

[11] MAZZAFERRO E M, BALAKRISHNAN A, HACKNER S G, et al. Delayed type III hypersensitivity reaction with acute kidney injury in two dogs following administration of concentrated human albumin during treatment for hypoalbuminemia secondary to septic peritonitis[J]. Journal of Veterinary Emergency and Critical Care, 2020, 30(5): 574-580.

[12] 文渝, 沈琴. 个体化护理在慢性荨麻疹患者中的效果观察及生活质量评分影响评价[J]. 医学美容美容, 2020, 29(22): 148-149.

[13] 池璐璐. 针对性护理在丘疹型荨麻疹患者中的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(2): 268-270.

[14] 于森, 陈玉迪, 刘肇, 等. 中文版荨麻疹控制评分量表及信效度验证[J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(7): 533-538.

[15] 陈丽萍, 黄晓燕, 肖易, 等. 我国特应性皮炎、银屑病、痤疮和荨麻疹的患病率及危险因素[J]. 中南大学学报(医学版), 2020, 45(4): 449-455.

[16] 于森, 陈玉迪, 刘肇, 等. 慢性自发性荨麻疹的临床评估体系[J]. 中华皮肤科杂志, 2021, 54(12): 1117-1121.

[17] 孙香玉. 个性化护理干预在慢性荨麻疹患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(9): 1702-1703.

[18] 李彤. 慢性荨麻疹患者外周血 TLR 信号分子的变化及临床意义[J]. 中国医师杂志, 2019, 21(3): 406-409.

[19] 李秀华, 吴越秀. 优质护理服务在小儿急性荨麻疹中的应用效果及对睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2021, 8(4): 675-676.

[20] 常文竹, 李秋, 崔瑜玮. 中药穴位敷贴联合中医特色护理治疗慢性荨麻疹临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(5): 113-115.

[21] 宋颖, 周琳. 基于微信平台的居家护理对慢性荨麻疹患者负性情绪和依从率的影响[J]. 皮肤病与性病, 2021, 43(2): 279-280.

快速康复护理理念在宫颈癌围手术期护理中的应用效果

程丽颖

(内蒙古自治区赤峰市医院妇科, 内蒙古 赤峰, 024000)

摘要:目的 探究快速康复护理理念在宫颈癌围手术期护理中的应用效果。方法 选取 2020 年 1 月—2021 年 11 月内蒙古自治区赤峰市医院收治的 60 例宫颈癌患者作为研究对象, 采用随机数表法分为观察组和对照组, 每组 30 例。对照组采用围术期常规护理, 观察组采用围术期快速康复护理, 比较两组患者术后恢复指标、视觉模拟评分量表(VAS)不同时段变化, 评估并比较两组患者焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)护理前后变化情况及其并发症发生率。**结果** 观察组患者术后排气、下床活动、进食、排便及住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者术后 12 h、24 h、3 d VAS 评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。护理前, 两组患者 SAS、SDS 评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 护理后, 观察组 SAS、SDS 评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组术后并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 快速康复护理理念应用于宫颈癌围手术期, 在促进患者术后恢复、缓解术后疼痛方面有着突出效果, 有利于减少并发症, 改善患者负性情绪, 值得临床应用。

关键词: 快速康复护理; 宫颈癌; 围手术期护理; VAS 评分; 并发症

中图分类号: R473.71 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-07-0091-04

宫颈癌是临床常见恶性肿瘤之一, 多见于 35 ~ 55 岁女性, 早期多无明显症状, 随着疾病进展会出现阴道出血、尿频、下腹不适等症状^[1]。手术是临床治疗宫颈癌的常用方法, 作为一种创伤性操作, 手术治疗也不可避免会对患者产生一定的应激, 再加上麻醉、疼痛等刺激的影响, 患者的自主排尿功能会受到一定的影响, 存在较高并发症发生风险^[2-3]。因此, 围手术期给予患者护理干预尤为重要。针对宫颈癌围手术期的传统护理方法主要包括环境护理、体征监测、手术配合等, 虽然有利于保障手术的顺利进行, 但大多是执行简单

