

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、IGF II、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

例。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),可进行分析和比较。

1.2 方法 对照组实施基础护理,具体方法如下:

(1)为患者营造舒适环境,满足生理、心理需求;(2)建立良好、和谐的医患和护患关系,强化心理护理,提高治疗配合度;(3)结合患者情况制订饮食方案,增加机体营养,提高睡眠质量;(4)鼓励和引导患者锻炼,愉悦身心,增强免疫力。观察组实施中西医结合护理干预,包括:(1)情志护理。评估患者心理状况,结合具体表现实施个性化的干预措施。对于孤独感患者,加强和患者的交流,鼓励家属、亲朋给予家庭上的支持;对于伴有悲观情绪患者,讲解既往案例和相关知识,提高依从性;采用患者喜欢的音乐引导患者自行宣泄情绪,疏解身心。(2)行为护理。引导患者冥想,用语言和背景音乐帮助患者放松。指导患者闭眼想象和感受美好的场景,促进躯体、神经放松,每天 3 次,每次 20 min。(3)饮食指导。以高热量、高纤维素食物为主,禁食辛辣、刺激食物。同时,还要配合中医饮食干预,如取枣、合欢花、甘草、浮小麦煎服,分 2 次服用;鼓励患者多吃猪肝、羊肉,阴津亏损者食用牛奶、百合等。(4)艾灸。选择患者足三里、百会、脾俞、肝俞等穴位,先在穴位周围找寻热点,待感觉渗透、舒适后艾灸,以皮肤潮红为宜,每天 1 次,每次 30 min,持续 1 个月。(5)中药烫疗。恶性肿瘤患者治疗期间多出现疼痛,可能会降低治疗依从性。基于此,可选用止痛、通经效果的中药烫疗,针对患者的疼痛部位烫疗,每天 1 次,每次 30 min。(6)耳穴压豆。取患者交感、心肝脾等穴位,用酒精棉球消毒耳郭后贴敷王不留行籽,每天按揉穴位 120 次,以酸痛为宜,持续 1 个月。(7)在医生指导下辅助用药,以扶正祛邪类药物为主,增强抵抗力,延长生存期。

1.3 观察指标 (1)观察 2 组护理前后的心理状况,采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)进行抑郁、焦虑评分,分数越低表示心理状况越好。(2)观察 2 组护理前后的睡眠质量、食欲变化和生活质量。其中,睡眠质量评分采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)判定,总分 21 分,分数越低说明睡眠越好;食欲变化评分采用自制调查问卷调查判定,总分 5 分,

分数越高说明食量越正常;生活质量评分采用 SF-36 量表判定,总分 100 分,分数越高说明生活质量越好。

(3)观察 2 组护理满意率和生存率。满意率($\%$)= $[(\text{满意例数} + \text{一般例数}) / \text{总例数}] \times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 将数据录入 SPSS18.0 中,计量资料(心理状况、睡眠质量、食欲变化和生活质量等)以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料(满意率、生存率)以率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者心理状况比较 护理后,2 组 SAS、SDS 评分均降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者心理状况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	SDS 评分		SAS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	52	56.02±16.45	42.35±5.40 ^{ab}	53.76±15.01	36.08±3.06 ^{ab}
对照组	49	56.10±15.49	49.68±9.85 ^a	53.82±15.13	45.25±9.60 ^a

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

2.2 2 组患者睡眠质量评分、食欲变化评分和生活质量评分比较 护理后,2 组睡眠质量评分、食欲变化评分、生活质量评分均发生变化,且观察组优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者睡眠质量评分、食欲变化评分和生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	时间	睡眠质量评分	食欲变化评分	生活质量评分
观察组	52	护理前	12.36±4.05	3.01±0.62	62.58±4.71
		护理后	6.19±2.10 ^{ab}	4.16±0.51 ^{ab}	86.32±3.06 ^{ab}
对照组	49	护理前	12.40±4.19	3.02±0.59	62.42±4.55
		护理后	9.23±2.69 ^a	3.59±0.18 ^a	72.22±2.69 ^a

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

2.3 2 组患者护理满意率、生存率比较 观察组护理满意率、1 年生存率及 2 年生存率均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者护理满意率、生存率比较[n(%)]

