

• 护理园地 •

(文章编号) 1007-0893(2022)15-0115-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.15.035

同伴教育联合团体心理干预对老年胃癌术后 PICC 患者的干预效果

王亚茹 白亚珍 时婷婷 任梦圆

(郑州大学第一附属医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 **目的:** 研究同伴教育联合团体心理干预对老年胃癌根治术后经外周静脉置入中心静脉导管 (PICC) 患者心理状态及相关并发症的影响。**方法:** 选取 2020 年 3 月至 2021 年 12 月郑州大学第一附属医院的胃癌根治术后需行 PICC 的患者 96 例作为研究对象开展回顾性分析, 根据护理方式的不同分为观察组 (同伴教育联合团体心理干预, 54 例) 和对照组 (常规护理, 42 例)。比较两组患者 PICC 情况、心理状态、希望水平、疼痛情况、应激反应指标和并发症发生情况。**结果:** 观察组一次、二次置管成功均高于对照组, 且置管放置时间短于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后, 观察组焦虑自评量表 (SAS) 与抑郁自评量表 (SDS) 评分低于对照组, 视觉模拟评分法 (VAS) 评分低于对照组, 希望水平高于对照组, 血清内皮素 (ET)、一氧化氮 (NO)、C 反应蛋白 (CRP) 水平均低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的各项并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 同伴教育联合团体心理干预对老年胃癌根治术后 PICC 患者作用显著, 可减少疼痛和应激反应指标, 增加 PICC 成功率, 改善患者心理状态, 提升患者希望水平。

〔关键词〕 同伴教育; 团体心理干预; 胃癌根治术; 经外周静脉置入中心静脉导管; 老年人

〔中图分类号〕 R 735.2 **〔文献标识码〕** B

胃癌是我国恶性肿瘤发生第二位的肿瘤, 好发于胃黏膜上皮, 由于饮食结构的改变、工作压力的增加、幽门螺杆菌感染等因素的存在, 胃癌呈年轻化趋势^[1-2]。胃癌根治术是治疗进展性胃癌的重要方式, 对患者延长生存期, 提高生活质量具有积极意义。但是, 胃癌根治术后需要患者短时间内不得进食, 而通过肠外营养供给, 其中经外周穿刺中心静脉置管 (peripherally inserted central catheter, PICC) 较为常见^[3-4]。随着 PICC 应用增多, 相关并发症情况也增多, 严重影响患者的治疗进程, 急需一种有效护理方案减少并发症的发生。同伴教育是临床实践中护理的一种新模式, 借助胃癌群体中的成员, 将胃癌患者通过护理培训、知识宣讲等方式转变为护理知识、护理实操的传播者, 以共情性的特点通过共同话题帮助患者传授胃癌医学知识和护理技巧, 进一步促进康复进程^[5-6]。同时, 由于胃癌患者对疾病认知不足、认识治疗方式不全面、置管护理技能不足、恐惧并发症等因素的存在, 其容易在围手术期产生焦虑、抑郁等负面情绪。团体心理干预作为一种以团体互帮互助的心理干预方式, 被广泛应用在国外临床手术护理干预中, 而在国内报道的不多, 尤其是在胃癌手术领域更是少见。

笔者认为同伴教育与团体心理在开展途径、实施对象等方面有共同之处, 前者侧重疾病知识、护理技巧, 后者侧重心理辅导, 两者结合可有效提升胃癌根治术后 PICC 患者心理素质和生活质量, 因此开展了相关研究, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 3 月至 2021 年 12 月郑州大学第一附属医院的胃癌根治术治疗后需行 PICC 的患者 96 例作为研究对象开展回顾性分析, 根据护理方式的不同分为观察组 (同伴教育联合团体心理干预, 54 例) 和对照组 (常规护理, 42 例)。两组患者性别、年龄、文化、吻合方式、手术类型等等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1、表 2。

表 1 两组患者一般资料的计量资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄 / 岁	住院时间 / d	术后排气时间 / d
对照组	42	78.39 ± 11.68	17.29 ± 8.68	3.78 ± 1.49
观察组	54	77.86 ± 10.89	17.68 ± 8.39	3.69 ± 1.35

