

延续性护理干预在消化道肿瘤患者术后康复恢复的应用价值分析

丁杏*, 陈霞, 李欢, 莫春桃

琼海市人民医院 肿瘤血液内科, 海南 琼海 571499

【摘要】 目的 探讨延续性护理干预对消化道肿瘤患者营养状况和生活质量恢复的临床应用价值。方法 选择琼海市人民医院2019年3月至2021年12月期间收治的98例消化道肿瘤患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组49例。对照组的干预为常规护理,观察组则是在实施常规护理的基础上,继续进行延续性护理。采用症状自评量表(SCL-90),生活质量综合评定问卷(GQOLI-74)和营养风险评估量表(PG-SGA),分别比较两组患者干预前后心理健康、生命质量、营养状况。结果 干预前两组患者的总体生活质量组间比较,差异无统计学意义($P<0.05$)。与干预前比较,干预后两组患者各项症状因子得分、生活质量得分和营养状况均显著提高($P<0.05$)。干预后观察组的各项症状因子得分显著低于对照组($P<0.05$),生活质量得分显著高于对照组[(189.67±16.45)分比(182.45±15.78)分, $P<0.05$];观察组中“营养良好”的患者多于对照组(61.2%比36.7%, $P=0.015$),“营养中度”显著少于对照组(24.5%比44.9%, $P=0.034$)。结论 对消化道肿瘤患者采用延续性护理干预能显著缓解其身心痛苦,提高其营养状况和生活质量。

【关键词】 延续性护理; 消化道肿瘤; 身心健康; 营养状况; 生活质量

Effect of continuous nursing intervention on nutritional status and quality of life of patients with gastrointestinal cancer

Ding Xing*, Chen Xia, Li Huan, Mo Chuntao

Department of Oncology and Hematology, Qionghai People's Hospital, Qionghai 571499, Hainan, China

*Corresponding author: Ding Xing, E-mail: chenzhezhejiang@126.com

【Abstract】 Objective To explore the clinical value of continuous nursing intervention on the recovery of digestive function and nutritional status in patients with gastrointestinal tumors. **Method** A total of 98 patients with gastrointestinal tumors treated in our hospital from March 2019 to December 2021 were selected as the research object. They were randomly divided into control group and observation group, with 49 cases in each group. The intervention of the control group was routine nursing, while the observation group continued continuous nursing on the basis of routine nursing. SCL-90, GQOLI-74 and PG-SGA were used to compare the mental health, quality of life and nutritional status of the two groups before and after intervention. **Result** There was no significant difference in the overall quality of life between the two groups before intervention ($P<0.05$). Compared with that before the intervention, the scores of symptom factors, quality of life and nutritional status of the two groups were significantly improved after the intervention ($P<0.05$). After the intervention, the scores of symptom factors in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$), and the quality of life was significantly higher than that in the control group [(189.67±16.45) vs (182.45±15.78), $P<0.05$]; In the observation group, the patients with "good nutrition" were more than those in the control group (61.2% vs 36.7%, $P=0.015$), and the patients with "moderate nutrition" were significantly less than those in the control group (24.5% vs 44.9%, $P=0.034$). **Conclusion** Continuous nursing intervention for patients with gastrointestinal tumors can significantly alleviate their physical and mental pain, improve their nutritional status and quality of life, which is worthy of promotion.

【Key words】 Continuous care; Digestive tract tumor; Physical and mental health; Nutritional status; Quality of life

* 通信作者: 丁杏, E-mail: chenzhezhejiang@126.com

消化道肿瘤是包括食管癌、胃癌、结肠癌以及直肠癌等一类消化道肿瘤疾病的总称。根据流行病学调查数据显示,该类肿瘤的患病率较高,在恶性肿瘤中的发病率居第3位,总死亡率为24.53/10万^[1-2],对人们的健康造成了巨大的威胁。目前治疗恶性肿瘤的三大手段包括:手术治疗、放疗和化疗。但化疗药物的使用会带来严重的毒副作用,从而导致严重的恶心呕吐、食欲减退、便秘、腹泻等。与此同时,由于消化道肿瘤特殊的位置和严重的毒副作用,会造成患者相对于其他肿瘤患者更严重的膳食营养的摄入不足,消化及吸收不良。有研究表明,营养不良会给消化道肿瘤患者带来化疗药物耐受程度降低、死亡率增加,生活质量下降等产生一系列不良影响^[3-6]。

