

临床护理路径联合全程心理干预对胃癌根治术患者的影响

申娟娟

(河南省焦作市第二人民医院 焦作 454001)

摘要:目的:分析临床护理路径联合全程心理干预对胃癌根治术患者胃肠功能的影响。方法:回顾分析 2016 年 8 月~2019 年 3 月收治的胃癌根治术患者 60 例,按护理干预方式分对照组和研究组,各 30 例。对照组给予常规护理,研究组给予临床护理路径联合全程心理干预,比较两组胃肠功能恢复情况、并发症发生情况及焦虑、抑郁评分。结果:研究组首次排便时间、肛门排气时间、肠鸣音恢复时间均短于对照组($P<0.05$)。护理前,两组焦虑、抑郁评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后,研究组焦虑、抑郁评分均低于对照组($P<0.05$)。结论:将临床护理路径和全程心理干预联合用于胃癌根治术患者,可显著缓解其负面情绪,促进胃肠功能恢复,对提升临床疗效有明显作用。

关键词:胃癌根治术;临床护理路径;全程心理干预;胃肠功能;护理

中图分类号:R473.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.16.073

胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,有数据显示,我国每年新发胃癌 40 万例左右,占全球胃癌发病人数的 42%。最有效的治疗方式为胃癌根治术,但因手术创伤性较大,患者身心需承受较大冲击。因此,加强护理干预质量,对降低并发症发生、改善患者情绪、促进术后胃肠功能恢复有积极意义。经我院实践发现,常规护理干预仅按照医嘱配合治疗,相对忽略了患者生理、心理舒适性,护理效果不及临床护理路径联合全程心理干预。目前已有报道指出临床护理路径联合全程心理干预的优势性^[1]。本研究纳入我院胃癌根治术患者,分析临床护理路径联合全程心理干预对胃癌根治术患者胃肠功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾分析 2016 年 8 月~2019 年 3 月收治的胃癌根治术患者 60 例,按护理干预方式分对照组和研究组,各 30 例。对照组女 12 例,男 18 例;年龄 42~78 岁,平均(55.3±1.1)岁;肿瘤位置:2 例多部位,10 例胃底,18 例胃窦;手术方式:13 例远端胃切除,15 例近端胃切除,2 例全胃切除。研究组女 13 例,男 17 例;年龄 43~78 岁,平均(55.8±1.2)岁;肿瘤位置:3 例多部位,11 例胃底,16 例胃窦;手术方式:14 例远端胃切除,15 例近端胃切除,1 例全胃切除。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。入组标准:满足《胃癌规范化诊疗指南(试行)》^[2]中胃癌判定标准和胃癌根治术手术指征;患者及其家属自愿签署知情同意书。排除标准:肝、肾、心、肺功能异常;合并心脑血管疾病、免疫性疾病、血液性疾病;无自主沟通和理解能力;意识、精神障碍;中途转其他方式治疗或脱落、失访。

1.2 护理方法 对照组接受常规护理,做好环境管理,确保患者住院环境舒适,病房湿度、温度适宜,术

前适当向患者讲解疾病知识,做好各项术前准备等,术中配合医生实施手术,全程需密切观察患者体征、症状,若有异常,及时告知手术医生,并协助处理。研究组接受临床护理路径干预联合全程心理干预。(1)入院时:护士积极、热情接待患者,向其介绍主要医护人员和医院环境,消除患者对环境和医护人员陌生感,整理、总结其资料,协助完成各项基础检查,全面评估身体状况,明确告知各注意事项。指定医护人员成立临床路径护理小组,组长由护士长担任,根据患者实际状况和现临床护理经验合理、科学地制定护理计划。(2)住院时:第 1 天,分析患者各项检查结果,对症处理基础症状,如高血压、糖尿病等。第 2 天,为其讲解疾病知识,如疾病发病原因、发病机制、治疗方式、治疗注意事项、可能出现的并发症等,让患者做好心理准备,提升疾病认知度和疾病知识掌握度,加强配合。第 3 天,做好各项术前准备,提前训练患者翻身、床上排便等,做好药物过敏试验、禁食、禁饮、备皮、备血等,可在术前让患者参观手术室,熟悉手术室各项设备和仪器,详细解答其疑问。第 4 天,加强心理护理,患者往往因恐惧自身疾病和手术治疗,不确定手术治疗效果,相应会出现一些负性情绪,如抑郁、焦虑、紧张等,护理人员需主动与其沟通,鼓励和支持患者,并让其家属带给患者正能量,鼓励患者,提升治疗信心、依从性、配合度。(3)手术当天及术后:手术当天,接受常规晨检,做好手术准备后,进入手术室前,护士可与患者肢体接触,以鼓励和支持患者,如握手等,缓解其焦虑、紧张心理。术中密切监测其体征指标,及时发现并处理异常状况。术后第 1 天,患者进入普通病房后,手术室护理人员需与普通病室护理人员做好工作交接,详细告知患者术中状况。术后 8 h 内密切观察记录其体征指标,及时处理不良状况,尤其是创伤部位,确保引流正

