

者个案管理护理模式的循证研究[J]. 天津护理, 2016, 24(1):15-16. 33(19):3311-3313.

[9] 罗怡欣, 黄燕林, 刘玲玲, 等. 奥马哈系统个案管理模式在维持性血液透析患者中的应用[J]. 实用医学杂志, 2017,

(收稿日期:2018-10-08 修回日期:2018-11-30)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.08.038

护理干预对食管癌术后自我护理能力及并发症的影响

陈昌平, 周 艺, 韦晓红

(重庆市涪陵中心医院胸心外科 408000)

摘要:目的 探讨护理干预对食管癌术后患者自我护理能力及并发症的影响。方法 选择 2016 年 1 月至 2017 年 8 月在该院接受治疗的 54 例食管癌患者作为研究对象,按随机双盲法分为干预组($n=29$)与对照组($n=25$),对照组患者给予基础护理,干预组患者在对照组基础上给予综合护理干预,护理前后采用面部表情疼痛评分量表(FPS-R)评估两组患者的疼痛情况,采用修订的 Barthel 指数评定量表(MBI)评定两组患者自我护理能力,并比较两组患者并发症发生情况。结果 护理前,两组患者 FPS-R 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),护理后,两组患者 FPS-R 评分均较护理前显著降低,而干预组 FPS-R 评分显著低于对照组($P<0.01$);护理前,两组患者 MBI 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),护理后,两组患者 MBI 评分较护理前均显著上升,而干预组 MBI 评分显著高于对照组($P<0.01$);护理后,干预组患者肺部感染、胸腔积液、胃排空延迟、吻合口瘘等并发症发生率(10.35%)显著低于对照组(40.00%),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对食管癌患者术后实施有效护理干预,增强患者对自我护理的认知,可有效提高其自我护理能力,缓解患者疼痛,并降低术后并发症发生率,在临床治疗中具有重要意义。

关键词:食管癌; 综合护理干预; 自我护理能力; 并发症

中图分类号:R473

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)08-1131-04

食管癌是发生于食管黏膜上皮的一种消化道恶性肿瘤,在恶性肿瘤中其发病率和病死率均较高,其发病率约占第 10 位,而病死率占第 8 位^[1]。据相关研究报道,随着人们饮食结构及生活方式的改变,受不规律饮食习惯、过度吸烟、酗酒等因素影响,我国食管癌发病率和病死率在全球中均列前几位,严重影响人们的生命健康^[2]。目前临床治疗食管癌主要以手术治疗为主,手术切除率高达 90%,可通过有效切除病灶达到治疗目的^[3]。但由于手术属于创伤性操作,对患者机体损伤影响较大,极易引发多种并发症,影响患者病情恢复。因此,及时给予护理干预,改善患者预后,以加速其病情恢复是我国医务工作者研究的重点。而传统的常规护理干预已无法满足护理需求,综合护理干预作为一种系统化护理方案应运而生,能有效提高护理效果,同时通过护理期间指导患者自我护理干预,有利于提高患者自我护理能力,减少并发症,促进患者术后早日康复。因此,本研究选取 54 例食管癌患者作为研究对象,旨在探讨综合护理干预对患者术后自我护理能力及并发症的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 8 月本

院收治的 54 例食管癌患者作为研究对象,按随机双盲法分为干预组($n=29$)与对照组($n=25$)。干预组男 15 例,女 14 例;年龄 40~75 岁,平均(61.3±7.9)岁;文化程度:初中及以下 10 例,高中及中专 15 例,大专及以上 4 例;病灶部位:食管上段 4 例,食管中段 16 例,食管下段 9 例;TNM 分期:Ⅰ期 10 例,Ⅱ期 14 例,Ⅲ期 5 例。对照组男 13 例,女 12 例;年龄 41~78 岁,平均(62.7±6.4)岁;文化程度:初中及以下 6 例,高中及中专 14 例,大专及以上 5 例;病灶部位:食管上段 4 例,食管中段 14 例,食管下段 7 例;TNM 分期:Ⅰ期 9 例,Ⅱ期 13 例,Ⅲ期 3 例。两组患者在性别、年龄、文化程度、病灶部分、TNM 分期方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)均符合《食管癌内镜下诊治进展》^[4]中相关诊断标准;(2)均经影像学及病理学检查确诊为食管癌;(3)一般情况良好,耐受性较好;(4)无手术禁忌证;(5)均行开胸手术或微创手术治疗;(6)经医学伦理会批准,患者签署知情同意书。排除标准:(1)B 超、CT 检查提示肿瘤细胞远处转移;(2)合并其他恶性肿瘤疾病;(3)合并严重心、脑、肾、血管系统疾病;(4)伴水肿、腹水及胸腔积液;(5)严重心、肺、肾等功能障碍;(6)精神异常或认知功能障碍。

