

基于风险防御机制的循证护理模式对降低腹腔镜下子宫切除术中风险的应用效果

张俊, 谢晓秀, 周杰, 代丽珺
(通用医疗成都三六三医院麻醉手术中心, 四川 成都 610041)

【摘要】目的: 探究基于风险防御机制的循证干预模式对腹腔镜下子宫切除术中不良事件发生率的影响。**方法:** 纳入腹腔镜子宫切除术患者 92 例。根据不同干预方式将患者分为常规干预组与循证干预组, 每组各 46 例。对比两组患者围手术期指标、护理前后负性情绪、生活质量(GQOLI-74)、围手术期不良事件与投诉事件发生率及患者满意度。**结果:** 循证干预组胃肠道功能恢复时间、下床时间、住院时间均短于常规干预组($P < 0.05$); 护理后, 两组患者 SAS、SDS 均下降($P < 0.05$), 且循证干预组各项评分均低于常规干预组($P < 0.05$); 循证干预组 GQOLI-74 各项评分均高于常规干预组($P < 0.05$); 循证干预组不良事件发生率低于常规干预组($P < 0.05$), 且护理投诉率低于常规干预组($P < 0.05$); 循证干预组护理满意度高于常规干预组($P < 0.05$)。**结论:** 基于风险防御机制的循证干预模式能够有效促进腹腔镜子宫切除术患者术后康复, 改善患者负性情绪以及生活水平, 并减少围术期不良事件及投诉率, 患者满意度高, 值得临床推广使用。

【关键词】 腹腔镜子宫切除术; 不良事件; 风险防御机制; 循证干预模式
【中图分类号】 R473.71 **【文献标志码】** A

Application effect of evidence-based nursing model based on risk defense mechanism on reducing risks during laparoscopic hysterectomy

ZHANG Jun, XIE Xiao-xiu, ZHOU Jie, DAI Li-jun
(Anaesthesia and Surgery Center, Chengdu 363 Hospital of General Healthcare, Chengdu 610041, Sichuan, China)

【Abstract】Objective: To explore the application effect of evidence-based nursing model based on risk defense mechanism on reducing risks during laparoscopic hysterectomy. **Methods:** A total of 92 patients undergoing laparoscopic hysterectomy were enrolled. Patients were divided into a conventional intervention group and an evidence-based intervention group based on different intervention methods, with 46 cases in each group. The perioperative indicators, negative emotions and quality of life (GQOLI-74) before and after nursing, incidence rates of perioperative adverse events and complaints, and patient satisfaction were compared between the two groups. **Results:** The gastrointestinal function recovery time, ambulation time and hospitalization time in evidence-based intervention group were shorter than those in conventional intervention group ($P < 0.05$). After nursing, the SAS score and SDS score in the two groups were decreased ($P < 0.05$), and the scores in evidence-based intervention group were lower than those in conventional intervention group ($P < 0.05$). The scores of GQOLI-74 items in evidence-based intervention group were higher than those in conventional intervention group ($P < 0.05$). The incidence rates of adverse events were lower in evidence-based intervention group than those in conventional intervention group ($P < 0.05$), and the nursing complaint rate was also lower than that in conventional intervention group ($P < 0.05$). The nursing satisfaction in evidence-based intervention group was higher compared to conventional intervention group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Evidence-based intervention model based on risk defense mechanism can effectively promote the postoperative rehabilitation of patients with laparoscopic hysterectomy, improve the negative emotions and living standards, and reduce perioperative adverse events and complaint rate. It has high patient satisfaction and is worthy of clinical promotion and use.