虽然近年来恶性肿瘤的诊治水平有了明显提高,但消化系统肿瘤多数在被发现时已是进展期,治疗反应差,预后欠佳^[7],一些患者在医护人员的督导下还能积极配合治疗对抗疾病,然而一旦出院后陷入无人监督的状态下,常易有复发风险。营养支持治疗作为肿瘤患者治疗的重要组成部分,目前国内的相关研究还涉及较少,且仅靠住院期间临床医生或护士的指导和干预是远远不够的。此外,服药依从性是影响肿瘤患者癌痛效果的重要因素,而患者出院后缺乏有效的用药监督,易自行减药或停药,影响镇痛效果。

因此,本文拟探讨延续性护理模式对消化道肿瘤患者出院后消化道功能、营养状况和生活质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2019年3月至2021年12月期间消化内科收治的98例消化道肿瘤患者为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组49例。本研究经医院伦理委员会审核通过。

纳入标准:经病理学确诊为患有消化道肿瘤疾病;同意在本医院建立个人信息档案;有意愿在本医院进行消化道肿瘤化疗;意识清醒,可配合研究;患者对研究知情并签署知情同意书。

排除标准:智力障碍、精神疾病、严重认知功能障碍者,无法完成问卷调查者;严重心、肝、肾疾病,不适合药物治疗者;明确表示拒绝随访者。

1.2 方法

1.2.1 研究方法 对照组:医生和护士在住院期

间为患者提供并实施相应的化疗计划和常规护理,记录患者基本信息,随访频率为每周1次,干预方式为电话告知患者及其家属,遵嘱按时按量服药,规律入院随诊,严格执行化疗计划等。

观察组:在实施常规护理和化疗的基础上,住院期间和出院后给予患者延续性护理干预,具体如下:

(1) 在初级护理阶段,我们采用责任护理模式。首先为每例患者在常规的轮换护士组的基础上配备1名责任护士。责任护士将进行统一的培训,以了解与患者有关的信息,如性格、家庭情况、兴趣爱好等;通过对沟通方式进行培训,拟建立良好的医患关系,为延续性护理干预的后续开展打下基础。

(2) 认知干预。在住院期间和出院后,向患者、家属反复强调消化道肿瘤的发病和预后情况,并告知其坚持化疗计划或服用药物对于治疗疾病和改善预后的重要性,避免出现擅自更改药物剂量、种类,以及中断化疗、停药等情况。向患者传授饮食、营养知识,提高患者对营养的认知,改变不良的饮食行为,督促患者形成良好的饮食习惯。

(3) 心理干预。在住院期间及出院后,多数患者处于焦虑、抑郁状态,更甚者不配合或拒绝治疗。因此,医生和护士需要通过转移注意力和疏导情绪来改善患者的心理状态。及时做好患者的心理疏导工作,并鼓励家人和朋友积极看望患者,给予患者家庭和他人的精神支持。目的是让患者保持一个良好的心理状态,对其疾病的治疗和恢复充满信心。

(4) 行为干预。在住院期间及出院后,为患者制定专门的康复计划,如个人卫生,锻炼,生活方式等方面,以及合理的化疗计划。组建多学科协作组,由主治医师、营养师、药剂师组成,针对患者营养不良的问题,结合患者的每日需求热量,结合家庭、经济条件及患者实际情况为患者制定个性化的营养方案。并通过延续性护理模式监督患者及时实施康复计划和营养方案。

(5) 随访。出院后,进行持续1年的随访,内容主要包括电话随访、上门随访和门诊随访。每周进行1次电话随访,每3个月进行1次上门随访,同时,在患者来医院进行化疗、复查、检查的过程中随访。回访时,重点沟通患者现在存在的问题和困难,考察患者化疗、药物服用情况等,并根据情

