

常规护理与延续护理在体检肿瘤指标阳性病人护理中的作用分析

隆婷婷

(重庆医科大学附属第二医院 重庆 400000)

摘要: 目的: 常规护理与延续护理在体检肿瘤指标阳性病人护理中的作用分析。方法: 本次研究从本院收入的体检肿瘤指标阳性病人中随机抽取88例, 按照随机数表法将其分为对照组(常规护理)和观察组(常规护理联合延续护理)两组, 分析患者护理效果。结果: 对比患者临床指标和生活质量改善情况: 护理后观察组的SAS、SDS、VAS、PSQI指标、QO-LI-74 指标结果显著优于对照组, ($p < 0.05$); 对比不良反应: 观察组不良反应3例(6.82%), 对照组不良反应10例(22.73%), 指标对比差异显著, ($p < 0.05$) 有统计学意义。对比综合护理满意率: 观察组综合满意43例(97.73%), 对照组综合满意38例(86.36%), ($p < 0.05$), 指标对比差异显著, ($p < 0.05$), 有统计学意义; 以上指标对比均有统计学意义($p < 0.05$)。结论: 延续护理可提升体检肿瘤指标阳性病人临床综合护理有效率, 患者的综合护理结果理想, 病症改善较好, 可推广。

关键词: 常规护理; 延续护理; 体检肿瘤指标阳性病人; 护理; 作用分析

现如今, 人们的生活水平不断提高, 人们的生活环境也发生了一些变化。肿瘤疾病和人们的生活环境, 生活方式有相关性。通过一些特殊的手段检测一些明显指征对象的身体情况, 判断是存在肿瘤疾病。医院体检检出肿瘤指标阳性病人因为疾病自尊心较差, 此外因为疾病等因素自身也受到了身心压力, 生活质量降低。为了帮助患者改善疾病, 建议患者接受延续护理指导, 通过随访, 用药指导等方式帮助患者稳定身心和体征, 预防病灶恶化^[1]。本次研究对收入的肿瘤指标阳性病人患者进行护理研究, 探讨延续性护理的应用价值, 相关内容报道如下:

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究从本院 2021 年 6 月-2022 年 4 月收入的体检肿瘤指标阳性病人中随机抽取 88 例, 年龄为 39.7 岁-80.4 岁, 平均年龄为(59.6 ± 1.47) 岁, 按照随机数表法将其分为对照组和观察组两组。对照组 44 例, 男性 25 例, 女性 19 例。观察组 44 例, 男性 26 例, 女性 18 例。两组基本资料无差异, ($p > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法

对照组接受常规护理, 主要包括病症分析和疾病指导等。

观察组接受延续性护理, 主要方式有: (1) 成立专业的护理小组, 护理人员对患者的体检情况进行分析并确定护理方案, 指导患

者改善以往的不良生活作息, 提升护理效果; (2) 做好随访护理指导, 第一月对患者进行每周一次随访, 询问患者的身体情况、心理状态、睡眠质量和饮食情况等, 同时结合患者的表现提出一些护理参考借鉴; 后期可以将随访方式改为一月一次, 建议患者家属和患者自己记录自身的身心情况, 做好病症分析和观察。(3) 做好健康教育, 可以通过电话交流或者是面对面交流、线下集体宣教等方式对患者进行健康指导, 为患者讲解疾病护理的重要事宜以及临床护理工作开展中存在的不足, 提醒患者联合家属改变以往的不良生活作息, 养成良好的饮食、睡眠和生活习惯, 确保护理效果。

1.3 观察指标

对比患者经过护理后的 AS、SDS、VAS、PSQI 指标、QO-LI-74 指标改善情况; (2) 对比患者经过护理后的不良反应发生情况; (3) 对比患者经过护理后的综合护理满意率^[2-4]。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 统计学软件, 计数资料为[n (%)], 予以 χ^2 检验; 计量资料为($\bar{x} \pm s$), 予以 t 检验。P 值 < 0.05 提示统计学意义成立。

2. 结果

2.1 两组体检肿瘤指标阳性病人基本信息对比

观察组的基线资料对比对照组无显著差异 ($p > 0.05$), 无统计学意义, 有可比性, 见表 1。

表 1 两组体检肿瘤指标阳性病人基本信息对比[n (%)]