1.2 方法

1.2.1 对照组护理方法 本组患者给予常规护理干预,即密切观察患者生命体征,常规禁食禁饮及遵医嘱治疗等。

1.2.2 干预组护理方法 本组患者在对照组基础上给予综合护理干预,具体干预措施如下:(1)认知护理。由 1 名主治医师、1 名副主任和 3 名主管护师共同组建成立自我护理支持小组,通过编制健康教育和自我护理手册,对患者及其家属进行健康教育,每次 30 min。健康教育内容包括食管癌疾病和手术治疗的相关知识及如何增进营养、如何预防处理疼痛及肺部感染、如何进行早期行活动等护理措施,使患者积极认知到自我护理是个体为维持其自身生命健康和舒适而进行的自我照顾活动,对调动患者积极性,促进患者病情恢复具有积极作用。根据制订的《每日自护记录表》,指导患者及其家属进行自护监督与评价,护理支持小组在进行健康教育的同时检查自护记录表,1~2 次/周。同时指导患者家属为其提供物质和精神支持,协助患者进行自护活动。(2)行为护理。护理人员必须详细掌握患者的基本信息,针对具有吸烟饮酒等不良习惯患者,应及时要求其戒烟戒酒,鼓励其提高自我护理知识能力,尽早掌握如皮肤、口腔护理等日常护理方法。术后第 1 天,可给予患者造瘘管经肠内营养支持,指导患者使用漱口液漱口,3 次/天,必要时可给予口腔护理。并指导患者在耐受程度内或家属协助下进行翻身、四肢等轻微活动,尽早进行床上、床下活动。同时指导患者进行咳嗽训练,即深吸气压住声门,收缩腹肌冲开声门后咳出痰液;指导其进行呼吸锻炼,锻炼过程中,吸气结束前需停留 2 s 左右,缓慢呼气后,呼气停留时间则为 4 s 左右,每天锻炼 2~3 次,每次锻炼 10 min。并指导其进行束胸腹式呼吸训练,束缚胸部,利用鼻吸气,鼓起腹部维持 2 s 屏息后慢慢呼气。坚持每天练习 2~3 次^[5]。

(3)心理护理。患者入院后,医护人员主动与患者沟通交流,与其建立良好的护患关系,以提高患者对医护人员的信任度,鼓励其表达自身感受,从而了解并掌握其心理诉求,通过给予针对性心理疏导,经常性关怀安慰,使其负性情绪消除,从而为调动患者治疗积极性奠定基础,同时医护人员可通过列举成功病例或介绍术后恢复效果较好的患者现身说法或定期举办病友交流会等方式,使患者能以良好心态积极面对治疗,或叮嘱患者家属及同事主动探视患者,给予其鼓励关怀,使其获得充分的温暖关爱和足够的社会支持,从而增强战胜疾病的信心。(4)疼痛护理。患者术后麻醉清醒后,医护人员可给予经静脉镇痛泵以缓解术后疼痛,并及时给予止痛药物的详细介绍及相关

