

· 护理研究 ·

ERAS 模式联合同伴支持教育于钬激光前列腺剜除术老年患者中的应用

侯金廷

中南大学湘雅医院 湖南长沙 410008

【摘要】目的 探讨 ERAS 模式下同伴支持教育在钬激光前列腺剜除术 (Holmium Laser Enucleation of the Prostate, HoLEP) 患者中的临床应用效果。**方法** 随机选取 2018 年 1 月-2018 年 12 月我院采用 HoLEP 治疗的老年 BPH 患者 120 例作为本研究参与对象, 采用随机数字表法将其分成对照组 60 例与观察组 60 例。对照组实施围手术期常规护理方案, 观察组实施快速康复护理方案, 并全程落实同伴支持教育。对比两组在术后康复情况、住院时间、术后并发症发生情况及生活质量情况。**结果** ERAS 联合同伴支持教育在 HoLEP 患者中的应用加快了患者的康复进程, 缩短了患者术后住院天数、首次排气时间、首次下床活动时间、尿管留置时间及膀胱冲洗时间, 减少了术后并发症的发生; 观察组 SF-12v2 生理总分与对照组差异无统计学意义, 但生理职能维度差异明显; 心理健康总分高于对照组, 尤其精力、社会功能和情感职能这 3 个维度提高效果显著, 差异均具有统计学意义。**结论** ERAS 联合同伴支持教育能明显缩短术后住院时间、减少术后并发症的发生, 有利于患者身心康复, 值得临床借鉴。

【关键词】 加速康复外科; 同伴支持; 老年; 前列腺增生**【中图分类号】** R473.6**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-3179 (2019) 03-150-04

快速通道外科 (Fast Track Surgery, FTS) 是由丹麦外科医生 Kehlet 于 1997 年首次提出^[1]。2005 年欧洲临床营养和代谢委员会在 FTS 基础上制订了《术后加强康复程序共识》(Enhanced Recovery After Surgery, ERAS) 对这一概念进行了重新界定。ERAS 通过采用有循证医学证据的围手术期处理的一系列优化措施, 减少手术患者的生理及心理的创伤应激, 达到了快速康复目的^[2]。近年来, 已经成功地应用到泌尿外科一些疾病的手术中。良性前列腺增生 (Benign Prostatic Hyperplasia, BPH) 是泌尿外科的常见病及多发病, 主要表现为尿频、尿急、尿失禁等不适症状, 给中老年患者生活质量造成极大影响^[3]。HoLEP 作为一种治疗 BPH 很有前景的微创替代方案, 越来越被临床广泛应用。但老年 BPH 患者常合并多种基础疾病, 机体耐受力差, 导致其术后并发症发生率高, 术后恢复时间也较长^[4]。ERAS 可以缩短禁食时间、减少生理紊乱, 促进肠蠕动和肠内营养, 促进机体早日恢复生理机能, 对于提高其生活质量具有深远临床意义。

