

肿瘤危重患者的全程精细化情绪护理管理措施与效果

王秀霞

(赣州市肿瘤医院 江西 赣州 341000)

【摘要】目的：探讨对肿瘤危重患者实施全程精细化情绪护理管理的临床效果。方法：选取本院ICU在特定时间段内（2021年2月-2022年2月）收治的肿瘤危重患者70例，将其展开分组（分成2组，所用方法为随机数字表法，每组皆为35例），A组给予常规护理干预，B组以A组为基础，实施全程精细化情绪护理管理，治疗1个月时，采用汉密尔顿抑郁（HAMD-17）、汉密尔顿焦虑量表（HAMA）评定两组的抑郁、焦虑评分，用生命质量测定量表（QLQ-C30）评定两组的生存质量。结果：B组干预1个月时的HAMD-17、HAMA评分与A组相比，均偏低（ $P < 0.05$ ），而QLQ-C30评分较A组高（ $P < 0.05$ ）。结论：针对ICU收治的肿瘤危重患者，通过对其开展全程精细化情绪护理管理，能够改善其负性情绪，并促进其生存质量的提高。

【关键词】肿瘤；全程精细化情绪护理管理；负性情绪；生存质量

The whole-process refined emotional nursing management measures and effects of critically ill tumor patients

Xiuxia Wang

(Ganzhou Cancer Hospital, Ganzhou, Jiangxi, 341000)

【Abstract】Objective: To explore the clinical effect of the whole-process refined emotional nursing management for critically ill tumor patients. Methods 70 critically ill tumor patients admitted to the ICU of our hospital during a specific period of time (February 2021-February 2022) were selected and divided into 2 groups. The random number table method was used. 35 cases), group A was given routine nursing intervention, group B was based on group A, and implemented the whole process of refined emotional nursing management. After 1 month of treatment, Hamilton depression (HAMD-17) and Hamilton anxiety scale (HAMA) were used to evaluate Depression and anxiety scores of the two groups, and the quality of life scale (QLQ-C30) was used to assess the quality of life of the two groups. Results: Compared with group A, the HAMD-17 and HAMA scores of group B were lower than those of group A ($P < 0.05$), while the score of QLQ-C30 was higher than that of group A ($P < 0.05$). Conclusion: For critically ill tumor patients admitted to the ICU, by carrying out the whole-process refined emotional nursing management for them, their negative emotions can be improved, and their quality of life can be improved.

【Key words】Tumor; Whole-process refined emotional nursing management; Negative emotion; Quality of life

许多恶性肿瘤患者经常会由于后天免疫功能失调或者先天免疫功能缺乏，而造成机体免疫功能处于持续下降状态，在面对外部致病因子时，难以发挥歼灭、排斥或监视的作用，从而造成癌细胞因子的不断扩增，最终形成难以治疗的恶性肿瘤，危及生命安全^[1]。伴随医疗技术水平的持续完善与优化，治疗肿瘤的方法日渐增多，针对危重肿瘤患者，临床多采用放化疗及血液净化辅助等方法进行治疗^[2]；需要指出的是，由于肿瘤危重患者病情危急，易出现脏器功能衰竭等情况，当出现时，需即刻送入ICU救治；在救治期间，受疾病、环境、抢救设备（呼吸机等）等因素影响，尤其是首次治疗患者，容易出现恐惧、焦虑等负性心理，不利于治疗开展，且还会降低生存质量。因此，在ICU救治期间，应做好护理辅助工作，改善其负性心理状态，树立治疗信心，提高其生存质量。本文围绕ICU收治的肿瘤危重患者，实施全程精细化情绪护

理管理，就其效果进行评定，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

基于2021年2月-2022年2月这一期间内，在本院ICU范围内，以肿瘤危重患者为对象，选取70例，将其采用当前常用的随机数字表法分成2组（每组例数均为40例），两组年龄、肿瘤类型等资料经逐一比对，并无明显差异（ $P > 0.05$ ），见表1。

