

协同护理模式对新辅助化疗的 结直肠癌患者生活质量及情绪的影响

刘 艳

(湖南省长沙市八医院(东院),湖南 长沙,410007)

[摘要] 目的:探讨协同护理对新辅助化疗的结直肠癌患者生活质量及情绪的影响。方法:将60例结直肠癌患者随机分为观察组和对照组各30例,对照组采用常规护理,观察组在对照组护理基础上实施协同护理,比较2组患者的生活质量评分及情绪状态评分。结果:观察组的整体生活质量明显优于对照组,其中角色功能、认知功能、情绪功能等比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);相关症状量表,观察组患者对疲劳感、恶心呕吐、食欲减退、失眠、便秘及腹泻症状的改善明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);在情绪状态方面,观察组患者的焦虑及抑郁量表评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);此外,观察组患者家属的护理水平明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:协同护理能提高行新辅助化疗的结直肠癌患者生活质量,明显改善其焦虑抑郁情绪。

[关键词] 结直肠癌;化疗;焦虑抑郁;生活质量协同护理

[中图分类号] R273.53 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.057

结直肠癌(Colorectal Cancer, CRC)是最常见的恶性肿瘤之一,在男性和女性癌症发病率中分别居第3位和第2位。近20年来其发病率一直保持上升趋势^[1-2]。由于我国肠镜普及率不高,许多患者

明确诊断时已伴周围或远处转移,失去了一期根治切除的最佳时机。积极采用多学科的综合治疗方法,实施术前新辅助化疗,为这些患者作根治切除创造了条件。然而,基于对肿瘤疾病本身以及新辅助

原则中的因时制宜,总结出“天人相应”理论:人与自然界“天人合一”,是一个统一且融合的整体,跟随“天、地、日、月、星辰”的变化顺序,顺应人体运转循环规律,方可维护机体正气,保持健康体魄。由时间医学可知,胃肠动力存在着24h节律改变,影响直肠内容物的转化和运载,与便秘有直接相关影响^[13]。根据子午流注理论,“卯时大肠蠕,排毒渣滓出”,气血于卯时(5:00~7:00)流注大肠经,这时正值大肠经活跃当令,在经络气血最盛时辰按时循经治疗可达到事半功倍的效果,乘气血灌注之机,因势利导,调理胃肠气机,促进胃肠蠕动。

在进行摩腹治疗和健康宣教指导的过程中,有效拉近患者和医护人员的距离,和谐护患关系,进而提升护理质量。基于时间医学研究,晨起时行摩腹改善老年功能性便秘患者排便功能有效率高,能够及时解决便秘困扰,减轻患者痛苦,对于预防老年人其他疾病发生、促进身体康复有重要的意义,且操作简便、经济实用,易于临床推广。

参考文献

[1] 汪红兵,陈剑明,张声生.老年功能性便秘中医病机规律临床流行病学调查[J].中国中医药信息杂志,2011,18(12):21-23.

- [2] 何兴祥,文卓夫,陈垦.循证消化病学[M].北京:清华大学出版社,2008:78.
- [3] 王建梅.老年人便秘的临床护理[J].中国现代药物应用,2010,4(2):207-208.
- [4] 吴康英,陈立军,何波,等.96例大肠黑变病的临床观察与研究[J].实用医技杂志,2007,14(18):2448-2449.
- [5] 朱元民.蒽醌类泻药与大肠黑变病[J].中华消化杂志,2004,24(5):314-315.
- [6] Rome Committee. Rome III criteria[J].Gastroenterology,2006,130(5):1459.
- [7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:98.
- [8] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性便秘中医诊疗共识意见[J].北京中医药,2011,30(1):3-4.
- [9] 杨燕冰,张姬,金晶.中医特色护理对老年功能性便秘患者临床疗效及生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2015,21(21):42-43.
- [10] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:41-45.
- [11] 钟爱民,王志强.推拿治疗便秘83例体会[J].按摩与导引,2005,21(2):36-37.
- [12] 葛谓菲,王兰青,刘维菊,等.不同方向摩腹在养生保健中的作用[J].中国中西医结合杂志,2010,2(3):225-226.
- [13] 喻世万,喻鹏铭.论摩腹治疗功能性便秘的机制及时机选择[J].四川医学,2006,27(2):211-212.