【Key words】 Laparoscopic hysterectomy; Adverse events; Risk defense mechanism; Evidence-based intervention model

子宫肌瘤作为女性常见良性肿瘤之一, 其发病率逐年升高^[1]。全子宫切除术适用于无生育需求、疑有恶变或多发性子宫肌瘤等情况患者, 随着微创技术的发展, 腹腔镜子宫切除术凭借其微创、恢复快

等优势逐渐受到临床广泛应用^[2]。然而,该手术仍面临诸多围手术期不良事件及并发症风险,不仅会延长患者住院时间,还可能威胁患者生存质量。因此,围手术期护理及不良事件预警干预措施尤为重要。传统护理模式因其单一性与被动性,仅提供围手术期基础护理支持,难以满足复杂风险事件的防控需求,在风险事件预警及个体化干预方面存在局限性^[3]。因此,本研究提出了基于风险防御机制的循证护理策略。风险防御机制即通过术前精准评估、术中实时监测以及术后动态追踪的多环节风险管控策略,有效预防手术不良事件,降低其发生率^[4]。循证干预模式则以最佳实证为核心,通过整合临床循证,制定更为科学合理的干预方案,确保护理工作的可行性。基于风险防御机制的循证干预模式能够兼顾风险识别与管理以及实证化干预措施,显著改善临床护理质量、提升护理效率^[5]。尽管有研究^[6]报道该模式应用于手术室护理,但尚未见针对降低腹腔镜下子宫切除术中风险的报道。故本研究探讨该方案的可行性与应用效果,旨在研究降低子宫切除术患者围术期不良事件、提高手术安全性与患者康复质量的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究为前瞻性研究。纳入 2020 年 1 月至 2025 年 5 月收治的 92 例腹腔镜下子宫切除术患者为研究对象。纳入标准:(1)经超声检查初步诊断为子宫肌瘤,且术后病理检查确诊为子宫肌瘤^[7];(2)符合腹腔镜下全子宫切除术指征(包括无生育需求、疑有恶变、多发性子宫肌瘤等);(3)签署知情同意书。排除标准:(1)合并其他子宫疾病;(2)合并脏器功能障碍;(3)肢体功能障碍;(4)精神异常;(5)依从性差。根据不同干预方式将患者分为常规干预组与循证干预组,每组各 46 例。其中,常规干预组年龄(44.28 ± 9.49)岁,手术时间(44.02 ± 7.51)min;循证干预组年龄(45.78 ± 10.24)岁,手术时间(45.77 ± 8.10)min。本研究经医院伦理委员会审核批准。常规干预组与循证干预组一般资料,经独立样本 t 检验,具体统计学结果如下:两组年龄比较, $t=0.729, P=0.468$;两组手术时间比较, $t=1.075, P=0.285$,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

常规干预组开展常规围手术期干预:术前开展健康宣教,帮助患者了解病情及治疗方案,并讲解手术相关注意事项;遵医嘱指导准备术前用药以及指导患者完成术前准备工作;术后定时更换敷料,开展

引流管与尿管护理,告知患者自护事项等,干预持续至患者出院。循证干预组开展基于风险防御机制的循证干预,(1)建立循证干预小组:由 1 名护士长、1 名妇科主治医师、3 名专科责任护士组成,所有成员均在开展护理前学习了解风险防御机制,并查阅相关文献、报道,建立护理循证依据。(2)循证依据的提出与分析:选择“子宫肌瘤”“子宫切除术并发症”“风险防御护理”等关键词查阅文献,并总结有关不良事件的循证问题,如:血管/脏器损伤、高碳酸血症与皮下气肿、术后恶心呕吐、深静脉血栓等。随后并参考循证问题,检索资料与报道,总结风险防御机制的护理循证依据。(3)开展实践:术前风险防御评估患者血栓风险,对于高风险者(Caprini 量表 ≥ 5 分)需在术前 12 h 给予低分子肝素皮下注射;术前筛查心理高危患者,并开启心理疏导与行为认知干预减轻患者心理应激;术前调查既往腹腔粘连史患者,预备超声刀与血管闭合系统,术前 2 h 口服碳水化合物溶液降低胰岛素抵抗,皮肤准备采用氯己定醇溶液降低腹腔粘连风险。术中建立实时风险防御网络,气腹建立阶段动态监测患者生命体征,EtCO₂ >50 mmHg 或较基线上升 $>10\%$ 时,需协助麻醉师调整通气参数并排查皮下气肿;穿刺时由护士确保镜头头平衡校准以优化术野显示;术中设置出血预警,当出血量 >300 mL 则做好止血应急措施;体位管理采用抗剪切力硅胶垫,术中定时检测外周神经受压情况等。术后护理建立麻醉并发症预警系统,每 10 min 记录一次呼吸频率、疼痛情况以及麻醉苏醒治疗;下肢深静脉血栓防御方面,术后 2 h 可应用间歇充气加压装置与梯度压力弹力袜,术后 6 h 协助进行床上训练,12 h 协助床旁康复训练;导尿管留置时间 ≤ 24 h 等。上述风险防御护理配合常规手术护理进行,护理持续至患者出院。

