

($P>0.05$)。

1.2 护理方法 对照组:采取每日清洁患者的会阴部、置入导尿管等常规护理,并使用 1% 的聚维酮碘液擦拭患者的会阴部。留置尿管护理包括观察患者每天尿袋中尿液的尿量及性状,告知患者在留置尿管的过程中需要多饮水,禁止把导尿袋放在高过膀胱的位置等。观察组:采用综合护理模式,具体方法如下。(1)耐心做好心理干预,向患者告知 NSRH 手术的成功率及术后的生存率,激发其生活的勇气和治疗的信心,减轻紧张和害怕的情绪,向患者讲解术后长期留置尿管的重要性和注意事项,以及可能产生的不适症状和相关的预防方法。经常与患者谈话,及时掌握其病情和思想动态,认真进行对症治疗和心理疏导,以获取配合及信任。(2)膀胱功能训练:指导患者正确进行腹肌功能训练及盆底肌群功能训练,根据患者具体情况开展床上卧位的肛门、尿道及阴道括约肌锻炼。(3)坐浴:采取 1:5 000 的高锰酸钾热水坐浴,每次 20 min,每天 2 次,借助水的热力作用刺激患者尿道周围的神经感受器,从而促进排尿。(4)切口和会阴护理:NSRH 术后观察切口的疼痛和出血情况,评估患者疼痛的部位、性质和程度,告知患者第一时间说出不适的具体症状,详细讲解出现疼痛的原因,及时采用减轻疼痛的方法。观察周围皮肤的受压状况,保持床铺干燥及整洁。观察会阴有无分泌物和出血,保持会阴清洁。(5)拔出导尿管后的护理:拔出导尿管后,认真观察患者的排尿情况,并且检查患者的残余尿量。如果患者仍然不能自行排尿,或者残余尿量大于 100 mL,则需要重新放置导尿管,并进行膀胱操锻炼,2 d 后再尝试拔出导尿管。拔出尿管后可以采取听流水声、热敷下腹部、热水泡脚及按摩膀胱区等措施以诱导排尿。

1.3 观察指标 观察比较 2 组的术后尿潴留发生率、最后拔出尿管后的残余尿量和留置导尿时间。观察 2 组患者护理前后的尿动力学变化情况,主要观察最大尿道压(MUP)、最大膀胱容量(MCC)、最大尿道闭合压(MUCP)、腹压漏尿点压(ALPP)及功能性尿道长度(SFL)的改变。采用 EORTC QLQ-C30 癌症

生活质量测定量表评估 2 组患者护理前后的生活质量,包括:(1)功能维度(躯体功能、情绪功能、社会功能、认知功能、角色功能)及全身健康状况(总体健康状况),得分越高表示患者的生活质量越好。(2)症状维度(恶心或呕吐、疲倦、疼痛)及 6 个单项(失眠、气促、食欲丧失、便秘、经济困难及腹泻),得分越高表示患者的症状越严重。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据处理,2 组间计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组术后尿潴留发生率、最后拔出尿管后的残余尿量和留置导尿时间比较 观察组术后尿潴留的发生率、最后拔出尿管后的残余尿量和留置导尿时间均明显低于或短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组术后尿潴留发生率、最后拔出尿管后的残余尿量和留置导尿时间比较

组别	<i>n</i>	术后尿潴留 [<i>n</i> (%)]	残余尿量 ($\bar{x}\pm s$, mL)	留置导尿时间 ($\bar{x}\pm s$, d)
对照组	79	43(54.43)	51.27±11.46	14.39±2.78
观察组	79	22(27.85) ^a	42.35±10.38 ^a	10.13±1.45 ^a

注:与对照组相比,^a $P<0.05$ 。

2.2 2 组尿动力学 MUP、MCC、MUCP、ALPP 和 SFL 比较 护理后,2 组的尿动力学 MUP、MCC、MUCP、ALPP 和 SFL 较护理前均明显升高,且观察组上述指标明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 2 组 EORTC QLQ-C30 评分比较 护理后,2 组的 EORTC QLQ-C30(躯体功能、情绪功能、社会功能、认知功能、角色功能、总体健康状况、恶心或呕吐、疼痛、疲倦、失眠、气促、食欲丧失、便秘、经济困难及腹泻)评分较护理前均明显改善,且观察组的各项 EORTC QLQ-C30 评分明显优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 2 2 组尿动力学 MUP、MCC、MUCP、ALPP 和 SFL 比较($\bar{x}\pm s$)

