

893-895.

- [3] 郭小波,范涛,汪巍,等.以多浆膜腔积液为首发临床表现的腹腔纱布瘤一例[J].中华外科杂志,2018,56(8):629-631.
- [4] 丁瀚,周平红,徐美东,等.内镜超声检查术在胆总管扩张诊断及治疗中的指导价值[J].中华消化内镜杂志,2017,34(12):882-886.
- [5] 韦飞,魏彦,李砺锋,等.B7-H4 和癌胚抗原鉴别诊断良恶性胸腔积液的价值[J].中华肿瘤杂志,2017,39(7):524-527.
- [6] 吕明,查娜,邹玉凤,等.免疫细胞化学对浆膜腔积液中胃腺癌细胞、间皮细胞及恶性上皮型间皮瘤细胞鉴别诊断的应用价值[J].中华病理学杂志,2018,47(3):180-185.
- [7] 刘俊梅,张建江,史佩佩,等.紫癜,腹痛,大量腹水[J].中

华实用儿科临床杂志,2017,32(5):380-383.

- [8] 吴言,雨山,李子安,等.Logistic 回归评价经阴道常规超声联合三维能量多普勒超声对卵巢肿瘤的鉴别诊断价值[J].中华超声影像学杂志,2018,27(3):237-242.
- [9] 李凤岐,李现军,赵志华,等.18F-FDG PET/CT 显像有助于不明原因腹腔积液女性患者的积液定性及病因诊断[J].中华核医学与分子影像杂志,2018,38(10):668-671.
- [10] GIOVANNI P, MONIA M, SALVATORE M, et al. Seminal cell free DNA concentration levels discriminate between prostate cancer and benign prostatic hyperplasia [J]. Anticancer Res, 2018, 38(9): 5121-5125.

(收稿日期:2019-03-06 修回日期:2019-09-10)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.23.024

五位一体护理对胸外科手术患者身心健康和生活质量的影响

张玲¹, 马秀琴^{2△}, 张芳钧², 任爱红², 闫君², 王舰²

陕西省汉中市中心医院:1. 神经外科;2. 护理部, 陕西汉中 723000

摘要:目的 研究五位一体护理对胸外科手术患者身心健康和生活质量的影响。方法 将 104 例肺癌手术患者随机均分为观察组(术后采用五位一体模式进行护理)和对照组(实施肺癌手术常规护理)进行干预,比较两组干预后并发症发生情况、患者心理状态、生活质量和满意情况。结果 观察组术后并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后,两组症状自评(SCL-90)量表中各症状因子评分均明显降低($P < 0.05$),且观察组评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后,两组生活质量核心量表(EORTC-QLQ-30)功能维度和总体健康水平各指标评分明显升高($P < 0.05$),症状维度各指标评分明显减少($P < 0.05$),且观察组功能维度和总体健康水平评分高于对照组,症状维度评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者出院时满意率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 采用五位一体护理对胸外科手术患者进行干预有利于减少术后并发症的发生,提高术后康复效果,从而促进患者身心健康,改善患者生活质量。

