

## 加速康复在宫颈癌围手术期患者中的应用效果

黄春 贺伟平\*

(萍乡市人民医院, 江西 萍乡 337055)

〔摘要〕 目的: 探讨加速康复(ERAS)用于宫颈癌围手术期患者中的效果。方法: 选取2018年1月至2021年8月在萍乡市人民医院接受手术治疗的宫颈癌患者120例, 实施不同时期分为对照组60例和观察组60例。对照组患者实施常规康复护理, 观察组患者实施ERAS护理, 比较两种方法在围手术期对患者的应用效果。结果: 观察组患者的术后并发症发生率、术后下床活动时间、住院时间、焦虑程度、疼痛程度、抑郁程度均低于对照组, 且睡眠质量优于对照组, 差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者的生活质量, 舒适度、护理满意率均高于对照组, 差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: ERAS用于宫颈癌患者的围手术期护理, 可有效减少患者术后并发症, 术后疼痛感, 加快患者术后康复速度, 提升患者舒适度, 有利于优化其心理状态、提高其睡眠状况及生活质量。

〔关键词〕 宫颈癌; 加速康复; 围手术期护理

〔中图分类号〕 R 473.73 〔文献标识码〕 B

宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤, 多发生于青壮年女性人群, 该疾病发病率高, 严重危害到广大女性的生命健康<sup>[1]</sup>。宫颈癌根治术是临床治疗宫颈癌的重要手段, 可以提高患者生活质量和延长患者生存时间<sup>[2-3]</sup>, 但由于宫颈癌患者对病情过度担忧, 加上其对手术的认知欠缺, 患者在围手术期易出现心理状态差、术后并发症、术后疼痛感等不良情况, 不利于患者术后恢复。近年来, 外科诊疗新理念加速康复(enhanced recovery after surgery, ERAS)在围手术期护理中促进术后快速康复取得了良好的效果<sup>[4]</sup>。为探讨ERAS护理用于宫颈癌患者围手术期的效果, 本研究选取2018年1月至2021年8月在萍乡市人民医院接受手术治疗的120例宫颈癌患者进行了回顾性研究, 结果如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

研究对象为2018年1月至2021年8月在萍乡市人民医院接受手术治疗的120例宫颈癌患者, 根据患者收治的时间不同, 将患者分为对照组60例和观察组60例。对照组收治时间为2018年1月至2019年10月, 年龄22~69岁, 平均(45.63±9.04)岁, 肿瘤分期为I期31例、IIa期29例, 肿瘤最大径3~6 cm, 平均(4.47±1.20) cm; 观察组收治时间为2019年11月至2021年

8月, 年龄21~70岁, 平均(45.92±8.81)岁, 肿瘤分期为I期32例、IIa期28例, 肿瘤最大径3~6 cm, 平均(4.62±0.37) cm。两组患者的年龄、肿瘤分期和最大径等指标比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本研究得到患者及其家属的知情同意, 并经医院医学伦理委员会审批(伦理审查批件号SW-2020R133)。

1.1.1 纳入标准 (1) 经影像学检查、阴道镜下活检病理诊断, 确诊宫颈癌, 具备宫颈癌根治术指征, 行宫颈癌根治术; (2) 年龄≥18岁; (3) 在神志清醒状态下对手术方案充分了解, 签署手术知情同意书。

1.1.2 排除标准 (1) 伴有精神或认知障碍; (2) 合并其他肿瘤疾病; (3) 有凝血功能障碍; (4) 处于妊娠期或哺乳期; (5) 合并糖尿病、心脑血管疾病。

#### 1.2 方法

1.2.1 对照组 实施常规康复护理, 术前医师、药师、护士团队为患者讲解手术流程及注意事项, 告知患者禁止进食和饮水时间要求, 做好术前准备; 并预防性应用抗菌药物, 术中规范进行无菌操作, 严密监护患者心率、血压、瞳孔等生命体征指标; 术后严密监测和记录患者排气、体温、心率等各项生命体征指标, 鼓励患者及时下床活动。