(收稿日期:2018-02-09)

作者简介:刘艳,女,主管护师,研究方向:中医肿瘤护理

化疗毒副作用的恐惧,患者精神、心理在化疗期间遭受了很大痛苦,生活质量急剧下降。如何改善患者生活质量及情绪状态,是在新医学模式背景下提出的新课题。我科自2016年1月起对实施新辅助化疗的结直肠癌患者采取协同护理模式,效果优于常规护理,患者生活质量及情绪明显改善,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年1~9月间我科收治的结直肠癌患者60例。按随机数字表法分2组各30例。观察组中,男14例,女16例;年龄35~78岁,平均 (53.5 ± 8.5) 岁;临床Ⅱ期患者17例,Ⅲ期患者13例。对照组中,男15例,女15例;年龄38~75岁,平均 (54.6 ± 7.2) 岁;Ⅱ期患者14例,临床Ⅲ期患者16例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 以肠镜及病理结果为确诊依据。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)影像学检查提示有周围或远处转移,但经我院多学科会诊(MDT)认为可行转化治疗;(3)自愿接受临床观察。

1.4 排除标准 (1)临床分期为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ期,但可一期根治切除;(2)有严重肝肾功能不全或有免疫系统疾病;(3)不愿接受临床观察。

2 化疗方案

2组均行FolFox方案2个疗程,每3周治疗1个疗程。通过锁骨下深静脉穿刺置管建立静脉通道,予静脉滴注奥沙利铂针 $145\text{mg}/\text{m}^2$,持续2h,亚叶酸钙针 $500\text{mg}/\text{m}^2$,持续2h;接着5~Fu $3.5\text{g}/\text{m}^2$,持续静脉滴注48h;并常规进行保肝、护胃、止吐等辅助治疗。

3 护理方案

3.1 对照组 采用传统常规的护理方法。包括症状护理、饮食和用药方面的护理,并给予患者心理指导。

3.2 观察组 在对照组护理基础上采用协同护理模式。即医师、护士、心理治疗师、营养师、患者、家属共同参与,协同完成护理全过程。由责任护士对患者及家属全程负责,通过初次接诊、资料收集、档案建立、疑问咨询指导等评估患者情况(对护理的信赖程度、患者需求与问题、身体与疾病状况、家庭经济条件及其他一般情况),通过向患者及家属介绍协同护理知识,使其认识到协同护理的价值,争取得到患者和家属的全力配合,然后实施专业的针对性护理。

3.2.1 疾病认知程度 主治医师向患者及家属介绍结直肠癌症状、体征、分期及各期的治疗手段,讲

解肿瘤标志物等指标的临床意义。在某种程度上,当患者对肠癌的认知水平提高后,患者和家属对于整个医疗过程包括协同护理会更加充满信心。

3.2.2 健康知识指导 对于患者的知识指导主要以宣传的模式进行,将介绍疾病的健康手册发放给患者和患者家属。同时,在每周固定时间点以文字、PPT、图片、视频等方式向患者及家属讲解结直肠癌的相关护理措施及心理、情绪应对方法等;讲解遵医嘱治疗的重要性,从而提高患者的治疗依从性。健康教育要循序渐进,内容适当。

3.2.3 心理护理 初次诊断为结直肠癌的患者往往出现焦虑、恐惧、抑郁、悲观等心理反应,患者在化疗期间遇到的各种不良反应(包括脱发、呕吐、厌食等问题)会让患者出现消极厌世的状态,严重者甚至会抑郁自杀。对于上述情况,专职护理人员要做好患者的心理护理,多听患者的倾诉,多列举成功案例,多让患者参与积极的活动,让患者建立疾病康复的信心。同时,也要做好家属的心理安抚,告知社会支持对患者的重要性,鼓励家属参与到协同护理之中来,借助家庭的力量产生一种积极向上的气场和氛围。

3.2.4 饮食指导 化疗期间,患者易出现食欲不振、恶心呕吐、便秘、腹泻、口腔溃疡等消化道的症状,营养师根据不同情况详细指导患者营养配餐方法;协同家属和患者制订合理饮食计划,保证患者机体的基本生理需要。

