

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.20.027

基于临床路径的营养支持模式对人工流产患者营养状况和术后康复的影响*

罗 密¹, 黄梦媛², 李政亮³, 汪雪琳³, 李晓琴³, 张 柳³, 陈 虎^{4△}

重庆市妇幼保健院:1. 计划生育科;2. 营养科;3. 护理部;4. 麻醉科, 重庆 400013

摘要:目的 探讨应用基于临床路径的营养支持模式对人工流产患者机体营养状况和术后康复的影响。方法 选取 2019 年 7 月至 2020 年 1 月在该院行人工流产的患者 100 例, 分别行常规饮食指导(对照组, $n=50$)及基于临床路径的营养支持(试验组, $n=50$), 比较两组营养状况及康复情况。结果 试验组在术后第 7 天血红蛋白丢失量低于对照组, 清蛋白水平高于对照组, 焦虑自评量表评分低于对照组, 生活质量评分高于对照组, 并发症发生率低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 基于临床路径的营养支持模式对人工流产患者术后康复有一定的促进作用。

关键词:人工流产; 临床路径; 营养支持; 营养状况; 术后康复

中图分类号:R169.42

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)20-3022-03

人工流产为一项对意外妊娠终止的补救措施, 虽手术安全有效, 但因患者受早孕激素影响, 食欲较差, 加之因麻醉实施需要术前禁食, 术后麻醉药物对胃肠存在不良刺激, 均易造成营养不良状况^[1-2]。营养不良可加重患者焦虑情绪, 增加并发症发生风险, 故对患者营养状况进行有效干预, 预防营养不良发生成为临床研究的重点。本文基于临床路径的营养支持, 从循证角度出发, 依据患者实际需求开展科间合作, 由营养科医师介入为其提供营养支持等措施, 在改善术后患者营养状况、加速康复方面效果明显, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 7 月至 2020 年 1 月在本院行人工流产的患者 100 例, 并将其分为试验组(基于临床路径的营养支持)和对照组(常规饮食指导), 各 50 例。试验组年龄 23~40 岁, 平均(31.72±2.91)岁; 孕周 6~11 周, 平均(8.52±0.78)周。对照组年龄 22~39 岁, 平均(31.68±2.94)岁; 孕周 6~10 周, 平均(8.37±0.92)周。两组基线资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。纳入标准: (1)自愿进行人工流产术; (2)对本研究知情同意, 并签署知情同意书; (3)临床资料完整。排除标准: (1)合并免疫系统疾病者; (2)合并重要脏器功能不全者。

1.2 方法 对照组应用常规饮食指导模式。试验组采取基于临床路径的营养支持, 具体方法如下。 (1)术前营养支持: 术前禁食、禁饮 6 h。 (2)术后营养支

持: 行营养风险评估, 可口服营养液。具体服用方法: 术后 1 h, 立即口服营养支持液, 之后每天口服 1 次, 持续至术后 6 d。术后 1 d, 可摄入低脂低钠、易消化、高碳水化合物、高蛋白饮食, 如果汁、米汤等。 (3)饮食注意事项: 饮食恢复后, 患者可自行选择富含蛋白质、易消化的食物, 如豆制品、瘦肉、水产品等。多食维生素、膳食纤维丰富的食物, 规律进食、少食多餐。 (4)出院后随访: 每周 1 次线上随访, 为期 3 个月, 并嘱咐患者月经量少时及时到医院就诊, 检查是否出现宫颈粘连症状。

1.3 观察指标 (1)营养状况: 比较两组在术后第 7 天血红蛋白丢失量、清蛋白水平。 (2)焦虑程度和生活质量评定: 焦虑程度应用焦虑自评量表(SAS)评分评定; 生活质量应用日常生活能力量表(ADL)评定。 (3)并发症: 比较两组阴道出血、盆腔炎、宫腔粘连等并发症发生情况。

1.4 统计学处理 由专人负责数据收集, 双人录入并核查, 采用 SPSS22.0 软件对所得数据进行统计分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组营养状况指标比较 试验组术后第 7 天血红蛋白丢失量低于对照组, 清蛋白水平高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组焦虑程度和生活质量评分比较 试验组

* 基金项目: 重庆市科卫联合技术创新与应用发展项目(2020MSXM105)。

△ 通信作者, E-mail: 584836266@qq.com。

SAS 评分低于对照组,生活质量评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组营养状况指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血红蛋白丢失量(g/dL)	清蛋白(g/L)
试验组	50	1.32±0.31	29.17±1.22
对照组	50	2.26±0.35	28.43±1.35
t		14.216	2.876
P		<0.001	0.005

