

教育,患者对高血压和脑梗死的认知更好,提高了遵医行为,改善了不良生活习惯,因此血压控制效果更佳,且该模式的应用有效改善了患者心理状态、自我管理行为及生活质量,增强患者自我效能,促进神经功能恢复。

综上所述,基于 Pender 模式的健康教育能明显改善脑梗死合并高血压患者的血压、心理状态和脑神经功能,提高患者自我管理行为和生活质量,值得临床应用及推广。

参考文献

[1] 戴逸茹. 基于 Pender 健康促进理论的健康教育对冠心病 PCI 术后患者生活方式与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(21): 56-58.

[2] 罗馥斐, 胡焕禅, 骆美英, 等. Pender 健康促进模式对四肢骨折患者术后功能锻炼效果的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(1): 77-79.

[3] 芦秀琼, 周虹, 杜英堂. 基于 Pender 模式的家庭随访教育方案在肺癌患者中的应用[J]. 临床与病理杂志, 2017, 37(1): 156-163.

[4] 李楠, 何许, 王泽聪. Pender 健康促进模式在急性胰腺炎患者中的应用效果分析[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(31): 2423-2428.

[5] 杨三敏. Pender 健康促进模式对社区胰岛素笔自我注射

糖尿病患者自我管理能力的影 响[J]. 中国实用医药, 2019, 14(25): 131-133.

[6] 娄程程, 崔丽娟. Pender 健康促进模式在糖尿病患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(20): 2597-2600.

[7] 陈海玲, 马茜茜. Pender 健康促进模式对首次 PCI 术患者出院后遵医行为的影响[J]. 中国实用医药, 2019, 14(1): 150-152.

[8] 帅晶. 家庭雾化吸入联合 Pender 健康促进模式对 COPD 急性加重期再入院率的影响[J]. 中国实用医药, 2019, 14(7): 1-3.

[9] 邢媛媛, 李莹, 杨振. Pender 健康促进模式用于胃癌化疗期间的临床价值[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(18): 2470-2474.

[10] 邹芸, 郑梅. 基于 Pender 健康促进理论下的健康教育对冠心病经皮冠状动脉介入术术后患者生活方式及生命质量的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(20): 1531-1536.

[11] HEYDARI A, KHORASHADIZADEH F. Pender's health promotion model in medical research[J]. J Pak Med Assoc, 2014, 64(9): 1067-1074.

[12] 李曼, 朱慧欣, 孙莹. 基于 Pender 健康促进模式的干预方案在慢性心力衰竭患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(8): 1094-1097.

(收稿日期: 2021-02-09 修回日期: 2021-07-11)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 20. 032

ERAS 理念对盆底重建手术患者术后应激反应、康复及并发症的影响

龙卫红¹, 于翠革²

陕西省人民医院: 1. 手术室; 2. 妇科, 陕西西安 710068

摘要:目的 探讨加速康复外科(ERAS)理念对盆底重建手术患者术后应激反应、康复及术后并发症的影响。**方法** 选取 2018 年 10 月至 2020 年 6 月该院收治的因盆底器官脱垂行盆底重建术的患者 96 例, 分为 ERAS 组与对照组, 各 48 例。ERAS 组围术期给予 ERAS 理念指导下的护理干预, 对照组围术期实施常规护理干预, 比较两组主观舒适度、术后应激反应、康复情况及术后并发症发生情况。**结果** 术前 0.5 h 比较, ERAS 组口渴感、饥饿感评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组术后 24、48 h 比较, ERAS 组去甲肾上腺素(NE)、皮质醇(COR)、前列腺素 E2(PGE2)水平均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); ERAS 组恶心呕吐发生率、首次排气时间、首次下床时间、留置尿管时间均低于或短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组手术 6 个月后盆腔器官脱垂分级(POP-Q)比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); ERAS 组水电解质紊乱发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** ERAS 理念指导下的护理干预可提高盆底重建手术患者舒适度, 减轻术后应激反应, 减少术后并发症, 促进术后康复。