纳入标准：（1）都经临床检查（影像学、病理等）确诊；（2）意识与认知、语言交流能力均正常；（3）经国际抗癌联盟（UICC）^[3]肿瘤分期都为III~IV期；（4）预计生存时间均 > 6 个月；（5）均行CIK生物免疫疗法施治，且对生物免疫制品均不过敏。排除标准：（1）合并 ≥ 2 种恶性肿瘤；（2）患精神疾病；（3）严重全身性感染；（4）存在严重的免疫、血液系统疾病；（5）处于妊娠期或哺乳期妇女。

表 1 对比 2 组的一般资料

组别	年龄 (岁)	性别	肿瘤类型			
		男 / 女	肺癌	肝癌	胰腺癌	食管癌
A 组 (35 例)	36 ~ 70 (45.28 ± 3.12)	19/16	10	7	9	9
B 组 (35 例)	35 ~ 71 (45.37 ± 3.05)	21/14	12	5	10	8
t/X ²	0.122	0.233	0.438			
P	0.903	0.058	0.519			

1.2 方法

A 组给予传统护理, 如饮食、用药指导及生命体征观察、病房护理等。B 组基于 A 组, 实施全程精细化情绪护理管理: (1) 治疗前。先对患者的既往病史、诊疗情况进行查阅, 据此对患者可能产生的心理问题预测与判定, 且积极与其构建优质关系。在没有干扰的环境下对患者进行心理访谈, 在访谈过程中, 引导患者完成一件心事的叙述, 使其能够充分倾诉自身感受及焦虑, 并做到不良情绪的彻底发泄, 而护士在访谈过程中需要做到认真倾听、礼貌问答等。另外, 在访谈时, 护士需要对患者进行有目的性、针对性、正向性的引导, 并及时进行反馈, 比如“你认为谁给予你最大的帮助与支持?”等, 肯定患者在亲朋相处中所起到的作用及付出的努力, 且引导家属、亲朋表达对患者的感谢。需指出的是, 在访谈时, 护士应将“平行护理记录”做好, 并在征求患者同意的情况下, 对患者口述进行录音, 与他人分享, 以此增强其战胜病魔的信心, 将其抑郁、焦虑等负性心理消除掉。(2) 治疗中。对患者各项生命体征进行密切监测, 如果有不适症状出现, 及时进行处理。辅助患者行舒适体位, 调节室内声音、灯光, 播放轻柔、舒缓的音乐, 如播放具有催眠、静心作用的《军港之夜》、《平湖秋月》等。(3) 治疗后。①心理调节。保持与患者及家属进行深入沟通、交流, 讲解 ICU 重症知识(如病因、并发症、治疗方案等), 列举既往成功案例, 消除患者及家属的恐惧、焦虑等负性心理, 强化其治护、配合

度。②生活指导。叮嘱患者及家属预防感冒, 多休息, 适当活动; 在运动时, 需控制运动的量、时间, 以身体可耐受为宜, 借此促进身体机能的恢复及生存质量的提高。护士指导患者进食, 初期以流质食物为主, 后根据患者恢复情况, 逐渐向半流质、正常食物过度, 但应以高蛋白、低盐、低脂类食物为主, 禁食辛辣、生冷等刺激类食物, 并做到少食多餐。③环境护理。把患者安排在层流病房当中, 主责护士对桌面、地面、床面等进行定期消毒(每日 1 次), 每次使用物品后, 需要严格消毒; 对人员探视数量及时间进行严格限制, 室内温度维持在 23℃, 湿度控制在 55 ~ 60%, 提高患者的舒适度, 促进其身体机能的恢复。