〔收稿日期〕 2022 - 05 - 24

〔作者简介〕 王亚茹, 女, 主管护师, 主要从事胃肠外科护理工作。

表2 两组患者一般资料的计数资料比较

(n(%))

组别	n	性别		文化		吻合方式		手术类型		置管部位	
		男	女	高中及以下	大学及以上	毕I式	毕II式	近端胃大部切除术	远端胃大部切除术	贵要静脉	肘正中静脉
对照组	42	26(61.9)	16(38.1)	27(64.3)	15(35.7)	7(16.7)	35(83.3)	12(28.6)	30(71.4)	28(66.7)	14(33.3)
观察组	54	30(55.6)	24(44.4)	34(63.0)	20(37.0)	11(20.4)	43(79.6)	14(25.9)	40(74.1)	36(66.7)	18(33.3)

1.1.1 纳入标准

(1) 经病理活检确诊为胃癌；(2) 已行腹腔镜下胃癌根治术；(3) 淋巴结未出现转移患者。

1.1.2 排除标准

(1) 恶性肿瘤癌变患者；(2) 并发严重肠道、肝肾、心肺疾病患者；(3) 并发严重心血管疾病、凝血功能疾病患者；(4) 有手术禁忌证的患者；(5) 精神病患者。

1.2 PICC 方法

采用美国 BARD 公司的 PICC 导管及一次性试置管包，置管操作由受过专业 PICC 置管护士处理。患者仰卧位，选择右肘中静脉、贵要静脉等作为穿刺点，穿刺手臂和肢体呈 90°，测量从穿刺点到右锁骨头向下到达第三肋间的所需导管长度。穿刺前预输肝素 0.9% 氯化钠注射液润湿导管并支撑导丝。使用止血带、局部消毒剂、在外面铺一条毛巾，然后以与皮肤成 45° 刺穿静脉，在血液回流后推进插管鞘并打开止血带，从插管鞘中取出穿刺针，换成导管缓慢插入。当导管头超过 10 cm 时取下插管鞘，将导管向前移动到中央静脉，0.9% 氯化钠注射液冲洗和固定。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组

采用常规护理方式，主要内容包括常规护理，涉及到个体辅导、专题讲座、宣发手册等。关于 PICC 护理需要有专业护理人员护理，具备丰富的临床经验，熟练掌握 PICC 操作、注意事项、禁忌证、适应证等。置管前与患者积极沟通，说明 PICC 操作、所需体位、可能存在的并发症。置管成功后告知患者避免用力过度，导致移位、脱落等情况的发生，并对患者护理情况进行跟踪记录，记录内容包括并发症发生与否、导管堵塞与否、穿刺点是否红肿等。一旦发现异常应该及时更换穿刺点敷料。

1.3.2 观察组

在常规护理的基础上采用同伴教育联合团体心理干预。

1.3.2.1 同伴教育

(1) 寻找同伴教育志愿者。同伴教育志愿者必须曾是胃癌根治手术 PICC 患者，并且完成化疗过程，通过沟通交流自愿加入同伴教育志愿者队伍当中。每名志愿者主动服务 2~3 名胃癌患者，可以共情人的身份与患者一对一沟通教育 30 min，每周至少干预 1 次，可有效降低患者的胃癌的恐惧感和自我负担。

(2) 开展同伴教育康复培训。为了有效提升同伴教育治疗，需对志愿者开展胃癌围手术期护理技能培训，帮助志愿者了解疾病治疗方式、护理措施、药物应用、预后等医学知识，同时，采用带帮方式提升志愿者沟通交流能力，培训时间为 2 周。(3) 开展心理辅导、健康教育等工作。志愿者通过沟通了解患者的实际情况以便制定健康教育内容，采取音乐分享、经验分享、医学知识多样性心理辅导方式，帮助患者了解胃癌治疗措施、PICC 方式等相关知识，提升患者对疾病的认知情况，同时鼓励患者说出自身感受和实际需求，以便提供必要帮助，缓解不良情绪。

1.3.2.2 团体心理干预

(1) 组建团体心理干预小组，由 3 年以上从事临床心理护理工作的护理人员开展团体心理咨询培训。团体心理干预要始终围绕胃癌围手术期护理开展心理干预，依照胃癌患者特点，设计诸如心情分享、健康知识分享、以往的成功案例等各种活动，同时，由志愿者从旁协助，解答疑惑，让患者摆脱孤独地痛苦感。