1.2.2 观察组 实施ERAS护理, (1)术前护理 医师、药师、护士团队访视患者, 评估疾病及手术认知情况,

〔收稿日期〕 2023-02-18

〔基金项目〕 江西省卫生健康委员会科研课题(20204384)

〔作者简介〕 黄春, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇科肿瘤学。

〔※通信作者〕 贺伟平(E-mail: 563733287@qq.com; Tel: 13879935646)

再以宣教材料为基础，结合书面宣教、视频宣教等多种方式，为患者详细说明手术的具体步骤及各个步骤的意义，重点说明围手术期需注意的相关事项，为患者提供围手术期咨询服务，耐心解答患者的疑问。(2) 术前心理护理：术前根据患者的倾诉，选择合适的方式与患者沟通，安抚和开导患者。以提高患者对手术治疗的信心。(3) 术中体温护理：术中需实时监测患者体温，调节手术室内温度至 22~24℃，确保处于舒适温度状态；实施主动保暖毯措施，保证核心体温 > 36℃<sup>[5]</sup>。在进行手术消毒时，对碘伏进行加温处理，加温至与患者体温相当时再进行消毒；术中输血、输液前，先实施液体加温仪对输注的液体或血液进行加温处理，将液体温度控制着 37℃ 左右；实施控温仪对手术器械进行加温处理；手术过程中，需全程将控温毯开启，待手术完成且患者离开手术室后将控温毯关闭。(4) 术后疼痛护理：结合患者手术后出现疼痛感的具体原因，选择适合患者的镇痛方法，提高患者对术后疼痛感的心理接受度。对患者的术后疼痛感进行实时评估，如患者对疼痛无法耐受，需给予患者相应的镇痛药物。根据患者在音乐方面的喜好特点，与患者一同挑选曲目，以舒缓、动听的音乐为主，在病房内为患者播放音乐，让患者轻闭双眼，放松身体，放慢呼吸，以消除其紧张情绪。(5) 护理时间：术前 48 h 至患者出院。

### 1.3 观察指标

观察指标包括对照组和观察组患者的术后并发症总发生率、住院时间、术后下床活动时间、疼痛评分、舒适度、心理状态、睡眠质量、生活质量、护理满意度。护理后时间指患者入组后（术前 48 h 至患者出院），并发症观察时间为出院后 15 d。

1.3.1 疼痛评分 采用视觉模拟评分法（visual analogue score, VAS）评估患者术后第 1~3 天的疼痛程度，分值区间为 0~10 分，0~10 分表示不同程度的疼痛，疼痛程度与得分呈正相关<sup>[6]</sup>。

1.3.2 舒适度评分 采用一般舒适度状况量表（general comfort questionnaire, GCQ）评估患者术后第 1~3 天的舒适度，舒适度量表包括 28 个条目，每个条目分值为 1~4 分，总分为 28~112 分，舒适度与得分呈正相关<sup>[7]</sup>。

1.3.3 心理状态评分 采用焦虑自评量表（self-rating anxiety scale, SAS）评估术后患者焦虑情况，采用抑郁自评量表（self-rating depression scale, SDS）评估术后第 1 天患者抑郁情况，两个量表总分均为 100 分，焦虑评分临界值为 50 分、抑郁评分临界值为 53 分，焦虑评分、抑郁程度与得分呈正相关<sup>[8]</sup>。

1.3.4 睡眠质量评分 采用匹兹堡睡眠质量指数

（Pittsburgh sleep quality index, PSQI）评估患者术前 2 d 及术后第 2 天的睡眠质量，总分为 21 分，睡眠障碍程度与得分呈正相关<sup>[9]</sup>。

1.3.5 生活质量评分 采用世界卫生组织生活质量评定简表（the World Health Organization quality of life-BREF, WHOQOL-BREF）评估于术前 2 d 及术后第 2 天评估患者社会关系、心理、环境、生理、4 个维度的生活质量，单个维度最低 0 分，最高 100 分，生活质量与得分呈正相关<sup>[10]</sup>。