的护理操作, 缺乏主动性与服务意识, 护理目标不明确, 护理人员专业技能及知识水平有限, 缺乏对患者术后康复效果的关注。快速康复理念最早被应用于直肠癌、结肠癌外科手术护理中, 其引入具有循证医学证据的优化干预措施, 旨在减轻对手术患者生理与心理的应激, 加快术后康复^[4]。为探究其应用效果, 本研究收集 2020 年 1 月—2021 年 11 月内蒙古自治区赤峰市医院收治的 60 例宫颈癌患者为研究对象, 现将获得的研究结果及相关数据报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月—2021 年 11 月内蒙古自治区赤峰市医院收治的 60 例宫颈癌患者作为研究对象, 采用随机数表法分

作者简介: 程丽颖(1987—), 女, 汉族, 籍贯: 内蒙古自治区赤峰市, 本科, 主管护师, 研究方向: 妇科常见病护理。

为观察组和对照组, 每组 30 例。观察组中, 年龄 23 ~ 64 岁, 平均年龄 (43.59 ± 6.32) 岁; 疾病分期: I 期 21 例, II 期 9 例; 病理类型: 腺癌 25 例, 鳞癌 5 例。对照组中, 年龄 25 ~ 63 岁, 平均年龄 (43.31 ± 6.57) 岁; 疾病分期: I 期 20 例, II 期 10 例; 病理类型: 腺癌 24 例, 鳞癌 6 例。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。患者及其家属充分了解研究相关内容后, 自愿签署同意书。本研究经内蒙古自治区赤峰市医院医学伦理委员会审核。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合《宫颈癌磁共振检查及诊断规范专家共识》^[5] 中宫颈癌诊断标准, 经超声、MRI 及病理诊断确诊为宫颈癌; ②患者交流无障碍, 可配合研究; ③资料齐全, 均为成年人。

排除标准: ①伴随重要脏器严重损伤者; ②合并精神类疾病者; ③合并其他类型癌症者; ④合并全身性感染疾病者; ⑤存在手术禁忌证或麻醉过敏史者; ⑥妊娠期妇女。

1.3 方法

对照组患者采用围手术期常规护理。患者入院后协助完成各项检查, 加强病情监测。术前给予患者常规健康宣教, 做好肠道准备, 禁食、禁水 12 h。术后遵医嘱为患者实施自控镇痛。肛门排气后给予流质饮食, 待患者恢复后逐渐过渡到普食。术后 3 ~ 4 d 指导患者下床活动, 遵医嘱拔除尿管。

观察组患者采用围手术期快速康复护理理念。具体如下。

(1) 术前护理。①心理干预。将手术流程、技术优势及注意事项以宣传册或视频的形式呈现给患者, 使得患者对治疗过程有基本的了解, 分享治疗成功案例, 帮助患者建立信心。②肠道准备。术前 1 d 指导患者碳水化合物饮食。术前 2 ~ 3 h 给予 250 mL 10% 葡萄糖溶液口服, 用磷酸钠盐口服代替灌肠。③皮肤准备。术前对手术位置进行护理, 剔除毛发, 动作轻柔, 防止损伤到皮肤。

(2) 术中护理。术中与麻醉医师配合给予短效静脉麻醉, 尽可能减少阿片类镇静药物的应用。手术室温度控制在 24 ℃ 左右, 输液品、输血品均经过加温处理后使用。铺保温毯, 棉被遮盖患者手术区以外部分。术中控制液体摄入量, 减轻心脏负荷。

(3) 术后护理。①切口护理。术后用沙袋或盐袋轻压腹部切口 2 ~ 6 h, 术后第 2 天换药, 1 次 /d, 密切观察是否存在切口红肿、渗液等情况, 叮嘱患者避免用手抓挠切口。②基础护理。术后回病房后即可按摩患者下肢, 防止血栓形成; 肩部垫垫肩, 予以保温处理, 待患者麻醉清醒、体征稳定后给予口香糖咀嚼, 刺激胃肠道功能恢复; 术后患者完全清醒后给予温开水少量多次饮用, 术后 6 h 后可以进食无渣流质饮食, 最好选择稀饭、肉沫汤、鱼汤、菜汤等, 避免食用牛奶、豆浆、

