

# 中西医加速康复外科理念研究现状

陶怡<sup>1</sup> 高志鹏<sup>1</sup> 乔杰<sup>1</sup> 王宇坤<sup>2\*</sup>

1 广西中医药大学 2 广西中医药大学第一附属医院甲状腺、乳腺外科

DOI:10.12238/bmtr.v7i2.13401

**[摘要]** 中西医加速康复治疗理念(CMERAS)促使围手术期管理转变,借系列举措减轻患者围术期身心应激,助力术后恢复,缩短住院时长,减轻经济负担。我国开展CMERAS临床实践研究已有数十年,于多学科尤其外科领域广泛应用。不过,该理论体系在临床实施时遭遇诸多局限。本综述将阐述我国中西医结合加速康复外科理论干预措施的研究与应用现状,明确当前面临的挑战。

**[关键词]** 加速康复外科; 中西医结合; 临床应用

**中图分类号:** R2-031 **文献标识码:** A

## Current status of research on the concept of accelerated rehabilitation surgery in Chinese and Western medicine

Yi Tao<sup>1</sup> Zhipeng Gao<sup>1</sup> Jie Qiao<sup>1</sup> Yukun Wang<sup>2\*</sup>

1 Guangxi University of traditional Chinese Medicine

2 Thyroid and breast surgery of the First Affiliated Hospital of Guangxi University of traditional Chinese Medicine

**[Abstract]** The concept of Chinese and Western Medicine Accelerated Rehabilitation Therapy (CMERAS) has led to a shift in perioperative management, with a series of initiatives to reduce the physical and psychological stress of patients during the perioperative period, facilitate postoperative recovery, shorten hospitalization, and reduce the economic burden. CMERAS has been practiced in China for decades and has been widely used in multidisciplinary fields, especially in the field of surgery. However, there are many limitations in the clinical implementation of this theoretical system. This review will describe the current status of research and application of CMERAS interventions in China and identify the current challenges.

**[Key words]** Accelerated rehabilitation surgery; Integration of traditional Chinese and western medicine; Clinical application

### 引言

加速康复外科(ERAS)理论体系基于循证医学构建,融合试验成果,经多学科协作优化围术期处理,以减轻患者围术期应激,降低并发症、缩短住院时间、节省开销并加速康复,贯穿诊疗全程,秉持以患者为中心理念。该理念由丹麦Kehlet教授1997年提出,在国际迅速普及完善。2007年,黎介寿院士引入中国,2023年国家卫健委推进其在外科应用。受传统医学影响,形成中西医加速康复治疗理念(CMERAS)。它创新性融合中西医,倡导多学科协作,中医整体观念等在围术期发挥重要作用。但目前CMERAS理论体系面临挑战,本文将对中西医加速康复外科理念发展及应用现状展开综述。

### 1 临床应用现状

外科手术常因患者本身存在的基础病或者多种不可避免的不利因素的共同作用导致患者出现非特异性应激反应,从而引起患者内分泌以及内稳态失衡,使术后并发症的发生率显著增

加,并对患者的术后恢复产生不良影响<sup>[1]</sup>。CMERAS的核心思想是采用一系列高效的措施,以减少手术可能导致的应激反应,减少并发症的出现,加速患者的康复过程,进而减少住院时长,减轻患者的经济负担,并实现良好的社会效益。一个完整的CMERAS理念体系应包含术前、术中、术后三个阶段。

#### 1.1 术前

##### 1.1.1 术前宣教

在传统术前宣教中结合中医的健康和情志教育,在一定程度上能让患者以一种积极平和的心态对待手术。诊疗中,患者的情绪常常对治疗过程产生影响,因此,赢得患者的信赖、理解和合作是确保治疗成功的关键。相关研究表明通过术前宣教能有效地协助患者及其家属更全面地理解手术流程,明确自己在CMERAS中的重要作用,降低不必要的忧虑和恐慌,以更好地配合项目实施,有助于治疗的顺利实施和术后恢复<sup>[2-3]</sup>。

##### 1.1.2 术前预康复

术前预康复指拟行择期手术的患者,通过一系列术前干预措施改善机体状态,以提高机体对手术应激的反应能力。其内容包括:术前衰弱评估、术前锻炼、术前认知功能评估、术前炎症控制、预防性镇痛等。其中围术期活动减少是导致不良预后的独立危险因素。术前指导患者进行适量锻炼,如八段锦等中医特色保健运动,可有效减少此类情况的出现。针灸作为是中医常用的治疗手段之一。术前针灸可以减轻术后疼痛、恶心、呕吐,降低应激反应。而源于中医耳针的耳穴压豆应通过王不留籽按、压、揉等方法刺激耳穴经脉,可根据疾病选取对应的穴位,可发挥出通经活络、调节气血、降逆止呕、预防疾病、调整虚实,使人体各脏腑功能活动得到调整<sup>[4]</sup>。

