

• 临床探讨 •

食管癌患者放化疗期间实施综合心理护理干预的效果评价

李春花, 吴 媛[△]

(1. 陕西省榆林市第一医院眼科视光学中心 719000; 2. 陕西省西安市蓝田县中医医院手术室 710500)

摘 要:目的 探讨食管癌患者放化疗期间实施综合心理护理干预的效果。方法 采用随机分组的方法, 将本院收治的 98 例食管癌患者分为对照组及干预组, 每组各 49 例, 分别给予一般护理及综合护理, 分别观察并比较两组患者 Spitzer 生活质量指数 (SQLI) 及放化疗期间不良反应发生情况并进行分析。结果 干预组 SQLI 总分为 (8.69 ± 0.13) 分, 对照组总分为 (6.49 ± 0.19) 分, 干预组显著高于对照组, 且差异有统计学意义 ($P < 0.001$); 干预组的患者日常生活、生活感受、健康感受、活动能力、家庭支持得分均明显高于对照组, 且差异有统计学意义 ($P < 0.001$); 两组患者均出现肝功能异常、肾功能异常、消化道反应、反射性食管炎及骨髓抑制, 其中肝功能异常及肾功能异常发生率两组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 消化道反应、反射性食管炎及骨髓抑制, 干预组发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期间, 对照组有 5 例患者因严重的反射性食管炎、白细胞下降中断放疗 3~6 d, 而干预组所有患者均顺利完成放化疗。结论 有效的综合心理护理干预, 可以减轻不良反应, 提高患者生活质量, 增加患者依从性。

关键词:

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.15.043 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)15-2183-03

食管癌是我国常见的消化道恶性肿瘤之一, 流行病学调查显示, 我国食管癌的发病人数占世界发病总数的 60%, 是世界上发病率最高的国家^[1]。食管癌患者病死率仅次于胃癌, 病死率居恶性肿瘤病死率第二位^[2]。目前学者主张食管癌中早期的首选治疗方法是手术联合放化疗, 而中晚期患者则采用同步放化疗的治疗方法^[3]。放化疗过程给患者带来极大身心痛苦, 为了减轻患者的负面情绪, 提高患者的生活质量, 本研究对本院收治的 98 例食管癌中晚期患者在放化疗期间实施综合心理护理干预措施, 探讨综合心理护理干预措施对该类患者的效果, 现报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 1 月至 2015 年 6 月收治的食管癌患者 98 例, 所有患者均经组织病理学确诊为食管癌; 其中男 41 例, 女 57 例, 年龄 58~72 岁, 平均 (65.0 ± 1.2) 岁。采用随机分组的方法将其分为对照组和干预组, 对照组 49 例, 其中男 20 例, 女 29 例, 平均 (64.0 ± 2.1) 岁; 干预组 49 例, 其中男 21 例, 女 28 例, 平均 (63.0 ± 2.9) 岁。两组患者年龄分层、性别比例等资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组患者给予常规检查治疗及一般护理; 干预组除了常规检查治疗及一般护理外, 分别给予患者心理、治疗中、饮食和不良反应护理等综合护理措施, 具体方法如下。

1.2.1 一般护理 保持病房良好的卫生环境, 提供患者宁静舒适的病房, 观察患者的各项生命体征, 注意老年患者的皮肤, 防止褥疮形成。

1.2.2 综合护理 (1) 心理护理。对待患者态度热情, 主动介绍科室的环境及医务人员, 耐心向患者讲解疾病知识及治疗方法; 告知患者放化疗期间可能出现的不良反应及注意事项, 在患者的治疗过程中要注意患者的心理变化, 及时与患者进行沟通, 并使用一定的语言技巧帮助患者消除不良情绪; 做好患者家属的思想工作, 使患者在住院期间感受到亲情的温暖; 保持病房环境舒适温馨, 减少患者对病房的抵触心理, 提高对治疗的配合程度。(2) 治疗中护理。治疗过程中密切观察患者病情变化, 及时处理患者出现的不适情况, 并对患者进行耐心