注意事项,同时可通过鼓励患者聊天、看电视、听音乐等方式转移自身对疼痛的关注度。(5)饮食护理。医护人员给予患者正确积极的饮食指导,叮嘱患者遵循相关饮食原则,监督帮助患者养成良好的饮食习惯,多进食低脂肪、高热量、高蛋白、高纤维、易消化的流质食物,禁食辛辣及易导致唾液增加的食物。术后 1 d 即可给予患者温开水漱口,并选用米汤、藕粉、果汁、稀粥及清淡菜汤等流质食物,然后向固体食物过渡。术后注意及时使用温水冲刷食管,并不要立即平卧及避免反流加重导致食管黏膜损伤,从而争取 5 d 内可恢复肠内营养^[6]。

1.3 观察指标

1.3.1 疼痛情况 医护人员根据患者疼痛时面部表情状态,采用面部表情疼痛评分量表(FPS-R)对患者护理前后疼痛程度进行评估,共 10 分,无痛:0 分;轻度疼痛:1~3 分;中度疼痛:4~6 分,重度疼痛:7~10 分以上。

1.3.2 自我护理能力 采用修订的 Barthel 指数评定量表(MBI)对两组患者自我护理能力进行评估,主要包括进食、洗澡、穿衣、修饰、排尿、排便、用厕、转移、上下楼梯和运动 10 个方面,根据患者是否需要帮助及帮助程度,分为 0 分、5 分、10 分、15 分 4 个等级,总分值 100 分,分值越高,则患者自护能力越强。

1.3.3 并发症 观察比较两组患者治疗期间并发症发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后 FPS-R 评分比较 两组患者护理前的 FPS-R 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,两组患者 FPS-R 评分均较护理前明显降低,而干预组 FPS-R 评分明显低于对照组($P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组患者护理前后 FPS-R 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	FPS-R 评分		t	P
		护理前	护理后		
干预组	29	9.2±2.8	3.4±1.5	9.833	0.000
对照组	25	9.0±2.5	5.8±1.7	5.700	0.000
t		0.274	5.512		
P		0.784	0.000		

2.2 两组患者护理前后 MBI 评分比较 两组患者护理前 MBI 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,两组患者 MBI 评分均较护理前明显

上升,干预组 MBI 评分显著高于对照组($P < 0.01$),见表 2。

2.3 两组患者护理后并发症发生率比较 干预组患者并发症发生率为 10.35%,对照组患者并发症发生率为 40.00%,干预组并发症发生率明显低于对照组($\chi^2 = 6.460, P < 0.05$),见表 3。

表 2 两组患者护理前后 MBI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	MBI 评分		t	P
		护理前	护理后		
干预组	29	53.62±10.98	88.50±13.44	10.823	0.000
对照组	25	53.59±11.79	72.05±16.45	4.561	0.000
t		0.010	4.044		
P		0.938	0.000		

表 3 两组患者护理后并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	并发症				总发生率
		肺部感染	胸腔积液	胃排空延迟	吻合口瘘	
干预组	29	1(3.45)	1(3.45)	1(3.45)	0(0.00)	3(10.35) [△]
对照组	25	3(12.00)	2(8.00)	4(16.00)	1(4.00)	10(40.00)

注:与对照组比较,[△] $P < 0.05$

3 讨 论

目前,临床治疗食管癌多以手术治疗为首选,而手术治疗属于机械性操作,创伤较大,患者应激反应强烈,术后并发症较多,因此在临床手术治疗食管癌的同时应注重护理质量,采取更为有效的护理措施显得尤为重要。传统的常规护理干预,护理人员的主观能动性弱,护理质量较差,对患者术后恢复促进作用较小,患者护理满意度不高,已不能满足现阶段患者需求^[7]。综合护理干预是一种基于患者需求,根据生物-心理-社会的医学模式要求,制订一系列有利患者康复的综合性护理措施,该护理模式改变了常规护理干预仅限于功能性护理操作的局限性,适应了现阶段护理发展的需要^[8]。

部分研究显示,通过综合护理干预,可有效提高患者自我护理知识和技能,增加自信心,从而达到提高患者生活质量促进病情恢复的目的^[9]。本研究中,在护理期间通过对患者的认知及行为进行干预,医护人员成立自护支持小组,定期对患者及其家属进行健康教育,使患者认知到自我护理在护理管理中的积极作用,同时指导鼓励患者积极进行呼吸、咳嗽训练,尽早掌握相关护理知识和技能,并积极与患者沟通交流,给予针对性心理疏导,有效消除患者负性情绪^[10]。同时采取手册发放及视频宣传等方式讲解疾病和手术相关知识,加强患者对疾病知识的了解,有利于提高患者的自我护理能力。本研究结果显示,护理后,

