

Care, 2018, 16(6):725-731.

[13] INGERSOLL L T, ALEXANDER S C, LADWIG S, et al. The contagion of optimism: the relationship between patient optimism and palliative care clinician overestimation of survival among hospitalized patients with advanced cancer[J]. Psychooncology, 2019, 28(6):1286-1292.

[14] JUNG M, HAN K. Effectiveness of gratitude disposition promotion program on depression and quality of life of chronic schizophrenic patients[J]. Indian J Psychiatry, 2017, 59(2):189-195.

[15] LIANG Y, WANG H, NIU M, et al. Longitudi-

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.16.040

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.r.20200416.1102.002.html>(2020-04-16)

nal analysis of the relationships between social support and health-related quality of life in hematopoietic stem cell transplant recipients [J]. Cancer Nurs, 2019, 42(3):251-257.

[16] 杨伟刚. 特质感恩与状态感恩的认知偏向机制研究[D]. 西安:陕西师范大学, 2016.

[17] ZHAO S M, DONG F F, QIU H Z, et al. Quality of life, adherence behavior, and social support among renal transplant recipients in China: a descriptive correlational study[J]. Transplant Proc, 2018, 50(10):3329-3337.

(收稿日期:2020-01-09 修回日期:2020-04-19)

快速康复护理对骨折术后患者康复的影响研究^{*}

闫长红, 于 铭

(河北省秦皇岛市骨科医院骨三科 066000)

【摘要】 目的 探讨快速康复护理对骨折术后患者康复的影响。方法 选取 2018 年 1 月至 2019 年 1 月该院行手术治疗的 120 例骨折患者为研究对象,分为干预组和对照组,各 60 例。对照组给予常规护理,干预组在常规护理的基础上应用快速康复护理。对比两组术后卧床时间、开始下床锻炼时间、总住院时间及费用,入院时、手术当日和术后 1 周疼痛视觉模拟评分(VAS)及并发症发生情况。结果 与对照组比较,干预组卧床时间[(5.2±2.1)d vs. (9.1±3.5)d]、开始下床锻炼时间[(5.5±1.8)d vs. (7.1±2.7)d]、总住院时间[(9.2±2.1)d vs. (15.1±3.5)d]更短,住院费用[(2.0±0.3)万元 vs. (2.9±0.4)万元]更低,差异无统计学意义($P < 0.05$)。两组入院时 VAS 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),干预组手术当日及术后 1 周 VAS 明显低于对照组($P < 0.05$)。干预组无并发症发生,对照组发生 2 例骨筋膜室综合征,并发症发生率为 3.33%(2/60)。两组并发症发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 快速康复护理有助于骨折术后患者康复。

【关键词】 快速;康复护理;骨折;手术后医护;疼痛

【中图法分类号】 R473.6

【文献标识码】 B

【文章编号】 1671-8348(2020)16-2778-04

骨折大多由生活、交通、工作、运动发生意外导致,表现为疼痛、肿胀、淤血及局部功能受限,严重影响患者日常生活,对其身心都造成了一定程度的伤害,也对所属家庭造成一定程度的负担^[1-3]。手术是主要治疗方法之一,但术后患者因活动受限及疼痛等因素可能会出现一定的负面情绪,不利于疾病的恢复,因此,为了使受伤肢体最大程度地恢复自身功能,需密切关注患者术后的康复与护理^[4-5]。随着医疗技术的发展,对护理的要求也在日渐更新,常规护理只能满足临床基础的护理治疗,并不能很好地帮助患者更加快速完善地进行疾病恢复,快速康复护理是对围

术期患者采用有循证医学证据的一系列优化措施,强调通过术前、术中、术后的不同方面对患者进行护理,从而减少患者术后不良反应、降低并发症发生率及减轻患者经济压力,促进患者疾病的恢复^[6-7],现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月至 2019 年 1 月本院行手术治疗的 120 例骨折患者为研究对象。纳入标准:(1)无手术禁忌证,符合手术要求;(2)无语言及听力障碍;(3)均为单一性骨折;(4)未伴随其他重要脏器病变。排