讲解及心理安慰; 采用影像视频、专题讲座等方式给患者及家属讲解食管癌诊疗知识, 讲解化疗药物的作用原理及可能出现的不良反应; 患者放疗前参观放疗室, 熟悉化疗环境, 了解放疗仪器及放疗操作过程, 消除患者紧张情绪; 认真评估患者静脉情况, 选择适合的输液方式, 输液过程中密切关注输液状态, 预防输液管扭曲、挤压影响输液流速。(3) 饮食护理。胃肠道反应和放射性食管炎是患者在放化疗期间最常见的并发症, 对患者的进食及身体机能造成严重影响^[4]; 在患者进食后 3~4 h, 胃基本排空后再进行化疗, 这样可以减轻患者恶心、呕吐等不良反应; 化疗期间患者可能出现食欲下降、恶心呕吐等不良反应, 告知患者应少食多餐, 进食富含维生素、易于消化的食物。(4) 不良反应护理。同步放化疗的患者, 放射性食管炎出现的时间较单纯放疗患者早, 不良反应症状较明显; 密切观察患者情况, 若症状严重暂停放疗。对于食管黏膜炎性反应, 治疗上根据患者不同情况给予口服利多卡因、地塞米松或者庆大霉素等处理, 护理上根据炎性反应的程度不同嘱患者合理进食, I 度给予软食为主, II 度给予流质或半流质饮食, 每次进食后嘱患者口服 100 mL 温开水, 防止食物滞留在食管, 导致食管黏膜炎性反应进一步加重; 放化疗期间患者会出现不同程度的骨髓抑制, 嘱患者注意个人卫生, 使用软毛牙刷刷牙, 情况严重的患者要做好保护性隔离, 限制家属探访, 防止发生交叉感染; 化疗时化疗药物顺铂具有肾毒性, 化疗前应注意评估患者的肾功能, 化疗期间为保证足够的尿量, 降低顺铂的肾毒性, 应鼓励患者多饮水; 做好饮水出入量及尿量记录, 若发现尿量异常, 立即通知医生处理, 给予患者利尿剂及充分的液体。

1.3 观察指标 采取问卷调查的方式, 由专门的护士负责问卷发放及回收, 由患者本人或直系亲属分别于治疗开始第 1 d、治疗期间及治疗后填写。总共发放 294 份问卷, 回收 288 份, 回收率 98.0%。评估患者 Spitzer 生活质量指数 (SQLI), 评估指标包括日常生活、生活感受、健康感受、活动能力、家庭支持 5 项, 得分越高说明生活质量越高, 总分为 10 分。观察患者治疗期间情况: 包括患者放化疗期间的精神状态、饮食变化及不良反应等, 急性反射性损伤按急性放射反应的简要评价标准 (RTOG) 分 I~IV 级, 毒副作用按 WHO 标准 0~4 度评定^[5]。

[△] 通讯作者, E-mail: 422300581@qq.com。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间差异比较采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验进行分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者 SQLI 评分比较 对两组患者 SQLI 比较, 干预组的患者日常生活、生活感受、健康感受、活动能力、家庭支持得分均明显高于对照组, 且差异有统计学意义 ($P < 0.001$); 干预组总分为 (8.69 ± 0.13) 分, 对照组总分为 (6.49 ± 0.19) 分, 干预组显著高于对照组, 且差异有统计学意义 ($P < 0.001$)。见表 1。

表 1 两组患者 SQLI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	日常生活	生活感受	健康感受	活动能力	家庭支持	总分
对照组	49	1.47 ± 0.18	1.20 ± 0.16	1.46 ± 0.25	1.85 ± 0.09	1.18 ± 0.18	6.49 ± 0.19
干预组	49	1.89 ± 0.09	1.83 ± 0.10	1.84 ± 0.14	1.97 ± 0.07	1.89 ± 0.12	8.69 ± 0.13
<i>t</i>		−14.609	−23.373	−9.283	−7.367	−22.974	−66.893
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 2 两组患者治疗期间不良反应情况比较 (*n*)