由于前列腺增生病程较长, 严重影响患者的生活质量、睡眠质量等, 增加了患者的精神压力, 造成其身心痛苦^[5]。同伴教育是特定人群中, 通过分享观念和交流知识, 利用同伴的影响力传递健康的知识、观念, 从而实现教育目标的一种形式, 目前有效应用于患者的自我管理^[6]。相较于护士健康教育, 同伴支持教育能以自身经历和健康形象影响着 BPH 患者的心理, 达到信息和知识的传递, 促进患者的术后康复。欧洲泌尿外科学会 (Europuran Association of Urology, EAU) 指南^[7]曾提出, 对于 BPH 患者症状评估和治疗方式的选择, 首先应考虑与患者健康相关的生活质量。本研究采用围手术期 ERAS 模式下 HoLEP 治疗的老年 BPH 患者应用同伴支持教育, 与同期采用传统围手术期处理方案的患者对比, 结果提示 ERAS 联合同伴支持教育能明显促进患者的术后身心康复。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月至 2018 年 12 月我院收治的老年前列腺增生手术患者 120 例, 依据随机数表法分为对照组与观察组两组, 各 60 例。纳入标准: ①年龄 ≥ 60 岁; ②所有患者术前均符合良性前列腺增生诊断标准^[8], 并经 B 超等检查确诊。③符合手术指征, 拟行钬激光前列腺剜除术; ④患者和家属理解并自愿参与本研究。排除标准: ①患者合并其他重大疾病; ②术后病理报道非前列腺增生患者或神经源性膀胱、尿道狭窄等其他导致排尿困难患者; ③中途退出者。对照组年龄 60 ~ 82 岁, 平均年龄 (72.64 \pm 6.37) 岁; 国际前列腺评分表 (IPSS 评分) 21 ~ 33 分, 平均 IPSS 评分 (27.45 \pm 3.81) 分; 前列腺体积为 (44.1 \pm 2.2) ml。观察组年龄 63 ~ 80 岁, 平均年龄 (71.65 \pm 5.12) 岁; IPSS 评分 19 ~ 30 分, 平均 IPSS 评分 (26.61 \pm 2.63) 分; 前列腺体积为 (43.6 \pm 3.9) ml。本次研究经院内伦理委员会审核通过, 患者及家属均签署知情同意书, 无失访患者。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法

对照组采用外科常规围手术期护理措施, 包括: 完善术前准备、做好患者的营养管理, 若患者存在营养不良, 改善营养状况后再手术, 以减少手术的风险; 向患者介绍手术的安全性以及预后情况, 减轻患者的焦虑情绪, 增加其顺利完成手术的信心; 术前 3 天常规肠道准备, 8 ~ 12 小时禁食、4 ~ 6 小时禁饮, 常规应用抗生素; 规范手术室的温度在 22 ~ 25℃, 湿度 40% ~ 60%。按照手术要求取膀胱截石位, 并在腘窝处垫以软枕, 建立静脉通路, 做好术中生命体征监测、与医生和麻醉师做好术中配合; 术后常规卧床休息, 预防性使用镇痛泵, 次日开始下床活动和进食半流饮食、常规留置导尿管并根据尿液及冲洗液颜色决定拔管时间, 使用常温生理盐水进行膀胱冲洗, 做好管道护理和并发症的观察等。

观察组通过查阅文献、专科指南等大量资料、医护人员共同讨论, 制定快速康复护理方案, 提供同伴支持照护。具体如下: ①患者经确诊并同意 HoLEP 治疗后, 告知项目目的

与内容、利益弊害邀请其加入并签署知情同意书。②术前护理：无需肠道准备，术前 6 小时禁食、2 小时禁饮；术前 30 分钟使用一次预防性抗生素，如手术时间较长 (> 3 小时) 加用一次；③术中护理：在对照组基础上，控制患者的液体量 (< 1500ml)，尽量减少对患者的刺激。注意保暖，患者在进出手术室的途中给予足够包裹，保持呼吸道内恒定温度和湿度。将输注液及灌注液加温至 36℃~ 37℃，使用电热毯加强保暖措施，术中彻底止血，将前列腺残渣组织冲洗干净^[9]。输液前用加温器将液体进行加温，术中使用温盐水纱布、温水冲洗以及注意保护术野，以减少体热散失等；④术后护理：术后 4h 开始经口进食；鼓励早期下床活动，全身麻醉完全清醒以后指导进行床上翻身与活动，第 2 天如果尿液颜色变浅为淡红色或者黄色即下床活动，如果有活动性出血则继续鼓励床上活动，由责任护士指导患者采用时军辉基于文献回顾编制的康复操^[10]进行床上锻炼。具体步骤为：双手抓握，反复 5 次；左右前臂屈肘，反复 5 次；上臂抬高 180° 再放下，换另一边，反复 5 次；协助病人左右翻身活动，反复 2 次；双脚做勾脚、踝泵运动。康复操运动时间 10min ~ 15min。直到改善后尽早下床活动；对膀胱冲洗液加热到 30℃ 左右，减少冷刺激诱发的膀胱痉挛，保持导尿管引流通畅，定时观察必要时挤压，以免引起堵塞从而加重膀胱痉挛。术后每日观察尿液颜色，评估保留导尿管的必要性，早期拔除尿管。对切除组织 < 30g 的患者，术后 1 ~ 2d 拔除尿管；切除组织 > 30g 的患者，术后第 3 天拔除尿管^[11]。⑤同伴支持教育：为每名患者提供一名教育程度相当的志愿者担任同伴，该志愿者经医务人员评定认为满足术后病情稳定、态度积极、配合度高的要求。住院期间，他们将与学生面对面交流，提供饮食管理、术后注意事项、术后康复锻炼、情绪支持和其他问题的支持。