| 指标 | 观察组 | 对照组 | χ^2 | p | |
|--------|-------|------------|------------|--------|--------|
| 年龄 | ≥60 岁 | 12 (27.27) | 15 (34.09) | 0.4809 | 0.4880 |
| | <60 岁 | 32 (72.73) | 29 (65.91) | 0.4809 | 0.4880 |
| 病程 | 1 月以内 | 12 (27.27) | 16 (36.36) | 0.8381 | 0.3599 |
| | 1-3 月 | 17 (38.64) | 16 (36.36) | 0.0485 | 0.8257 |
| | 3 月以上 | 15 (34.09) | 12 (27.27) | 0.4809 | 0.4880 |
| 伴随症状 | 肺癌 | 14 (31.82) | 16 (36.36) | 0.2023 | 0.6529 |
| | 肝癌 | 17 (38.64) | 18 (40.91) | 0.0474 | 0.8276 |
| | 腺癌 | 4 (9.09) | 5 (11.36) | 0.1238 | 0.7250 |
| | 宫颈癌 | 6 (13.64) | 4 (9.09) | 0.4513 | 0.5017 |
| 其他 | 其他 | 3 (6.82) | 1 (2.27) | 1.0476 | 0.3061 |
| | 是 | 12 (27.27) | 15 (34.09) | 0.4809 | 0.4880 |
| | 否 | 32 (72.73) | 29 (65.91) | 0.4809 | 0.4880 |
| 病灶是否迁移 | 有 | 12 (27.27) | 16 (36.36) | 0.8381 | 0.3599 |
| | 无 | 20 (45.45) | 18 (40.91) | 0.1853 | 0.6669 |

2.2 两组体检肿瘤指标阳性病人 SAS、SDS、VAS、PSQI 对比 无显著差异, ($p > 0.05$); 干预后观察组的指标改善结果比对照组更好, ($p < 0.05$), 有统计学意义, 见表 2。

表 2 两组体检肿瘤指标阳性病人 SAS、SDS、VAS、PSQI 对比($\bar{x} \pm s$)

| 小组 | 例数 | SAS (分) | | SDS (分) | | PSQI (分) | | VAS (分) | |
|----|----|---------|-----|---------|-----|----------|-----|---------|-----|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |

| | | | | | | | | | |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| 观察组 | 44 | 59.13 ± 6.55 | 24.52 ± 3.32 | 58.73 ± 6.02 | 23.63 ± 3.8 | 16.8 ± 1.77 | 14.01 ± 1.17 | 6.86 ± 0.76 | 4.14 ± 0.39 |
| 对照组 | 44 | 59.19 ± 6.49 | 44.88 ± 3.88 | 59.56 ± 6.26 | 44.65 ± 3.86 | 16.78 ± 1.55 | 15.97 ± 1.28 | 6.93 ± 0.73 | 4.95 ± 0.4 |
| t | - | 0.0432 | 26.4470 | 0.6339 | 25.7414 | 0.0564 | 7.4971 | 0.4406 | 9.6176 |
| p | - | 0.9656 | 0.0001 | 0.5278 | 0.0001 | 0.9552 | 0.0001 | 0.6606 | 0.0001 |

2.3 两组体检肿瘤指标阳性病人 QO-LI-74 指标对比 ($p > 0.05$); 干预后观察组的指标改善结果比对照组更好, ($p < 0.05$), 有统计学意义, 见表 2。

表 3 两组体检肿瘤指标阳性病人 QO-LI-74 指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

| 小组 | 例数 | 心理 (分) | | 生活 (分) | | 独立性 (分) | | 社会关系 (分) | |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 44 | 68.68 ± 6.7 | 88.67 ± 7.05 | 67.94 ± 7.56 | 90.62 ± 6.79 | 68.1 ± 7.36 | 91.95 ± 7.35 | 67.57 ± 6.86 | 92.35 ± 7.16 |
| 对照组 | 44 | 68.45 ± 7.54 | 84.36 ± 6.24 | 68.46 ± 7.44 | 84.07 ± 7.13 | 68.75 ± 7.59 | 84.48 ± 6.85 | 68.09 ± 6.09 | 84.84 ± 6.65 |
| t | - | 0.1513 | 3.0366 | 0.3252 | 4.4128 | 0.4078 | 4.9318 | 0.3760 | 5.0979 |
| p | - | 0.8801 | 0.0032 | 0.7458 | 0.0001 | 0.6844 | 0.0001 | 0.7078 | 0.0001 |

2.4 两组体检肿瘤指标阳性病人不良反应对比 标对比 ($p < 0.05$), 有统计学意义, 见表 4。
 护理后观察组的不良反应发生率为 6.82% 对照组为 22.73%, 指

表 4 两组体检肿瘤指标阳性病人不良反应对比 [n (%)]

| 小组 | 例数 | 疼痛 | 厌食 | 失眠 | 便秘 | 其他 | 不良反应 |
|----------------|----|----------|----------|----------|----------|-----------|------------|
| 观察组 | 44 | 1 (2.27) | 1 (2.27) | 1 (2.27) | 0 (0) | 0 (0) | 3 (6.82) |
| 对照组 | 44 | 1 (2.27) | 1 (2.27) | 1 (2.27) | 1 (2.27) | 6 (13.64) | 10 (22.73) |
| X ² | - | 0.0000 | 0.0000 | 0.0000 | 1.0115 | 6.4390 | 4.4226 |
| p | - | 1.0000 | 1.0000 | 1.0000 | 0.3145 | 0.0112 | 0.0355 |