3.2.5 护理技能指导 让家属熟悉相关治疗方案和用药过程,告知家属用药后让患者多饮水。指导家属帮助患者做好口腔护理和化疗防护措施,防止口腔溃疡及皮肤渗漏性溃疡的发生。指导家属注意观察患者情绪变化,满足患者心理需要,鼓励其参加集体活动,保持心情舒畅,以提高患者机体抵抗力。

3.2.6 建立沟通渠道 通过QQ群、微信群、电话回访等方式,交流日常心得体会,解决患者及家属在化疗间歇期的疑惑及心理危机问题等。

4 治疗及护理结果

4.1 评估指标

4.1.1 生活质量 采用欧洲癌症研究与治疗组织(European Organization for Research and Treatment, EORTC)的生活质量核心量表(EORTC - QLQ - C30)进行调查问卷^[3],评价2组患者生活质量。它包括5个功能量表(躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能和社会功能),3个症状子量表(疲劳、

疼痛和恶心呕吐),6 个单项测量项目(呼吸困难、食欲丧失、失眠、便秘、腹泻和经济困难)和 1 个整体生活质量评估项目^[4]。

4.1.2 SAS 评分 焦虑自评量表^[5] (Self - Rating Anxiety Scale,SAS)包含 20 个条目,采用 0~3 分的 4 级评分法,分数越高说明焦虑情绪越严重。

4.1.3 SDS 评分 抑郁自评量表^[6] (Self - Rating Dspress Scale,SDS)包含 20 个条目,采用 0~3 分的 4 级评分法,分数越高说明抑郁情绪越明显。

表 1 2 组生活质量功能评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	躯体功能	角色功能	认知功能	情绪功能	社会功能	整体生活质量
观察组	30	85.34 ± 14.32	67.18 ± 17.87 ^a	79.12 ± 16.48 ^a	78.54 ± 16.54 ^a	73.19 ± 18.46 ^a	89.56 ± 17.35 ^a
对照组	30	82.16 ± 15.24	57.76 ± 14.36	70.12 ± 15.89	67.26 ± 15.69	66.26 ± 16.01	80.12 ± 14.96

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4.2.2 2 组症状评分比较 观察组患者疲劳感及恶心呕吐评分明显优于对照组,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 2)

4.2.3 2 组单测项目评分比较 观察组患者食欲减退、失眠、便秘及腹泻的评分明显低于对照组,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 3)

4.2.4 2 组干预前后 SAS 及 SDS 评分比较 观察

表 3 2 组单测项目评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	呼吸困难	食欲减退	失眠	便秘	腹泻	经济困难
观察组	30	30.14 ± 8.32 ^b	56.18 ± 11.36 ^a	69.02 ± 10.62 ^a	46.29 ± 9.08 ^a	43.33 ± 11.40 ^a	72.36 ± 11.25 ^b
对照组	30	32.66 ± 8.24	70.06 ± 12.54	77.82 ± 15.09	57.96 ± 11.59	55.31 ± 10.48	68.98 ± 12.68

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$,^b $P > 0.05$ 。

表 4 2 组干预前后 SAS 及 SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	时间	SAS	SDS
观察组	30	干预前	42.34 ± 6.81	45.65 ± 9.87
		干预后	35.93 ± 7.22 ^{ab}	33.53 ± 8.26 ^{ab}
对照组	30	干预前	40.52 ± 5.49	44.97 ± 8.69
		干预后	39.69 ± 7.21	42.46 ± 8.75

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

4.2.5 2 组家属护理能力评分比较 2 组家属护理能力各项评分组间比较,差异均有统计学意义。(见表 5)

表 5 2 组家属护理能力评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	疾病知识	饮食管理	药物管理	病情管理
观察组	30	8.65 ± 0.68 ^a	8.56 ± 0.42 ^a	8.69 ± 0.76 ^a	8.15 ± 1.02 ^a
对照组	30	7.28 ± 0.36	7.98 ± 0.59	8.16 ± 0.58	7.68 ± 0.78