况进行康复、化疗计划,以及营养方案的调整。与其家属进行沟通,请其协助医护人员监督患者严格实施计划和方案。

1.2.2 观察指标 所有调查对象均在治疗前后完成症状自评量表(symptom checklist 90, SCL-90)、生活质量综合评定问卷(generic quality of life inventory-74, GQOLI-74)、患者参与的主观全面评定(patient-generated subjective global assessment, PG-SGA)。

(1)SCL-90是当前使用最为广泛的精神障碍和心理疾病门诊检查量表,为了评定个体在感觉、情绪、思维、行为,直至生活习惯、人际关系、饮食睡眠等方面的心理健康症状。该量表共有90个项目,分为9大类,即9个因子,分别为躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性。每一因子反映受检者某一方面的情况,每一个项目均采取5级评分制(没有、很轻、中等、偏重、严重),每个因子得分在1~5分,得分越高,表明各项心理健康症状越严重^[8]。

(2)GQOLI-74共74个条目,每个条目得分在1~5分,从躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活状态4个维度来评定受评者与健康相关的生活质量,总体得分越高,表明生活质量越好^[9]。

(3)PG-SGA量表由2个部分组成,第一部分主要包括4个方面,即:近期内体质量变化、膳食摄入、症状体征、活动和功能,四方面得分相加记为A,由患者填写;第二部分包括疾病年龄评分、代谢应激状态评分、体格检查评分6个方面,其得分分别记为B、C和D,由医护人员填写;PG-SGA总分即为A、B、C、D之和,得分越高表明营养状况越差。得分0~1分为营养不良(PG-SGAA),得分2~8分为可疑或中度营养不良(PG-SGAB),得分>9分为重度营养不良(PG-SGAC)^[10]。

1.3 统计学方法 采用Epidata软件录入调查问卷,采取双录入,经一致性检验控制录入质量,数据采用SPSS 26.0统计软件进行分析。符合正态分布的定量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,用独立样本 t 检验进行组间比较分析;以例(%)描述定性资料,用 χ^2 检验或Fisher确切概率法进行分析。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基本情况比较 两组一般资料比

较结果显示,年龄、性别、文化程度、婚姻状况、付费方式组间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

2.2 两组患者症状自评量表结果比较 两组患者的9大类心理健康症状得分较低,平均分在1.35~2.25分之间。实施干预前,观察组与对照组在各因子之间的得分差异无统计学意义($P>0.05$)。实施干预后,观察组的各因子得分显著低于对照组($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组患者生活质量综合评定问卷结果比较 干预前,观察组的生活质量组间比较,差异无统计学意义[(156.23±10.12)分比(158.77±11.03)分, $P=0.237$];干预后,观察组的生活质量得分提高,显著高于干预后对照组[(189.67±16.45)分比(182.45±15.78)分, $P=0.029$]。见表3。

2.4 两组患者营养风险评估量表结果比较 干预前,两组中“营养不良(PG-SGAA)”的比例,组间比较差异无统计学意义(26.5%比28.6%, $P=0.821$),干预后,观察组“营养不良”的患者比例显著高于对照组(61.2%比36.7%, $P=0.015$);干预前,两组中“中度营养不良(PG-SGAB)”的比例差异无统计学意义(44.9%比47.0%, $P=0.839$),干预后,观察组“中度营养不良”的患者比例低于对照组,差异有统计学意义(24.5%比44.9%, $P=0.034$);干预前和干预后,两组中“重度营养不良(PG-SGAC)”的比例差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表4。

表1 研究对象一般资料比较

变量	观察组 (n=49)	对照组 (n=49)	t/χ^2 值	P 值
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	44.52±15.32	46.43±17.12	0.582	0.562
性别[例(%)]			0.653	0.419
男	23(46.94)	27(55.10)		
女	26(53.06)	22(44.90)		
文化程度[例(%)]			0.467	0.845
初中及以下	12(24.49)	11(22.45)		
高中或中专	18(36.73)	20(40.82)		
大学或大专	19(38.78)	18(36.74)		
婚姻状况[例(%)]			0.176	0.847
未婚	3(6.12)	2(4.08)		
已婚	38(77.55)	40(81.63)		
其他	8(16.33)	7(14.29)		
付费方式[例(%)]			0.647	0.483
医保	36(73.47)	38(77.55)		
非医保	13(26.53)	11(22.45)		