糖水等产气食物, 3 ~ 4 d 后可过渡到普食; 术后 1 ~ 2 d 指导患者进行床旁站立、下床活动等; 加强会阴部清洁, 每天早晚用 1:20 碘伏溶液进行消毒处理; 可以按摩患者腹部以刺激膀胱, 或者给患者听流水声使患者产生尿意, 同时定时为患者进食饮水, 帮助患者及时排尿、调整排尿习惯; 术后血压平稳 6 h 后协助患者取半卧位, 有利于体液引流, 防止淋巴液积聚。③疼痛护理。给予患者硬膜外镇痛泵自控镇痛, 指导患者深呼吸、放松训练, 缓解疼痛。④早期康复护理。术后鼓励患者早期床上自主活动, 术后 12 h 指导床上坐起, 在床上进行下肢屈伸活动, 防止下肢静脉血栓的形成, 24 h 后协助下床活动练习; 术后 3 d 夹闭尿管, 指导患者缩肛练习, 早期拔出导管, 进行膀胱功能锻炼; 术后 1 ~ 2 周要每日清洗外阴, 勤换护垫或卫生巾及内裤, 保持外阴清洁, 术后 1 个月门诊复查, 医生根据宫颈恢复情况判断可否性生活。

1.4 观察指标

①记录两组患者术后恢复指标, 包括术后排气时间、下床活动时间、进食时间、排便时间及住院时间。②采用视觉模拟评分量表 (VAS) 评估两组患者疼痛程度, 选择无分割的标尺, 分别于左右两端标记 0 分、10 分, 0 分表示无痛, 评分越高疼痛越严重。③采用焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 评估两组患者焦虑和抑郁情绪, SAS 共包括 20 个条目, 采用 1 ~ 4 级评分法, 评分越高焦虑情绪越严重; SDS 包括 20 个条目, 评分采用 1 ~ 4 级评分法, 评分越高表示抑郁越严重。④随访 3 个月观察两组患者有无并发症发生, 并发症包括切口感染、肠梗阻、恶心呕吐、尿潴留, 并发症发生率 = (切口感染 + 肠梗阻 + 恶心呕吐 + 尿潴留) 例数 / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 12.0 统计学软件进行数据处理, 所得计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料用 [n (%)] 表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 不同时间点 VAS 评分比较采用方差分析, 再进行两两比较, 用 F 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后恢复指标比较

观察组患者术后排气、下床活动、进食、排便及住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者术后不同时段 VAS 评分比较

观察组患者术后 12 h、24 h、3 d VAS 评分均较对照组低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 与术后 12 h 比较, 两组患者术后 24 h、3 d VAS 评分均较低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者 SAS、SDS 评分比较

护理前, 两组患者 SAS、SDS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理后, 观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组,

表 1 两组患者术后恢复指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次排气时间 (h)	下床活动时间 (h)	进食时间 (h)	排便时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	30	19.45 ± 3.43	25.10 ± 4.43	8.73 ± 1.54	40.59 ± 5.36	6.59 ± 1.02
对照组	30	26.95 ± 4.37	36.17 ± 5.04	27.56 ± 4.04	61.94 ± 6.78	9.85 ± 2.76
<i>t</i>		7.395	9.036	23.854	13.530	6.068
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 2 两组患者术后不同时段 VAS 评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 12 h	术后 24 h	术后 3 d	<i>F</i>	<i>P</i>
观察组	30	3.48 ± 0.25	2.48 ± 0.26	2.06 ± 0.25	248.660	<0.001
对照组	30	4.60 ± 0.54	3.62 ± 0.65	3.34 ± 0.27	50.058	<0.001
<i>t</i>		10.309	8.919	19.053		
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001		
<i>t</i> 观察组术后 12 h VS 术后 24 h		21.617	<i>t</i> 对照组术后 12 h VS 术后 24 h	10.480		
<i>P</i>		<0.001	<i>P</i>	<0.001		
<i>t</i> 观察组术后 12 h VS 术后 3 d		30.696	<i>t</i> 对照组术后 12 h VS 术后 3 d	13.474		
<i>P</i>		<0.001	<i>P</i>	<0.001		
<i>t</i> 观察组术后 24 h VS 术后 3 d		9.079	<i>t</i> 对照组术后 24 h VS 术后 3 d	2.994		
<i>P</i>		<0.001	<i>P</i>	0.033		