1.3 评价指标

1.3.1 术后恢复情况

比较两组术后首次排气时间、首次下床活动时间、导尿管留置时间、膀胱冲洗时间及术后住院天数。

1.3.3 术后并发症情况

统计入组患者术后并发症发生情况。HoLEP 术后并发症常见的有：出血、尿路感染、术后尿潴留、暂时性尿失禁、尿

道狭窄等。

1.3.3 Qmax

Qmax 是尿流率测定中最为重要的参数，有助于了解膀胱逼尿肌收缩力情况及膀胱容量。于术前、尿管拔除 1 天、出院前 1 天测量，要求患者饮水至膀胱充盈尿意明显，检查时采用人机分离，保证患者在免受外界干扰下采用 LABORIE GBS002 尿动力系统尿流率仪进行检测。最大尿流率 (Qmax) 以 15ml/s 为界，15ml/s 者疑有下尿路梗阻。

1.3.4 简明 12 项健康调查表 (12 variables of the Health Survey, SF-12v2)

是 SF-12 量表改进之后的第 2 版^[12]，亦是 SF-36 量表的简化版。该量表填写耗时较短，能有效地减轻调查对象的负担，适用于中国文化背景下老年人生存质量的测量^[13]。包括 8 个维度，12 个条目，分别是生理功能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能及精神健康。其中前 4 个为生理总分 (physical component summary, PCS)，后 4 个为心理健康总分 (mental component summary, MCS)^[12]。量表采用百分制评分，获得粗分后，采用标准评分法进行转换，得分越高表示生存质量水平越高^[14]。量表的 Cronbach α 系数为 0.775^[13]，两者的 Cronbach's α 分别为 0.77 和 0.80，具有良好的内部一致性^[15]。于出院前由不参与分组和干预的护士发放纸质问卷，予以当场回收；由患者自主作答，必要时予以解释。而对于行动不便、有视力障碍或无读写能力的老年人，采取由老年人口述、调查员负责读题及代填的方式进行。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 版软件进行统计分析，计量资料用均数和标准差进行描述，计数资料用率进行描述。正态分布资料采用两独立样本 t 检验进行组间比较，非正态分布资料采用两独立样本非参数秩和检验 (Mann-Whitney U 检验)，用卡方检验对术后并发症情况进行组间比较，P 取双侧概率，检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 术后恢复情况比较，见表 1

表 1: 两组患者术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm S$, n=60)

组别	首次排气时间 (h)	首次下床时间 (h)	导尿管留置时间 (d)	膀胱冲洗时间 (d)	术后住院天数 (d)
对照组	28.50 ± 15.31	26.31 ± 4.27	3.65 ± 1.84	4.17 ± 2.39	4.78 ± 4.07
观察组	23.16 ± 10.45	20.79 ± 6.20	2.47 ± 1.53	2.30 ± 1.54	3.59 ± 3.47
z/t	12.316	-4.552	3.421	4.174	7.623
P	0.000	0.000	0.0278	0.0174	0.0322