组别	肝功能 异常	肾功能 异常	消化道反应		反射性食管炎		骨髓抑制	
			轻度	重度	轻度	重度	轻度	重度
对照组	3	4	28	21	32	17	31	18
干预组	1	1	41	8	46	3	45	4
χ^2	1.043	1.897	8.277		12.313		11.488	
<i>P</i>	0.307	0.168	0.004		<0.001		0.001	

3 讨 论

食管癌是我国常见的消化道恶性肿瘤之一, 是癌症中对患者生活质量影响最大的疾病之一^[6]。手术治疗是食管癌患者的首选治疗方式, 但是对于中晚期患者, 由于不具备手术指征, 临床上多采用同步放化疗的方法^[7-8]。食管癌化疗最常用的药物是顺铂与氟尿嘧啶联合应用, 有研究表明, 顺铂与氟尿嘧啶联合应用的同时进行同步放疗, 可以有效抑制肿瘤细胞的增殖, 除此以外, 对预防肿瘤耐药性产生也发挥一定作用, 因此, 能够最大程度消灭肿瘤细胞^[9]。但是, 放化疗的不良反应均较多, 不仅造成患者身体上的损伤及不良感受, 对患者的精神方面也产生副作用^[10-11]。患者在治疗过程中往往因为难以承受治疗所带来的痛苦, 而出现消极的治疗情绪, 甚至放弃治疗。因此, 为了减轻患者在放化疗期间的负面情绪, 缓解患者的心理压力, 提高患者的生活质量, 本研究对本院收治的 98 例食管癌中晚期患者在放化疗期间实施综合心理护理干预措施。结果发现, 给予患者综合护理干预后, 患者放化疗期间出现肝功能异常、肾功能异常、消化道反应、反射性食管炎及骨髓抑制等不良反应发生率有所降低, 其中消化道反应、反射性食管炎及骨髓抑制发生率明显低于对照组。干预组的患者日常生活、生活感受、健康感受、活动能力、家庭支持得分均明显高于对照组。治疗期间, 对照组有 5 例患者因严重的反射性食管炎、白细胞下降中断放疗 3~6 d, 而干预组所有患者均顺利完成放化疗。

生物-心理-社会的现代医学模式要求护理工作者在护理工作中不仅仅关注患者身体上的疾病, 同时不能忽视患者的心理状况^[12]。综合心理护理干预是有效践行现代医学模式的方

2.2 两组患者治疗期间不良反应发生率比较 分别观察两组患者治疗期间不良反应发生情况, 两组均有患者出现肝功能异常、肾功能异常、消化道反应、反射性食管炎及骨髓抑制等不良反应情况, 其中肝功能异常及肾功能异常发生率两组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 消化道反应、反射性食管炎及骨髓抑制, 干预组发生率明显低于对照组, 且差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期间, 对照组有 5 例患者因严重的反射性食管炎、白细胞下降中断放疗 3~6 d, 而干预组所有患者均顺利完成放化疗。见表 2。

法之一, 是一系列有目的、有计划的、综合的、连续的干预措施。本研究从患者心理、治疗、饮食和不良反应护理几个方面进行探讨, 发现通过综合心理护理干预措施, 不仅提高了患者的生活质量, 降低患者在放化疗期间不良反应的发生率, 而且有效提高患者治疗的依从性。因此, 这提示在食管癌患者接受放化疗期间要重视患者的心理状况, 与患者保持良好的沟通交流, 了解患者的需求及困难, 及时给予患者帮助, 鼓励患者坚持治疗, 提高患者治疗的信息。对于放化疗过程中出现的不良反应, 要重视并密切观察, 预见性的进行准备, 一旦出现, 及时汇报并处理。

因此, 有效的综合心理护理干预, 可以减轻不良反应, 提高患者生活质量, 增加患者依从性, 值得实践推广。

参考文献

[1] 刘敏杰, 刘淳淳, 张兰凤. 食管癌患者延续护理服务的文献研究[J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(26): 18-22.

[2] 黄莉. 食管癌患者围手术期护理干预的效果观察[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(11): 2080-2082.