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

5 讨 论

传统护理方法是宽泛的面向所有患者进行常规护理,护理人员采取单向的机械性的护理操作和“灌输式”的健康教育模式,患者只是被动接受,缺

4.1.4 家属护理能力 采用自制的家属护理技能调查问卷,内容包括疾病知识、饮食管理、药物管理、病情管理 4 个方面^[7]。每个方面满分 10 分,由专人对家属的护理技能进行调查。

4.2 护理结果

4.2.1 2 组生活质量功能评分比较 观察组各项指标评分均高于对照组,其中角色功能、认知功能、情绪功能及整体生活质量比较,差异有统计学意义。(见表 1)

组 SAS 及 SDS 评分干预前后组内比较及干预后与对照组比较,差异均有统计学意义。(见表 4)

表 2 2 组症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	疲劳	疼痛	恶心呕吐
观察组	30	32.86 ± 10.28 ^a	10.76 ± 2.54 ^b	70.42 ± 8.34 ^a
对照组	30	38.67 ± 9.54	10.18 ± 2.36	77.12 ± 7.83

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$,^b $P > 0.05$ 。

乏必要的互动交流,虽有一定的应用价值,但很容易出现护理漏洞,因而难以取得理想的护理效果^[8-9],甚至引发护理纠纷。协同护理模式(CCM)是 1992 年由 Lott 等^[10]根据 Orem 自理模式提出,它强化护理集体的协同作用,加强了医师、治疗师、护士、患者及家属之间的交流和协作,让患者及家属参与到护理中,变依赖性护理为主动性自我护理,被认为是优化护理程序、提高患者生活质量、保证患者生命安全、改善健康结局的重要方式,这是护理服务理念的一种必然趋势^[11]。

结直肠癌是一种严重威胁患者身体健康的恶性肿瘤,近 20 年来,由于饮食结构改变,环境污染等因素使结直肠癌的发病率呈快速增长趋势^[12],且年轻化趋势明显,给患者及整个家庭带来沉重的心理负担和经济负担。初次确诊患者的心理变化常常经历着怀疑、恐惧到接受的过程,随后寄希望于医师手术的根本性切除。医师的临床决策将直接影响着患者的心理状态。若医师根据患者病情,对患者作出术前新辅助化疗的治疗方案,常常使患者

觉得“已错过手术最佳时期,手术根治无望”的错误认识中,在紧张、担忧、恐惧、焦虑、抑郁甚至绝望的心理状态中接受化疗。此时,了解患者的心理特点,采取协同护理模式,激发家属在社会应对与情感支持中的作用,多方位地对患者进行健康宣教、心理情感干预、饮食指导等措施,对提高患者的生活质量至关重要。

在协同护理模式下,以患者需求为中心,通过医师、护士、家属的配合,对患者进行正向的引导,有益于患者积极心态的形成。本研究中,我们发现观察组患者整体生活质量较对照组明显改善,表明通过协同护理,可引导患者对疾病形成有正确认识,做好心理和生理上的准备,增强信心,积极面对疾病,从而提高患者各方面的潜能,使其对未来充满希望,并主动改善自身的生活状态,有利于提高生活质量^[13]。其中角色功能、认知功能及情感功能较对照组明显改善,表明协同护理可使患者在情感上摆脱紧张、恐惧、焦虑、抑郁的心理状态,明白自己此时的疾病状态及在家庭中的角色地位,从而有利于患者形成积极的应对方式。肿瘤患者的社会支持、应对方式等与生活质量呈正相关,而情绪取向与生存质量呈负相关^[14],有研究发现,积极的应对方式如勇敢面对、乐观、支持等与癌性疲乏水平呈负相关,与生活质量的维度呈正相关;消极应对方式与癌性疲乏水平呈正相关,与生活质量的维度呈负相关^[15]。本研究中亦发现协同护理患者的癌性疲乏水平明显低于对照组,且患者在焦虑及抑郁等情感状态方面明显优于对照组,由此可知协同护理可强化患者的积极应对方式。专业护理人员指导家属进行护理是协同护理的一项重要内容,其主要表现在对相关疾病知识的了解程度,对患者病情变化的管理水平,对治疗药物的管理及饮食管理等项目上。本研究中,观察组家属的相关护理技能水平明显优于对照组,与之相关的是通过家属的护理努力,观察组患者在食欲减退、腹泻、便秘、失眠等并发症发生上均明显低于对照组,由此表明通过专业的指导,家属可有效地承担部分护理工作,既有利于减轻护士的工作压力,又能加强家属与患者间的沟通交流,帮助患者及家庭建立战胜疾病的信心。而在疼痛、呼吸困难及经济方面,2组差异并不明显,这可能与该量表更多地倾向于情感、心理及社会支持有关,而对于此阶段患者躯体本身的疾病状态评估并不敏感。总而言之,比较2种护理模式我们可很清楚地发现,肿瘤患者除了治疗及基本护

