

围术期罗伊-纽曼综合干预护理对腹主动脉瘤手术患者身心应激, 术后康复及并发症的影响观察

柏小丹 姜海英

南京医科大学第一附属医院 江苏 南京 210009

摘要: **目的:** 探讨罗伊-纽曼综合干预模式用于腹主动脉瘤患者围术期护理的临床效果。**方法:** 研究共选取130例腹主动脉瘤患者, 将其分设为两组, 对照组按照常规模式进行护理; 观察组按照罗伊-纽曼综合干预模式进行护理。对比两组护理效果。**结果:** 干预前, 两组自我效能评分差异不显著 ($p > 0.05$); 干预后, 观察组自我效能评分高于对照组 ($p < 0.05$); 手术前, 两组血清 Cor、IL-6 水平无显著差异 ($p > 0.05$); 手术后, 观察组 Cor、IL-6 水平低于对照组 ($p < 0.05$); 相比对照组, 观察组术后排气时间、下床活动时间以及住院时间显著更短 ($p < 0.05$); 相比对照组, 观察组术后并发症发生率更低 ($p < 0.05$)。**结论:** 对腹主动脉瘤手术患者实施围术期罗伊-纽曼综合干预护理可以减轻患者身心应激反应, 加快患者术后康复, 降低并发症发生率。

关键词: 腹主动脉瘤; 围术期护理; 罗伊-纽曼护理; 身心应激

腹主动脉瘤是一种常见的血管疾病, 其指腹主动脉永久性局限性扩张, 多数患者无明显的临床症状。而一旦发生腹主动脉瘤出血, 患者可表现为剧烈腹痛、大出血, 病情凶险, 可能在短时间内危及患者生命^[1]。手术是治疗该病的主要方法, 其中腔内修复手术是微创手术, 其在数字血管减影造影术动态检测下, 经股动脉植入人工血管支架, 从而保护动脉瘤壁, 解除动脉瘤壁受到的血流冲击, 具有创伤小和疗效确切的优势^[2]。然而, 手术作为一种强烈的应激源, 可能导致患者产生强烈的应激反应, 影响患者的身心健康和术后康复。因此, 如何减轻患者的应激反应, 加快患者康复, 降低并发症发生率, 是护理人员需要关注和解决的问题^[3]。罗伊-纽曼综合干预模式是一种以患者为中心的护理模式, 旨在通过综合性的干预措施, 帮助护理对象保持、恢复系统平衡与稳定, 改善患者的生理和心理健康状况。本研究旨在探讨罗伊-纽曼综合干预模式用于腹主动脉瘤患者围术期护理的临床效果, 报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象: 2021年1月~2022年12月期间在本院接受手术治疗的腹主动脉瘤患者, 共130例。分组方案: 随机数表法。组别设置: 对照组、观察组两组, 各65例入组。对照组: 男、女占比分别为46.15% (30/65)、53.85% (35/65), 年龄范围48~76岁, 平均 (55.22 ± 4.12) 岁。观察组: 男、女占比分别为56.92% (37/65)、43.08% (28/65), 年龄范围43~75岁, 平均 (54.27 ± 4.74) 岁。两组一般资料差异不显著 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 符合腹主动脉瘤的临床诊断, 影像学检查证实; (2) 符合手术指征; (3) 患者签署知情同意书。

排除标准: (1) 合并其他的严重基础疾病; (2) 精神疾病、语言或认知障碍等影响沟通的情况; (3) 手术禁忌证者。

1.2 方法

对照组: 给予患者常规围术期护理干预措施, 包括术前准备、术中配合、术后监测生命体征、伤口护理等。

观察组: 在对照组的基础上应用罗伊-纽曼综合干预模式进行护理干预, 具体内容如下: (1) 成立护理小组, 小组成员由具有多年手术护理经验的资深护士组成, 接受过罗伊-纽曼综合干预模式的培训, 掌握该护理模式的知识及相关技能。(2) 制定干预方案: 护理小组进行组内讨论, 针对腹主动脉瘤患者的临床特点, 进行行为、影响两方面的干预。行为是一级评估, 评估内容包括患者角色功能、生理、自我概念、相互依赖等方面适应能力。影响因素是二级评估, 主要内容