2.2 术后并发症情况比较，见表 2

表 2: 两组患者术后并发症的比较 (n = 60, 例 (%))

组别	出血	尿路感染	术后尿潴留	暂时性尿失禁	尿路狭窄	合计 (人次)
对照组	12	2	9	10	11	44
观察组	5	0	4	5	4	18
χ^2						13.621
P						0.000

2.3 术前、尿管拔除 1 天和出院前 1 天的 Qmax 比较，见表 3。

2.4 SF-12v2 得分的比较，见表 4。

3 讨论

本研究中 EARS 联合同伴支持教育在 HoLEP 患者中的应

用加快了患者的康复进程，降低了患者术后住院天数。这与 Varadhan 等^[16]对平均实施 9 个 EARS 项目的 452 例患者的 meta 分析结果的研究结果基本一致。此外本研究发现 EARS 联合同伴支持教育能有效减少术后尿路感染、术后尿潴留、尿

道狭窄等并发症的发生, HoLEP 术后老年 BPH 患者的 Q_{max} 均恢复至正常范围, 但观察组恢复效果优于对照组。这是因为有效的信息共享和相同经历能够在一定程度上缓解患者的心理负担, 增强信心, 积极配合诊疗护理计划, 加快术后康复。同时术后做好疼痛管理, 能够有效缓解术后疼痛程度, 促进患者早期下床活动、早期进食^[17]。我国学者杨奕等^[18]的研究也证实了 EARS 能够一定程度上减少患者术后并发症。

手术创伤所引起的应激是延缓术后恢复甚至导致并发症的主要原因, 而这种应激反应无法仅通过一种外科技术或药物能够消除, 需要将多种治疗措施相结合, 达到减少创伤、促进康复、降低术后并发症和总体治疗费用的目的。与传统围手术期护理方案不同, EARS 对促进患者术后康复的有效性可能与其理念, 即减少创伤和应激有关^[1]。外科术后的疼痛、应激反应、引流管等因素是造成患者康复延迟的主要原因^[19]。EARS 能从多方面简化围手术期操作, 尽量减轻治疗与护理对患者身心造成的负担。如正确应用镇痛药物、合理应用药物减少炎症反应、合理给予营养物质等, 这些措施不仅减轻患者的心理负担和生理应激反应, 而且有利于术后体力恢复, 降低麻醉风险^[20]。因此, 本研究多种措施相结合促进患者康复也进一步验证了 EARS 的核心理论。

此外, 围手术期的健康教育等因同伴支持的参与实现了个体化。而 Aarts^[21] 等的研究发现个体化的宣教是 EARS 成功的独立因素, 强调了联合同伴支持的 EARS 的有效性。BPH 表现的下尿路梗阻症状常常造成患者失眠、抑郁和社会隔离^[22], 严重影响老年 BPH 患者的生活质量。同伴支持教育促使有相同特征或面临相同压力并有经验的同伴与目标人群交流知识并提供信息、情感和评价方面的支持, 能有效帮助慢性疾病患者维持和达到自我管理的目标, 进而控制疾病^[23]。其基础是自我效能理论, 该理论从积极的角度, 激发个体的健康责任感, 可通过行为的成败经验(直接经验)、替代性经验和言语劝说 3 个方面进行培养^[24]。受传统思想及两性观念的影响, BPH 患者可能有羞愧心理, 认为前列腺增生属于较隐私、不愿在公众场合谈论的疾病。并且受症状影响, 老年 BPH 患者存在自我形象改变, 多存在挫败感, 表现为心理失衡, 拒绝与他人进行疾病沟通, 甚至掩饰病情^[25]。同伴支持作为社会支持的重要内容, 可弥补专业支持和家庭支持在这类疾病中的支持力度。在本研究中, 观察组出院时的 SF-12v2 生理总分与对照组差异无统计学意义, 但生理职能维度差异明显; 心理健康总分高于对照组, 尤其精力、社会功能和情感职能这 3 个维度提高效果显著, 差异均具有统计学意义, 表明在 HoLEP 解决了患者生理需求的基础上, EARS 联合同伴支持教育显著提高了老年 BPH 患者术后总体生存质量, 尤其在心理调适方面给了患者很大的支持。可能与 ERAS 加快了术后康复进程, 患者有可能获得更好的健康体验, 同时支持性资源的可获得性使增加患者进行自我保健和控制自身健康问题的信心有关。通过同伴支持教育, 患者意识到自身经历别人已经经历过并有了经验, 从同伴教育者的“替代性经验”中产生行为改变信念, 相信通过自己的行动, 可以影响和控制疾病的进展, 逐渐建立健康生活方式的责任感, 从而增强了控制自身疾病的信心(直接经验)。