^{*} 基金项目:河北省秦皇岛市重点研发计划科技支撑项目(201703A188)。 作者简介:闫长红(1978—),副主任护师,本科,主要从事骨科护理研究。

除标准:(1)有严重心血管疾病;(2)伴随精神或人格障碍,无法配合研究进行;(3)同部位有过手术史。所有患者按随机数字表法分为干预组和对照组,各 60 例。对照组中男 32 例、女 28 例,年龄 21~38 岁,平均(28.7±6.6)岁,其中开放性骨折 26 例,闭合性骨折 34 例。干预组中男 35 例、女 25 例,年龄 20~36 岁,平均(27.1±6.2)岁,其中开放性骨折 28 例,闭合性骨折 32 例。两组性别、年龄、骨折类型等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获医院医学伦理委员会审批通过,患者及家属均对研究知情且签署同意书。

1.2 方法

1.2.1 对照组护理方式

对照组应用常规护理,具体方法如下:(1)术前为患者及家属做好健康宣教,协助患者做好术前准备。(2)严格执行医嘱,帮助患者采取合适体位,监测患者生命体征,观察患肢皮肤颜色、温度、肿胀情况,以及伤口渗出和恢复情况。(3)提醒患者合理活动,进行肌肉练习,告知其康复锻炼注意事项,预防并发症。

1.2.2 干预组护理方式

干预组在常规护理的同时应用快速康复护理,具体方法如下:(1)建立快速康复小组。在科室选择 1 名护士长、5 名 N2 级以上层级护士、1 名主治医师和 1 名康复师组成快速康复小组。干预开始前邀请骨科及快速康复护理相关专家为小组成员进行专业培训,讨论制订干预流程,明确分工,确定各自职责。每周对培训内容考核,确保快速康复护理的正确实施。(2)术前护理。责任护士术前为患者及家属讲解手术的具体流程、方式及术后可能发生的并发症、注意事项等,向患者强调配合治疗的重要性并为其列举本科室相关手术成功案例,增强患者治疗信心。在科室内发放健康知识小手册,帮助患者更好地了解疾病。耐心解答患者提出的问题,增加患者对医护人员的信任。如发现患者存在负性治疗情绪,应及时和患者进行沟通予以疏解。术前 6 h 禁食水,术前 3 h 遵医嘱予患者 10% 葡萄糖水 200~300 mL 口服,以免患者手术过程中出现低血压或低血糖。(3)术中护理。注意观察患者体温情况,做好保暖措施,保持手术室温在 24~25℃,使用保暖床具,输注液体前加温到 37℃ 左右并进行恒温保温,避免可能因术中低体温导致的感染、出血量增加等情况,术中密切监测患者生命体征。(4)术后护理。安返病房后仍要注意予患者保暖措施,根据患者情况予以合适体位,观察其伤口情况。护理人员应主动询问患者疼痛程度,判断是否有进行性加重,告知患者术后在合理范围内的疼痛是正常的,减轻患者心理负担。对于疼痛耐受能力较强或疼痛程度较轻的患者,可以根据其兴趣爱好为其准备书籍、视频、广播、音乐等娱乐活动,转移其注意力,从而减轻疼痛感受。对于疼痛程度较重和疼

痛耐受能力较差的患者,可以遵医嘱予其镇痛类药物,注意控制用药剂量及用药次数。术后 4 h 左右如患者无恶心、呕吐等反应可以饮用少量温开水,如无不适反应,后期可以逐渐恢复饮食,由流质、半流质到正常饮食,尽量避免刺激类食物,多食用易消化、高营养的食物。帮助患者进行早期功能锻炼,避免长期卧床造成肌肉萎缩,降低并发症发生率,促进术后恢复。责任护士根据患者情况制订有针对性的功能锻炼计划,卧床期间主要以床上肢体运动为主,锻炼肌肉及关节,同时也可预防压疮的发生,例如股四头肌等长收缩、秋千拉手抬臀、关节屈伸等。在此基础上逐渐增加运动量,注意循序渐进,避免因高强度运动造成肢体负担,影响恢复。