(2) 开展团体心理干预工作，告知心理活动规则和流程，需要每个参与者保证团体心理活动的私密性，然后应用音乐、冥想、深呼吸等方式，放松患者的身心，为团体活动的开展轻松愉快的氛围。首先，让患者组成圆桌一样的交流圈，引导患者开始自我介绍，以如何发现胃癌作为话题的引爆点，让患者积极分享自己的生活状态、个人感受、心理变化等情况，拉近分享者与倾听者的关系，促使彼此之间相互了解、相互鼓励，交谈中避免同情、悲伤等不良情绪的蔓延，引导患者阐述积极向上的一面，以“你是如何放松心情”“你是如何开展自我管理”等作为分享活动的牵引，避免部分患者畅谈中产生偏离。对于积极乐观患者要鼓励其积极发言，对于错误观点加以适当修正。此处可以由志愿者作为牵头，实施同伴教育；而后，由辅导者对胃癌知识、治疗措施、成功案例等进行详细的简介，积极回答患者的疑虑，帮助患者树立治疗信心，提升患者疾病认知水平。同时，告知患者围手术期应该注意实现，如何应对积极情况。每 3 d 进行 1 次团体心理辅导，每次参加人数控制在 7 人以上，每次活动时间为 2 h。(3) 构建患者希望墙，引导患者用便利贴将自身愿望贴在希望墙，术后出院前组织患者畅谈心理状态，由患者自由表达。阐述自身对手术的看法，然后由辅导者告知患者用药、康复、应急措施等相关办法，

减轻患者心理负担，最后为患者提供通讯录，以便团体出院后仍是相互干预和鼓励，提升护理整体的质量和效率。

1.4 观察指标

比较干预前和干预后 2 个月两组患者 PICC 情况、心理状态、希望水平、疼痛情况、应激反应指标和并发症发生情况。(1) PICC 情况：比较两组患者置管时间、一次及二次置管成功率；(2) 患者的心理状态采用焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 与抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 进行评估，每个量表有 20 题项，由 4 分制组成，总分 80 分以 1.25 倍数转化为总分 100 分，得分 ≥ 50 分代表患者存在焦虑、抑郁情绪，得分越高则提示焦虑、抑郁越严重。(3) 采用 Herth 希望水平量表对两组患者希望水平进行评价，该量表有 3 个维度组成，12 题项，采用 4 分制，满分 48 分，效度 Cronbach's α 为 0.87，信度 0.92，得分越高表示患者心存希望的念头越强烈。(4) 疼痛评分采取视觉模拟评分法 (visual analogue scales, VAS) 进行评价，总分为 0~10 分，分数越高表明疼痛越严重；抽取患者空腹肘静脉血，离心后取上层血清低温保存，采用全自动生化仪测定应激反应指标内皮素 (endothelin, ET)、一氧化氮 (nitric oxide, NO)、C 反应蛋白 (C-reactive protein, CRP) 水平。(6) 比较两组患者并发症发生情况，包括穿刺点感染、导管意外脱落、血栓形成、导管堵塞等。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 PICC 情况比较

观察组患者的置管放置时间为 (96.39 ± 13.59) h，对照组为 (113.49 ± 15.69) h，观察组患者的一次、二次置管成功率均高于对照组，且置管放置时间短于对照组，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者 PICC 情况比较 (n(%))

组别	n	一次置管成功	二次置管成功
对照组	42	30(71.4)	36(85.7)
观察组	54	50(92.6) ^a	54(100.0) ^a

注：PICC 一经外周静脉置入中心静脉导管。与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者干预前后心理状态比较

干预前，两组患者 SAS、SDS 评分比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，两组患者 SAS、SDS 评分均下降，且观察组均低于对照组，差异均具有统计

学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者干预前后心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	SAS	SDS
对照组	42	干预前	59.13 ± 10.49	60.68 ± 11.89
		干预后	50.39 ± 10.29 ^b	53.68 ± 10.39 ^b
观察组	54	干预前	58.36 ± 10.29	60.39 ± 11.68
		干预后	40.36 ± 9.59 ^{bc}	45.39 ± 10.36 ^{bc}