[3] 郝玉静, 赵立华. 食管癌患者同步放疗及化疗的营养支持及护理[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(5): 50-51.

[4] 周晓梅, 倪杰, 陆雁. 临床心理护理程序对食管癌放射治疗患者生活质量的影响[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(11): 1028-1031.

[5] 朱丽丽, 张会敏, 李秀敏. 个性化护理干预措施对社区食管癌患者生存质量改善的效果研究[J]. 现代预防医学, 2014, 41(7): 1221-1224.

[6] Hiripi E, Jansen L, Gondos A, et al. Survival of stomach and esophagus cancer patients in Germany in the early 21st century[J]. Acta Oncol, 2012, 51(7): 906-914.

[7] Coleman HG, Murray LJ, Hicks B, et al. Dietary fiber and the risk of precancerous lesions and cancer of the esophagus: a systematic review and meta-analysis[J]. Nutr Rev, 2013, 71(7): 474-482.

[8] 李彦平, 韩新宏, 付志梅. 食管癌患者围手术期的护理[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(3): 49-50.

- [9] 叶舒静,徐萍晓.舒适护理在食管癌放射治疗患者中的应用[J].中国实用护理杂志,2011,27(8):36-37.
- [10] 郑欣,尤振兵,田文泽,等.医护一体化护理对食管癌患者焦虑抑郁负面情绪及免疫功能的影响[J].中国实用护理杂志,2015,31(26):1994-1998.
- [11] 晏凤梅.食管癌患者术前及术后实施优质护理的体会
- 临床探讨 •

- [J].实用临床医药杂志,2012,16(16):14-16.
- [12] 朱希燕,周焯,张海燕,等.细节护理在食管癌手术患者中的应用[J].河北医药,2015,37(1):142-143.

(收稿日期:2016-02-14 修回日期:2016-04-23)

主动筛查培养在多重耐药菌控制的效果评价

庞 博¹,苏小红¹,腾飞鹏²

(1.四川省彭州市中医医院检验科,成都 611930;2.四川省人民医院检验科,成都 610072)

摘 要:目的 探析主动筛查培养干预模式在多重耐药菌(MDRB)医院感染控制中的效果,为今后临床预防医院感染提供参考和借鉴。方法 本研究笔者以 2010 年 1 月至 2014 年 1 月临床培养出 MDRB 住院患者为研究对象,对比分析实施主动筛查培养模式前后 MDRB 检出率、医院感染构成比及医院感染率。结果 MDRB 阳性检出率为 22.58%,且呈逐年升高趋势,主要以医院感染和社区感染为主(88.05%),实施主动筛查培养模式 2 年后,MDRB 检出率为 23.54%,高于实施前 2 年的 21.24%($\chi^2=4.9178, P=0.0266$)。MDRB 菌种中产超广谱 β -内酰胺酶(ESBLs)细菌占 66.21%,实施 2 年后检出率为 63.77%,显著低于实施 2 年前的 70.00%($\chi^2=6.1752, P=0.0130$);其次为耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)占 15.50%,实施前后比较差异无统计学意义($P>0.05$);耐碳青霉烯类肠杆菌(CRE)占 1.68%,实施前 CRE 检出率为 0.16%,显著低于实施后的 2.65%($\chi^2=12.2782, P=0.0005$)。MDRB 感染中,呼吸系统占 84.88%,其次为泌尿系统占 7.88%,实施主动筛查培养模式后 2 年呼吸系统感染率为 87.39%,显著高于实施前的 80.96%($\chi^2=11.3789, P=0.0007$)。结论 主动筛查培养模式能早期识别 MDRB,指导医护人员积极制定合理干预措施,控制 MDRB 感染。

关键词:主动; 筛查培养; 多重耐药菌; 控制; 效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.15.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)15-2185-03