4 小结

综上所述, ERAS 联合同伴支持教育在缓解老年 HoLEP 患者疼痛、术后并发症、改善其术后生活质量等方面有显著效果。下一步应进一步结合多学科, 探讨多学科有效合作的 ERAS 对

患者围手术期及出院后的康复效果及生活质量的影响。

表 3: 术前、尿管拔除 1 天和出院前 1 天的 Q_{max} 比较 ($\bar{x} \pm S$, ml/s)

组别	术前	尿管拔除 1 天	出院前 1 天
对照组	8.35 ± 5.62	16.23 ± 2.84	16.53 ± 4.16
观察组	7.94 ± 4.89	18.80 ± 3.76	19.04 ± 3.62
z/t	7.211	2.738	5.891
P	4.577	0.022	0.031

表 4: SF-12v2 得分组间对比 ($\bar{x} \pm S$, 分)

条目	对照组	观察组	z/t	P
生理功能	50.4 ± 2.4	51.1 ± 6.3	4.778	9.430
生理职能	51.9 ± 6.3	59.3 ± 3.8	13.991	0.000
躯体疼痛	48.2 ± 12.1	47.5 ± 5.7	8.315	4.209
一般健康状况	66.3 ± 5.3	66.8 ± 7.3	6.325	13.440
PCS	54.3 ± 7.3	56.7 ± 3.4	5.785	0.636
精力	49.5 ± 6.2	60.2 ± 4.5	4.532	0.000
社会功能	43.6 ± 8.0	57.4 ± 8.3	6.692	0.000
情感职能	44.3 ± 6.4	50.9 ± 5.5	3.445	0.024
精神健康	48.5 ± 9.7	50.5 ± 3.8	7.876	0.542
MCS	46.7 ± 3.4	61.5 ± 6.3	11.455	0.000

参考文献:

- [1] Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation[J]. British Journal of Anaesthesia, 1997, 78(5):606-617.
- [2] Fearon K C H, Ljungqvist O, Meyenfeldt M V, et al. Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection[J]. Clinical Nutrition, 2005, 24(3):466-477.
- [3] 杨梅, 俞霞, 黄亚胜, 等. 良性前列腺增生患者生活质量调查分析[J]. 中国地方病防治杂志, 2017(04):112-114.
- [4] 楚慧芳. 快速康复外科理念在老年前列腺增生围手术期护理中的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2018, 50(11):121-122.
- [5] LIM K B. Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia[J]. Asian Journal of Urology, 2017, 4(3):148-151.
- [6] 唐茂婷, 刘贤亮, 施雁. 同伴教育在结直肠癌造口患者中的实施现状综述[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(10):1217-1220.
- [7] Tanguay S, Awde M, Brock G, et al. Diagnosis and management of benign prostatic hyperplasia in primary care[J]. Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada, 2009, 3(2):92-100.
- [8] 果宏峰, 那彦群. 《良性前列腺增生诊断治疗指南》解读及相关研究进展[J]. 现代实用医学, 2014, 26(10):1193-1195.
- [9] 巫晓如, 苏晓萍. 加速康复外科理念在钬激光前列腺剜除术治疗良性前列腺增生围手术期护理中的应用效果[J]. 吉林医学, 2019, 40(2):414-416.
- [10] 时军辉. 床上康复操在腹腔镜术后病人早期下床活动中的应用[J]. 全科护理, 2017, 15(2):43-46.
- [11] 邓兰, 汪宇, 余喲森, 等. 加速康复外科理念在良性前列腺增生围手术期护理中的应用[J]. 华西医学, 2017, 32(10):98-100.
- [12] Lam E, Lam C, Fong D, et al. Is the SF-12 version 2 Health Survey a valid and equivalent substitute for the SF-36