表 3 两组患者 SAS、SDS 评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	30	63.14 ± 5.73	36.12 ± 3.94*	63.26 ± 5.64	39.75 ± 3.15*
对照组	30	62.26 ± 5.39	43.16 ± 4.46*	65.37 ± 5.58	50.14 ± 4.36*
<i>t</i>		0.613	6.480	1.457	10.580
<i>P</i>		0.543	<0.001	0.151	<0.001

注: 与同组护理前比较, **P*<0.05。

表 4 两组患者术后并发症发生率比较

[*n*(%)]

组别	例数	切口感染	肠梗阻	恶心呕吐	尿潴留	并发症发生率
观察组	30	0(0.00)	0(0.00)	1(3.33)	1(3.33)	2(6.67)
对照组	30	2(6.67)	2(6.67)	1(3.33)	3(10.00)	8(26.67)
χ^2						4.320
<i>P</i>						0.038

差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 3。

2.4 两组患者术后并发症发生率比较

观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 4。

3 讨论

宫颈癌是起源于宫颈上皮异型增生的恶性肿瘤, 流行病学调查发现, 宫颈癌与 HPV 感染、性生活开始早以及免

疫功能缺陷等有着密不可分的联系。我国每年宫颈癌新发病例多达 13 万, 且趋于年轻化, 受到了医学界的高度重视^[6-8]。目前临床针对宫颈癌患者多采用手术切除治疗, 其能够将肿瘤病灶清除, 促进患者症状缓解, 延长生存期。但手术也存在一定的风险, 侵入性操作不仅加重了患者的身心痛苦, 而且增加了感染风险^[9]。研究发现, 宫颈癌手术患者术后康复效果不仅与临床医师操作水平有关, 而且与围手术期护理息

息相关。科学、正确的护理干预是改善患者预后、提升康复效果的关键^[10]。

本研究观察组围手术期采用的是快速康复护理理念,强调以患者实际情况为中心,在循证医学的支持下,为患者制订优化护理干预方案,最大程度上减轻患者的手术应激,加快术后康复进程,增强预后,涉及到患者心理、生理及康复训练等多个方面^[11]。从研究结果看,观察组术后首次排气、排便、下床活动、进食及住院时间均较对照组短($P<0.05$),体现了快速康复护理对患者术后恢复的促进作用。传统护理模式下对宫颈癌手术患者的护理主要集中在手术及疾病本身,护理缺乏针对性与目的性。快速康复护理关注患者心理健康,术前通过对患者的心理疏导与健康教育,能够减轻患者的心理负担,减少心理应激,促使患者积极配合各项治疗^[12-13]。本研究结果显示,两组患者术后 SAS、SDS 评分均有改善,观察组改善更明显($P<0.05$),说明心理护理在改善患者负性情绪方面的作用显著。术前打破传统 12 h 禁食、禁水的观念,缩短禁食禁水时间,且给予患者葡萄糖、磷酸钠盐口服,不仅避免了传统灌肠操作带来的刺激,而且有利于维持水电解质平衡,减轻对胃肠道内环境的影响,缩短了患者术后各项指标恢复时间^[14-15]。术中限制补液、温度控制能够提高患者舒适度,维持患者血流动力学稳定,降低术后感染及心脏不适等并发症发生风险。术后尽早指导患者进食,结合病情恢复情况由流食过渡到普食,能够促进患者机体免疫功能的提升,刺激头部迷走神经反射,加快胃肠道功能恢复^[16-18]。本研究结果还显示,术后各个时段观察组患者 VAS 评分均低于对照组($P<0.05$)。这是因为术后在快速康复护理模式下,患者得到早期康复护理及镇痛处理,减少并发症发生的同时,促进了术后各项功能的恢复,有利于缓解疼痛^[19-20]。随访两组患者术后并发症发生率,观察组较对照组少($P<0.05$),提示快速康复护理模式下患者并发症更少,具有鲜明的优势。本研究就快速康复护理在宫颈癌患者围手术期中的应用效果进行了汇报,但病例少、随访仅 3 个月,时间有限,可能有所偏倚,后续仍需大样本研究,挖掘其临床价值,更好地服务于临床。