关键词:加速康复外科; 盆底重建手术; 应激反应; 并发症

中图分类号:R473.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)20-3036-04

加速康复外科(ERAS)以循证医学为依据, 通过与外科、麻醉科、营养科等协作, 制订一系列干预措施

以减少手术心理及生理应激反应, 优化围术期护理服务, 促进患者康复, 缩短住院时间, 减少医疗费用^[1]。

目前,ERAS 在胃肠外科、骨科、心胸外科等应用广泛,取得满意效果^[2-3]。盆底重建手术是治疗盆腔障碍性疾病的有效方法,可有效改善盆腔器官脱垂、压力性尿失禁、慢性盆腔疼痛等^[4]。目前,ERAS 理念在妇科领域的应用主要为妇科恶性肿瘤、腹腔镜手术患者中,本研究探讨 ERAS 理念在盆底重建术中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 10 月至 2020 年 6 月本院收治的因盆底器官脱垂行盆底重建术的患者 96 例,将其分为 ERAS 组与对照组,各 48 例。纳入标准:(1)盆腔器官脱垂分级(POP-Q)^[5]≥Ⅱ级;(2)术前无泌尿系统感染、尿失禁;(3)无恶性肿瘤病史;(4)无精神性疾病,能够配合护理与随访;(5)对本研究知情同意并签署知情同意书。排除标准:(1)合并凝血功能障碍及肝、肾功能不全;(2)合并脑卒中、冠心病;(3)严重视听障碍或认知功能障碍;(4)合并胃肠道疾病、贫血等。ERAS 组年龄 49~74 岁,平均(62.78±7.42)岁;平均体质指数(22.39±1.87)kg/m²;平均产次(2.16±0.73)次;POP-Q 分级:Ⅱ级 14 例,Ⅲ级 21 例,Ⅳ级 13 例;手术方式:阴式手术 22 例,腹腔镜手术 26 例。对照组年龄 51~72 岁,平均(63.51±8.16)岁;平均体质指数(22.374±1.93)kg/m²;平均产次(2.07±0.52)次;POP-Q 分级:Ⅱ级 11 例,Ⅲ级 23 例,Ⅳ级 14 例;手术方式:阴式手术 22 例,腹腔镜手术 26 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 术前评估:两组患者术前均行常规妇科检查,了解既往手术史、有无严重影响手术的疾病,确保无手术禁忌证,宫颈癌前病变筛查结果正常。

对照组围术期采用常规护理,具体护理措施如下。(1)术前:常规进行术前准备,告知患者手术相关内容,术前 3 d 开始清淡饮食,术前 1 d 流质饮食,术前 12 h 禁食、禁饮;行清洁灌肠术后统一使用抗菌药物至术后 3~4 d。(2)术中:常规补液与保温。(3)术后:按疼痛程度阶梯给药,先给予非甾体类镇痛药,效果不佳时给予氨酚羟考酮片;肠道排气后给予流质饮食并逐渐向正常饮食过渡;术后 1 d 鼓励患者翻身、做床上活动,术后 3~5 d 根据患者恢复情况,指导患者下床活动。

ERAS 组围术期采用基于 ERAS 理念的护理,具体如下。(1)术前:对患者实施心理辅导及术前宣传教育,如手术效果、手术风险、麻醉注意事项、术后疼痛管理等;根据患者焦虑、恐惧情况进行心理疏导;指导患者进行心肺功能锻炼,如吹气球、爬楼梯,练习床上盆底健康操;术前 1 d 开始清淡饮食,术前 6 h 禁食,术前 2 h 口服 10%葡萄糖注射液 250 mL;术前 30