个阶段对患者行为与影响因素进行评估, 明确患者压力源及刺激相关问题, 制定相应的护理方案来提高患者对于手术的适应性。(3) 方案的实施: ①术前干预: a. 心理指导与健康宣教: 患者缺乏对疾病的认知, 是其术前身心刺激的压力来源。因此需要护理人员对其进行健康宣教, 术前需对患者进行全面评估, 了解其身体状况、心理状态及对疾病的认知程度, 根据评估结果制定个性化的心理指导方案。b. 环境干预: 为患者营造一个安静、舒适、整洁的病房环境, 减少外界因素对患者造成的刺激。c. 行为干预: 指导患者进行深呼吸、放松训练等, 以缓解紧张情绪。②术中干预: a. 心理支持: 术中与患者进行沟通, 安慰、鼓励患者, 增强其信心。b. 严密配合手术操作: 术中微创可能转为开腹手术, 因此需要做好相关手术器械的准备, 密切监测患者生命体征变化, 加强与手术医生配合, 保证手术的顺利进行。c. 严格控制补液量和麻醉药物用量, 做好保温措施, 预防术中寒战及术后延迟苏醒。③术后干预: a. 康复指导: 患者麻醉清醒后, 将其床头抬高, 并进行足背屈运动, 根据患者恢复情况, 指导其进行适当的康复锻炼, 如早期下床活动等, 以促进术后恢复, 活动过程中密切监测患者血压、心率及心肺功能情况。b. 并发症预防: 针对腹主动脉瘤手术可能出现的并发症, 制定相应的预防措施, 如观察切口有无渗血, 如有异常及时报告医生, 调整抗凝方案; 观察患者是否存在腹痛及腹部包块搏动, 警惕内漏和瘤体破裂等并发症; 如患者发生体温升高、血小板减少、白细胞升高、心率加快等现象, 及时报告医生并遵医嘱予以抗炎、补充血小板、降温等对症处理, 并告知家属这是正常的术后生理应激现象, 安慰患者与家属。c. 心理疏导: 术后对患者进行心理疏导, 帮助其排解不良情绪, 增强信心。

1.3 观察指标

(1) 自我效能: 护理前后用健康促进策略量表(SUPPH)对患者自我效能进行评定, 包括积极态度、自我角色与自我减压三个维度。评分越高, 自我效能越好。

(2) 生理应激: 手术前后测定患者白介素-6(IL-6)、皮质醇(Cor)水平。

(3) 术后恢复情况: 统计患者术后排气时间、下床活动时间以及住院时间。

(4) 并发症: 统计患者围术期并发症发生率。

1.4 统计学方法

采用spss24.0软件处理资料, 以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料, (%)表示计数资料, 分别以t和卡方检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 自我效能

干预前，两组自我效能评分差异不显著（ $p > 0.05$ ）；干预后，观察组自我效能评分高于对照组（ $p < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组自我效能评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	积极态度		自我减压		自我决策	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组（n=65）	40.12±6.12	54.12±10.12	31.52±5.13	38.89±6.71	8.52±2.13	14.12±2.12
对照组（n=65）	40.88±5.13	43.15±9.98	30.98±4.78	33.57±8.45	8.39±2.31	10.11±2.75
t	0.767	6.223	0.621	3.975	0.334	9.311
p	0.444	0.000	0.536	0.000	0.739	0.000

2.2 生理应激
手术前，两组血清 Cor、IL-6 水平无显著差异（ $p > 0.05$ ）；手术后，观察组 Cor、IL-6 水平低于对照组（ $p < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组 Cor、IL-6 水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	Cor（ng/L）		IL-6（pg/L）	
	手术前	手术后	手术前	手术后
观察组（n=65）	98.45±8.11	138.52±12.12	8.12±2.14	12.28±3.27
对照组（n=65）	96.13±7.12	157.82±18.23	8.31±2.33	15.42±4.13
t	1.733	7.108	0.484	4.806
p	0.086	0.000	0.629	0.000

2.3 术后恢复情况
相比对照组，观察组术后排气时间、下床活动时间以及住院时间显著更短（ $p < 0.05$ ），见表 3。

表 3 两组术后恢复情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	术后排气时间（h）	下床活动时间（h）	住院时间（d）
观察组	65	20.13±3.12	25.13±4.12	8.45±2.05
对照组	65	32.82±4.08	33.25±5.14	10.52±3.31
t		19.919	9.938	4.286
P		0.000	0.000	0.000

2.4 术后并发症
相比对照组，观察组术后并发症发生率更低（ $p < 0.05$ ），见表 4。

表 4 两组术后并发症发生率比较 [n（%）]