2.5 两组体检肿瘤指标阳性病人综合护理满意率对比 比 ($p < 0.05$), 有统计学意义, 见表 5。
 观察组的综合护理满意率为 97.73%, 对照组为 86.36%, 指标对

表 5 两组体检肿瘤指标阳性病人综合护理满意率对比 [n (%)]

| 小组 | 例数 | 十分满意 | 基本满意 | 不满意 | 综合满意 |
|----------------|----|----------|------------|-----------|------------|
| 观察组 | 44 | 1 (2.27) | 42 (95.45) | 1 (2.27) | 43 (97.73) |
| 对照组 | 44 | 2 (4.55) | 36 (81.82) | 6 (13.64) | 38 (86.36) |
| X ² | - | 0.3451 | 4.0615 | 3.8801 | 3.8801 |
| p | - | 0.5569 | 0.0439 | 0.0489 | 0.0489 |

3. 讨论

在现代经济化的发展背景下, 城市化的生活加剧, 人们的生活方式和理念都和以往有所不同。癌症是临床发病率较高的恶性疾病, 发病和人们的生活方式、基因特点有一定的关系, 若患者没有得到科学的医护指导了解现有医护工作的重要性, 接受科学的医护服务, 可能延续不良生活习惯, 导致病症加重, 后期癌症恶化风险增加^[1]。传统的护理措施多关注患者的自身病症, 建议患者定期服用药物, 接受检查。此外在实际的生活中, 很多患者对癌症了解程度不深入, 可能没有接受检查, 导致疾病的恶化风险加大, 逐渐也会措施最佳的治疗时机, 耽误患者康复^[6-7]。延续性护理措施关注患者的身心健康, 在疾病治疗的基础上也关注患者的身体, 生活, 心理, 家庭关系等内容。延续性护理是非医疗场所到居家护理的一个延续和转型, 可以让患者迅速适应居家护理生活, 调整心态, 继而积极面对疾病和生活^[8-9]。延续护理开展中, 护理人员可以和患者交流沟通, 为患者讲解相关事宜, 增强患者对疾病的认知, 临床综合护理效果理想。而通过延续性护理后患者的生活质量也能够得到显著提升, 患者负面情绪、睡眠质量都得到了显著改善, 临床综合护理效果十分理想^[10]。临床也有研究表示利用现代化的互联网工具可加强医院和患者的交流, 可以实现跨空间护理活动, 对患者的了解疾病, 接受动态的护理指导有积极意义, 患者综合护理满意率较高。这一结果和本文的护理结果有类似之处, 本文的组体检肿瘤指标阳性病人通过延续护理后的生活质量得到了显著提升, 患者综合护理满意率较高, 护理结果理想, 可推广。

参考文献

[1]高雅. 延续护理干预方案对妇科恶性肿瘤术后患者自护能力

及生活质量的影响[J]. 河北北方学院学报(自然科学版), 2022, 38 (02): 23-24+27.

[2]李虹, 陆依琳. 延续护理在经外周静脉置入中心静脉导管 (PICC) 的肿瘤患者中应用效果[J]. 中外医疗, 2021, 40 (31): 171-173+178.

[3]王怡, 姜凤娅. 延续护理方案对肿瘤患者经外周静脉穿刺的中心静脉导管置管质量和自我管理能力的影晌[J]. 中西医结合护理 (中英文), 2021, 7 (04): 91-93.

[4]梁昭, 赵瑞莹, 许妍. 家庭主导式延续护理在恶性肿瘤急性脑梗死偏瘫患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2022, 34 (04): 172-174.

[5]董慧敏. 中晚期肺癌化疗患者实施延续护理的价值[J]. 甘肃医药, 2022, 41 (03): 278-280.

[6]陈娜, 耿莉, 陈璇, 吴冰, 张旋. 延续护理对糖尿病病人干预效果的系统评价[J]. 护理研究, 2016, 30 (16): 1966-1972.

[7]康霖霞, 张莹娟, 郑丽雅. 延续护理对宫颈癌放疗患者生活质量的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9 (31): 153-154.

[8]朱铮, 张士更, 朱红卫, 董慧萍, 陈洁. 膀胱灌注化疗的延续护理干预效果研究[J]. 中华全科医学, 2016, 14 (11): 1945-1948.

[9]陈晶晶, 邱爱钗, 陈川. 多学科团队协作的延续护理模式对碘 125 粒子植入治疗的肝癌患者自护能力、希望水平的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2021, 42 (05): 432-435.

[10]杨灿, 张倩. 互联网延续性护理在膝关节恶性肿瘤患者术后护理中的效果观察[J]. 肿瘤基础与临床, 2021, 34 (03): 270-272.