### 1.1.3术前营养支持及胃肠道准备

缩短术前禁食时间,有效地减轻患者因饥饿、口渴产生的烦躁、紧张等不良反应。传统手术模式常需术前常规禁食禁水8h,而在CMERAS的指导下,除需胃排空的手术外,目前提倡术前2h禁食,术前6h禁食,众多临床研究也证明中医药既能疏通脏腑,又可益气补血,具有攻补兼用的功效<sup>[5]</sup>。既能满足清肠宿便的需求,又不损伤正气,达成良好的肠道准备。

### 1.2术中

#### 1.2.1麻醉方式的选择

手术过程中应对患者采取个体化麻醉,尽量选用起效快、时效短的麻醉剂,使患者术后尽早复苏<sup>[6]</sup>。而中医麻醉如针药结合麻醉具有简单、经济、安全的特点,能够在一定程度上减少麻醉药物的使用剂量,有利于患者术中呼吸及循环系统的稳定,降低因麻醉药物而引发的不良反应的风险<sup>[7]</sup>,将其融入CMERAS的优化麻醉方案中,缩短术后自主呼吸的恢复时间和苏醒时间,促进术后恢复。

#### 1.2.2术中精细化操作

在生物-心理-社会医学模式下,外科医生不仅承担着治疗疾病的责任,还需关注术后疼痛及瘢痕增生等情况对病人生活质量及心理健康的影响。创伤是影响患者术后恢复的主要应激源,它直接决定了恢复的速度。因此,提倡在精确、微创和损伤控制的原则下进行手术,并在确保手术效果达到预期的同时,尽可能地缩小切口,以减轻创伤引起的应激。因此,手术操作的“精”和“细”成为外科治疗技术水平提升的标志<sup>[8]</sup>。术者更应注意保障手术质量并通过减少术中出血、缩短手术时间、避免术后并发症等环节促进术后康复。

#### 1.2.3术中体温控制

全身麻醉是保障手术过程顺利完成的一个重要基础,但因受到麻醉药物、输入液体和手术创伤等因素的影响,术中较易发生低体温,主要表现为核心体温 $<36^{\circ}\text{C}$ ,导致手术的治疗效果下降,并且影响患者术后恢复。因此手术期间应定期监测患者的体温,采取主动加温的方法,如手术台及液体预热,直到手术结束患者的核心体温应不低于 $36^{\circ}\text{C}$ 。避免低体温可降低外科感染、心脏并发症的发生率,降低出血和异体血输血需求,改善免疫功能,缩短全身麻醉后苏醒时间<sup>[9]</sup>。

### 1.3术后

#### 1.3.1术后疼痛管理

术后疼痛管理对患者康复至关重要,建议采用多模式镇痛,尽可能降低阿片类药物的使用率,可通过作用于人体中枢神经系统以提高对疼痛的耐受,还可启动生理性神经递质的释放,用于术后镇痛,以减少围术期阿片类镇痛药的用量,利于术后胃肠功能的恢复,降低术后恶心呕吐的发生率,为术后早期进食创造条件,也可以对胃肠运动起到双向调节作用,减轻术后胃肠功能紊乱<sup>[10-11]</sup>。也可以通过耳穴压豆功效减轻术后疼痛,缓解术后尿潴留,利于手术部位炎症和水肿的吸收。

#### 1.3.2术后胃肠道功能恢复

术后指导病人尽早经口进食,既可以减少静脉液体摄入量、尽早恢复胃肠功能,又可以有效改善患者营养状态,降低高分解代谢。根据不同病情在术后采用不同中药制剂经口服、管饲或外敷介入ERAS治疗,可促进术后胃肠功能恢复,改善肠道血流灌注,对抗内毒素和细菌移位,抑制过度炎症反应,保护肠道屏障功能,改善营养,提高机体免疫力等。中医学认为脾胃气虚、气滞为术后基本病机,六腑以通为用,脾升则健,胃降则和,腑气不通,气机升降失常是导致胃肠动力障碍的病因病机<sup>[12]</sup>,除中药口服外,穴位贴敷、艾灸疗法、穴位注射也同样具有改善胃肠动力的作用,能有效缓解腹痛、腹泻、便秘等消化不良症状。加速术后肠鸣音频率恢复,并显著缩短首次排气时间,预防和减少腹胀的发生,进而缩短住院时间。

#### 1.3.3术后早期活动

术后长期卧床会提高并发症的发生率,比如肺部感染或者栓塞等。术后早期实施合理运动,能够加快患者肌肉骨骼、呼吸等多种系统功能恢复,同时能够降低压疮、深静脉血栓形成,减少肺部感染概率,促进患者胃肠功能的恢复,所以,应该合理安排患者在术后早期进行活动。最新指南指出患者手术清醒后即可摇高床头采用半卧姿势或适量在床上活动,无需去枕平卧6h,术后1d即可尝试下床活动,并逐步增加运动量<sup>[13]</sup>。