组别	n	护理满意率			生存率		
		满意	一般	不满意	满意率	1 年	2 年
观察组	52	24(46.2)	27(51.9)	1(1.9)	51(98.1)	50(96.2)	44(84.6)
对照组	49	15(30.6)	25(51.0)	9(18.4)	40(81.6)	40(81.6)	30(61.2)
χ^2		2.571	0.008	7.647	7.647	5.481	7.047
P		0.109	0.928	0.006	0.006	0.019	0.008

3 讨论

近年来,随着医疗水平的提高,恶性肿瘤生存率

得以提高,尤其是 5 年生存率提高。有研究显示,多数恶性肿瘤患者确诊、治疗期间会出现强烈的心理反

应,再加上担心治疗结果、经济负担等,出现明显的抑郁、焦虑症状,有的患者甚至出现无助、绝望感^[3-4]。持久、强烈的心理刺激会引起机体功能失调,内分泌系统紊乱,造成某器官、大脑功能障碍,引发失眠、胃肠道反应,影响治疗结果。

中西医治疗结合护理干预是一种新型的护理模式,即在整体观念的引导下,借助心身并治的方法,也就是在心理干预的基础上,辅以艾灸、中医饮食、中药烫疗、耳穴压豆等疗法。心理干预是除治疗方案外最有效的护理手段,为患者制订个性化的疏导方案,能稳定患者情绪,激发心理潜能,促进早日康复^[5]。良好心理能调节机体免疫功能,预防病情进展,改善预后。健康宣教能纠正患者对疾病的错误认知,引导其积极、主动地接受治疗,保障治疗结果。王晔等^[6]研究显示,恶性肿瘤行放射治疗期间强化心理干预,能降低焦虑、抑郁评分,减轻疼痛程度。本研究中,观察组患者经中西医治疗结合护理干预后,SAS 评分 $[(36.08 \pm 3.06)$ 分]、SDS 评分 $[(42.35 \pm 5.40)$ 分]明显低于经基础护理的对照组 $[(45.25 \pm 9.60)$ 分]、 $[(49.68 \pm 9.85)$ 分],差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明与基础护理相比,中西医治疗结合护理干预能更好地减轻患者的抑郁、焦虑程度,增强心理健康水平。

从中医学理论着手,可将抑郁症纳入“不寐”、“脏躁”等范畴,有惊恐、悲伤、忧虑等表现者若不及时控制,会影响食欲和睡眠,影响治疗结果和预后^[7-9]。研究显示,人有五脏化五气,其中心主神志,肝主宣泄,思虑过度则伤脾,因此,恶性肿瘤患者干预过程中可从心、肝、脾等方面出发;选取患者百会、心肝脾等穴位针刺,能健脾益气、通畅气机、健脑安神;耳穴压豆交感、皮质下,能安神、醒脑,调节神经功能,改善因不良情绪产生的食欲下降、失眠症状,提高生存质量^[10-11]。本研究中,2 组护理干预后的睡眠质量、食欲变化、生活质量均得以改善,观察组睡眠质量评分 $[(6.19 \pm 2.10)$ 分]、食欲变化评分 $[(4.16 \pm 0.51)$ 分]、生活质量评分 $[(86.32 \pm 3.06)$ 分]与对照组睡眠质量评分 $[(9.23 \pm 2.69)$ 分]、食欲变化评分 $[(3.59 \pm 0.18)$ 分]、生活质量评分 $[(72.22 \pm 2.69)$ 分]比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。说明在护理干预的基础上加用艾灸、中医饮食、中药烫疗、耳穴压豆等中西医治疗,能调畅气机,改善睡眠状况,增加机体营养,促进疾病康复。究其原因因为艾灸能增强机体气血运行,舒经活络,平衡机能;中药烫疗可使药物通过皮肤的渗透、吸收,能直达患者病灶,不会影响患者脾胃,对脾胃功能欠佳患者效果较好。而且,该疗法与输液、口服等方式相比,过程舒缓,成本低,能达到强身健体、调节免疫功能的效果,与王丽双等^[12]报道相似。

本研究还显示,观察组护理满意率为 98.1%,1 年生存率为 96.2%,2 年生存率为 84.6%;对照组护理满意率为 81.6%,1 年生存率为 81.6%,2 年生

