] KEHLET H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation [J]. Br J Anaesth, 1997, 78: 606-617.
- [2] 广东省医师协会加速康复外科医师分会. 岭南结直肠外科手术麻醉的加速康复外科临床操作规范专家共识(2016版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 8(4):209-219.
- [3] 陈创奇. 加速康复外科病房建设探讨[J/CD]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2020, 12(1):1-11.
- [4] ACOG Committee Opinion No.750 Summary: Perioperative Pathways: Enhanced Recovery After Surgery [J]. Obstet Gynecol, 2018, 132(3):801-802.
- [5] MORTENSEN K, NILSSON M, SLIM K, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations [J]. Br J Surg, 2014, 101(10):1209-1229.

- [6] GUSTAFSSON UO, SCITT MJ, SCHWENK W, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations [J]. Clin Nutr, 2012, 31(6):783-800.
- [7] GUSTAFSSON UO, SCOTT MJ, HUBNER M, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018 [J]. World J Surg, 2019, 43(3):659-695.
- [8] FORSMO HM, PFEFFER F, RASDAL A, et al. Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: results of a randomized controlled trial [J]. Colorectal Dis, 2016, 18(6):603-611.
- [9] POWELL R, SCOTT NW, MANYANDE A, et al. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, (5):CD008646.
- [10] LASSEN K, COOLSEN ME, SLIM K, et al. Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS?) Society recommendations [J]. Clin Nutr, 2012, 31(6):817-830.
- [11] BATCHELOR TJP, RASBURN NJ, ABDELNOUR-BERCHTOLD E, et al. Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2019, 55(1):91-115.
- [12] TRAVES DC, VARUN P, JENNIFER MB, et al. Outcomes and perception of lung surgery with implementation of a patient video education module: a prospective cohort study [J]. J Am Coll Surg, 2012, 214(5):816-821.e2.
- [13] 广东省医师协会加速康复外科医师分会. 加速康复外科示范病房建设标准评分[J/CD]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2021, 13(1):6-10.
- [14] 程吕佳, 陈松耀, 陈创奇. 加速康复外科多学科团队的建设与管理[J/CD]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2018, 10(4):7-12.
- [15] BEKELIS K, CALNAN D, SIMMONS N, et al. Effect of an immersive preoperative virtual reality experience on patient reported outcomes: A randomized controlled trial [J]. Ann Surg, 2017, 265(6):1068-1073.
- [16] ALAA AA. Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review [J]. Br J Nurs, 2014, 23(7):387-393.
- [17] AASA A, HOVBÄCK M, BERTERÖ CM. The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care [J]. J Clin Nurs, 2013, 22(11-12):1604-1612.
- [18] CORNOIU A, BEISCHER AD, DONNAN L, et al. Multimedia patient education to assist the informed consent process for knee arthroscopy [J]. ANZ J Surg, 2011, 81(3):176-180.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊对参考文献撰写的最新要求

针对多数作者来稿中参考文献书写不规范的情况,本刊在此将文稿书写要求刊登出来,烦请各位作者注意。本刊文稿引用参考文献时,必须与其原文核对无误,请按采用顺序编码著录,依照其在正文中出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号标出。未发表的观察资料一般不作为参考文献,确定需要引用时,可将其在正文相应处注明。2次文献不适宜作为参考文献。尽量避免引用摘要作为参考文献。文献作者在3位以内者,姓名均予以列出;3位以上者,只列出前3位,后加“等”“et al”(西文)、“他”(日文)、“Ит.д.”(俄文);作者姓名一律姓氏在前,名字在后。外国人名采用首字母缩写形式,缩写名后不加缩写点;日文汉字请按规定书写,勿与我国汉字及简化字混淆。不同作者姓名之间用“,”隔开,不用“和”“and”等连词。文献类型和电子文献载体标志代码参照GB 3469《文献类型与文献载体代码》,题名后标注文献类型标志,电子文献必须标注著录项目。外文期刊名称用缩写,以美国国立医学图书馆编辑的Index Medicus格式为准。每条参考文献必须著录完整的起止页码。