两组患者 MBI 评分较均护理前明显上升,且干预组 MBI 评分明显高于对照组($P < 0.01$)。结果表明,通过综合护理干预可有效促进食管癌患者自我护理能力提升。

此外,在本研究中,针对食管癌患者行疼痛护理,遵医嘱给予其止痛药物,并给予相关知识的讲解,应对技能指导,同时通过转移注意力方式,使其减少对疼痛情况的敏感反应,有效减轻术后疼痛给患者带来的不良情绪影响。本研究结果显示,护理后,两组患者 FPS-R 评分较护理前均明显降低,且干预组 FPS-R 评分明显低于对照组($P < 0.01$)。结果表明,通过综合护理干预可显著改善患者疼痛情况。

因食管癌术后多数患者易发生肺部感染、胸腔积液等并发症,影响患者病情恢复,从而导致患者治疗周期延长,费用增多,严重则诱发并发症,增加病死率^[11]。护理人员指导患者遵循相关饮食指导原则进行早期进食,从而加快胃肠蠕动,促进胃肠功能恢复,改善门静脉循环,肠道微生物调整,对肠黏膜屏障起保护作用,以避免胃排空延迟情况发生。护理人员指导患者采用束胸腹式呼吸训练法进行呼吸训练,通过腹式呼吸弥补胸式呼吸的不足,并指导其进行有效的深呼吸和咳嗽训练,有效促进痰液排出,并预防肺部感染。护理人员要求患者戒烟戒酒,可有效避免对患者吻合口的刺激,以预防吻合口瘘发生。本研究结果显示,护理后干预组患者并发症发生率(10.35%)明显低于对照组(40.00%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示综合护理干预可降低食管癌患者术后并发症发生率。

综上所述,对食管癌患者术后实施综合护理干预,可有效提升患者的自我护理能力,改善患者术后疼痛情况,并降低术后并发症的发生率,在临床治疗中具有重要意义。

参考文献

- [1] 杜鑫. 综合性护理干预对食管癌术后疼痛的干预效果体会[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(21): 196-198.
- [2] 杜娟, 邬麟, 陈柏林, 等. 食管癌的主要发病因素及其机制[J]. 中国医药导报, 2017, 14(7): 40-44.
- [3] 纪爱芳, 王金胜, 杨建洲, 等. 山西省东南部地区居民食管癌危险因素的病例对照研究[J]. 现代预防医学, 2012, 39(12): 2929-2931.
- [4] 王利, 文黎明. 食管癌内镜下诊治进展[J]. 现代医院, 2016, 16(5): 638-640.
- [5] 徐常娥, 曾丽娟. 综合护理干预对食管癌患者术后吻合口瘘及营养状况的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(24): 162-163.
- [6] 梁姣, 王晓娟, 曹兴华. 综合护理干预应用于手术治疗食

道癌患者的临床效果观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(2):367-370.

[7] 裴静, 梁金清, 黄霜霞, 等. 综合护理干预对外科门诊手术患者术后疼痛的作用[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(9): 1629-1631.

[8] ELBADAWY A M, HEFINA K E. Randomized controlled trial of comprehensive nursing intervention on readmission, mortality and quality of Life among Egyptian heart failure patients: A 12 month follow up study[J]. J Nurs Edu Pract, 2012, 3(5):547-553.

[9] YAO M, NEUROLOGY D O. Comprehensive nursing in-

tervention on the quality of Life of patients with acute cerebral infarction[J]. China Modern Doctor, 2015, 53(5):142-144.

[10] 刘梅, 滕敬华. 综合护理对食管癌患者自护能力、并发症及生活质量的影响[J]. 河北医药, 2017, 39(2):312-314.