表 2 两组焦虑程度和生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	SAS 评分	生活质量
试验组	50	42.39±5.17	76.92±4.17
对照组	50	53.78±4.35	61.29±5.48
t		11.920	16.049
P		<0.001	<0.001

2.3 两组并发症发生率比较 试验组阴道出血、盆腔炎、宫腔粘连等并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	阴道出血	盆腔炎	宫腔粘连	并发症发生率
试验组	50	1(2.00)	0(0)	0(0)	1(2.00) ^a
对照组	50	3(6.00)	2(4.00)	2(4.00)	7(14.00)

注:与对照组比较, $\chi^2=4.891$,^a $P=0.027$ 。

3 讨 论

我国每年行人工流产术接近千万人次^[3],随着医疗技术和生活水平的不断提高,保障女性生殖健康,提高流产后女性生活质量成为临床研究重点^[4]。有研究显示,规范的临床诊疗、护理路径是手术治疗效果的保障,有利于改善患者的预后^[5-6]。临床路径是指通过不同岗位、不同专业的医务人员之间进行密切配合制订计划,并对患者实施综合的、针对性强的措施,充分有效地利用资源,提高临床医疗、护理质量,便于工作的持续改进^[7-10]。妊娠早期女性受雌激素水平的影响,常见食欲差和恶心呕吐症状,一般从妊娠 5~6 周开始,8~10 周达高峰^[11],而门诊人工流产患者手术时的平均孕周为 6~11 周^[12],部分患者可能会因蛋白质-能量摄入不足,出现体质量下降,严重者甚至消瘦、营养不良。另外,术前长时间禁食、禁饮和术后恶心呕吐常常导致患者机体能量不足,出现头晕、乏力、心率增快、意识模糊等低血糖反应,加重患者的焦虑紧张情绪,增加并发症发生风险,影响术后恢复^[13-15]。近年来,门诊无痛人流手术得到广泛应用,为了减轻痛苦,大多数患者选择全身静脉麻醉,因此,针对人工流产患者的术后工作重点除了密切关注

麻醉复苏后各项生命体征是否平稳外,还需要重视其营养状况,并及时予以营养支持。本研究结果发现,给予患者营养支持后,有效改善了患者的营养状况,一定程度上促进患者术后康复。

本研究结果显示,试验组术后第 7 天血红蛋白丢失量低于对照组,清蛋白水平高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组 SAS 评分低于对照组,生活质量评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这说明基于临床路径的营养支持模式对改善患者营养状况、提高术后生活质量效果明显。此外,本次营养支持以饮食指导为主,辅以短周期营养支持液口服,患者治疗费用虽稍有增加,但整体未明显增加患者的费用负担。本研究发现,试验组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。有研究显示,术后 1 d 低脂低钠、易消化、高碳水化合物、高蛋白饮食,可为患者康复提供良好条件,并减少并发症发生^[16]。

综上所述,人工流产患者采用基于临床路径的营养支持模式,可改善机体营养状况,促使缓解患者的焦虑情绪,降低并发症发生率,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 程莉,金圆圆.快速康复外科理念在妇科围术期护理中的研究与发展现状[J].全科护理,2017,15(36):4506-4508.
- [2] 秦楠,姜桂春.个性化饮食护理干预对妇科恶性肿瘤病人化疗期间营养状况及生活质量的影响[J].中国食物与营养,2018,24(7):86-89.
- [3] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.2016 年中国卫生和计划生育统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2016:9.
- [4] 许大群,郝丽.人工流产后计划生育干预对妇女避孕知识和措施落实的影响[J].中国计划生育学杂志,2018,26(6):533-536.
- [5] 张金荣.临床护理路径在异位妊娠行腹腔镜手术患者中的护理效果[J].中国医药指南,2020,18(13):224-225.
- [6] 张丽华,陈亮,蔡晓丽,等.临床护理路径在人工流产后随访工作中的应用[J].中国计划生育学杂志,2019,27(10):1299-1303.
- [7] 蒋敏.临床护理路径在异位妊娠腹腔镜手术中的应用[J].微创医学,2017,12(2):291-292.
- [8] 张大锐.临床护理路径在人工流产术患者中的应用效果观察[J].临床合理用药杂志,2016,9(11):120-121.
- [9] 柳淑仪.临床护理路径在人工流产术患者中的应用研究[J].中国实用医药,2017,12(15):147-148.
- [10] 杨夏穗.临床护理路径在无痛人流手术患者围术期中的应用[J].齐鲁护理杂志,2013,19(10):84-85.
- [11] Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin No. 189: nausea and vomiting of pregnancy [J]. Obstet Gynecol, 2018, 131(1): e15-e30.
- [12] 杨琼芬.人工流产后开展延伸护理对重复人工流产的

效果观察[J]. 实用临床护理学杂志, 2019, 4(3):142.