关键词:五位一体护理; 胸外科手术; 并发症; 心理状态; 生活质量

中图法分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)23-3471-04

胸外科手术是临床最常见的外科手术之一,其诊治和研究范围主要包括胸壁和胸腔脏器两部分,常见的手术类型包括肺组织、纵隔及食道等器官病变的手术治疗^[1]。胸外科手术创伤常导致心肺、循环及内分泌等多个器官或系统功能紊乱,严重影响患者身心健康和术后康复,并造成医疗成本增加,患者满意度和对医院信任感降低等问题。因此,胸外科手术除需要全面评估患者病情和健康状况,提高术者专业水平和操作精确度外,给予全方位、综合性围术期护理也具有重要临床意义^[2]。近年来,虽然微创外科理论和技术快速发展,但仍难以满足现阶段人们对医疗服务水平的要求,因此不断探寻更为科学、合理的手术和护理方法仍是临床面临的艰巨任务。本研究以肺癌手术患者为研究对象,探讨五位一体护理实施效果及对患者身心健康和生活质量的影响,旨在为提高胸外科手术患者护理水平和治疗效果提供理论依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月至 2018 年 3 月本院进行手术治疗的肺癌患者 104 例,经本院伦理委员会批准,采用随机数字表法均分为两组,每组 52 例。纳入标准:(1)经影像及病理检查结果确诊;(2)年龄 18~80 岁;(3)满足手术治疗适应证;(4)患者及家属知晓本研究并签署同意书。排除标准:(1)伴严重系统性疾病;(2)伴严重感染、代谢异常等基础疾病;(3)合并其他肺部病变影响结果评估者;(4)术后病情危重需转入 ICU 者;(5)对护理方案无法耐受或配合较差者。其中观察组男 31 例,女 21 例;年龄 42~75 岁,平均(61.39±8.74)岁;癌细胞病理类型:鳞癌 20 例、腺癌 25 例、腺鳞癌 7 例;TNM 分期^[3]:I 期 16 例,II 期 28 例,III a 期 5 例,III b 期 3 例。对照组男 34 例,女 18 例;年龄 46~72 岁,平均(60.71±9.12)岁;癌细胞病理类型:鳞癌 23 例,腺癌 21 例,腺鳞癌 8

△ 通信作者, E-mail: 1164956717@qq.com。

例;TNM 分期:Ⅰ期 14 例,Ⅱ期 29 例,Ⅲa 期 4 例,Ⅲb 期 5 例。两组患者临床资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者术后给予常规护理,内容包括患者病情评估、生命体征监测、患者健康知识教育、术后疼痛管理、手术切口护理、日常生活护理、饮食营养管理、康复训练指导等。

观察组患者采用医生、护士、康复师、患者及家属共同参与,相互协作的五位一体护理方法,具体内容如下:(1)医生在肺癌患者治疗过程中除实施手术和相关治疗外,还需要给予患者更多的身心健康支持,如术后合理运用镇痛药物,缓解患者生理不适;为患者制订个性化健康营养食谱,指导患者调整生活饮食习惯,以促进术后康复,减少肿瘤复发;此外,医生还需要运用专业知识对患者和家属进行健康教育,教育方式灵活选择,可以是一对多小课堂、一对一咨询或制作宣传小视频等,让患者及家属更为全面地认识疾病和自身健康状态,从而能在治疗和生活中采取正确应对方式,积极配合治疗。(2)护士按照医嘱对患者进行术后常规护理,主要包括监测生命体征、血氧饱和度和心电图情况,加强呼吸道管理,鼓励和协助患者咳嗽排痰,对痰液黏稠、不易咳出者给予化痰药雾化吸入;优化镇痛方案,可采用由患者根据自身疼痛情况实施静脉泵自控式的镇痛,减少因疼痛导致的应激反应和不良情绪;观察引流情况并及时清理,保持引流管通畅,减少感染等并发症发生;观察患者胃肠道症状发生情况,向患者及家属交代可导致术后胃肠不适的常见原因,使其在术后采取有效措施避免接触相关因素,对出现明显不适症状者及时向责任医师报告。护士在实施相关护理措施时需要保持良好的形象和态度,赢得患者的好感和信任,因患者与护士接触机会更多,相对更加熟悉,故也更愿意与护士深入沟通交流,表达自身情况和感受。护士可利用这些机会更全面地了解患者情况,为调整治疗和护理方案,进一步提升治疗效果提供依据。另外,护士在与患者交流时需注意技巧,尽量耐心倾听,也可合理运用技巧引导患者将话题转移至自己想要了解的相关信息上,同时在交流过程中对患者进行劝慰和鼓励,帮助患者宣泄不良情绪,维持良好心理状态。肺癌患者常存在不同程度心理障碍和负性情绪,自身难以调节和适应,家属由于专业知识有限也难以给予有效的心理支持,护士可以在全面评估患者病情和个人基本状况后利用心理学知识进行针对性干预,如担心治疗效果者可采用既往成功病例加以鼓励,经济困难者指导其寻求社会保障,日常生活无人照护者帮助联系护工等,尽最大可能协助解决患者治疗过程中遇到的各种难题,帮助患者建立积极乐观的心态,提高其治疗依从性。(3)肺癌患者术后康复锻炼是减少并发症发生,促进创伤恢复,抑制肿瘤复发的重要方法。因患