注：SAS 一焦虑自评量表；SDS 一抑郁自评量表。与同组干预前比较，^b $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^c $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者干预前后疼痛情况、希望水平评分比较

干预前，两组患者 VAS 评分、希望水平比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，两组患者 VAS 评分均下降，希望水平评分均上升，且观察组患者 VAS 评分低于对照组，希望水平评分高于对照组，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

表 5 两组患者干预前后疼痛情况、希望水平评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	VAS	希望水平
对照组	42	干预前	6.49 ± 2.19	30.69 ± 3.59
		干预后	3.56 ± 1.24 ^d	34.98 ± 4.26 ^d
观察组	54	干预前	6.59 ± 2.26	30.69 ± 3.98
		干预后	2.68 ± 1.03 ^{dc}	41.38 ± 4.39 ^{dc}

注：VAS 一视觉模拟评分法。与同组干预前比较，^d $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者干预前后应激反应指标比较

干预前，两组患者血清 ET、NO、CRP 水平比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，两组患者血清 ET、NO、CRP 水平均下降，且观察组均低于对照组，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 6。

表 6 两组患者干预前后应激反应指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	ET/ng · mL ⁻¹	NO/μmol · L ⁻¹	CRP/mg · mL ⁻¹
对照组	42	干预前	2.71 ± 1.29	17.98 ± 6.99	32.98 ± 11.49
		干预后	1.58 ± 0.49 ^f	15.49 ± 2.96 ^f	28.49 ± 10.27 ^f
观察组	54	干预前	2.68 ± 1.23	18.59 ± 6.38	33.69 ± 10.69
		干预后	1.31 ± 0.53 ^{fg}	12.49 ± 2.68 ^{fg}	18.59 ± 9.48 ^{fg}

注：ET 一内皮素；NO 一氧化氮；CRP 一 C 反应蛋白。与同组干预前比较，^f $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^g $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者并发症发生情况比较

干预后，观察组患者的各项并发症发生率低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 7。

表 7 两组患者并发症发生情况比较 (n(%))

组别	n	穿刺点感染	导管意外脱落	血栓形成	导管堵塞
对照组	42	5(11.9)	4(9.5)	6(14.3)	8(19.0)
观察组	54	0(0.0) ^h	0(0.0) ^h	0(0.0) ^h	1(1.9) ^h

注：与对照组比较，^h $P < 0.05$ 。

3 讨论

PICC 作为一种通过外周静脉到达中心静脉的置管方式,可避免长期输液或者刺激药物对患者血管损伤,同时,避免反复穿刺,为此治疗的便捷性和安全性。PICC 在胃癌术后应用,具有安全、便捷、留置时间长等特点,被认为最佳的介入性微创操作,但仍会诱发一些并发症^[7-8]。PICC 护理不当,容易导致穿刺点出血、导管堵塞、静脉炎、血栓等情况,危及患者的身心健康。由于胃癌手术及置管创伤性,临床中患者多表现为焦虑、悲伤、烦躁、癌痛等负面情绪,不愿沟通,心理应激和机体应激严重影响患者康复进程。为了有效提升 PICC 的有效性,减少相关并发症的发生,临床需采取相应的护理措施加以干预。同伴教育联合团体心理干预属于联合性护理干预方式,目的是从患者疾病知识、护理技能、心理状态等角度出发,为患者提供针对性护理,且该种护理方式由胃癌患者群体中的成员作为导向,具有鲜明的共情性和认同感。同伴教育在于借助胃癌好转志愿者的知识储备、护理技能等为置管患者提供专业医学知识和技能,减少患者治疗的盲从性和疑惑性;而团体心理干预通过圆桌分享、音乐放松、冥想训练等方式使患者不再孤单,彼此之间相互鼓励相互促进,消除负面情绪,减轻应激反应,提升治疗信心和希望^[9-10]。

