

〔文章编号〕 1007-0893(2022)20-0121-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.20.038

# 医—护—患协同护理干预策略应用于 贲门癌根治术后患者的效果

张缦莉 梅孝臣 厉冰 钱国武

(南阳市中心医院, 河南 南阳 473000)

〔摘要〕 目的: 探究医—护—患协同护理干预策略应用于贲门癌根治术后患者的效果。方法: 选取南阳市中心医院 2019 年 8 月至 2021 年 10 月期间收治的 90 例贲门癌患者, 均行贲门癌根治术, 按入院时间分成对照组 43 例和观察组 47 例。对照组患者采用常规护理干预, 观察组患者基于对照组采用医—护—患协同护理干预, 比较两组患者术后康复指标(首次进食时间、排便时间、排气时间)、干预前后心理状况〔抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)评分〕、麻醉苏醒时与术后 1 d、2 d、3 d 疼痛程度〔视觉模拟评分法(VAS)评分〕、并发症发生率。结果: 观察组首次进食时间、首次排便时间、首次排气时间均短于对照组短, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者干预后 SDS、SAS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者术后 1 d、2 d、3 d 的 VAS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患者并发症发生率为 8.51%, 低于对照组的 25.58%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 医—护—患协同护理干预策略可促进贲门癌患者术后康复, 改善其心理状况, 促进疼痛缓解, 减少并发症发生风险。

〔关键词〕 贲门癌; 医—护—患协同护理干预策略; 贲门癌根治术

〔中图分类号〕 R 573.7 〔文献标识码〕 B

贲门癌根治术为治疗贲门癌首选方法, 可有效清除病灶, 抑制癌细胞扩散, 有助于延长患者生存时间<sup>[1]</sup>。但外科手术属侵入式操作, 待麻醉效果消失后患者会出现强烈疼痛感, 易产生焦虑、紧张等不良情绪, 而且术后进食与活动受限, 极大增加肺部感染、便秘等并发症的发生风险, 不利于术后康复, 故需重视贲门癌患者术后康复护理工作<sup>[2]</sup>。常规护理模式仅重视疾病护理, 忽略心理调节、并发症预防、康复训练等在术后康复中的重要意义<sup>[3]</sup>。医—护—患协同护理将患者作为中心, 强调医护患三者诊疗配合, 加强沟通交流, 实现资源、信息、知识共享, 鼓励患者参与护理过程, 积极发挥主观能动性, 现已在国外得到有效应用, 但在我国仍处于探索阶段<sup>[4]</sup>。本研究选取 90 例贲门癌患者作研究对象, 将医—护—患协同护理干预策略应用其中, 旨在探讨应用效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取南阳市中心医院 2019 年 8 月至 2021 年 10 月期间收治的 90 例贲门癌患者, 均行贲门癌根治术, 按入院

时间分成对照组 43 例和观察组 47 例。对照组男女比例为 27:16; 年龄 42~70 岁, 平均(55.28±6.54)岁; 临床分期: 13 例 I 期, 22 例 II 期, 8 例 III 期; 病理类型: 24 例鳞癌, 15 例腺癌, 4 例其他。观察组男女比例为 30:17; 年龄 44~69 岁, 平均(57.02±5.89)岁; 临床分期: 15 例 I 期, 26 例 II 期, 6 例 III 期; 病理类型: 28 例鳞癌, 13 例腺癌, 6 例其他。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合《胃癌诊治难点中国专家共识(2020 版)》<sup>[5]</sup>中贲门癌的诊断标准, 经病理检查证实; (2) 具有贲门癌根治术手术指征; (3) 首次接受治疗; (4) 沟通交流能力正常, 意识清晰; (5) 患者均知情同意本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 癌细胞向远处转移; (2) 预计生存时间<6 个月; (3) 存在其他恶性肿瘤; (4) 伴有心肝肾功能不全; (5) 食管及四周器官组织接受过手术治疗; (6) 临床资料不完整。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规护理干预策略, 措施如下: 术后监测患者脉搏、呼吸、心率等生命指征, 若有异常立

〔收稿日期〕 2022-07-13

〔基金项目〕 河南省南阳市科学技术局科技发展计划(182102311210)

〔作者简介〕 张缦莉, 女, 主管护师, 主要研究方向是普外科方面护理工作。

即通知医师；向患者说明术后注意事项，指导遵医用药；嘱咐患者术后禁食，排气后指导进食牛奶、稀粥、豆浆等流食，排便后可进食面条等半流食。干预至患者出院。

1.2.2 观察组 基于对照组基础采用医-护-患协同护理干预策略，措施如下：（1）组建护理小组。由1名主治医师、1名护士长、5名护士及患者、患者家属组成，护士长负责对护士进行护理知识培训，主治医师负责依照患者病情变化制订相应治疗方案，护士负责给予患者术后指导，患者及其家属配合完成护理工作。