1.2.3 观察指标

(1)术后恢复时间,包括卧床时间、开始下床锻炼时间;(2)总住院时间及费用;(3)疼痛视觉模拟评分(VAS)^[8],测量患者入院时、手术当日及术后 1 周的 VAS;(4)术后并发症,包括骨筋膜室综合征、关节功能障碍、压疮等发生情况。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 20.0 软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验;计数资料以频数或百分率表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后恢复时间比较

与对照组比较,干预组卧床时间[(5.2±2.1)d vs. (9.1±3.5)d]和开始下床锻炼时间[(5.5±1.8)d vs. (7.1±2.7)d]更短,差异有统计学意义($t=7.401, P=0.000; t=3.819, P=0.000$)。

2.2 两组总住院时间及费用比较

与对照组比较,干预组总住院时间[(9.2±2.1)d vs. (15.1±3.5)d]更短,住院费用[(2.0±0.3)万元 vs. (2.9±0.4)万元]更低,差异有统计学意义($t=7.451, P=0.000; t=11.809, P=0.000$)。

2.3 两组 VAS 比较

两组入院时 VAS 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预组手术当日及术后 1 周 VAS 明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组 VAS 比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间	干预组	对照组	t	P
入院时	6.06±1.33	6.11±1.55	0.303	0.762
手术当日	4.08±1.09	5.95±1.13	9.226	0.000
术后 1 周	2.31±1.17	4.74±1.89	8.468	0.000

2.4 两组并发症发生情况比较

干预组无并发症发生,对照组发生 2 例骨筋膜室综合征,并发症发生率为 3.33%(2/60)。两组并发症

发生率比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 20.05, P = 0.000$)。

3 讨 论

骨折多为突发性损伤,患者因没有心理准备和剧烈的疼痛感可能会产生焦虑、不安等负面情绪,伤情严重者还可能影响患者肢体功能,骨折同时还可能伴随软组织的挫伤或其他脏器的损害,如合并严重感染还可能危及生命,这就要求医护人员对骨折患者及时采取正确的处理,尽量减轻其身心痛苦^[9-10]。手术为骨折患者常见的治疗方式之一,而护理干预则是术后恢复中十分关键的一环,有效的护理措施可以促进疾病的恢复,减少并发症的发生,提升整体治疗效果,所以探索新的护理模式是目前临床中十分紧迫的任务^[11-12]。快速康复护理以服务患者为中心理念,通过对围术期患者采取一系列多学科协作护理措施,来达到手术效果的最大化,帮助手术患者尽快恢复^[13-14]。

李娟^[15]研究显示,通过快速康复护理干预可以很大程度缩短下肢骨折患者术后恢复所耗时间,加快患者恢复速度,这与本研究结果类似。说明快速康复护理模式可以通过术前健康教育、术中保暖护理、术后针对性的康复锻炼等一系列护理措施加快患者的康复速度,缩短患者总治疗及恢复所用时间。不仅如此,本研究还显示经过快速康复护理干预,干预组术后当天及术后 1 周疼痛程度明显低于对照组,说明快速康复护理干预可以通过疼痛护理、保暖护理、心理护理等优化措施减轻患者的疼痛程度,减轻患者身体及心理的应激反应,减轻患者恐惧焦虑情绪,有利于患者更好的康复。

在本研究中,骨折术后干预组经过快速康复护理干预后,并发症发生率明显低于对照组。牛敏^[16]研究显示,经过快速康复护理干预,胫腓骨骨折患者术后并发症发生率明显低于常规护理患者,说明快速康复护理可以通过开展早期康复锻炼等措施,减少患者可能出现的压疮、感染、下肢深静脉血栓等并发症,从而促进患者恢复。本研究还显示,快速康复护理的护理满意度更高,这提升了患者对医护人员的信任,促进了护患关系和谐,有利于减少护患纠纷,提升科室整体护理质量。