存率为 61.2%,2 组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明与基础护理相比,中西医治疗结合护理干预能建立良好的护患关系,提高护理满意率,延长患者生存期,究其原因因为该护理期间通过给予患者正确的饮食指导、用药指导,能提高耐受性和免疫力,改善身体状况,改善预后,提高生存率^[13-17]。此外,通过医护人员和患者及家属的沟通,能帮助其及时掌握疾病动态,拉近医生、护理人员和患者间的关系,提升护理质量。

综上所述,给予恶性肿瘤患者中西医治疗结合护理干预,能缓解不良情绪,改善生活状况,提高存活率。

参考文献

- [1] 郑玉妹. 细节护理对肿瘤术后化疗致抑郁情绪的干预价值[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(11): 1245-1247.
- [2] 周春兰, 李晓瑾, 李文姬, 等. 延续性护理对乳腺癌术后患者癌性疲乏及生存质量的影响[J]. 实用医学杂志, 2015, 31(4): 663-665.
- [3] 秦冬岩, 岳崇玉, 杨红娟, 等. 医护一体化护理对肿瘤放疗患者焦虑、抑郁情绪及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(15): 2148-2150.
- [4] WANG T, YIN H, HAN S, et al. Malignant peripheral nerve sheath tumor (MPNST) in the spine: a retrospective analysis of clinical and molecular prognostic factors [J]. J Neurooncol, 2015, 122(2): 349-355.
- [5] 杨法敏. 综合护理对肿瘤患者癌痛知识获得及疼痛的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(24): 181-182.
- [6] 王晔, 吴翠华, 杨琴燕, 等. 个性化护理对恶性肿瘤放疗患者的影响临床分析[J]. 贵州医药, 2016, 40(12): 1330-1331.
- [7] 林欣, 雷艳, 黄朝芳, 等. 早期护理干预预防肿瘤患者 PICC 置管术后机械性静脉炎的疗效观察[J]. 海南医学, 2014, 25(3): 463-464.
- [8] 江燕丽, 王大荣, 苏梅芳. 护理干预对妇科恶性肿瘤术后化疗患者心理倾向的影响[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(13): 1957-1959.
- [9] KAECHLE V, VOGELPOHL J, BOECK W, et al. Malignant extrarenal rhabdoid tumour (MERT) with liver metastases as a rare cause of an esophageal tumor in a 57 years old patient [J]. Z Gastroenterol, 2015, 53(7): 660-663.
- [10] 李孝红, 潘秀园. 集束化护理策略对肿瘤患者经外周中心静脉置管质量的影响[J]. 广东医学, 2015, 36(3): 488-490.
- [11] 王亦素, 李霞, 林海玉. 肿瘤化疗患者健康教育食谱库的建立与应用[J]. 护理学报, 2015, 22(4): 69-71.
- [12] 王丽双, 邹婷婷, 孙媛, 等. 护理干预对中晚期恶性肿瘤病人生存质量的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2017, 42(4): 532-535.
- [13] 侯丽娜, 林鹤, 王丹, 等. 优质护理用于肿瘤化疗护理中的效果评价[J]. 吉林医学, 2016, 37(1): 216-217.

[14] KOHASHI K, YAMADA Y, HOTOKEBUCHI Y, et al. ERG and SALL4 expressions in SMARCB1/INI1-deficient tumors: a useful tool for distinguishing epithelioid sarcoma from malignant rhabdoid tumor [J]. Hum Pathol, 2015, 46(2): 225-230.

[15] 贺家宁, 刘雪霜, 康静. 护理干预对恶性肿瘤同步放化疗患者生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20

(6): 148-149.

[16] 赵锦会. 化疗护理流程在肿瘤科患者化疗中的应用效果分析[J]. 河北医学, 2017, 23(7): 1214-1217.

[17] 王伟, 俞苏寰, 曹长军, 等. 前颅窝脑膜瘤伴周围水肿的治疗[J]. 武汉大学学报(医学版), 2017, 38(1): 151-154.