（2）制订协同护理方案。护理人员结合贲门癌患者年龄、文化水平、经济状况、疾病状况等，向患者介绍协同护理理论、方法，告知患者应对方式、依从性对术后康复重要性，与患者、患者家属共同制订护理方案。（3）护理方案实施。①疼痛护理：贲门癌根治术后24 h内创面疼痛剧烈，患者应配合医护人员评估疼痛程度，遵照医护人员指导，通过局部热敷与按摩缓解疼痛，咳嗽时按压住切口，以减轻疼痛，取舒适体位，防止牵拉引发疼痛，在必要的情况下由护理人员遵医嘱给予镇痛药物。②并发症预防：贲门癌患者术后痰液黏稠，难以排出时，告知患者水是最有效、最安全祛痰剂，促进患者自觉饮水，提高呼吸道湿润度，促进排痰；术后告知患者保持个人卫生重要性，自觉保持切口敷料清洁、干燥，预防感染；嘱咐患者遵循少食多餐的原则，宜进食易消化食物，用餐时放慢速度，多饮水，防止便秘。③康复训练：患者麻醉未苏醒时嘱咐家属按摩下肢，轻柔揉捏腓肠肌，术后6 h由护理人员一对一指导，患者积极配合进行床上活动，完成翻身、四肢自主活动等项目，每2 h 1次，术后2~3 d下床活动，后逐渐过渡至室外活动。④心理护理：贲门癌患者术后易出现担忧、害怕等情绪，护理人员主动了解患者病情，对于患者提出的疑问耐心解答，采取亲情指导、暗示疗法等方法，缓解患者不良情绪，患者积极参与护理活动，主动调适自身内心状态，干预至患者出院。

### 1.3 观察指标

（1）比较两组患者术后康复指标，包括首次进食时间、首次排便时间、首次排气时间。（2）比较两组患者心理状况，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，于干预前后各评估1次，SDS、SAS满分为100分，分值越高，抑郁与焦虑情绪越严重<sup>[6-7]</sup>。（3）比较两组患者疼痛程度，采用视觉模拟评分法（visual analogue scales, VAS）进行评估，满分10分，得分与疼痛程度呈正相关<sup>[8]</sup>，于麻醉苏醒时、术后1 d、2 d、3 d各评估1次。（4）比较两组患者并发症发生率：包括便秘、肺部感染、切口感染。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0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 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者术后康复指标比较

观察组患者首次进食时间、首次排便时间、首次排气时间均短于对照组短，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 两组患者术后康复指标比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	$n$	首次进食时间	首次排便时间	首次排气时间
对照组	43	4.22 ± 1.05	3.11 ± 0.52	2.33 ± 0.42
观察组	47	3.18 ± 0.64 <sup>a</sup>	2.82 ± 0.43 <sup>a</sup>	1.39 ± 0.28 <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者干预前后心理状况比较

两组患者干预前SDS、SAS评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；观察组患者干预后SDS、SAS评分均低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 两组患者干预前后心理状况比较 ( $\bar{x} \pm s, 分$ )

组别	$n$	时 间	SDS	SAS
对照组	43	干预前	59.03 ± 5.74	57.68 ± 4.94
		干预后	51.15 ± 4.62	47.32 ± 4.21
观察组	47	干预前	61.12 ± 6.03	59.44 ± 5.19
		干预后	45.38 ± 4.03 <sup>b</sup>	39.56 ± 3.28 <sup>b</sup>

注：SDS—抑郁自评量表；SAS—焦虑自评量表。与对照组干预后比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者疼痛程度比较

两组患者麻醉苏醒时VAS评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；观察组患者术后1 d、2 d、3 d的VAS评分均低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 两组患者疼痛程度比较 ( $\bar{x} \pm s, 分$ )

组别	$n$	麻醉苏醒时	术后1 d	术后2 d	术后3 d
对照组	43	4.51 ± 0.45	4.07 ± 0.50	3.14 ± 0.42	2.28 ± 0.35
观察组	47	4.66 ± 0.50	3.86 ± 0.41 <sup>c</sup>	2.88 ± 0.34 <sup>c</sup>	1.78 ± 0.27 <sup>c</sup>

注：与对照组同时段比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者并发症发生率比较

观察组患者并发症发生率为8.51%，低于对照组的25.58%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表4。

表4 两组患者并发症发生率比较 ( $n(\%)$ )

组别	$n$	便秘	肺部感染	切口感染	总发生
对照组	43	3(6.98)	4(9.30)	4(9.30)	11(25.58)
观察组	47	1(2.13)	1(2.13)	2(4.26)	4(8.51) <sup>d</sup>