1.3.6 护理满意度 采用通用调查问卷评估患者术前 2 d 及术后第 2 天对护理服务的满意度，卷面分值为 0~100 分，根据得分划分为不满意 < 60 分、比较满意 60~80 分、很满意 > 80 分，调查问卷信度系数（Cronbach's  $\alpha$ ）为 0.85，调查问卷回收率 100%。总满意率 =（很满意 + 比较满意） / 总例数 × 100%。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据处理，正态分布的计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，非正态分布的计量资料采用非参数秩和检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的术后并发症总发生率比较

观察组患者的术后并发症总发生率低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者的术后并发症总发生率比较（*n* = 60, *n* (%)）

组别	血栓	尿路感染	切口感染	尿潴留	总发生
对照组	2(3.33)	2(3.33)	2(3.33)	3(5.00)	9(14.99)
观察组	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(1.67)	1(1.67) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

### 2.2 两组患者的住院时间和术后下床活动时间比较

观察组患者的下床活动时间、住院时间均短于对照组，差异均具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者的住院时间和术后下床活动时间比较（*n* = 60,  $\bar{x} \pm s$ , d）

组别	术后下床活动时间	住院时间
对照组	4.57 ± 1.06	14.28 ± 3.47
观察组	2.40 ± 0.93 <sup>b</sup>	10.61 ± 2.84 <sup>b</sup>

注：与对照组比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

### 2.3 两组患者的术后疼痛评分和舒适度评分比较

两组患者术后第 2、3 天的 VAS 评分均低于同组术后第 1 天，GCQ 评分均高于同组第 1 天，差异均具有统计学意义（*P* < 0.05）；观察组术后第 1~3 天的 VAS 评分均低于对照组，GCQ 评分均高于对照组，差异均具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表3 两组患者的术后疼痛评分和舒适度评分比较

(n = 60,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	VAS 评分	GCQ 评分
对照组	术后第1天	4.52 ± 0.87	87.95 ± 3.02
	术后第2天	3.67 ± 0.84 <sup>c</sup>	92.31 ± 2.36 <sup>c</sup>
	术后第3天	2.90 ± 0.71 <sup>c</sup>	95.24 ± 2.65 <sup>c</sup>
观察组	术后第1天	3.46 ± 0.61 <sup>d</sup>	91.80 ± 3.54 <sup>d</sup>
	术后第2天	2.81 ± 0.70 <sup>cd</sup>	95.62 ± 2.97 <sup>cd</sup>
	术后第3天	2.19 ± 0.64 <sup>cd</sup>	98.73 ± 3.18 <sup>cd</sup>

注: VAS—视觉模拟评分法; GCQ—一般舒适度状况量表。与同组术后第1天比较, <sup>c</sup>P < 0.05; 与对照组同时间比较, <sup>d</sup>P < 0.05。

### 2.4 两组患者护理前后的心理状态、睡眠质量评分比较

对照组患者护理前后的 SAS 评分、SDS 评分、PSQI 比较, 差异均无统计学意义 (P > 0.05); 观察组患者护理后的 SAS 评分、SDS 评分、PSQI 均低于护理前, 且均低于对照组护理后, 差异均具有统计学意义 (P < 0.05),

见表4。

表4 两组患者护理前后的心理状态、睡眠质量评分比较

(n = 60,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	SAS 评分	SDS 评分	PSQI
对照组	护理前	54.57 ± 7.05	56.15 ± 7.58	15.32 ± 2.43
	护理后	45.74 ± 4.13	47.76 ± 4.27	11.26 ± 1.68
观察组	护理前	54.19 ± 6.94	56.03 ± 7.80	15.27 ± 2.32
	护理后	40.90 ± 3.74 <sup>ef</sup>	41.85 ± 3.81 <sup>ef</sup>	9.60 ± 1.41 <sup>ef</sup>

注: SAS—焦虑自评量表; SDS—抑郁自评量表; PSQI—匹兹堡睡眠质量指数。

与同组护理前比较, <sup>e</sup>P < 0.05; 与对照组护理后比较, <sup>f</sup>P < 0.05。

### 2.5 两组患者护理前后生活质量评分比较

对照组患者护理前后的各项 WHOQOL-BREF 评分比较, 差异均无统计学意义 (P > 0.05); 观察组患者护理后的各项 WHOQOL-BREF 评分均高于护理前, 且均高于对照组护理后, 差异均具有统计学意义 (P < 0.05), 见表5。