min 给予抗菌药物静脉滴注,术后继续给药 2 d。(2)术中:术中补液采用目标导向性液体治疗,进行血流动力学监测,根据监测指标变化进行个体化补液,控制补液速度;给予保温毯预防术中低体温。(3)术后:术后多种方式联合镇痛;术后 6 h 可开始饮水,术后 24 h 内可进食无渣食物,术后 24 h 后可逐渐进食流质、不产气食物,待患者排气后可进行常规饮食;向患者讲解术后早期活动的益处,争取患者配合;术后 6 h 协助患者翻身,术后 12 h 开始主动运动如活动四肢、屈曲关节,术后 1 d 床边坐起,可经他人协助下床活动;术后 2 d 根据身体承受情况增加活动时间与运动量;术后留置尿管 1~2 d;阴式手术患者不放置引流管,腹腔镜手术患者根据创面情况放置引流管,当患者 24 h 内引流量<300 mL 时则将引流管拔除。

1.3 观察指标 (1)术前主观舒适度:包括口渴感、饥饿感、焦虑程度 3 项指标,每项分值为 0~10 分,分值越高表明舒适度越低。(2)术后应激反应指标检测:术后 24、48 h 采集患者静脉血 3 mL,离心后取上清液,将血清置于-20℃冰箱内待测;采用酶联免疫吸附试验检测去甲肾上腺素(NE)、皮质醇(COR)、前列腺素 E2(PGE2)水平。(3)康复指标。①近期康复指标:统计两组术后恶心呕吐、腹胀、腹泻等发生率,并记录两组首次排气时间、首次下床时间、留置尿管时间。②远期康复指标:术后 6 个月对两组 POP-Q 分级进行评价,0 级为无脱垂,Ⅰ级为轻度脱垂,脱垂最远端与处女膜缘在 1 cm 以上,Ⅱ级为中度脱垂,脱垂的最远端处女膜缘相距不足 1 cm,Ⅲ级为脱垂的最远端与处女膜缘相距在 1 cm 以上,但短于阴道总长度 2 cm,Ⅳ级为全部脱出。(4)术后并发症:记录两组水电解质紊乱、切口愈合等并发症发生率。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计学软件进行数据处理,计数资料以例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料比较采用秩和检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 t 检验,同一组内护理前后比较采用配对样本 t 检验。 $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术前主观舒适度比较 术前 3 h,两组口渴感、饥饿感、焦虑程度评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。术前 0.5 h 比较,ERAS 组口渴感、饥饿感评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组术后应激反应指标比较 ERAS 组术后 24、48 h NE、COR、PGE2 水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组康复指标比较 ERAS 组近期康复指标(恶心呕吐发生率、首次排气时间、首次下床时间、留

置尿管时间)均低于或短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。两组远期康复指标(6 个月后

POP-Q 分级)比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 1 两组术前主观舒适度比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	口渴感		饥饿感		焦虑程度	
		术前 3 h	术前 0.5 h	术前 3 h	术前 0.5 h	术前 3 h	术前 0.5 h
ERAS 组	48	6.05 ± 1.31	3.49 ± 0.95	4.61 ± 0.84	4.29 ± 0.83	4.32 ± 0.65	4.37 ± 1.02
对照组	48	5.84 ± 1.17	6.21 ± 0.87	4.54 ± 0.76	4.67 ± 0.92	4.54 ± 0.73	4.59 ± 0.86
t		0.828	14.629	0.428	2.125	1.559	1.142
P		0.410	<0.001	0.670	0.036	0.122	0.256

表 2 两组术后应激反应指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	NE(ng/L)		COR(nmol/L)		PGE2(ng/L)	
		术后 24 h	术后 48 h	术后 24 h	术后 48 h	术后 24 h	术后 48 h
ERAS 组	48	260.43 ± 42.59	251.36 ± 37.48	527.13 ± 57.46	516.49 ± 52.07	43.23 ± 11.76	36.19 ± 8.37
对照组	48	292.65 ± 48.72	269.29 ± 41.32	554.78 ± 59.32	538.65 ± 48.73	52.87 ± 10.09	42.43 ± 9.26
t		3.450	2.227	2.320	2.153	4.310	3.464
P		0.001	0.028	0.023	0.034	<0.001	0.001