注：与对照组比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

贲门癌根治术是延长贲门癌患者生存期、改善预后的有效治疗方法,但手术创伤较大,并发症发生风险较大,术后患者会出现强烈疼痛感,加之活动受限,导致患者态度较差,配合度不足,极大影响康复进程<sup>[9]</sup>。因此,术后康复期采用合理有效护理模式意义重大。医-护-患协同护理关注医护患在护理过程中的协同作用,调动患者加强自我管理,提高在疾病预防、疾病护理中的参与度,增加疾病认知,可提升护理工作质量<sup>[10]</sup>。

本研究显示,观察组患者首次进食时间、排便时间、排气时间均短于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明医-护-患协同护理可促进贲门癌患者术后康复。常规护理干预下患者被动接受护理,主观能动性不足,参与积极性低,康复效果不理想,而医-护-患协同护理干预下通过医护患三者的相互协作,可使患者明确认识自我管理在维护自身健康中的重要意义,促进患者康复。此外,医-护-患协同护理模式强调心理护理,最大限度满足患者诉求,并给予耐心疏导,帮助患者乐观面对疾病<sup>[11]</sup>。故本研究表明,观察组患者 SDS、SAS 评分均低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示医-护-患协同护理模式可更好改善患者心理状况。

贲门癌根治术后疼痛强烈,患者活动意愿减弱,既增加护理难度,又不利于术后康复,故需关注患者术后疼痛护理<sup>[12]</sup>。本研究结果显示,观察组患者疼痛程度较对照组低,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示医-护-患协同护理干预策略缓解患者疼痛的效果更加显著,这是由于该护理模式可有效减轻体位牵拉、胸口震动等引发的切口疼痛。本研究指出,医-护-患协同护理干预策略能减少并发症发生,可能在于该护理模式在患者自我护理的同时,由医护人员给予全面指导,可增强患者疾病管理能力,减少并发症发生。

综上所述,医-护-患协同护理干预策略可促进贲门癌患者术后康复,改善其心理状况,降低疼痛程度,减少并发症发生风险。

### [参考文献]

- (1) Guo W, Lv P, Liu S, et al. Aberrant methylation-mediated downregulation of long noncoding RNA C5orf66-AS1 promotes the development of gastric cardia adenocarcinoma (J). *Mol Carcinog*, 2018, 57(7): 854-865.
- (2) 温凤, 展晖, 刘建斌. 信息-动机-行为技巧模型对贲门癌根治术后患者应用效果 (J). *社区医学杂志*, 2020, 18(24): 1684-1688.
- (3) 刘蕙菁, 康惠娟, 李向英. 择时艾灸配合早期康复护理对胃癌术后胃肠功能恢复及生活质量的影响 (J). *中医药导报*, 2018, 24(23): 40-42.
- (4) 徐英, 侯雾芯, 庄雪平, 等. 医护患协同模式对经皮冠状动脉介入治疗术后患者自我管理能力及心血管事件的影响 (J). *中国实用护理杂志*, 2021, 37(3): 190-196.
- (5) 中国抗癌协会胃癌专业委员会. 胃癌诊治难点中国专家共识 (2020 版) (J). *中国实用外科杂志*, 2020, 40(8): 869-904.
- (6) 张军, 王斌, 黄莹, 等. 基于知信行模式的护理干预对老年糖尿病合并高血压患者焦虑情绪及治疗依从性的影响 (J). *海南医学*, 2020, 31(5): 677-680.
- (7) 杜洪燕, 陈华英, 张正芳, 等. 心理-生理-社会医学模式的心理教育对乳腺癌患者术后不良情绪及生活质量的影响 (J). *中国肿瘤临床与康复*, 2018, 25(3): 345-348.
- (8) Reed C, Wolf W, Cotton C, et al. A visual analogue scale and a Likert scale are simple and responsive tools for assessing dysphagia in eosinophilic oesophagitis (J). *Aliment Pharmacol Ther*, 2017, 45(11): 1443-1448.
- (9) 马静, 孙美琳, 田婉. 协同管理模式对胃癌根治术后患者并发症预防及术后康复的影响 (J). *癌症进展*, 2018, 16(11): 1431-1434.
- (10) 金星, 王颖. 医护患协同护理对三叉神经痛术后患者自我管理能力和心理韧性的影响 (J). *中华现代护理杂志*, 2020, 26(4): 468-473.
- (11) 吴一帆. 医护患协同护理模式在食管癌胸腔镜术后康复期间的应用研究 (J). *临床医药实践*, 2020, 29(9): 711-714.
- (12) 刘琳, 柴小青, 谢言虎, 等. 加速康复外科策略中使用帕瑞昔布钠对胃癌根治术患者术后恢复的影响 (J). *临床麻醉学杂志*, 2018, 34(11): 1045-1049.