[13] 张一拾. 人工流产后计划生育干预对妇女避孕知识和措施落实的影响[J]. 中外女性健康研究, 2019(4):78-79.

[14] 余丽娟. 浅谈无痛人流的围手术期护理[J]. 中国医药指南, 2016, 14(13):231-232.

[15] 王巧萍, 李景, 王晓辉. 术后恶心呕吐的危险因素与防治

的研究进展[J]. 麻醉安全与质控, 2019, 3(4):240-244.

[16] 沈沁, 沈薇. 快速康复外科理念对腹腔镜胃肠手术患者术后恢复情况、心理状态及并发症的影响[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(18):2984-2987.

(收稿日期:2021-01-28 修回日期:2021-07-11)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.20.028

神经内镜血肿清除术与微创血肿穿刺引流术治疗 高血压脑出血临床效果比较*

苏俊, 陈艾, 吴海, 程波, 谈志辉, 文亮[△]

重庆市南川区人民医院神经外科, 重庆 408400

摘要:目的 探讨神经内镜血肿清除术与微创血肿穿刺引流术治疗高血压脑出血患者的效果及其对手术相关指标的影响。方法 选取 2019 年 5 月至 2020 年 5 月该院收治的高血压脑出血患者 50 例。根据手术方式的不同分为对照组和观察组, 各 25 例。对照组患者行微创血肿穿刺引流术, 观察组患者行神经内镜血肿清除术, 观察两组患者手术相关指标、Barthel 指数评分、格拉斯哥结局评分(GOS 评分)、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、总有效率及并发症发生情况。**结果** 观察组患者手术时间、术中出血量、血肿清除率及住院时间等相关手术指标均显著优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 术后 1 个月, 两组患者 Barthel 指数、NIHSS 评分及 GOS 评分均优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组总有效率显著高于对照组, 并发症总发生率显著低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 高血压脑出血患者临床治疗选用神经内镜血肿清除术, 可有效降低手术用时, 减少术中出血量, 临床疗效较好, 且并发症发生率较低。

关键词: 高血压脑出血; 微创手术; 内镜手术; 手术时间; 手术出血量; 并发症

中图分类号: R651.1; R619

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)20-3024-04

高血压脑出血属于临床神经科较常见的一种多发性疾病, 其在脑卒中中的致死、致残率均位居第一, 且约有 30% 的存活患者伴有神经功能性障碍等严重后遗症^[1]。血肿块的占位效应可引起继发性脑组织损伤, 因此, 高血压脑出血的治疗关键是及时清除血肿, 修复神经, 降低颅内压, 促使患者脑组织血流灌注得以恢复。临床治疗中, 治疗高血压脑出血的常用术式有开颅血肿清除术、微创血肿穿刺引流术及神经内镜血肿清除术等^[2]。其中开颅血肿清除术的应用最为广泛, 但该术式具有创性大、出血量多等多方面缺陷, 因此, 目前临床治疗中更倾向于创伤性较小的微创手术^[3]。近年来, 临床上对高血压脑出血患者的治疗中, 神经内镜血肿清除术与微创血肿穿刺引流术均获得了良好的疗效, 但关于两种术式疗效方面的对比研究较少。基于此, 本研究主要探讨高血压脑出血患者临床治疗中分别选用微创血肿穿刺引流术与神经内镜血肿清除术的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 5 月至 2020 年 5 月本院收治的高血压脑出血患者 50 例。根据手术方式不同分为观察组和对照组, 各 25 例。纳入标准: (1) 符合高血压脑出血临床诊断标准, 并经临床颅脑 CT 检查获得确诊^[4]; (2) 首次发病出血, 出血量超过 20 mL; (3) 格拉斯哥结局评分(GOS 评分) 大于 5 分^[5]。排除标准: (1) 出血破入脑室, 且术前存在脑疝; (2) 存在重要脏器(心、肾、肝等) 严重功能不全者; (3) 颅内动脉瘤或脑血管畸形破裂出血、脑卒中者; (4) 存在神经系统疾病、认知障碍、精神性疾病, 治疗依从性差者。对照组男 15 例, 女 10 例; 年龄 35~80 岁, 平均(50.7±14.7)岁; 发病至手术时间 4.2~11.4 h, 平均(7.2±2.7)h; 血肿血量 21.2~79.1 mL, 平均(48.1±11.1)mL。观察组男 14 例, 女 11 例; 年龄 34~80 岁, 平均(50.2±11.8)岁; 发病至手术时间 4.3~11.8 h, 平均(7.5±1.6)h; 血肿血量 21.4~

* 基金项目: 重庆市南川区科技计划项目(cx202027)。

[△] 通信作者, E-mail: 287173513@qq.com。