多重耐药(MDR)指对头孢菌素类、氟喹诺酮类、碳青霉烯类、氨基糖苷类、 β -内酰胺酶抑制剂复合剂中 3 类及以上耐药^[1],近年来,伴随着新型抗菌药物的研发和应用,以及免疫抑制剂和有创手术的开展,细菌耐药问题日益突出,多重耐药菌(MDRB)感染率呈逐年升高的趋势^[2],已经成为医院感染最主要的病原菌,甚至部分细菌对临床现有抗菌药物或者 5 种以上抗菌药物均耐药成为泛耐药菌^[3]。MDRB 所致感染具有复杂性、难治性的临床特征,主要包括呼吸道感染、泌尿道感染、外科手术部位感染、医院获得性肺炎、导管相关血流感染等,常通过接触传播,危及住院患者生命安全^[4]。另外,临床尚无特效的抗菌药物,给临床治疗及医院感染控制造成极大困难^[5],如何控制 MDRB 感染已经成为广大医护人员及社区高度关注的热点问题。为了有效控制 MDRB 医院感染,笔者自 2012 年 1 月实施主动筛查培养策略早发现、早隔离,旨在防控 MDRB 医院感染,降低病死率并减轻患者家庭经济负担等,取得了显著效果,现将其报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 2010 年 1 月至 2014 年 1 月本院保健科、妇科、产科、神经外科、重症医学科、普外科、血液科、肾内科、泌尿外科、呼吸科、骨科、肿瘤科、神经内科、烧伤科、肝胆外科、血液透析科、消化科、内分泌科、心内科等科室从痰等呼吸道标本、中段尿、分泌物、无菌体液(胸腹水、穿刺液、引流液等)、血液、脑脊液、粪便等标本中共分离细菌 6 854 株,其中 MRDB 1 548 株,笔者收集 1 548 例分离出 MDRB 株患者病历资料。

1.2 调查方法和内容 本次调查由主治医师和感染管理专职人员依据患者临床症状和体征、微生物室检测结果等资料判断 MDRB 感染类型。调查内容主要包括:性别、年龄、疾病分布、临床表现、辅助检查、MDRB 感染类型、菌种分布、耐药率等。

1.3 药敏试验 采用购于法国生物梅里埃公司生产的全自动微生物分析仪 VITEK-2 Compact 及配套的细菌鉴定卡和药敏卡鉴定细菌种类和药敏试验^[6]。质控菌为大肠埃希菌 ATCC 25922、大肠埃希菌 ATCC 32518、铜绿假单胞菌 ATCC 27853、金黄色葡萄球菌 ATCC 29213。参照美国临床实验室标准化协会(CLSI)标准判定药敏结果^[7-8]。

1.4 MDRB 感染类型 MDRB 指的是对临床应用的 3 种及以上抗菌药物耐药的细菌,且符合《医院感染诊断标准(试行)》判定为医院感染^[9];患者入院时已感染并检出 MDRB 判定为社区感染;患者同一部位反复多次(≥ 3 次)检出 MDRB 且为同一种菌,但无感染症状则判定为定植^[10];如果患者检出 MDRB,在 48 h 内复检菌株改变或者耐药情况改变,或者和其他检测指标结果不一致则判定为污染^[11]。

1.5 统计学处理 采用 WHONET5.6 软件进行药敏结果统计,并将所得数据均录入 SPSS18.0 软件进行统计分析,计数资料采用百分率(%)表示,进行 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 MDRB 检出及类型分布情况 2010 年 1 月至 2014 年 1 月共分离细菌 6 854 株,其中 MDRB 1 548 株,占 22.58%。MDRB 检出率逐年升高,主要以医院感染和社区感染为主,占 88.05%。实施主动筛查培养模式 2 年后 MDRB 检出率为 23.54%(944/4 010)高于实施 2 年前的 21.24%(604/2 844),差异具有统计学意义($\chi^2=4.9178, P=0.0266$)。见表 1。

2.2 MDRB 菌种分布情况 MDRB 菌中产超广谱 β -内酰胺酶(ESBLs)阳性菌株占 66.21%,其次为耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)占 15.50%,PDR-鲍曼不动杆菌(AB)占 11.24%,XDR-铜绿假单胞菌(PA)5.36%,耐碳青霉烯类肠杆