项目	对照组(<i>n</i> =79)		观察组(<i>n</i> =79)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
MUP(cm H ₂ O)	48.36±13.24	59.36±14.27 ^a	49.32±12.48	75.41±16.73 ^{ab}
MCC(mL)	312.48±24.69	327.16±32.48 ^a	311.64±15.39	345.63±41.27 ^{ab}
MUCP(cm H ₂ O)	32.67±10.45	42.39±12.76 ^a	31.24±11.48	51.64±13.28 ^{ab}
ALPP(cm H ₂ O)	78.39±12.41	129.64±17.63 ^a	77.41±13.85	150.42±21.37 ^{ab}
SFL(cm)	3.12±0.79	3.61±0.93 ^a	3.11±0.85	4.53±1.12 ^{ab}

注:与同组护理前比较,^a $P<0.05$;与对照组护理后比较,^b $P<0.05$ 。

表 3 2 组 EORTC QLQ-C30 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	对照组($n=79$)		观察组($n=79$)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
躯体功能	51.24±12.39	62.62±13.87 ^a	50.37±11.48	57.34±10.42 ^{ab}
情绪功能	62.31±11.42	78.29±12.64 ^a	63.43±12.27	67.25±11.67 ^{ab}
社会功能	48.54±9.36	72.49±13.64 ^a	49.28±9.43	54.72±10.35 ^{ab}
认知功能	60.51±9.39	78.76±11.42 ^a	60.34±10.29	64.38±10.56 ^{ab}
角色功能	53.21±8.45	65.69±11.13 ^a	52.31±9.28	57.39±10.25 ^{ab}
总体健康状况	39.42±7.59	53.45±8.44 ^a	39.64±7.39	45.59±8.17 ^{ab}
恶心或呕吐	24.13±3.75	13.46±1.28 ^a	24.39±3.54	19.67±2.48 ^{ab}
疲倦	51.63±10.87	42.13±7.65 ^a	52.64±10.35	48.54±9.18 ^{ab}
疼痛	40.29±7.14	30.28±4.39 ^a	40.29±7.67	37.49±4.25 ^{ab}
食欲丧失	54.72±10.63 ^a	43.64±9.27	49.64±10.38 ^{ab}	44.16±9.47
便秘	34.61±5.35	23.54±4.89 ^a	34.09±5.34	30.35±4.47 ^{ab}
经济困难	59.23±12.64	31.76±6.24 ^a	58.57±12.38	39.31±5.54 ^{ab}
腹泻	18.57±4.38	7.82±1.39 ^a	18.29±4.63	12.39±2.73 ^{ab}
失眠	45.67±10.34	34.57±7.34 ^a	44.67±10.34	39.14±6.48 ^{ab}
气促	44.28±9.73	36.72±8.63 ^a	45.73±10.45	40.34±9.68 ^{ab}

注:与同组护理前比较,^a $P<0.05$;与对照组护理后比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨 论

排尿反射属于脊髓反射,在机体正常的情况下,膀胱壁由于受到刺激而兴奋,传输到机体的中枢神经而出现尿意^[4]。广泛子宫切除术后,患者常出现膀胱和(或)下尿道功能障碍,包括膀胱容量改变、膀胱感觉功能减退、逼尿肌活动低下等^[5-6]。手术后膀胱麻痹导致的尿潴留是 NSRH 主要的并发症,主要因为 NSRH 的过程需要广泛游离输尿管及膀胱范围与其周围的组织,使得周围神经节受到损伤,造成输尿管末端和膀胱尿道的血液供应受到不利影响;NSRH 的创伤面积比较大,需要切除相应的子宫骶韧带、子宫主韧带和阴道上端的组织,盆腔部分相应的神经丛会受到损伤,影响神经的功能,进而影响排尿反射,导致神经性膀胱麻痹,逼尿肌反射差而无法排尿;术后在比较长的时间内,患者都需要留置导尿管等^[7-9]。上述原因,均会导致膀胱功能的恢复速度减缓。术后尿潴留会给患者造成不同程度的不适和痛苦,增高泌尿系感染的发生率,延长住院时间,增加治疗的费用^[10]。