置管放置时间、置管成功率反映的是患者置管的顺应性、依从性和配合度。本研究中,观察组置管时间短于对照组,而一次、二次置管成功率均高于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。这是因为同伴教育联合团体心理干预中的实施者具有显著的带头作用,以同理心方式为病友讲解胃癌治疗和护理的认识,做好各项工作的示范作用,从而提升依从性和配合度。疼痛评分反映的是患者机体的耐受程度,而希望水平反映的是患者康复生活的向往程度,疼痛评分越低表明患者的耐受力越好,而希望水平评分越高表明患者对康复生活的向往程度,两者在护理当中均有重要作用。本研究结果显示观察组疼痛评分低于对照组,而希望水平评分高于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。这表明同伴教育联合团体心理干预具有一定的优越性,因为该种干预方式从疾病治疗、心理疏导等方面均有同伴特性,避免患者单一的自我解读、理解,增加患者抗拒疾病的毅力,树立共同目标。分析应激反应指标来看,再次佐证了同伴教育联合团体心理干预的优越性,由于手术、置管均对机体产生创伤,使得患者术后 1 d 的 ET、NO、CRP 炎症指标会显著上升,但是通过护理干预 2 周后,明显下降,且观察组下降幅度高于对照组,这说明通过同伴教育联合团体心理干预可改善患者应激反应。相关研究^[11]认为,手术创伤导致机体 ET、NO、CRP 炎症指标上升,这些指标可激活巨噬细胞和粒细胞的吞噬作用,

刺激皮质醇的分泌,增加患者的焦虑和抑郁情绪。同时,并发症发生率上。本研究结果显示,观察组患者血清 ET、NO、CRP 水平低于对照组,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。这说明同伴教育联合团体心理干预下,并发症发生率下降,这对患者康复具有重要意义。当然,由于本研究样本量少、单中心研究,还存在诸多不足,还需大样本、多中心研究进一步完善和佐证。

综上所述,同伴教育联合团体心理干预对老年胃癌根治术后 PICC 患者作用显著,可减少疼痛和应激反应指标,增加 PICC 成功率,改善患者心理状态,提升患者希望水平。

〔参考文献〕

- (1) 王娟, 韦璐, 郗斌, 等. 胃癌根治术后 PICC 置管行肠外营养常见并发症分析及护理对策 (J). 贵州医药, 2021, 45(11): 1822-1823.
- (2) 刘峰, 白田雨, 李虎, 等. 自拟半夏厚朴解郁汤联合团体心理治疗对胃癌术后伴抑郁障碍患者的疗效观察 (J). 中国肿瘤临床与康复, 2020, 27(4): 404-407.
- (3) 张映, 王芳. 个体化营养干预配合团体心理辅导对胃癌术后患者心理复原力、自我效能感及癌因性疲乏的影响 (J). 护理实践与研究, 2019, 16(4): 63-66.
- (4) Kinami S, Aizawa M, Yamashita H, et al. The incidences of metachronous multiple gastric cancer after various types of gastrectomy: analysis of data from a nationwide Japanese survey (J). Gastric Cancer, 2021, 24(1): 22-30.
- (5) Caruso S, Giudicissi R, Mariatti M, et al. Laparoscopic vs. Open Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: A Propensity Score-Matched Retrospective Case-Control Study (J). Curr Oncol, 2022, 29(3): 1840-1865.
- (6) Eom BW, Lee J, Lee IS, et al. Development and Validation of a Symptom-Focused Quality of Life Questionnaire (KOQUSS-40) for Gastric Cancer Patients after Gastrectomy (J). Cancer Res Treat, 2021, 53(3): 763-772.
- (7) Wang FH, Shen L, Li J, et al. The Chinese Society of Clinical Oncology(CSCO): clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastric cancer (J). Cancer Commun(Lond), 2019, 39(1): 10.
- (8) Khalayleh H, Kim YW, Yoon HM, et al. Assessment of Lymph Node Metastasis in Patients With Gastric Cancer to Identify Those Suitable for Middle Segmental Gastrectomy (J). JAMA Netw Open, 2021, 4(3): e211840.
- (9) Desiderio J, Sagnotta A, Terrenato I, et al. Gastrectomy for stage IV gastric cancer: a comparison of different treatment strategies from the SEER database (J). SciRep, 2021, 11(1): 7150.
- (10) Van Boxel GI, Ruurda JP, Van Hillegersberg R. Robotic-assisted gastrectomy for gastric cancer: a European perspective (J). Gastric Cancer, 2019, 22(5): 909-919.
- (11) Tseng CH. The Relationship between Diabetes Mellitus and Gastric Cancer and the Potential Benefits of Metformin: An Extensive Review of the Literature (J). Biomolecules, 2021, 11(7): 1022.