者多伴有不同程度的肺组织切除,对呼吸循环功能影响较大,且肺癌患者锻炼方法与其他手术患者差异较大,而医生和护士临床工作量较大,常难以同时监督患者进行康复训练,由专业康复师对患者术后功能锻炼进行跟踪指导和监督,为患者制订个体化运动方案并进行相应的饮食调整,可有效提升患者对康复训练方法的掌握水平,同时提高其坚持锻炼的依从性。(4)患者是所有治疗和护理的作用点,因此患者治疗的依从性和接受程度是决定治疗效果的关键因素,医生、护士和康复师均可利用自身专业知识或其他优势对患者进行多种形式的健康宣教,全面提升患者的健康知识水平、自我护理能力及康复训练方法掌握程度等,帮助患者树立治疗信心,改善患者对疾病及其他问题的应对能力,积极配合治疗,坚持自我管理,对提高肺癌手术效果和改善预后具有重要意义。(5)患者家属是其最重要的社会关系,也是患者出院后的主要照护者,对患者家属进行相关教育,提高其对肺癌手术并发症、常用药物用法、饮食营养搭配、康复训练方法等相关知识了解程度,提升其护理技巧和水平,可让患者出院后得到更好的护理,提升康复效果。另外,指导家属提高对患者的支持水平,从心理上给予患者鼓励和安慰,减少患者不良情绪产生,提高其治疗依从性。

1.3 观察指标 (1)术后并发症:记录两组患者手术、麻醉及其他相关治疗措施的并发症发生情况。(2)心理状态:采用症状自评量表(SCL-90)^[4]分别于两组患者干预前后进行评估,该量表共包括躯体化、强迫症状等 9 个因子 90 个条目,各因子均采用 0~4 级评分法计分,得分越高,患者心理健康水平越低,其中各因子 Cronbach's α 系数为 0.761~0.992。(3)生活质量:采用欧洲癌症研究与治疗组织开发的生活质量核心量表(EORTC-QLQ-30)^[5]评估两组患者干预前后生活质量水平,该量表包括躯体、角色、情绪等 5 个功能维度指标,恶心、疲倦、呕吐等 8 个症状维度指标和 1 个总体健康水平,采用百分制计分,患者功能维度和健康水平得分越高,症状维度得分越低,生活质量越好,各维度 Cronbach's α 系数为 0.649~0.866,重测信度为 0.611~0.843。(4)满意度:自制调查问卷统计两组患者出院时对治疗和护理满意情况,共分为非常满意、满意、一般及不满意 4 个等级。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据分析,计数资料以例数和百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法;等级资料分析采用秩和检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症比较 观察组术后并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组干预前后 SCL-90 评分比较 干预后,两组 SCL-90 量表中各症状因子评分均明显降低($P<0.05$),且观察组评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组干预前后 EORTC-QLQ-30 评分比较 干

预后,两组功能维度和总体健康水平各指标评分明显升高($P<0.05$),症状维度各指标评分明显减少($P<0.05$),且观察组功能维度和总体健康水平评分高于对照组,症状维度评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 1 两组患者术后并发症比较[n(%)]

组别	n	并发症类型					总发生情况
		肺部感染	呼吸衰竭	心力衰竭	心律失常	支气管瘘	
观察组	52	0(0.00)	0(0.00)	1(1.92)	1(1.92)	2(3.85)	4(7.69)
对照组	52	3(5.77)	2(3.85)	1(1.92)	2(3.85)	4(7.69)	12(23.08)
$\chi^2/Fisher$				0.000	0.000	0.177	4.727
P				>0.05			<0.05

表 2 两组干预前后 SCL-90 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

症状因子	观察组(n=52)		对照组(n=52)		两组干预后比较	
	干预前	干预后	干预前	干预后	t	P
躯体化	1.92±0.41	1.26±0.27*	1.93±0.42	1.45±0.32*	3.272	<0.05
强迫症状	1.65±0.38	1.04±0.23*	1.67±0.36	1.20±0.27*	3.253	<0.05
人际关系敏感	1.34±0.29	0.82±0.18*	1.32±0.28	0.91±0.22*	2.283	<0.05
抑郁	1.64±0.35	0.96±0.21*	1.58±0.38	1.09±0.24*	2.940	<0.05
焦虑	1.72±0.36	1.07±0.24*	1.74±0.37	1.25±0.26*	3.261	<0.05
敌对	1.30±0.27	0.83±0.17*	1.29±0.26	0.92±0.21*	2.402	<0.05
恐怖	1.86±0.39	1.23±0.25*	1.87±0.40	1.34±0.28*	2.113	<0.05
偏执	1.57±0.34	0.98±0.21*	1.62±0.34	1.09±0.23*	2.547	<0.05
精神病性	1.26±0.27	0.84±0.18*	1.24±0.25	0.93±0.19*	2.480	<0.05