1.3 观察指标

就两组负性情绪、生存质量进行对比(分别在干预前及干预 1 个月时,)。(1) 负性心理^[4]。用汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)对两组展开评定。HAMA < 7 分即无焦虑, 而 HAMD-17 < 7 分即无抑郁, 并且分值越高, 对应的指标越严重。(2) 生存质量^[5]。用欧洲癌症治疗研究组织(EORTC)所制定的生命质量测定量表(QLQ-C30)展开评定。此量表共有领域 15 个, 条目数为 30 个, 功能领域 5 个, 症状领域 3 个, 总体健康状况 1 个, 单一条目 6 个; 总分为 100 分, 分值与生存质量之间呈正相关。

1.4 统计学方法

SPSS24.0 处理数据, t 对文中的计量资料实施检验, P < 0.05 提示差异明显。

2 结果

2.1 两组负性情绪对比

两组干预前的 HAMD-17、HAMA 评分通过对比, 并无显著差异(P > 0.05); 而在干预 1 个月时, 两组以上的评分相比于干预前, 都有下降(P < 0.05), 但在具体的降幅上, B 组明显大于 A 组(P < 0.05), 见表 2。

2.2 两组生存质量对比

干预前, 两组 QLQ-C30 评分对比, 差异不明显(P > 0.05); 干预 1 个月时, 与干预前作对比, 两组评

表 2 对比 2 组 HAMD-17、HAMA 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	HAMD-17				HAMA			
	干预前	干预 3 个月	t	P	干预前	干预 3 个月	t	P
A 组 (35 例)	23.08 ± 3.77	14.52 ± 2.08	11.761	< 0.001	31.64 ± 3.56	13.52 ± 2.66	24.122	< 0.001
B 组 (35 例)	23.12 ± 3.35	10.65 ± 3.42	15.410	< 0.001	31.70 ± 3.49	10.22 ± 3.43	25.969	< 0.001
t	0.047	5.720			0.071	4.498		
P	0.963	< 0.001			0.943	< 0.001		

表3 对比2组的QLQ-C30评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预3个月	t	P
A组 (35例)	67.45 ± 5.91	75.41 ± 6.98	5.149	< 0.001
B组 (35例)	67.38 ± 6.02	79.84 ± 7.25	7.822	< 0.001
t	0.049	2.604		
P	0.961	0.011		

分均有升高 ($P < 0.05$), 而B组升幅更大 ($P < 0.05$), 见表3。

3 讨论

ICU 乃是医院风险最高的科室之一, 主要因为其收治患者多为急危重患者, 病情复杂, 且多为侵入性操作, 易发生意外风险, 所以, 强化 ICU 科室的护理干预工作, 尤为重要且必要。当前, 临床针对肿瘤危重患者, 多采用放化疗等方法进行治疗, 以此来抑制肿瘤细胞的不断扩散, 减少复发或转移情况发生。但需指出的是, 由于此类患者有着危重的病情, 容易并发各种严重情况, 如脏器功能衰竭、呼吸困难等, 故需即刻转入 ICU 来治疗。在 ICU 治疗期间, 受所处环境、疾病认知、疼痛等因素影响, 患者容易产生懈怠、恐惧、焦虑等心理, 甚至还会出现放弃治疗的情况。所以, 针对肿瘤危重患者, 在对其进行 ICU 治疗期间时, 应做好护理配合、辅助工作, 此点尤为关键。

有研究^[6]指出, 肿瘤危重患者在癌痛折磨及死亡威胁的多重影响下, 更易出现各种不良情绪, 如抑郁、焦虑、恐慌等, 外加对血液净化等疗法缺乏足够了解, 更会加重恐惧、焦虑心理, 经常会出现不愿配合治疗等情况, 对此, 便要求护士对治疗配合、护理方法等方面的知识与技能有一深层化了解, 并且还需要善于了解患者的心理状态, 在整个治疗过程中采取合适且有目的性、针对性的情绪护理管理措施, 促进患者治疗信心、勇气的增强, 并更加主动、积极的配合治疗, 为治疗的有序、高效化开展提供切实保障, 最终提高护理工作效率与质量, 并促进患者生存质量的提高。