## 2 存在问题

### 2.1中医药参与ERAS治疗模式较少

尽管CMERAS理念已在中西医结合外科领域获得认可与接受,但中医药在ERAS中的参与程度总体较低,目前仅有少量文献报道主要集中于术后调理,而术前和术中环节的介入则相对较少,尚未形成成熟且广泛认可的中西医结合CMERAS治疗模式。尚需在深刻领会CMERAS核心和意义的基础上,针对CMERAS的各个环节和影响术后康复因素,深入挖掘中医中药宝库,广泛参与CMERAS治疗,开展高质量临床研究。

### 2.2干预效果评价指标尚不完善

CMERAS应用于临床的目的是更好地改善患者生存质量,要客观地衡量恢复情况以准确评价CMERAS的干预效果。目前许多评价指标已经应用于临床,最常用的综合性指标是住院时间及住院费用。但两者往往会受到外部环境的影响,目前关于这一指标的RCT研究较少,尚需要更多随机对照研究以充分确定CMERAS方案的经济效益。

### 2.3 多学科的协作和沟通不足

中医有着与西医完全不同的理论体系, 中医药介入西医外科, 可以在某一阶段与西药同时运用, 也可以是分段汇通, 两者可以各自独立起效, 也可以产生协同或拮抗作用。根据当前的研究进展, 关于哪些中西药可以进行组合、如何进行组合、它们之间的相互作用、各自的作用机制以及最佳组合方式等问题仍然存在较大困难, 但就CMERAS来说, 主要的交集发生在术后, 而且中医药以治证为主, 重在加速康复, 少有治病作用, 更多的还是关注是否产生不良反应或影响西药疗效。

### 3 结语

中医重整体、脏腑联系, 是经验归纳; 西医重实体病变, 是实验演绎, 二者各有特点。在双重诊断基础上进行中西医有机结合, 能优势互补, 符合结合医学潮流。CMERAS模式聚焦术后整体与功能康复, 契合中医优势, 其以疗效为衡量标准, 目标与中西医结合成效一致, 有望成为中国最佳康复模式。但临床实践复杂, 患者存在个体差异, 实施CMERAS不能一刀切, 需综合多方面因素, 防止简单、机械化应用。

#### [参考文献]

[1] Xiao X, Zuo YD, Kuang SY, et al. Effectiveness of WeChat-assisted preoperative education to reduce perioperative anxiety in breast cancer patients: a prospective randomized controlled study protocol[J]. *Trials*, 2024, 25(1): 231.

[2] 王玉静. 激励式健康教育对乳腺癌患者术后希望水平和应对方式的影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2023, 31(10): 1494-1499.

[3] 江志伟, 李宁, 黎介寿. 快速康复外科的概念及临床意义[J]. *中国实用外科杂志*, 2007, 27(2): 131-133.

[4] 杨火秀, 王玲, 熊颖. 耳穴压豆结合情志护理在剖宫产术后加速康复外科的应用[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2024, 22(20): 178-181.

[5] 苑韬, 王少言, 张焕. 中西医结合加速康复外科应用进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2019, 21(6): 213-216.

[6] 郭克芳, 王春生. 制定并验证适合我国国情的心脏外科ERAS策略及相应指南具有重要意义[J]. *中华医学信息导报*, 2021, 36(7): 10.

[7] 蔡元春. 针刺麻醉在围手术期的应用现状及研究进展[J]. *中国医学创新*, 2024, 21(06): 166-170.

[8] 王斌, 仇明. 腔镜甲状腺外科手术的精细化操作技术[J]. *外科理论与实践*, 2023, 28(03): 197-201.

[9] 杨洋, 何睿新. 手术患者低体温的预防与术中体温的管理[J/CD]. *实用临床护理学电子杂志*, 2020, 5(10): 171.

[10] 王惠敏, 樊志敏. 针灸促进快速康复外科腹部术后胃肠功能恢复的探讨[J]. *中国中医急症*, 2010, 19(12): 2108-2109.

[11] 周细秋. 快速康复理念在中西医结合直肠外科领域中的应用进展[J]. *上海中医药大学学报*, 2014, 28(1): 91-94.

[12] 莫金花, 陈似霞, 庞秋霞, 等. 快速康复外科模式下艾灸足三里等穴对肝癌术后患者胃肠功能恢复的影响[J]. *微创医学*, 2024, 19(01): 61-64.

[13] 中华医学会外科学分会, 中华医学会麻醉学分会. 中国加速康复外科临床实践指南(2021)(二)[J]. *协和医学杂志*, 2021, 12(5): 632-640.

#### 作者简介:

陶怡(1999—), 男, 汉族, 安徽人, 广西中医药大学, 研究生在读, 研究方向: 中西医临床外科学—甲状腺乳腺外科。