(收稿日期: 2020-03-12 修回日期: 2020-08-21)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2020.21.038

预见性护理对维持性血液透析患者并发症及营养状态指标的影响研究

梁颖, 付群英, 张毅

(陕西省友谊医院血液净化科, 陕西西安 710068)

摘要:目的 研究预见性护理对维持性血液透析患者并发症及营养状态指标的影响。方法 选取该院 2018 年 12 月至 2019 年 11 月收治的 260 例维持性血液透析患者为研究对象开展前瞻性研究, 利用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组各 130 例。对照组采取常规护理, 观察组在常规护理基础上实施预见性护理, 比较 2 组并发症发生率、营养状态指标、护理满意率。结果 观察组维持性血液透析患者并发症发生率及护理满意率与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。护理前, 2 组患者营养状态指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理后, 2 组营养状态指标均优于护理前, 且观察组营养状态指标与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 预见性护理有助于降低维持性血液透析患者并发症发生率, 改善机体营养状态, 便于构建和谐护患关系。

关键词: 维持性血液透析; 预见性护理; 营养状态; 护理满意率

中图分类号: R473.5

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)21-3203-03

维持性血液透析已经成为目前临床治疗终末期肾脏病的常用手段, 在延长患者生存周期、改善生存质量方面取得了令患者及临床满意的疗效^[1]。然而, 终末期肾脏病患者维持性血液透析时间长, 在治疗过程中容易发生多种并发症, 甚致危及生命, 所以予以良好的护理干预十分有必要^[2]。预见性护理是一种具有前瞻性的护理模式, 旨在通过预见性的举措来消除潜在的护理风险, 促进患者康复, 有研究显示, 预见性护理在冠心病一级预防护理中取得了瞩目的效果^[3]。将预见性护理应用于维持性血液透析患者护理工作中能否促使患者更大受益成为研究的重要内容, 故本研究围绕预见性护理对维持性血液透析患者并发症及营养状态指标的影响展开分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2018 年 12 月至 2019 年 11 月收治的 260 例透析患者(维持性血液透析时间 6~180 个月)作为研究对象开展前瞻性研究。纳入标准: (1) 接受维持性血液透析治疗者; (2) 凝血功能正常, 无血液系统疾病者; (3) 认知功能良好, 能够配合临床护理干预者; (4) 签署知情同意书。排除标准: (1) 颅内出血或者是颅内压增高者; (2) 严重休克、贫血(血红蛋白 < 3 g/dL)者; (3) 合并严重感染灶者; (4) 心功能不全或衰竭者; (5) 合并终末期恶性肿瘤者; (6) 合并营养不良或血液透析相关并发症者。采用随机数字表法将患者分为对照组(130 例)与观察组

(130 例)。对照组中男 85 例, 女 45 例; 年龄 25~75 岁, 平均(64.23 ± 5.87)岁; 原发病类型: 慢性肾小球肾炎 72 例, 高血压肾病 30 例, 糖尿病肾病 26 例, 其他 2 例。观察组中男 81 例, 女 49 例; 年龄 27~76 岁, 平均(64.31 ± 5.79)岁; 原发病类型: 慢性肾小球肾炎 75 例, 高血压肾病 27 例, 糖尿病肾病 25 例, 其他 3 例。2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经本院医学伦理委员会审批同意。

1.2 方法 对照组采取常规护理, 由护理人员利用口头宣教、发放宣传手册等方式开展健康教育, 将疾病相关知识、维持性血液透析等信息传达给患者。主动与患者交流, 为其提供必要的情感支持与心理疏导。按照以往工作流程做好动静脉内瘘、静脉导管等护理。定时巡视患者, 发现并发症后及时上报。叮嘱患者及其家属科学饮食, 明确告知饮食注意事项。在病情稳定后开展科学的康复指导。观察组在常规护理基础上实施预见性护理, 措施如下: (1) 成立预见性护理小组。以本院护龄 10 年以上护师为组长, 6~8 名护师或护士为组员, 组建预见性护理小组。在上岗护理前由组长开展业务技能培训, 包括预见性护理内涵、维持性血液透析护理要点及注意事项等。(2) 科学评估及制订与实施个体化护理方案。由预见性护理小组利用营养风险筛查量表对本组患者的营养状态进行筛查, 营养正常的患者按照常规护理中的饮食