本研究所选参考文献资料有限,方法体系还处于初步阶段,尚未成熟,对于快速康复护理的措施不够全面,且因样本量较小,调查结果有一定的局限性,仍需改进,未来将进一步增加实用性较强的方法措施,增强整体研究的实证性及创新性。

综上所述,快速康复护理可有效缩短骨折术后患者恢复所用时间,减轻患者疼痛程度,降低术后并发症的发生率,同时提升了科室护理满意度,在骨折术后患者恢复中起到了良好的作用,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 文巧芳,李晓雅. 优质护理在脊柱骨折内固术中的护理效果观察[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(17):2176-2178.
- [2] 杜苗,韩利朵. 快速康复理念下护理干预在踝关节骨折患者术后恢复中的应用[J]. 检验医学与临床, 2019, 16(18):2680-2683.
- [3] SMILOWITZ N R, OBERWEIS B S, NUKALA S, et al. Association between anemia, bleeding, and transfusion with long-term mortality following noncardiac surgery [J]. Am J Med, 2016, 129(3):315-323.
- [4] 李佳,胡向英. 精细化护理对于开放性四肢骨折术后切口感染的影响研究[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(16):2085-2087.
- [5] 黄其静,陆美艳,杨艳萍. 持续质量改进在手术室单侧全髋关节置换术护理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(17):126-128.
- [6] 张莉,陶贵彦,章江琳,等. 快速康复外科护理模式对骨科围术期患者并发症影响的 Meta 分析[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(18):1436-1442.
- [7] 郝玲霞,黄利芳,杨兰芳. 基于快速康复外科理念的疼痛管理在骨科创伤患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(10):70-72.
- [8] 张岚,杨洁,王沙沙. 中医护理对腰椎低温等离子术后患者康复的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(25):2839-2841.
- [9] 李萍. 桡骨远端骨折术后腕关节功能早期综合康复护理[J]. 实用手外科杂志, 2019, 33(3):362-363.
- [10] LAMBA S, BONANNI M, COURAGE C, et al. When a patient declines curative care: management of a ruptured aortic aneurysm [J]. West J Emerg Med, 2013, 14(5):555-558.
- [11] 冯秋颜,肖鹏,孙镜茗. 综合镇痛干预对女性股骨颈骨折患者术后疼痛及焦虑的影响[J]. 临床与病理杂志, 2019, 39(8):1737-1742.
- [12] 马怡,罗洪梅. 快优康复护理在老年股骨颈骨折微创全髋关节置换术围术期中的应用[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(13):1470-1473.
- [13] 金佳,徐炜,艾红珍. 全膝关节置换围术期快速康复外科管理模式的实施[J]. 中国组织工程研究, 2019, 23(16):2467-2472.
- [14] 张姗姗,陈红梅,鲍宏伟,等. 快速康复外科理念联合舒适护理模式在老年股骨颈骨折治疗中的应用[J]. 海军医学杂志, 2019, 40(2):136-139.

[15] 李娟. 快速康复护理模式在下肢骨折患者围术期的应用效果[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(16):2864-2865.

的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(8):71-73.

(收稿日期:2020-02-08 修回日期:2020-05-12)

[16] 牛敏. 快速康复护理路径在胫腓骨骨折患者中

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.16.041

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20200313.1651.006.html>(2020-03-14)

癌症复发恐惧量表在结直肠癌患者中的检测应用研究

赵天宇¹, 周秀芳², 梁红霞^{1△}

(1. 河南大学护理与健康学院研究所, 河南开封 475000; 2. 河南省肿瘤医院内镜中心, 郑州 470000)