随着护理观念的更新及医学模式的转变,护理学已经由注重患者机体正常的单一功能转变为以满足机体的身心健康需求为最终目的的综合护理模式,预防保健与临床护理干预相结合的护理成为发展趋势^[11]。综合护理模式以护理程序系统化作为核心,从患者的实际情况出发,通过入院评估掌握患者的一般情况,发现患者已经存在的和可能发生的问题,制订具有较强针对性的护理方案,从而为患者提供高效、优质、全面的护理干预^[12]。宫颈癌患者 NSRH 术后自主排尿障碍不仅与术中的神经受损相关,而且与患

者自身的因素相关,如患者术后的腹压、心理情况及尿路感染等^[13]。本研究采取了综合护理模式,尽量降低患者的心理负担,鼓励患者,增强信心,采用膀胱锻炼和物理手段增强患者逼尿肌的紧张程度,加强患者膀胱的压力,进而促进膀胱功能的恢复。本研究结果发现,观察组术后尿潴留的发生率、最后拔出尿管后的残余尿量和留置导尿时间均明显低于或短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明综合护理模式有助于宫颈癌患者 NSRH 术后自主排尿功能的恢复。护理后,观察组的 MUP、MCC、MUCP、ALPP 和 SFL 明显高于对照组,表明采取心理护理、膀胱功能训练、坐浴、切口和会阴护理、拔出尿管后的护理等综合护理模式,能促进尿动力学恢复,这与已有研究报道相符^[14]。本研究还发现,护理后,观察组的躯体功能、恶心或呕吐、情绪功能、疲倦、社会功能、疼痛、认知功能、失眠、角色功能、气促、总体健康状况、食欲丧失、便秘、经济困难及腹泻评分明显优于对照组($P<0.05$),表明通过一系列的综合护理后,自主排尿情况得到了改善,患者生活质量提高,与文献^[13]报道相符。

综上所述,综合护理模式可以明显改善宫颈癌患者 NSRH 术后的自主排尿情况,促进尿动力学恢复,降低术后尿潴留的发生率,改善生活质量。

参考文献

[1] HIGASHIKAWA T,SHIGEMOTO K,GOSHIMA K,et al. Urinary retention as a postoperative complication associated with functional decline in elderly female patients with femoral neck and trochanteric fractures: a retrospective study of a patient cohort[J]. Medicine (Baltimore), 2019, 98 (24):

e16023.

[2] 罗志弘,陈慧,曾剑君,等. CIC 在宫颈癌根治术后尿潴留中的应用及护理体会[J]. 西南国防医药,2017,27(1): 85-87.

[3] 鲁媛媛,张茹梅,于悦,等. 宫颈癌根治术后尿潴留相关因素的分析及防治措施[J]. 中国生育健康杂志,2017,28(1):61-63.

[4] 苏坤华,胡友斌,马经明,等. 溴吡斯的明片联合甲磺酸多沙唑嗪片治疗老年女性宫颈癌术后尿潴留的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2017,33(16):1537-1539.

[5] 李霞,杨爱凤,杜娟,等. 宫颈癌患者术后尿路感染的相关因素分析及膀胱功能训练对尿潴留预防效果探究[J]. 中华医院感染学杂志,2017,27(7):1612-1615.

[6] 葛君,李致远,张敏,等. 优势护理理念的集束化运用在根治性子官切除患者尿潴留预防中的效果[J]. 检验医学与临床,2017,14(23):3527-3529.

[7] 祝莉,曲丽霞,权丽丽. 两种不同手术方式治疗早期宫颈癌的手术参数和术后膀胱功能恢复指标的差异[J]. 实用癌症杂志,2017,32(10):1688-1691.

[8] 陈悦,肖苏,潘伟. 腹腔镜下保留盆腔自主神经的广泛性子官切除术治疗早期宫颈癌的手术参数、术后膀胱功能和生存情况分析[J]. 临床和实验医学杂志,2018,17(3): 302-304.