全程精细化情绪护理管理实际就是在患者治疗前、治疗中、治疗后这三个阶段, 分别实施人性化、精细化且有目的性的情绪护理管理, 使患者在整个治疗期间均能获得无微不至且专业化的情绪护理服务, 消除其整个治疗过程中的负性心态, 强化其对其治疗知识的认知, 并以更加积极姿态投入到治疗当中, 最终获得理想的治疗效果, 改善生存质量。有学者^[7]强调, 通过对 ICU 肿瘤危重患者开展全面且优质的护理干预, 有助于其焦虑、抑郁情绪的改善, 并且减少不良情况发生, 最终可促进生存质量的提高。另有报道^[8]指出, 对肿瘤危重患者实施全程精细化情绪护理干预, 能够

减轻患者对疾病的错误认知及对治疗的恐惧心理, 使其以平稳、积极、乐观的心态接受治疗, 故有助于其不良情绪的改善, 获得更理想的救治效果。本文在全程精细化情绪护理管理中, 注重护理工作的流程化、高效化, 如在治疗前, 做好访谈、情绪引导等工作, 通过倾听患者的情感故事, 辅助患者重构疾病及生活意义; 另外, 对护理要点进行总结, 为患者提供精细且优质的护理服务, 如通过“平行护理记录”等加深对患者情感状况的了解, 使情绪护理工作更具针对性、针对性, 更易被患者所接受。在治疗中, 通过体征监测、播放音乐等方式, 还缓解患者紧张、恐惧感, 使其更好状态配合治疗。在治疗后, 通过监测生命体征, 辅以体位、音乐等干预, 放松患者治疗时的心态, 更加积极的配合治疗。在治疗后, 继续进行心理调节, 并强化生活质量、环境护理, 稳定患者治疗后情绪, 为患者提供舒适且优质的病室环境, 帮助患者在一种稳定心态下更好的恢复。从本文结果可知, 与 A 组进行比较, B 组 HAMD-17、HAMA 评分更低, 而 QLQ-C30 评分更高。提示全程精细化情绪护理管理能够更好的改善患者的负性情绪, 更有助于其生存质量的提高。

综上, 将全程精细化情绪护理管理应用于肿瘤危重患者, 不仅能更好的促进其负性情绪的改善, 而且还能显著提高其生存质量, 值得临床深入推广。

参考文献:

- [1] 陈红, 陈培. 基于行为转变理论的护理模式在恶性骨肿瘤综合治疗中的应用研究 [J]. 重庆医学, 2018,47(34):4433-4435
- [2] 石爱兰, 张秀兵, 祁方道, 等. 同步化健康教育在进展期妇科恶性肿瘤护理中的应用价值 [J]. 中国计划生育和妇产科, 2019,11(6):72-74
- [3] 王嘉, 吴楠, 吕超, 等. 国际抗癌联盟 (UICC) 第 8 版肺癌分期方案的验证 [J]. 中国肿瘤临床, 2020, 47(10):487-491
- [4] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册 [M]. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1993:160-161
- [5] 万崇华, 陈明清, 张灿珍, 等. 癌症患者生活质量测定量表 EORTC QLQ-C30 中文版评介 [J]. 实用肿瘤杂志, 2005,20(4):353-355
- [6] 杨惠莉, 岳林, 方芸, 等. CICARE 沟通模式在提高肿瘤门诊护理服务满意度中的应用 [J]. 护士进修杂志, 2020,35(1):56-58
- [7] 彭南海, 夏灿灿, 杨洋, 等. 院前干预联合延续护理在加速康复外科胃肠肿瘤患者中的应用及效果评价 [J]. 护理管理杂志, 2017,17(11):831-833
- [8] 郑燕, 汪敏, 陈芬荣. 人文关怀在恶性肿瘤病人护理中的应用 [J]. 护理研究, 2017,31(21):2656-2659