组别	例数（n）	肺部感染	呕吐	髂动脉栓塞	总发生率
观察组	65	2（3.08）	3（4.62）	0（0.00）	5（7.69）
对照组	65	5（7.69）	7（10.77）	1（1.54）	13（20.00）
χ^2					4.127
P					0.042

3 讨论

腹主动脉瘤是一种动脉扩张性疾病，其表现为血管内膜消失、弹力纤维与胶原纤维断裂，动脉壁的退行性变化是引起腹主动脉瘤的主要病因，同时其发生与外伤、动脉炎症、遗传、感染等多因素相关^[4]。本病无法自愈，一旦发生瘤体破裂，患者可在短时间内出现大量出血，死亡率极高，因此在瘤体破裂前采取有效的治疗措施是改善患者预后的关键。近年来，随着医学技术的不断发展，腔内修复术已成为治疗腹主动脉瘤的主要方法^[5]。该方法具有创伤小、恢复快、并发症少等优点，因此在临床得到了广泛的应用。虽然是微创手术，但其作为侵入式操作，难免给患者身体和心理上带来不同程度的应激，而身心应激反应的程度与患者术后恢复速度有关联，因此降低手术对患者的身心刺激，加快其术后恢复是护理的重要目标^[6]。

罗伊-纽曼护理是一种以患者为中心的护理模式，它强调患者自我管理和自我控制的理念。在该护理模式下，护士作为指导者与支持者，帮助患者理解、控制自身健康状况，并积极参与到自身护理当中。罗伊-纽曼护理的核心是自我效能，即患者对自己能力的信心和信念。通过对患者自我效能的提高，可以增强患者应对外界刺激的能力，从而减轻身心应激反应，进而改善其健康状况。本次研究采用罗伊-纽曼护理模式对观察组进行干预，结果显示观察组的自我效能、

生理应激反应、术后恢复情况以及并发症发生率均显著优于对照组。这表明罗伊-纽曼护理模式在腹主动脉瘤患者的治疗中具有积极意义。具体来而言，观察组的自我效能得到显著提高，这表明患者对自己能力的信心和信念得到了增强，从而提高了患者应对外界刺激的能力，进而减轻了身心应激反应。这一方面可以减少患者的应激反应，另一方面也可以提高患者的术后恢复速度。此外，观察组的生理应激反应也得到了显著改善。具体表现在血清 Cor 和 IL-6 水平的降低上。Cor 是一种由肾上腺分泌的激素，其属于人体反应激素，多被用于临床患者机体应激反应的评估中。IL-6 则是一种炎症因子，对于机体损伤刺激与感染发挥着关键的调节作用。因此，降低血清 Cor 和 IL-6 水平可以减轻患者的生理应激反应，有利于患者的术后恢复。在术后恢复情况方面，观察组的术后排气时间、下床活动时间以及住院时间均显著短于对照组。这表明罗伊-纽曼护理模式可以促进患者的术后恢复，缩短住院时间，从而降低了患者的医疗费用和医院床位的使用率。此外，观察组的术后并发症发生率也显著低于对照组。这表明罗伊-纽曼护理模式可以降低术后并发症的发生率，减轻患者痛苦，缩短住院时间。

综上所述，罗伊-纽曼护理模式在腹主动脉瘤患者的治疗中具有积极意义，可以提高患者的自我效能和应对能力，减轻身心应激反应，促进术后恢复并降低并发症发生率。因此，该护理模式值得在临床推广应用。

参考文献

[1] 刘栋利,王玲,李爽爽,等.三级预防护理模式对中高腹主动脉瘤腔内修复患者术后康复、心理状态及并发症的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(5):893-896.

[2] 耿熹洁,廖冰野,王炳丽,等.1例腹主动脉瘤腔内修复术后并发Ⅰ型内漏行自体肾移植及肾动脉支架重建术的护理配合[J].现代临床护理,2022,21(3):79-83.

[3] 陶建,林丽霞,宋亚敏,等.StanfordA型主动脉夹层术后再次行胸腹主动脉置换患者的术后护理[J].护理学报,2023,30(6):57-60.

[4] 许周美,李莉,沈薇.CBB理念导向式管理对腹主动脉瘤患者术后心理韧性、自尊状况和睡眠质量的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(5):843-846.

[5] 张洁,张林,曾国军.智慧医疗管理平台提升腹主动脉瘤先兆破裂患者认知能力的效果[J].广西医学,2021,43(5):632-635,封3.

[6] 侯丹.1例腹腔镜下腹主动脉瘤腔内修复术后Ⅱ型内漏根治术患者的护理[J].当代护士,2023,30(26):148-151.