表5 两组患者护理前后生活质量评分比较

(n = 60,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	生理	心理	环境	社会关系
对照组	护理前	70.35 ± 5.14	70.24 ± 5.06	70.61 ± 5.22	70.59 ± 5.47
	护理后	78.34 ± 5.92	78.63 ± 5.30	77.16 ± 5.83	78.45 ± 6.21
观察组	护理前	70.47 ± 5.32	70.56 ± 4.81	70.72 ± 5.08	70.68 ± 5.63
	护理后	85.07 ± 6.29 <sup>gh</sup>	84.98 ± 5.97 <sup>gh</sup>	84.05 ± 6.48 <sup>gh</sup>	85.16 ± 6.73 <sup>gh</sup>

注: 与同组护理前比较, <sup>g</sup>P < 0.05; 与对照组护理后比较, <sup>h</sup>P < 0.05。

### 2.6 两组患者的护理满意度比较

观察组患者护理后的总满意率高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表6。

表6 两组患者的护理满意度比较 (n = 60, n (%))

组别	很满意	比较满意	不满意	总满意
对照组	30(50.00)	25(41.67)	5(11.67)	55(88.33)
观察组	34(56.67)	26(43.33)	0(0.00)	60(100.00) <sup>i</sup>

注: 与对照组护理后比较, <sup>i</sup>P < 0.05。

## 3 讨论

宫颈癌是威胁女性生命安全的主要恶性肿瘤疾病之一。临床上主张对宫颈癌进行积极治疗, 手术是宫颈癌的根治手段, 主要是通过切除病灶, 实现控制病情的目的, 但患者由于其自身的健康认知不充分, 加上对病情过度担忧, 患者在治疗期间易出现不良情绪, 术后并发症风险高, 可能会导致术后康复延迟, 对其预后相对不利。

常规的围手术期护理措施对患者围手术期护理效果不尽如人意。ERAS 是根据循证医学证据后制定的综合性外科诊疗方案, 强调减轻手术操作对患者生理、心理造成的创伤刺激, 促进器官功能快速恢复来减少住院时间<sup>[11]</sup>。ERAS 的核心内容为“减少手术创伤应激, 加快术后康复”, 该诊疗理念近年来被逐渐用于外科手术围手术期护理中, 形成了一种特色的外科护理模式, 该护理模式将

护理目标定为“加快患者术后康复速度”, 主张采取循证手段筛选既往的护理研究报道, 再结合患者围手术期的护理需求, 制定更加合理、更加全面化的护理方案, 对围手术期的各个护理环节进行优化<sup>[12]</sup>。

本研究中观察组实施 ERAS 护理, 对照组实施常规康复护理, 主要研究结果如下: (1) 观察组患者术后并发症总发生率低于对照组, 术后下床活动时间和住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。

(2) 两组患者术后第2、3天的疼痛评分均低于同组术后第1天, 两组患者术后第2、3天的舒适度评分均高于同组术后第1天, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。与对照组同期比较, 观察组患者术后第1~3天的疼痛评分更低, 术后第1~3天的舒适度评分更高, 差异具有统计学意义 (P < 0.05); 观察组患者护理后的焦虑评分、抑郁评分和睡眠质量评分均低于对照组; 观察组患者护理后的生活质量评分高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。(3) 观察组患者护理后的总满意率高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。

综上所述, ERAS 理念可降低宫颈癌患者围手术期患者术后并发症发生率和术后疼痛感, 并提升患者舒适度, 有利于优化其心理状态、提高其睡眠状况及生活质量, 提高患者生活质量使其对护理服务感到更加满意, 从而



加快患者术后康复速度。但本研究样本量过少、需要临床多中心、随机对照试验来验证 ERAS 在妇产科的效果。新型微创外科抗微生物药规范使用和多模式镇痛模式的优化将进一步完善妇科肿瘤围手术期处理措施<sup>[13]</sup>。

〔参考文献〕

(1) Barelli GM, Carbonetti F, Sanctis VD, et al. Diffusion magnetic resonance in cervical carcinoma: the role of apparent diffusion coefficient in the evaluation of treatment response (J). *European journal of gynaecological oncology*, 2019, 40(1): 91-96.