注:与同组干预前比较,* $P<0.05$

表 3 两组干预前后 EORTC-QLQ-30 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	观察组(n=52)		对照组(n=52)		两组干预后比较	
	干预前	干预后	干预前	干预后	t	P
功能维度						
躯体功能	71.64±12.53	87.45±10.32*	72.08±12.96	81.27±11.38*	2.901	<0.05
角色功能	68.75±13.29	86.91±12.63*	69.24±12.87	80.46±10.92*	2.773	<0.05
情绪功能	64.93±12.07	82.34±14.52*	65.42±11.75	76.18±13.29*	2.257	<0.05
认知功能	79.14±10.68	93.82±9.75*	78.63±10.28	87.95±9.36*	3.132	<0.05
社会功能	65.42±12.09	83.26±13.54*	64.92±12.47	76.82±12.94*	2.480	<0.05
总体健康水平	59.76±8.64	72.48±9.58*	60.25±8.16	67.38±8.76*	2.833	<0.05
症状维度						
疲倦	31.24±5.72	16.83±2.94*	30.76±5.48	18.53±3.41*	2.723	<0.05
恶心呕吐	14.08±3.64	2.78±0.82*	13.69±3.27	3.28±0.93*	2.908	<0.05
疼痛	35.17±6.85	12.56±2.74*	34.85±7.06	14.62±3.14*	3.045	<0.05
气促	46.38±9.24	16.43±3.86*	45.91±8.75	20.36±5.42*	4.259	<0.05
失眠	53.46±10.72	21.59±4.72*	52.83±10.47	25.18±5.73*	3.487	<0.05
食欲减退	26.03±5.12	12.35±2.84*	25.71±4.96	14.32±3.04*	3.415	<0.05
腹泻	13.24±2.78	2.95±0.62*	13.54±2.91	3.48±0.83*	3.689	<0.05
便秘	15.67±3.85	3.42±0.73*	16.24±4.03	3.87±0.92*	2.763	<0.05

注:与同组干预前比较,* $P<0.05$

2.4 两组患者满意度比较 观察组患者出院时满意情况优于对照组,满意率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组患者满意度比较[n(%)]					
组别	n	非常满意	满意	一般	不满意
观察组	52	17(32.69)	30(57.69)	4(7.69)	1(1.92)
对照组	52	11(21.15)	28(53.85)	9(17.31)	4(7.69)
χ^2/Z			2.058		4.300
P			<0.05		<0.05

3 讨 论

随着环境污染加重和生活习惯的改变,肺癌发病率和病死率逐年升高,在男性恶性肿瘤中高居首位,在女性中则居于第 2 位,严重威胁人类生命健康^[6]。手术切除是 I、II 期及部分 III 期肺癌的有效治疗方法,常用术式包括肺楔形切除、肺段切除、肺叶切除及全肺切除等,其临床疗效值得肯定,但手术创伤易对呼吸和循环等生理功能造成不利影响,患者术后胃肠道功能障碍和肺部感染发生风险较高。因此,肺癌手术患者围术期需要全方位、多层次的综合护理,要求医护人员、患者、家属及其他相关人员深度配合,从而全面改善患者身心健康状态并提升治疗效果^[7-8]。