3 讨论

产妇产后盆底功能障碍的发生, 与妊娠期机体激素水平的变化有关^[3]。受其影响, 产妇盆底结缔组织胶原代谢逐渐出现异常, 盆底功能障碍随之发生, 盆底支撑力减弱, 器官脱垂、尿失禁等风险的发生几率较高, 产妇预后较差^[4]。盆底功能障碍的发生, 是导致产妇生活质量下降的主要原因。为解决上述问题, 本院通过盆底功能康复护理的方式, 对产妇进行了干预, 取得了一定的效果。

本文研究发现, 根据康复护理时间的不同, 产妇的盆底功能康复护理效果存在较大的差异。产后 7 周给予早期康复护理的患者, 护理后 I 类及 II 类肌纤维电压分别为 (30.9±0.4) μV 及 (32.5±1.2) μV、SF-36 (89.9±5.0) 分, 与产后 9 周及 12 周开始康复护理者相比, 盆底功能恢复效果更佳 (P < 0.05)。进一步观察发现, 本组产妇尿失禁率为 0、依从性 96.4%、满意度 96.4%, 与产后 9 周及 12 周开始康复护理者相比, 尿失禁发生率更低, 依从性更强, 满意度更高, 优势显著 (P < 0.05)。通过对产后 9 周接受康复护理者的观察发现, 本组产妇护理后, I 类及 II 类肌纤维电压分别为 (24.1±1.3) μV 及 (23.6±2.0) μV、SF-36 (80.4±1.3) 分, 与产后 7 周给予康复护理者相比, 患者盆底功能恢复效果欠佳, 但与产后 12 周接受康复护理者相比, 则具有明显的优势 (P < 0.05)。进一步观察发现, 本组产妇尿失禁率 17.9%、依从性 78.6%、满意度 75%, 与产后 7 周给予康复护理者相比, 产妇预后欠佳。但与晚期 (产后 12 周) 接受护理者相比, 患者预后更加良好 (P < 0.05)。本文的研究结果, 证实了产后 7 周早期进行康复护理对产后盆底功能恢复的促进作用。

妊娠以及分娩的过程, 虽可对盆底造成损伤, 但损伤具有一定的可逆性。产后早期, 产妇身体机能最为薄弱, 为恢复的最佳阶段^[5]。在此阶段, 采用电刺激疗法处理, 可有效促进阴道收缩, 促进盆底功能恢复。将生物反馈训练应用到康复护理中, 可提高训练效果的直观性, 使产妇能够在不断恢复的过程中建立起治疗信心, 进一步改善预后。产后盆底

肌康复训练的方法, 以缩肛练习为主^[6]。采用上述方法训练, 对产妇尿失禁发生率的降低, 同样具有积极意义。实施上述康复护理措施的同时, 联合对患者进行心理康复护理及健康教育, 可有效增强其护理依从性, 进一步刺激盆底肌功能恢复。卢霞^[7]在研究中, 以经阴道分娩产妇作为样本, 观察了盆底功能训练的效果。结果显示, 产后 7 周进行早期康复护理, 可将患者的尿失禁发生率自 29% 降低至 5%, 将产妇满意度自 69% 提升至 91%。该学者的研究结果, 与本文基本一致。

综上所述, 于产后 7 周进行早期康复护理, 可有效促进产后盆底功能恢复, 预防尿失禁, 提升产妇的满意度。

参考文献:

[1] 刘艳玲. 个性化盆底功能训练指导对产后压力性尿失禁电刺激临床治疗效果的影响 [J]. 当代医学, 2019, 25(13):126-128.