表2 两组研究对象症状自评量表比较($\bar{x}\pm s$, 分)

因子	干预前				干预后			
	观察组	对照组	t 值	P 值	观察组	对照组	t 值	P 值
躯体化	2.25±0.34	2.14±0.27	1.773	0.079	1.63±0.12	1.74±0.14	4.175	<0.001
强迫症状	1.94±0.26	1.87±0.29	1.258	0.211	1.62±0.20	1.73±0.12	3.301	0.001
人际关系敏感	1.87±0.22	1.92±0.24	1.075	.285	1.74±0.17	1.85±0.25	2.546	0.012
抑郁	2.22±0.34	2.24±0.23	0.341	0.734	1.78±0.23	1.89±0.31	1.994	0.048
焦虑	1.84±0.43	1.82±0.42	0.233	0.816	1.62±0.30	1.76±0.23	2.592	0.011
敌对	1.92±0.14	1.95±0.24	0.756	0.452	1.67±0.38	1.84±0.33	2.364	0.020
恐怖	1.52±0.38	1.45±0.14	1.210	0.229	1.25±0.37	1.39±0.22	2.276	0.025
偏执	1.72±0.33	1.68±0.12	0.797	0.427	1.52±0.21	1.65±0.27	2.660	0.009
精神病性	1.52±0.32	1.58±0.48	0.728	0.468	1.36±0.23	1.52±0.45	2.216	0.029

表3 研究对象生活质量综合评定问卷比较($\bar{x}\pm s$, 分)

项目	干预前	干预后
观察组(n=49)	156.23±10.12	189.67±16.45 ^a
对照组(n=49)	158.77±11.03	182.45±15.78 ^a
t 值	1.187	2.217
P 值	0.237	0.029

注:与干预前比较,^aP<0.05。

表4 研究对象营养风险评估量表比较[例(%)]

项目	PG-SGAA		PG-SGAB		PG-SGAC	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组(n=49)	13(26.5)	30(61.2)	22(44.9)	12(24.5)	14(28.6)	7(14.3)
对照组(n=49)	14(28.6)	18(36.7)	23(47.0)	22(44.9)	12(24.4)	9(18.4)
χ^2 值	0.051	5.880	0.041	4.504	0.209	0.299
P 值	0.821	0.015	0.839	0.034	0.647	0.584

3 讨论

近年来,随着人们生活习惯的改变及社会压力的增大,肿瘤的发病率呈不断上升趋势,肿瘤的发病机制较为复杂。恶性肿瘤的高消耗及伴随化疗手段的毒副作用成为导致患者生活质量下降及营养不良的主要原因^[11-12]。

相关研究报道,针对性的护理干预模式能显著改善消化道肿瘤患者的焦虑、抑郁等负面情绪^[13-14]。而延续性护理干预是在常规护理的基础上,结合心理、行为和家庭干预在内的护理模式,它强调患者出院后,继续延续医患合作共同对抗疾病的重要性,有助于提高患者对疾病的认知度和对疾病治疗的依从性。本研究对98例消化道肿瘤患者针对性地实施了基础护理和延续性护理,取得较好的应用效果,现分析原因如下。

在此项研究中,延续性护理干预组的GQOLI-74量表得分在干预后明显高于对照组(P<0.001),

分析其原因,可能为出院后患者得到了来自医护人员的长期照顾、远程关心和陪伴,提高了疾病自我效能感,生活质量自我感觉也得到了提升。此外,通过延续性护理干预,可以提升患者的主观能动性,提高了对患者的肢体功能的利用率,变得更加愿意参与日常生活的活动,精力也大大得到了提升,从而降低肿瘤消耗和化疗带来的躯体功能缺失^[15]。最后,延续性护理干预可以为患者提供合理的营养支持,通过连续的健康教育,提升患者家庭对疾病的认可程度,增加患者对营养支持的重视程度;通过对患者继续化疗后不良反应的预告知,减轻患者不良反应的恐惧,增加对化疗不良反应的耐受程度,从而改善患者的营养状况^[16]。