1.3 观测指标

(1)围手术期指标:统计两组患者胃肠道功能恢复时间、下床时间、住院时间。(2)负性情绪:于护理前后,采用焦虑评分(self-rating anxiety scale, SAS)^[8]、抑郁评分(self-rating depression scale, SDS)^[9]评估患者负性情绪,其中 SAS 共 20 项,采用 1~4 分计分法,分数越高代表焦虑程度越严重;SDS 共 20 项,采用 1~4 分计分法,分数越高代表抑郁程度越严重。(3)生活质量:于护理前后,采用生活质量综合评定问卷(generic quality of life inventory-74)^[10]评估生活质量,该量表包含 74 个条目,包括躯体、心理、社会、物质 4 项,采用正向计分,评分越高,生活质量越好。(4)围手术期不良事件:统计围手术期不良事件,围手术期不良事件包括尿路

感染、切口感染、下肢深静脉血栓、肠梗阻。(5)患者满意度与投诉事件发生率:采用医院自制满意度评分评估患者满意度,满意度评分为 0~100 分。>80 分为满意;60~80 分为基本满意;<60 分为不满意。Cronbach's α 信度系数为 0.814。统计两组投诉事件发生率。

1.4 统计学分析

通过 SPSS 26.0 软件进行数据分析。计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,组间比较行独立样本 χ^2 检验;计量资料符合正态分布,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间行独立样本 t 检验,组内行配对样本 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 常规干预组与循证干预组患者围手术期指标对比

循证干预组胃肠道功能恢复时间、下床时间、住院时间均短于常规干预组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 常规干预组与循证干预组患者围手术期指标对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	胃肠道功能恢复时间(d)	下床时间(h)	住院时间(d)
循证干预组($n=46$)	1.48 $\pm$ 0.41	13.54 $\pm$ 2.94	5.28 $\pm$ 1.52
常规干预组($n=46$)	2.10 $\pm$ 0.58	17.82 $\pm$ 4.58	7.05 $\pm$ 1.35
t 值	5.920	5.334	5.905
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 常规干预组与循证干预组患者负性情绪对比

护理前,两组 SAS、SDS 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。护理后,两组患者 SAS、SDS 均下降($P < 0.05$),且循证干预组各项评分均低于常规干预组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 常规干预组与循证干预组患者负性情绪评分对比 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
循证干预组($n=46$)	67.65 $\pm$ 6.24	46.58 $\pm$ 3.08 ^①	64.54 $\pm$ 8.21	42.20 $\pm$ 3.58 ^①
常规干预组($n=46$)	66.71 $\pm$ 5.58	54.57 $\pm$ 4.75 ^①	66.20 $\pm$ 7.20	51.12 $\pm$ 4.87 ^①
t 值	0.762	9.572	1.031	10.009
P 值	0.448	<0.001	0.305	<0.001

① $P < 0.05$,与同组护理前对比。

2.3 常规干预组与循证干预组患者生活质量对比

循证干预组 GQOLI-74 各项(躯体、心理、社会、物质)评分均高于常规干预组($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 常规干预组与循证干预组患者围手术期不良事件对比