表 3 两组近期康复指标比较 [$n(\%) / \bar{x} \pm s$]

组别	n	恶心呕吐	腹胀	腹泻	首次排气时间(d)	首次下床时间(d)	留置尿管时间(d)
ERAS 组	48	9(18.75)	12(25.00)	4(8.33)	1.31 ± 0.38	1.03 ± 0.34	2.48 ± 0.72
对照组	48	20(41.67)	17(35.42)	7(14.58)	1.52 ± 0.43	1.45 ± 0.48	3.32 ± 0.68
χ^2/t		5.042	1.119	0.924	2.535	4.947	5.876
P		0.025	0.290	0.336	0.013	<0.001	<0.001

表 4 两组远期康复指标比较(n)

组别	n	0 级	I 级	II 级	III 级
ERAS 组	48	25	18	5	0
对照组	48	20	19	7	2

2.4 两组术后并发症发生率比较 ERAS 组水电解质紊乱发生率[12.50%(6/48)]低于对照组[29.17%(14/48)],差异有统计学意义($\chi^2 = 4.042, P = 0.044$);ERAS 组切口愈合不良发生率[8.33%(4/48)]与对照组[12.50%(6/48)]比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.447, P = 0.504$)。

3 讨 论

盆底器官脱垂为盆底障碍性疾病,多见于老年女性,中重度患者以盆底重建术治疗为主^[6]。以往盆底重建术围术期需严格执行胃肠道准备与饮食管理,以避免胃肠胀气、术中排便,影响手术操作,具有降低术后切口感染风险的作用。但由于长时间禁食、禁饮,患者依从性较差,且需大量补液和术后禁食,对患者术后胃肠功能恢复产生不良影响。有研究指出,ERAS 理念指导下的外科护理提出缩短术前禁食、禁

饮时间,并要求术后早期下床活动,能够降低手术患者水电解质紊乱的发生率,促进患者术后胃肠道功能恢复^[7]。

既往盆底重建术要求术前 3 d 开始清淡饮食,术前 1 d 流质饮食,口服泻药,以及灌肠等,患者不仅承受手术带来的心理压力,且术前机械性的肠道准备导致术中及术后应激反应增加,患者易出现脱水、水电解质异常^[8]。ERAS 理念指导下的外科护理,患者术前禁食、禁饮时间缩短,可减少患者术前口渴感、饥饿感,缓解焦虑情绪,提高身体舒适度。本研究显示,ERAS 组术前口渴感、饥饿感评分均低于对照组,术后水电解质紊乱发生率低于对照组,提示 ERAS 理念指导下的护理可提高手术患者舒适度,预防术后水电解质紊乱。本研究表明,ERAS 组术前缩短肠道准备时间、术中预防低体温、预防性给予广谱抗生素、术后进行多模式镇痛等一系列措施有助于降低术后机体应激反应。本研究结果显示,ERAS 组术后 24、48 h 的 NE、COR、PGE2 水平均低于对照组,提示 ERAS 理念指导下的护理可减轻盆底重建术患者应激反应,与既往报道一致^[9]。

肠道水肿、术后胃肠功能恢复时间长与术中输注过多氯化钠溶液有关,术后长期禁食可损伤肠黏膜的屏障功能。本研究中,ERAS 组首次排气时间、首次下床时间短于对照组,提示 ERAS 理念首可促进患者术后胃肠功能恢复,缩短首次下床时间。盆底手术涉及膀胱与尿道,术后拔除尿管易出现尿潴留。有研究表明,盆底重建术后应保留尿管 48~96 h^[10]。近年来也有研究指出,盆底功能障碍性疾病术后早期拔除尿管对排尿功能影响较小,留置时间过长会降低患者舒适度^[11]。本研究中,ERAS 组患者术后尿管留置时间短于对照组,术后恶心呕吐发生率低于对照组,两组术后均未出现尿潴留,提示 ERAS 理念指导下的护理可缩短术后尿管留置时间,且不会增加术后尿潴留发生风险,术后胃肠道不良反应减少,可能与术中预防性给予防止恶心呕吐的药物有关。