此次研究结果还发现延续性护理能有效改善消化道肿瘤患者的心理状态和营养状况。实施干预后,观察组的各项因子得分显著低于对照组(P<0.05)。表明采取延续性干预后,观察组患者各项症状的严重程度,如抑郁、焦虑、敌对等,均低于实

施常规护理措施的对照组。分析其原因可能为,延续性护理可能在一定程度上真正做到了医患共同参与,患者对抗疾病的信心得到了提升,术后出院居家营养治疗供应得到了保障,体力和活力得到了改善,恢复社会参与的能力得到加强。

综上所述,延续性综合护理干预能显著提高消化道肿瘤患者的心理健康、生活质量和营养情况。但本研究仍尚存在样本量不足和干预周期较短等缺陷,期望在未来的研究中对上述问题作深入探讨。

参考文献

- [1] CHEN W, ZHENG R, ZUO T, et al. National cancer incidence and mortality in China 2012 [J]. Chinese Journal of Cancer Research, 2016, 28 (1): 1-11.
- [2] 陈万青,张思维,郑荣寿,等.中国2009年恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国肿瘤,2013,22(1):2-12.
- [3] TANTOY I, DHRUVA A, CATALDO J, et al. Differences in symptom occurrence, severity, and distress ratings between patients with gastrointestinal cancers who received chemotherapy alone or chemotherapy with targeted therapy [J]. J Gastrointest Oncol, 2017, 8: 109 e126.
- [4] 王治楚. 心理护理对晚期消化道肿瘤疼痛患者的影响观察[J].中国农村卫生事业管理,2018,38(4):536-537.
- [5] 孙素亚,黄燕.延续性护理结合癌痛护理质量指标在消化道肿瘤癌痛患者中的应用[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(2):223-226.
- [6] 范冬梅,卢艳敏,陈强谱.动态观察恶性肿瘤患者化疗前后的营养状况[J].大家健康(学术版),2016,10(8):5.
- [7] ARENDS J, BACHMANN P, BARACOS V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancerpatients [J]. Clin Nutr,2017,36(1):11-48.
- [8] DEROGATIS LR, SAVITZ KL. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care [J]. m.e.maruish handbook of, 2000, 217-334.
- [9] LU L, ZENG L, ZONG Q, et al. Quality of life in Chinese patients with schizophrenia: A meta-analysis [J]. Psychiatry Research, 2018, 268:392-399.
- [10] 石汉平.PG-SCA 肿瘤病人营养状况评估操作手册 [M].人民卫生出版社,2013:12.
- [11] 张玉霞,范旻,陶应龙.消化道肿瘤化疗患者术前营养状况分析[J].广东微量元素科学,2011,18(2):42-46.
- [12] WESTMAN B, ULLGREN H, OLOFSSON A, et al. Patient-reported perceptions of care after the introduction of a new advanced cancer nursing role in Sweden [J]. Eur J Oncol Nurs, 2019, 41: 41-48.
- [13] HAN C, REDING K, COOPER B, et al. Symptom clusters in patients with gastrointestinal cancers using different dimensions of the symptom experience [J]. J Pain Symptom Manage, 2019, 58: 224-234.
- [14] TANTOY I, CATALDO J, AOUIZERAT B, et al. A review of the literature on multiple co-occurring symptoms in patients with colorectal cancer who received chemotherapy alone or chemotherapy with targeted therapies [J]. Cancer Nurs, 2016, 39: 437-445.
- [15] PICHIERRI G, WOLF P, MURER K, et al. Cognitive and cognitive-motor interventions affecting physical functioning: a systematic review [J]. BMC Geriatr, 2011,11: 29.
- [16] HAN C, REDING K, COOPER B, et al. Stability of Symptom Clusters in Patients With Gastrointestinal Cancers Receiving Chemotherapy [J]. J Pain Symptom Manage,2019,58(6):989-1001.e10.