五位一体护理模式是由医生、护士、康复师、患者和家属共同参与的护理方法,在医生有效治疗和健康教育的基础上,由护士进行身心护理和监督管理,再结合康复师制订的康复锻炼计划,并提供正确的技巧指导,嘱患者家属对患者给予有效支持和监督,共同改善患者身心健康状态,提高患者接受治疗和坚持康复训练的积极性,从而促进患者康复,提升手术治疗效果^[9]。本研究结果显示,采用五位一体模式进行护理干预的患者并发症发生率明显降低,心理状态评分明显降低,其原因为肺癌术后治疗过程中,医生承担了手术和相关治疗的主要责任,是患者最为依靠和信赖的对象。因此,由医生对患者进行健康教育和自我护理技巧指导更容易让患者信服并接受,从而提高患者的健康知识水平和自护能力;而护士是患者治疗过程中身心护理的主要实施者,可通过耐心和细致的护理赢得患者好感,同时护士与患者接触较医生更为频繁,更容易让患者感觉熟悉和亲切,有利于护士与患者之间进行更深入地交流沟通,了解可能对治疗和预后造成影响的更多细节因素,为临床采取相应措施进行干预创造条件。同时,护士通过耐心倾听和劝慰等方式也可协助患者疏导负面情绪,改善患者心理状态,促进患者更好地配合后续治疗和护理,为促进患者康复,提高治疗效果创造条件。

肺癌患者术后康复效果是影响其生活质量的重要因素,但目前肺癌患者术后参与康复锻炼的形势较为严峻,其原因主要包括两个方面:(1)医生和护士临床工作繁重,对指导和监督患者坚持康复锻炼投入的精力有限,且患者出院后随访难度较大,常造成医患

关系中断,导致患者缺乏后续的专业技术支持;(2)由于身心不适或锻炼掌握水平不足等原因,患者坚持锻炼的依从性较差^[10]。本研究加入专业康复师对患者术后康复训练进行专业性指导和干预,由医生、护士和康复师针对每位患者共同制订个体化康复训练计划,并对患者和家属同时进行锻炼方法指导,叮嘱家属对患者康复训练进行监督,可提高患者康复锻炼依从性。此外,对家属的健康教育还有利于提高家属对疾病的认知程度和护理水平,提高家属对患者的支持水平,有利于促进患者身心健康,增强患者坚持治疗和锻炼的信念,为患者术后坚持康复锻炼,提高康复效果和改善生活质量创造条件。本研究中观察组患者干预后生活质量明显优于对照组,表明五位一体护理模式可通过医生、护士、康复师、患者和家属的协同作用,共同促进患者身心健康,提高患者术后康复效果,改善患者生活质量。另外,本研究统计两组患者满意度显示,采用五位一体模式干预的患者满意率明显高于常规护理患者,患者的治疗、护理和康复效果更好,患者术后身心健康状态和生活质量更佳。

综上所述,采用五位一体护理模式对胸外科手术患者进行干预有利于减少术后并发症发生,提升术后康复效果,促进患者身心健康并改善患者生活质量。

参考文献

[1] 杨晶源,刘秀珍,王立红,等.胸外科手术患者医院感染的临床分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26(3):630-632.

[2] 廖小勇,葛明建.胸外科术后镇痛研究进展[J].医学综述,2018,24(3):581-585.

[3] 张用,毕建平,皮国良,等.国际肺癌研究协会第八版国际肺癌 TNM 分期修订稿解读[J].肿瘤防治研究,2016,43(4):313-318.

[4] 王飞龙,卢兆桐,路威,等.肺癌患者心理状态对其生活质量影响的对照研究[J].中国胸心血管外科临床杂志,2016,23(6):550-553.

[5] 余敏,路孝琴.老年晚期癌症患者生命质量及其影响因素的研究[J].中华全科医师杂志,2017,16(2):118-121.

[6] 夏冰,江洪,王利民,等.肺癌 30 年临床研究进展[J].实用肿瘤杂志,2016,31(4):296-300.

[7] 刘文科,张林,张曙光. I A 期非小细胞肺癌患者肺叶切除术及肺叶部分切除术的生存分析[J].中国胸心血管外科临床杂志,2017,24(10):768-773.

[8] 王一北,陈宽冰,张洪岩,等.肺癌根治术后胸部并发症及其危险因素分析[J].现代肿瘤医学,2017,25(8):1249-1252.

[9] 徐洁.五位一体模式在乳腺癌患者术后康复锻炼中的应用[J].护士进修杂志,2017,32(11):1034-1037.

[10] 耿立轩,王树伟.团队支持锻炼护理干预模式对肺癌患者术后康复效果的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(2):230-234.