循证干预组不良事件总发生率(尿路感染、切口感染、下肢深静脉血栓、肠梗阻)均低于常规干预组

($P < 0.05$)。见表 4。

表 3 常规干预组与循证干预组患者生活质量评分比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活
循证干预组($n=46$)	75.20 $\pm$ 5.82	68.04 $\pm$ 5.56	70.04 $\pm$ 5.21	61.01 $\pm$ 6.27
常规干预组($n=46$)	62.45 $\pm$ 7.05	57.29 $\pm$ 6.04	63.28 $\pm$ 6.21	52.21 $\pm$ 5.59
t 值	9.459	8.881	5.656	7.105
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 4 常规干预组与循证干预组患者围手术期不良事件对比 $[n(\%)]$

组别	尿路感染	切口感染	下肢深静脉血栓	肠梗阻	合计
循证干预组($n=46$)	1(2.17)	1(2.17)	0(0.00)	0(0.00)	2(4.35)
常规干预组($n=46$)	3(6.52)	4(8.70)	1(2.17)	2(4.35)	10(21.74)
χ^2 值					6.133
P 值					0.013

2.5 常规干预组与循证干预组患者护理满意度与投诉事件发生率对比

循证干预组护理满意度为 93.48%,高于常规干预组 78.26%($P < 0.05$),且护理投诉率也低于常规干预组($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 常规干预组与循证干预组患者护理满意度与投诉事件发生率对比 $[n(\%)]$

组别	满意	基本满意	不满意	满意度	护理投诉
循证干预组($n=46$)	28(60.87)	15(32.61)	3(6.52)	43(93.48)	2(4.35)
常规干预组($n=46$)	16(34.78)	20(43.48)	10(21.74)	36(78.26)	10(21.74)
χ^2 值				4.389	6.133
P 值				0.036	0.013

3 讨论

本研究发现,循证干预组胃肠道功能恢复、下床及住院时间均短于常规干预组。提示基于风险防御机制的循证干预模式能够有效提高患者术后恢复效率;循证干预组各项负性情绪评分均低于常规干预组,而循证干预组 GQOLI-74 各项评分均高于常规干预组,证实基于风险防御机制的循证干预模式能够改善患者心理状态以及生活质量^[10-11]。分析原因,循证干预模式旨在通过既往临床护理经验以及循证依据,有效优化护理流程,一方面能够减少医疗资料不必要的浪费,另一方面也能够提高整体护理质量,实现个体化护理,即该模式下,护理人员会根据患者病情及预后状况给予差异性护理,减少了传统护理模式的单一性护理方案,使护理效率更高,因此患者整体护理质量更好,患者生活质量与心理状态更好^[12-13]。

本研究进一步对比围手术期不良事件及投诉率发现,循证干预组不良事件发生率(尿路感染、切口

感染、下肢深静脉血栓、肠梗阻)均低于常规干预组,且护理投诉率也低于常规干预组,证实基于风险防御机制的循证干预模式能够有效预防围术期风险事件的发生。分析原因,风险防御机制构建了一系列主动识别、动态监测、精准干预的闭环管理系统,通过多环节多层次防控策略有效降低风险事件发生^[14-16]。基于本研究开展的具体防控方案可知,术前评估患者血栓风险、腹腔粘连等潜在风险,能够有效避免术中血栓形成与腹腔粘连等风险事件;术中建立实时风险防御网络,能够有效预防麻醉相关不良事件、术中过量出血等不良事件,同时还能够优化手术操作,减少操作失误;术后监测能够有效预防术后并发症,同时联合康复训练能够有效提高患者恢复效率,降低下肢深静脉血栓发生风险,因此循证干预组不良事件与投诉事件发生率更低^[17-18]。最后本研究发现循证干预组护理满意度高于常规干预组,证实该方案获得大部分患者认可,有一定推广价值。

参考文献

[1] 王秀娟,徐云,李明,等. 子宫肌瘤切除术围术期路径式护理措施对患者应激反应及舒适度效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2024,32(3):583—588.