常。术后第 2~3 天,指导患者家属观察并记录引流液状况,如引流量、引流液颜色和性状等。积极预防并发症,及时更换引流袋和胃肠减压器,保持病室中空气质量和流通性,定期消毒空气和物品,尽量减少陪护人员和探视频率,确保病室休息环境安静。指导患者家属按摩其肢体,并协助其翻身,定期清洁会阴和患者口腔。术后第 4~7 天,告知患者术后疼痛为正常现象,鼓励其正确、积极面对,并告知注意事项和自行护理方式。术后第 8~12 天,指导饮食,明确均衡营养重要性,在此基础上,指导其适当进行运动,积极锻炼。检查切口状况,若愈合良好,适当时机则可拆线。(4)出院指导:告知患者出院后饮食、运动、心理等方面注意事项,如食用易消化、含高维生素和蛋白类饮食,勿食用刺激类食物,按照少食多餐原则,保持乐观积极的心理。定期接受复查,医患双方互留联系方式,协助其办理出院手续。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者胃肠功能恢复情况,包括首次排便时间、肛门排气时间、肠鸣音恢复时间。(2)比较两组护理前后 SDS、SAS 评分。护理前后采用抑郁自评量表 (SDS) 和焦虑自评量表 (SAS) 评估,SDS 分值:轻度 (53~62 分)、中度 (63~72 分)、重度 (≥ 73 分);SAS 分值:轻度 (50~59 分)、中度 (60~69 分)、重度 (≥ 70 分)。

1.4 统计学方法 用 SPSS13.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,用 t 检验,计数资料以 % 表示,用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胃肠功能恢复情况比较 研究组首次排便时间、肛门排气时间、肠鸣音恢复时间短于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组胃肠功能恢复情况比较 ($d, \bar{x} \pm s$)

组别	n	首次排便时间	肛门排气时间	肠鸣音恢复时间
研究组	30	4.01± 0.65	3.52± 0.65	1.24± 0.51
对照组	30	5.65± 0.28	4.68± 0.45	3.26± 0.28
t		12.691 9	8.036 7	19.016 5
P		0.000 1	0.000 1	0.000 1

2.2 两组护理前后 SAS、SDS 评分比较 护理前两组 SDS、SAS 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理后研究组 SDS、SAS 评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组护理前后 SAS、SDS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	护理前		护理后	
		SAS	SDS	SAS	SDS
研究组	30	59.65± 1.21	56.35± 1.32	32.32± 2.32	35.65± 2.54
对照组	30	59.67± 1.22	56.38± 1.33	42.65± 2.31	45.65± 2.32
t		0.063 7	0.087 6	17.281 9	15.921 8
P		0.949 4	0.930 4	0.000 1	0.000 1

3 讨论

胃癌发病率、病死率为我国恶性肿瘤前列^[1],现首选治疗方式为胃癌根治术。随着人们健康意识提高和社会经济发展,对医疗要求不仅仅局限于疗效,术后恢复、围术期心理状态、并发症发生等均引起了人们重视。因此,提高胃癌根治术患者围术期护理质量,促进术后胃肠功能恢复显得尤为重要。常规护理干预以疾病为中心,围绕疾病治疗提供护理干预,护理目标为提高手术治疗效果,忽略了患者心理状态,患者出于对疾病的恐惧、手术的担忧,往往会不配合甚至抵触和排斥治疗和护理干预,影响治疗效果^[4-5]。临床护理路径发展以常规护理为基础,进一步整合完善常规护理,进而获得新型护理模式^[6-7]。此护理方式重点关注护理过程中患者的舒适性,以患者为护理中心,按照其实际状况合理制定护理路径表,并确保各护理措施实施效果,提升护理质量。本研究结果显示,研究组胃肠功能恢复指标短于对照组,SDS、SAS 评分等低于对照组 ($P < 0.05$),表明临床护理路径干预联合全程心理干预效果明显。分析其原因为,与常规护理比较,临床护理路径更具综合性、合理性、严谨性、针对性^[8-10],全程围绕患者进行护理干预,指导饮食、密切观察体征和心理、做好各项准备等,全程重视患者心理状态,并与家属取得配合,安慰和鼓励患者,提升治疗信心,以积极、正确的心态面对疾病,提升配合度和依从性,降低内心负性情绪。综上所述,将临床护理路径和全程心理干预联合用于胃癌根治术患者中,可显著缓解其负面情绪,促进胃肠功能恢复,提升疗效。

参考文献

- [1]姚利.临床护理路径联合全程心理干预对胃癌根治术患者胃肠功能的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(11):1444-1448.
- [2]中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.胃癌规范化诊疗指南(试行)[J].中国医学前沿杂志(电子版),2013,5(8):56-63.
- [3]韩海英,卫利扣.临床护理路径在胃癌根治术患者术后护理中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2017,2(26):160-161.
- [4]张萌.胃癌根治术患者心理护理效果评价[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(7):157,160.
- [5]孟红艳,王晶晶,李康妹.护理干预对胃癌根治术后患者胃肠功能、生活质量及焦虑、抑郁情况的影响[J].护理实践与研究,2017,14(13):53-55.
- [6]秦萍.临床护理路径在胃癌根治术患者中的应用效果[J].中国当代医药,2020,27(30):226-228.
- [7]朱春艳.临床护理路径在胃癌外科快速康复流程中的应用[J].航空航天医学杂志,2016,27(2):249-251.
- [8]夏晓丹.临床护理路径在胃癌外科快速康复流程中的应用[J].生物技术世界,2016,13(5):158-159.
- [9]冯智华.临床护理路径对胃癌根治术患者术后康复和生活质量的影响[J].检验医学与临床,2013,10(22):3072-3073.
- [10]黄亚辉.临床护理路径在三角吻合全腹腔镜远端胃癌根治术围术期中的应用[J].实用临床医药杂志,2016,20(8):165-166.

(收稿日期: 2021-01-12)