综上所述,ERAS 理念指导下的护理干预可提高盆底重建手术患者舒适度,减轻术后应激反应,减少术后并发症,促进术后康复。

参考文献

- [1] 肖二卫,王连才,王亚峰,等.加速康复外科在腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊结石合并肝外胆管结石中的应用[J].中华普通外科杂志,2018,33(5):408-411.
- [2] 王浩龙,邵建平,石英.加速康复外科理念在腹腔镜胆囊切除术中的应用[J].中国临床医生杂志,2018,46(6):84-86.

- [3] AGARWAL V, DIVATIA J V. Enhanced recovery after surgery in liver resection: current concepts and controversies[J]. Korean J Anesthesiol, 2019, 72(2): 119-129.
- [4] 赵俪梅,傅亚均,向思阳,等.改良全盆底重建术治疗盆腔脏器脱垂患者的近远期疗效观察[J].中国妇幼保健,2019,34(11):213-216.
- [5] 沈铿,马丁.妇产科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2015:8.
- [6] 毛建英,袁海涵.改良式前盆底重建术治疗盆腔器官脱垂临床研究[J].内蒙古医科大学学报,2019,41(1):1-4.
- [7] 李晓丹,王建六,刘媛媛,等.加速康复外科在盆底功能障碍性疾病患者围手术期的应用效果[J].中华现代护理杂志,2020,26(29):4078-4081.
- [8] SMITH H J, LEATH C A, STRAUGHN J M. Enhanced recovery after surgery in surgical specialties: gynecologic oncology[J]. Surg Clin North Am, 2018, 98(6): 1275-1285.
- [9] 李承秋,刘成,张洁,等.加速康复外科理念在盆底重建术围术期中的应用[J].广西医学,2018,40(19):2299-2303.
- [10] TIERNAN J P, LISKA D. Enhanced recovery after surgery: recent developments in colorectal surgery[J]. Surg Clin North Am, 2018, 98(6): 1241-1249.
- [11] 高青白,白莲花.术前不同肠道准备对妇科盆底重建手术围术期的影响观察[J].全科护理,2019,17(33):4161-4163.

(收稿日期:2021-01-25 修回日期:2021-06-29)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 20. 033

罗伊适应护理模式对视网膜中央静脉阻塞患者心理韧性和不良情绪的影响

吴金蓉,李进

西安市第三医院眼科,陕西西安 710018

摘要:目的 探究罗伊适应护理模式对视网膜中央静脉阻塞患者心理韧性及不良情绪的影响。**方法** 选取 2019 年 1 月至 2020 年 6 月该院收治的视网膜中央静脉阻塞患者 76 例,将其分为对照组与观察组,各 38 例。对照组进行常规护理,观察组在对照组基础上行罗伊适应护理模式,比较两组患者临床疗效,以及心理韧性、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、生活质量(SF-36)评分。**结果** 观察组临床疗效高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者心理韧性、SAS、SDS、SF-36 评分均改善,且观察组心理韧性、SAS、SDS、SF-36 评分升高或下降程度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 罗伊护理模式可有效改善视网膜中央静脉阻塞患者心理韧性及不良情绪,有较好的护理效果。

关键词:罗伊护理模式; 视网膜中央静脉阻塞; 心理韧性; 不良情绪; 生活质量

中图分类号:R473.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)20-3039-04

视网膜中央静脉阻塞是一种常见视网膜血管性疾病,主要特征为视网膜水肿、渗出等,多发于老年