(2) Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A Review (J). *Jama Surgery*, 2017, 152(3): 292-298.

(3) 中华医学会妇产科学分会加速康复协作组. 妇科手术加速康复的中国专家共识 (J). *中华妇产科杂志*, 2019, 54(2): 73-79.

(4) 文丽, 黄丽华, 段冬梅, 等. 快速康复外科护理在宫颈癌患者围术期的应用 (J). *护理实践与研究*, 2020, 17(6): 102-104.

(5) 史磊, 于艳敏. 手术室护理路径在临床腹腔镜胆囊切除术护理安全中的应用 (J). *医学信息*, 2022, 35(3): 184-186.

(6) 倪博然, 赵进喜, 黄为钧, 等. 基于视觉模拟评分法探究中医临床疗效评价新方法 (J). *中华中医药杂志*, 2021, 36(1): 288-292.

(7) 朱丽霞, 高凤莉, 罗虹辉, 等. 舒适状况量表的信效度测试研究 (J). *中国实用护理杂志*, 2006, 9(13): 57-59.

(8) 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度 (J). *中国心理卫生杂志*, 2012, 26(9): 676-679.

(9) 路桃影, 李艳, 夏萍, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析 (J). *重庆医学*, 2014, 43(3): 260-263.

(10) Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, et al. Guidelines for Perioperative Care in Gynecologic/Oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations-2019 Update (J). *Obstetrical and gynecological survey*, 2019, 74(7): 408-409.

(11) 孙芳芳. 整体护理干预对老年糖尿病患者效果观察及生活质量的作用 (J). *糖尿病新世界*, 2020, 23(23): 116-118.

(12) 刘爱兰, 荀晓娥, 朱格红, 等. 围手术期快速康复外科护理在宫颈癌手术中的应用效果 (J). *临床医学研究与实践*, 2019, 4(18): 147-148.

(13) Feng Y, Zhang Z, Lou T, et al. The security of radical trachelectomy in the treatment of IA-IIA cervical carcinoma requires further evaluation: updated meta-analysis and trial sequential analysis (J). *Arch Gynecol Obstet*, 2019, 299(6): 1525-1536.

〔文章编号〕 1007-0893(2023)10-0111-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.10.035

## 护士主导的运动模式在脑卒中居家康复的效果

刘玉群 赵井阳 林晓霞 王肖华 钟艳华

(广州市第一人民医院 华南理工大学附属第二医院, 广东 广州 510180)

〔摘要〕 目的: 分析脑卒中患者居家康复训练现状、存在问题, 并研究护士主导的运动模式的干预效果。方法: 选取广州市第一人民医院 2019 年 1 月至 2019 年 12 月收治的 181 例脑卒中患者, 通过电话回访、问卷星等方式了解其居家康复训练情况, 并予以护士为主导的运动模式干预, 比较干预前后患者训练强度及训练时间变化。结果: 干预 6 周后, 训练时长在 1~2 h 及 2 h 以上的人数占比为 68.06%, 高于干预前的 52.78%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 患者干预 6 周后的 Fugl-Meyer 运动功能评估量表 (FMAS)、日常生活能力量表 (ADLS) 评分均高于干预前, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 干预 6 周后, 患者功能独立性评价量表 (FIM)、Brunel 平衡量表 (BBA)、健康调查量表 (SF-36) 评分均高于干预前、干预 2 周、4 周, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 干预 6 周后, 患者满意度较高, 且并发症发生率显著下降, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 脑卒中患者居家康复存在训练时间短、训练强度少等问题, 通过护士主导的运动模式进行干预, 提高了康复训练强度及训练效果。

〔关键词〕 脑卒中; 居家康复; 护士主导

〔中图分类号〕 R 743 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2023-02-26

〔基金项目〕 广州市第一人民医院红棉计划资助项目 (H2019001)

〔作者简介〕 刘玉群, 女, 副主任护师, 主要研究方向是神经康复。