理上的依赖外,更需健康知识的储备,精神情感的支持,从而提高对生活的信心,改善生活质量。

在现代生物-心理-社会医学模式转变的背景下,协同护理模式可将多学科资源聚集起来,有针对性地处理患者及其家属心理与情感支持上的障碍,治疗与护理上的疑问,营养与照护上的困惑。从而增强正向影响因素,可以使患者很坦然地面对自己的现状,把握自己的生命,从根本上提高患者生存质量,提升护理质量,体现人文关怀^[16-17]。

参考文献

- [1] Torte LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012 [J]. CA Cancer J Clin, 2015, 65(2): 87-108.
- [2] Chen W, Zheng R, Zeng H, et al. Annual report on status of cancer in China, 2011 [J]. Chin J Cancer Res, 2015, 27(1): 2-12.
- [3] Maringwa JT, Quinten C, King M, et al. Minimal important differences for interpreting health-related quality of life scores from the EORTC QLQ-C30 in lung cancer patients participating in randomized controlled trials [J]. Support Care Cancer, 2011, 19(11): 1753-1760.
- [4] Schulte T, Schniewind B, Dohrmann P, et al. The extent of lung parenchyma resection significantly impacts long-term quality of life in patients with non small cell lung cancer [J]. Chest, 2009, 135(2): 322-329.
- [5] 吴文源. 焦虑自评量表 [J]. 中国心理卫生杂志, 1999(增刊): 235-238.
- [6] 吴文源. 抑郁自评量表 [J]. 中国行为医学科学, 2001, 10(2): 131.
- [7] 邓芳菊, 林丽, 欧阳文姝. 家属协同护理对肾病综合征患儿生活质量的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(5): 115-116.
- [8] 王奕英, 诸葛林敏, 何莹. 加速康复护理在结肠癌患者围手术期中的应用 [J]. 温州医学院学报, 2013, 43(9): 624-625.
- [9] 张秀英. 心理干预在结肠癌术后康复护理中的应用 [J]. 医学理论与实践, 2016, 29(16): 2274-2275.
- [10] Lott TF, Blazey ME, West MG. Patient in health care: an under-used [J]. Nurs Clin North Am, 1992, 27(1): 61-76.
- [11] Vedel I, Ghadi V, De Stampa M, et al. Diffusion of a collaborative care model in primary care: a longitudinal qualitative study [J]. BMC Family Practice, 2013, 14(14): 3.
- [12] 冯雅靖, 王宁, 方利, 等. 1990年与2013年中国人群结直肠癌疾病负担分析 [J]. 中华流行病学杂志, 2016, 37(6): 768-772.
- [13] 焦丽娜. 56例结肠癌根治术后患者的康复护理 [J]. 中国伤残医学, 2015, 23(2): 194-195.
- [14] 聂敏, 路瑶, 李春雨. 个体化护理干预对Ⅲ期结肠癌术后化疗患者生存质量的影响 [J]. 广西医学, 2016, 38(9): 1131-1133.
- [15] 王梅芳, 李小妹. 乳腺癌化疗患者癌性疲乏、应对方式与生活质量的关联性 [J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(11): 776-780.
- [16] 翁慧雯, 蔡晓琳. 结直肠癌患者生活质量及心理状况的调查研究 [J]. 消化肿瘤杂志: 电子版, 2014, 6(1): 23-27.
- [17] 杜童, 韩琳, 牛洪欣. 心理干预对结直肠癌患者生活质量的影响 [J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(6): 885-889.

(收稿日期: 2017-12-06)