[摘要] 目的 了解癌症复发恐惧量表(FCRI)评分与结直肠癌患者疾病特征, 判断患者的癌症复发恐惧程度及分布特征。方法 便利抽样选取河南省肿瘤医院接受治疗的结直肠癌术后患者 112 例, 采用一般资料调查表、癌症复发恐惧量表(FCRI), 以问卷形式进行调查。结果 112 例患者 FCRI 总均分为(104.22±14.76)分。中年、新确诊、不保肛的患者恐惧程度较高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 FCRI 量表可作为我国结直肠癌患者的癌症复发恐惧心理检测工具。

[关键词] 结直肠肿瘤; 癌症复发恐惧量表; 复发; 恐惧

[中图分类号] R735.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2020)16-2781-04

近年来, 结直肠癌已成为最常见消化道肿瘤之一, 整体发病率在癌症类型中排名第 3, 病死率排名第 2^[1]。我国结直肠癌发病率呈上升趋势, 在男性恶性肿瘤中排名第 3, 女性排名第 2^[2-3]。一旦被确诊为结直肠癌, 在治疗和生活过程中, 患者很容易产生担心癌症复发的心理问题^[4]。有调查显示, 癌症患者经历癌症复发恐惧(fear of cancer recurrence, FCR)的百分比范围为 31%~86%^[5-6]。最新澳大利亚精神肿瘤合作研究小组(PoCoG)建立共识^[7], FCR 主要表现为患者对身体症状的敏感性增加, 将身体的某些症状如疼痛、胸闷等视为疾病恶化的征兆, 严重影响患者生活质量。而目前在相关研究领域的调查统计量表较少, 且研究对象主要为女性患者, 并无统一的标准来测量患者的癌症复发水平^[8], 限制了调查结果的普遍性。癌症复发恐惧量表(fear of cancer recurrence inventory, FCRI)既包括患者的心理和生理状况的评估, 也包括对复发恐惧的触发因素的检验和应对策略的提出, 内容比较全面, 是对 FCR 的多维评估, 具有较好的心理测量质量^[8], 是评估患者对癌症复发恐惧水平的有效测评工具。本研究拟通过 FCRI 量表了解 FCRI 评分与结直肠癌患者社会、心理、疾病相关指标的相关性, 判断患者的 FCR 水平, 为临床医护人员的心理干预和支持治疗提供初步的理论支持, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

根据自变量 5~10 倍进行样本量计算^[9], 本次研

究的自变量为 10 个, 考虑 20% 无效问卷的情况, 最终将样本量扩大至 112 例。选取 2018 年 10—12 月河南省肿瘤医院接受治疗的 112 例结直肠癌术后患者为研究对象。纳入标准: (1) 经病理确诊为结肠癌或直肠癌; (2) 年龄大于或等于 18 岁; (3) 患者知晓病情; (4) 能够正常沟通, 具备完整的阅读书写能力; (5) 对本研究知情同意。排除标准: (1) 合并其他部位恶性肿瘤; (2) 存在严重精神或心理疾病。

1.2 方法

1.2.1 调查方式

采用问卷调查的形式, 由研究者向患者发放问卷, 并解释本研究的内容、目的及问卷填写的方法、注意事项, 填写完毕后由研究者当场收回。

1.2.2 研究工具

1.2.2.1 一般资料调查问卷

由研究者通过专家咨询和文献综述进行设计, 人口社会学资料包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、职业状况、医疗负担情况、子女情况。疾病资料包括结直肠癌 Dukes 分期、手术类型、有无造瘘、当前治疗阶段。

1.2.2.2 FCRI

该量表最初为法语版, 由加拿大学者 SIMARD 等^[10]于 2009 年通过文献综述和专家咨询制订, 并进行了信效度检测。由 LEBEL 等^[11]翻译为英文版并加以推广, 后由新加坡学者 LIU 等^[12]翻译汉化, 并首次应用在亚洲癌症患者中。量表共 7 个维度, 包括 42 个条目, 分别为触发因素(8 个条目)、严重程度(9 个