[2] 罗丽莉, 杨艳贞. 瑜伽联合产后盆底功能训练对经阴道分娩初产妇产后盆底功能的影响 [J]. 护理实践与研究, 2019(09):96-98.

[3] 王兆杰. 盆底生物反馈及电刺激疗法、阴道哑铃盆底联合系统护理对产后盆底肌力康复的疗效观察 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(09):119-120+125.

[4] 陈京美. 盆底肌肉训练联合健康教育对产后盆底功能障碍康复的应用效果观察 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23(09):1292-1293.

[5] 侯丽敏. 盆底康复治疗联合中药对不同分娩方式产后盆底障碍的近期疗效分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(04):610-611.

[6] 蔡惠贞. 生物反馈刺激治疗联合盆底肌功能训练促进产后盆底肌功能恢复的效果 [J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2019, 6(05):14+18.

[7] 卢霞, 姚立丽, 李小文. 产后盆底康复锻炼对女性盆底功能障碍性疾病的预防作用 [J]. 中国妇幼保健, 2018, 33(01):38-41.

(上接第 152 页)

version 2 Health Survey for the Chinese?[J]. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2013, 19(1):200-208.

[13] 肖惠敏, 邝惠容. SF-12 量表评价中国老年人生存质量的信度和效度分析 [J]. 中国老年学杂志, 34(4):1018-1020.

[14] Ware JE, Kosinski M, Keller SD. How to score the SF-12 physical and mental health institute[M]. 2nd ed. Boston: New Engl Med Center, 1995:29-38.

[15] Luo X, George ML, Kakouras I, et al. Reliability, validity, and responsiveness of the short form 12-item survey (SF-12) in patients with back pain [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2003, 28(15):1739-1745.

[16] Varadhan K K, Neal K R, Dejong C H C, et al. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Clinical Nutrition, 2010, 29(4):434-440.

[17] Mcachran S E, Goldman H B. Contemporary Length of Stay and Resource Utilization When Using a Fast-track Regimen for Mid-urethral Sling Surgery [J]. Urology, 2009, 74(3):530-534.

[18] 杨奕, 郭妍超, 万小泉. 快速康复外科结合激光技术在前列腺增生手术中的应用 [J]. 中国医药导报, 2017(6):96-99.

[19] Wilmore DW, KeMct H. Management of patients in fast track surgery [J]. BIVLI, 2001 322:473-476.

[20] Azhar R A, Bochner B, Catto J, et al. Enhanced Recovery after Urological Surgery: A Contemporary Systematic Review of Outcomes, Key Elements, and Research Needs [J]. European Urology, 2016, 70(1): 176-187.

[21] Aarts M A, Okrainec A, Glicksman A, et al. Adoption of enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies for colorectal surgery at academic teaching hospitals and impact on total length of hospital stay [J]. Surgical Endoscopy & Other Interventional Techniques, 2012, 26(2):442-450.

[22] Rom M, Schatzl G, Swietek N, et al. Lower urinary tract symptoms and depression. BJU Int, 2012, 110(11):918-921.

[23] Fisher EB, Boothroy RI, Coufal MM, et al. Peer support for self-management of diabetes improved outcomes in international settings [J]. Health Aff (Millwood), 2012, 31(1):130-139.

[24] Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care [J]. JAMA, 2002, 288(19):2469-2475.

[25] 徐翠霞, 陈娟. 早期康复干预联合针对性心理护理对良性前列腺增生患者的影响 [J]. 护理实践与研究, 2017(14):55-57.