[11] 汪和美, 邓亚萍, 王婷, 等. 预见性护理在食管癌患者术后肺部并发症管理中的应用[J/CD]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2013, 6(2):118-121.

(收稿日期:2018-09-24 修回日期:2018-11-16)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.08.039

健脾生血颗粒联合右旋糖酐铁口服液对小儿缺铁性贫血的疗效研究

朱 斌

(陕西省汉中市汉台区妇幼保健院儿童保健中心 723000)

摘要:目的 研究健脾生血颗粒联合右旋糖酐铁口服液对小儿缺铁性贫血的疗效。方法 选择 2015 年 6 月至 2017 年 5 月该中心收治的 150 例缺铁性贫血患儿,平均分为两组。对照组单纯服用右旋糖酐铁口服液,观察组采用健脾生血颗粒联合右旋糖酐铁口服液治疗。比较两组治疗前后的血清血红蛋白、铁蛋白、铁水平、红细胞含量和总铁结合力,并观察不良反应和复发情况。结果 观察组的有效率明显高于对照组($P < 0.05$);治疗后观察组血清血红蛋白、铁蛋白和铁水平明显高于对照组($P < 0.05$);两组治疗后的红细胞计数均明显升高($P < 0.05$),总铁结合力均明显降低($P < 0.05$),且观察组更为明显($P < 0.05$);两组恶心呕吐、厌食、腹泻、口腔铁锈味和便秘的发生率相比差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组的复发率明显低于对照组($P < 0.05$)。结论 健脾生血颗粒联合右旋糖酐铁口服液能有效改善缺铁性贫血患儿的血液学和铁代谢各指标水平,显著提高治疗效果,安全性较高,且不易复发。

关键词:健脾生血颗粒; 右旋糖酐铁口服液; 缺铁性贫血

中图分类号:R556.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)08-1134-03

缺铁性贫血的发生主要是由于机体内的铁元素发生吸收障碍或缺乏,血红蛋白合成量降低而引起,会出现小细胞低色素性贫血等形态学表现,儿童的发病率最高^[1]。缺铁性贫血不但会对儿童的血液系统造成损害,还会对神经系统的正常生长发育造成严重的影响。目前,临床对于缺铁性贫血主要采取口服中药、西药和中西医结合治疗。西药治疗以补充铁剂为主,常用的药物包括葡萄糖酸亚铁、硫酸亚铁及琥珀酸亚铁等,虽起效快速,补铁效果较佳,但服药过程中患者极易发生食欲减退、恶心呕吐等胃肠道不良反应,影响治疗效果和患者的用药依从性^[2]。健脾生血颗粒作为一种中西药复方制剂,具有养血安神以及健脾和胃之功效。本研究将健脾生血颗粒和右旋糖酐铁口服液联合使用,以探讨其对小儿缺铁性贫血的疗效和安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 6 月至 2017 年 5 月本中心收治的 150 例缺铁性贫血患儿,平均分为两组。观察组 75 例,其中男 40 例,女 35 例;年龄 3~12 岁,

平均(5.93±1.46)岁;病程 4~16 个月,平均(10.23±2.75)个月。对照组 75 例,其中男 41 例,女 34 例;年龄 3~12 岁,平均(6.17±1.32)岁;病程 3~16 个月,平均(10.98±2.46)个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组单纯服用右旋糖酐铁口服液(批号:国药准字 H20060084,生产厂家:内蒙古康源药业有限公司,规格:10 mL:50 mg),3~7 岁:每次 5 mL,每天 2 次;7~12 岁:每次 5 mL,每天 3 次。观察组联合服用健脾生血颗粒(批号:国药准字 Z10940043,生产厂家:武汉健民药业集团股份有限公司,规格:每袋装 5 g),每次 5 g,每天 3 次。两组均治疗 1 个月。

1.3 观察指标 (1)显效:患儿的症状完全消失,血红蛋白水平升高 10~20 g;(2)有效:患儿的症状显著缓解,血红蛋白水平升高 5~10 g;(3)无效:患儿的症状和血红蛋白水平无明显的改变。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料以率