[9] 杨秀玮,万迎香,张淑萍. 保留盆腔自主神经对早期宫颈癌患者术后膀胱功能恢复及血清 Hcy、IGFⅡ、E₂ 水平的影响[J]. 癌症进展,2018,16(11):1390-1392.

[10] 贺传勇,吴小莉,解为全,等. 腹腔镜保留盆腔神经的广泛子宫切除术联合盆腔淋巴结清扫术治疗宫颈癌的疗效及对患者膀胱直肠功能的影响[J]. 河北医学,2018,264(6): 951-955.

[11] 刘丽,张兰玲,王三菊. 综合护理干预宫颈癌根治术后对患者膀胱功能恢复的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017,26(11):1247-1248.

[12] 沈少婉,刘桂凤,周莉. 系统化综合护理在提高宫颈癌术后生活质量及降低并发症发生率中的作用[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志,2019,4(15):96.

[13] 郑莉,张军,秦红,等. 宫颈癌患者保留盆腔自主神经的广泛性子官切除术与传统根治术后尿潴留的综合护理干预[J]. 广东医学,2018,39(4):645-647.

[14] 李丽,刘小珊,陈玲. 循证护理在预防宫颈癌术后尿潴留中的应用[J]. 实用临床医药杂志,2017,21(14):123-125.

(收稿日期:2020-02-28 修回日期:2020-08-01)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 21. 037

中西医结合治疗结合护理干预在恶性肿瘤治疗中的应用价值

李凤连

广西壮族自治区贵港市中西医结合骨科医院大内科,广西贵港 537100

摘要:目的 分析中西医结合治疗结合护理干预在恶性肿瘤治疗中的应用效果。方法 从 2014 年 1 月至 2017 年 12 月该院收治的 101 例恶性肿瘤患者为研究对象,实施基础护理患者 49 例作为对照组,选取实施中西医结合治疗结合护理干预患者 52 例作为观察组。比较 2 组护理前后焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分、睡眠质量评分、食欲变化评分、生活质量评分,以及护理满意率和生存率。结果 护理后,观察组 SAS 评分、SDS 评分、睡眠质量评分低于对照组,食欲变化评分、生活质量评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组护理满意率、1 年生存率、2 年生存率高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 给予恶性肿瘤患者中西医结合治疗结合护理干预,能缓解患者不良情绪,改善生活状况,提高生存率。

关键词:恶性肿瘤; 中西医结合治疗; 护理干预

中图分类号:R473.73 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)21-3200-04

恶性肿瘤是一种严重威胁人类生命健康的常见疾病,位居人类疾病三大主要死亡原因之首。当前,恶性肿瘤多采用放化疗治疗,然而放化疗易引发不良反应,降低机体免疫力,影响治疗结果和预后。报告显示,对恶性肿瘤患者提供针对性的护理干预,能消除负性情绪,提升治疗效果^[1]。基于此,本文对本院 2014 年 1 月至 2017 年 12 月收治的 101 例恶性肿瘤患者进行分析,探讨中西医结合治疗结合护理干预的应用价值,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月至 2017 年 12 月本院收治的 101 例恶性肿瘤患者为研究对象,其中实施

基础护理患者 49 例作为对照组,实施中西医结合治疗结合护理干预患者 52 例作为观察组。纳入标准^[2]:(1)经细胞学、病理诊断确诊;(2)意识清晰;(3)预计可存活半年以上;(4)签署知情同意书。排除标准:(1)资料不完整;(2)肝、肾功能障碍;(3)精神病史。本研究经医院伦理委员会批准。对照组女 20 例,男 29 例;年龄 34~75 岁,平均(55.9±2.6)岁;病程 1~33 个月,平均(15.6±1.9)个月;疾病类型:肝癌 12 例,肺癌 19 例,乳腺癌 8 例,胃癌 7 例,其他 3 例。观察组女 21 例,男 31 例,年龄 34~76 岁,平均(56.0±2.5)岁;病程 1~34 个月,平均(15.7±2.0)个月;疾病类型:肝癌 14 例,肺癌 20 例,乳腺癌 7 例,胃癌 8 例,其他 3