综上所述,宫颈癌手术患者围手术期行快速康复护理,有利于加快术后恢复,促进患者焦虑、抑郁情绪缓解,有利于减轻疼痛反应,减少并发症,可在临床应用。

参考文献

[1] 张小燕,廖旭慧,吴勤丽,等.不同年龄 I A2 ~ II A2 期宫颈癌临床

和病理特点分析[J].中国妇幼健康研究,2020,31(7):961-964.

[2] 任莉,王焱,田晓予.对影响早期子宫颈癌患者手术治疗的高危风险因素临床研究[J].医药论坛杂志,2017,38(1):18-19.

[3] 白瑞,徐晓涵,李凯丽,等.局部晚期宫颈癌患者行腹腔镜手术致输尿管损伤临床分析及处理[J].中国医师杂志,2020,22(2):175-178.

[4] 曾祖华,潘彧,袁萍.快速康复护理模式对围手术期患者宫颈癌疼痛程度、恢复情况、并发症以及凝血指标的影响[J].血栓与止血学,2018,24(6):1065-1067.

[5] 中华医学会放射学分会宫颈癌专家组.宫颈癌磁共振检查及诊断规范专家共识[J].肿瘤影像学,2017,26(4):250-254.

[6] 赵敏,林艳苹,马永慈,等.云南省肿瘤医院4744例宫颈癌流行病学分析[J].卫生软科学,2018,32(10):74-77.

[7] 王宇,宋淑芳,刘凤.我国宫颈癌流行病学特征和发病高危因素的研究进展[J].中国妇幼保健,2019,34(5):1206-1208.

[8] 裴蕴锋,经先振,周娟,等.医院就诊人群HPV感染的流行病学特征及其与宫颈癌/癌前病变的关系[J].华中科技大学学报(医学版),2018,47(3):349-353.

[9] 李霞,张栖.腹腔镜下宫颈癌根治术后并发症预防性护理与效果对照分析[J].护理实践与研究,2020,17(11):87-89.

[10] 吕永利,王焕焕,李沙沙,等.腹腔镜下宫颈癌根治术后尿潴留预防和管理的循证护理实践[J].护理学报,2021,28(13):29-33.

[11] 刘文娟,吴雪华,郑红霞.思维导图护理对宫颈癌根治术后患者康复期心理状况及预后的影响[J].中国医药导报,2021,18(17):193-196.

[12] 全清华.快速康复外科理念对宫颈癌手术患者并发症及护理满意度的影响[J].国际护理学杂志,2017,36(4):494-496.

[13] 姜晓娟,林丽.探讨快速康复外科理念对宫颈癌围术期患者临床康复及生活质量的影响[J].中国性科学,2019,28(11):153-156.

[14] 鲁振华,张鲜芳,张淑林,等.快速康复护理用于宫颈癌围手术期护理的效果观察[J].山西医药杂志,2019,48(15):1927-1929.

[15] 高杰,张宏,刘莉,等.间歇导尿在宫颈癌根治术后患者膀胱功能康复的应用[J].护理学杂志,2018,33(16):81-83.

[16] 蒋妮娜,石喜妹,李碧华.集束化护理干预对宫颈癌根治术后病人康复的影响[J].护理研究,2017,31(25):3162-3164.

[17] 张清连.加速康复外科理念在宫颈癌病人围术期护理中的应用[J].护理研究,2018,32(12):1933-1934.

[18] 蒙玉莲,谭菊花,韦秀,等.加速康复外科护理对宫颈癌根治术患者氧化应激的影响[J].护理管理杂志,2019,19(7):517-520.

[19] 吴治敏,王卉,李玲,等.单孔与传统腹腔镜下行宫颈癌根治手术患者围手术期对比研究[J].第三军医大学学报,2018,40(16):1507-1511.

[20] 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.