[2] Zeng C,Mi Y,Wang F,*et al.* Summary of evidence on prevention and management of bladder dysfunction in patients after radical hysterectomy[J]. *Nursing Open*,2024,11(7):1—19.

[3] 鲍冬梅,邱萍,谢燕,等. 改进式手术室全期护理在全子宫切除手术中的应用研究[J]. 现代医学,2025,53(1):129—134.

[4] 韩文杰,宿爱华. 临床护理常见技术相关规范与风险防范问题研究[J]. 中国防痨杂志,2024,46(4):490.

[5] 王剑英,王春霞,何丽艳. 循证理念疼痛护理在腹腔镜子宫肌瘤手术中的效果[J]. 贵州医药,2024,48(10):1657—1658.

[6] 李静蕾,龙晓宇,杨胜男. 基于安全风险防御机制护理管理对手术室护理质量、护理风险事件的影响[J]. 护理实践与研究, 2023,20(3):463—468.

[7] 子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组. 子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志,2017,52(12):793—800.

[8] Yue T,Li Q,Wang R,*et al.* Comparison of hospital anxiety and depression scale (HADS) and zung self-rating anxiety/depression scale (SAS/SDS) in evaluating anxiety and depression

in patients with psoriatic arthritis[J]. *Dermatology*,2020,236(2):170—178.

[9] Zhu GH,Xu Y,Zou L,*et al.* The effect of interdisciplinary and diversified health education combined with personalized nutrition intervention on FPG, 2hPG, SDS, SAS scores and the pregnancy outcomes of gestational diabetes mellitus [J]. *Ginekologia Polska*,2021,96(4):304—307.

[10] Jiang M,Li W,Fang Z,*et al.* Effects of comfort nursing on pain and quality of life in children undergoing tonsillectomy[J]. *American Journal of Translational Research*, 2023, 15 (2): 1159—1167.

[11] Gulucu S,Uzun KE,Ozsoy AZ,*et al.* Retrospective evaluation of peripartum hysterectomy patients: 8 years' experience of tertiary health care[J]. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2022,25(4):483—489.

[12] 徐娟,冯锐. 循证理念指导下的 CICARE 沟通模式在子宫肌瘤行子宫动脉栓塞术患者中的应用分析[J]. 中国妇幼保健, 2025,40(1):21—24.

[13] 邢思思,段晓侠,袁玥,等. 三甲医院护士循证护理实践知行现状 & 影响因素研究[J]. 中华全科医学,2024,22(3):522—525,529.

[14] 沈居丽,贾惠芳,郜玫,等. 基于风险评估的集束化护理在预防全子宫切除术后下肢深静脉血栓中的应用[J]. 昆明医科大学学报,2022,43(2):160—165.

[15] Turnbull SL, Jordan M, Linnett RJ, *et al.* Development and optimisation of an intervention to increase the intention to act on health and health equity within the private sector of urban development: an evidence, theory and Person-Based Approach [J]. *BMC Public Health*,2025,25(1):1564.

[16] Pu J, Zhou B, Yao Y, *et al.* Development and validation of a lifestyle-based 10-year risk prediction model of colorectal cancer for early stratification: evidence from a longitudinal screening cohort in China[J]. *Nutrients*,2025,17(11):1898—2916.

[17] 张建梅,阎莉,陈玲,等. 急性压力性损伤风险防控护理在行肺癌根治术患者中的应用效果[J]. 中国医药导报,2024,21(16):181—183,187.

[18] Pathak GB, Mukherjee R, Kandpal V, *et al.* Implementation research to develop an optimized delivery model for effective implementation of evidence-based interventions to reduce stillbirth in India: a study protocol [J]. *PLoS One*, 2025, 20 (2):1—17.

(收稿日期:2025—09—29 修回日期:2025—11—06)