

基于发生风险列线图模型的护理对胃癌根治术患者并发症、康复效果的影响

孟媛 续梅莹 马红艳 徐春兰

(首都医科大学附属北京天坛医院 100070)

摘要:目的:探讨基于发生风险列线图模型的护理对胃癌根治术患者并发症、康复效果的影响。方法:以我院收治的80例胃癌根治术患者为研究对象,信封法为分组方法。对照组(n=40)实行常规护理,观察组(n=40)在对照组的基础上实行基于发生风险列线图模型的护理。对比两组下床活动时间、住院时间、胃管拔除时间、首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间、首次经口进食时间、术后并发症总发生率、护理满意率。结果:与对照组比,观察组下床活动时间、住院时间、胃管拔除时间较短($p<0.05$)。观察组胃肠功能恢复时间较短($p<0.05$)。观察组术后并发症总发生率较低($p<0.05$)。观察组满意率较高($p<0.05$)。结论:基于发生风险列线图模型的护理应用于胃癌根治术患者中,能够避免并发症,提高康复效果。

关键词:发生风险列线图模型;胃癌根治术;并发症;康复效果

随着社会的飞速发展,人们的饮食习惯巨大改变,加上日渐增重的生活负担,导致胃癌发病率呈上升趋势。目前胃癌发病率占全部恶性肿瘤的第五位,其致死率占全部癌症的第三位^[1]。胃癌早期没有明显特异性症状,大部分胃癌患者确诊时只能选择外科手术。由于胃癌病灶解剖学复杂、周围血管及淋巴丰富、手术创伤较大等因素,会对患者的胃肠功能造成损伤,导致患者术后恢复进程较慢。并且胃癌患者多发于中、老年人群,不仅手术耐力较差,还会合并多种疾病,使术后发生多种严重并发症。因此,通过对胃癌根治术患者进行有效的围术期护理,减少其术后并发症的发生以及改善康复效果有重要意义。合理的发生风险评估工具可以帮助护理人员评估胃癌根治术患者并发症并引导其进行预防。列线图模型是一种新兴的可视化模型,其优势在于使发生风险的计算方法可视、便捷,并且精确度、区分度较高,利于医护人员进行决策^[2]。护理人员将此模型应用于胃癌根治术前、术后,可以对并发症进行及时预测,从而进行及时预防、及时干预。本研究通过对80例胃癌根治术患者进行分组护理,探讨基于发生风险列线图模型的护理对并发症、康复效果的影响。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于2020年4月-2022年4月收治的行胃癌根治术患者80例,采用信封法分为两组。对照组(n=40)男性22例,女性18例;年龄44~78岁,均值(60.85±7.31)岁。观察组(n=40)男性23例,女性17例;年龄45~79岁,均值(61.04±7.29)岁。组间对比($p>0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:符合《中国胃癌筛查与早诊早治指南》^[3]中诊断标准;年龄<80岁;患者及家属知情同意。

排除标准:肿瘤转移、扩散;凝血障碍;自身免疫功能障碍;重要器官严重功能性疾病;精神或神经性疾病;依从性差。

1.3 方法

对照组:进行常规护理。入院时根据患者临床资料及检查结果,简单评估患者术后并发症的风险。全程密切监测患者生命体征以及病情发展,对患者进行基础护理、康复指导、心理护理、健康宣教。

观察组:在对照组的基础上进行基于发生风险列线图模型的护理。

①建立风险护理小组,成员有1名护士长、8名护士,小组组长由护士长担任。对小组成员进行岗前培训,内容包括风险列线图模型相关知识、术后不良事件预防与针对性护理措施等。培训结束后统一考核,成绩合格者方能上岗。

②整理患者的临床资料、影像学及病理学检查结果等,小组通过开会讨论,明确危险因素,包括年龄、身体质量指数(BMI)、糖尿病、

高血压、手术时间、卧床时间。

③建立列线图模型,并对各项危险因素进行分析,评估其风险。

④年龄。对于高龄患者:术前,引导患者进行呼吸训练如深呼吸运动,以改善患者肺通气,促进其有效排痰。术前1h,调节手术室室温至25℃。术中,在患者身下放置电热毯,对手术用到的消毒液、输注液等进行保温,维持在37℃。术后,转运病人时为其盖好棉被,避免肢体受凉。

⑤BMI。对患者进行术前BMI分级。对于低BMI患者:术前补充肠内、肠外营养,给予高蛋白、高热量、高维生素饮食,身体状况好转后再进行手术。对于高BMI患者:术前给予低蛋白、低脂肪、低盐的清淡饮食,必要时进行新辅助化疗,并向患者及家属告知术后并发症的发生风险。

⑥糖尿病。入院后立即检测患者的血糖水平,病情较轻者进行饮食控制,效果不理想或病情较重者补充外源胰岛素。术前,进行葡萄糖耐量试验、胰岛素释放试验,对患者的胰岛功能进行评估。术中密切关注患者血糖水平,合理、有效补液。术后给予高蛋白、高维生素、低糖饮食,遵循少食多餐原则。术前、术后禁食时期,采用完全胃肠外营养支持,对患者静脉滴注营养素及短效胰岛素。

⑦高血压。入院后立即检测患者的血压水平,遵医嘱服用降压药物,服药后多休息,避免剧烈活动。严禁泡浴,减少洗热水澡。术前测量血压,血压水平正常、平稳,才可以进行手术。

⑧手术时间。术中麻醉时,通过语言交流或肢体安抚等分散患者注意力,使其轻松进入麻醉状态。提醒手术医师尽量缩短皮肤消毒时间,减少暴露时间。

⑨卧床时间。麻醉未清醒时,使患者进行被动下肢运动,按摩患者小腿,放松腓肠肌。患者清醒后,指导患者进行床上翻身、活动四肢等轻微自主活动,10~12次/d。术后1d,指导患者进行床上伸展运动,如上肢抬高、下肢抬高、膝关节屈曲。若患者顺利完成,协助患者进行床边坐起训练,4~5次/d。术后2d,协助患者进行下床活动,并逐渐扩大运动范围,直至自由行走,2~3/d。

1.4 观察指标

(1)术后恢复指标。观察患者下床活动时间、住院时间、胃管拔除时间。(2)胃肠功能恢复指标。(3)术后并发症情况。(4)护理满意度。出院当天,采用科室自制护理满意度量表,评估患者护理满意度。量表内容包括护理态度、专业技能水平等10个项目,每个项目1~5分,总分10~50分。10~20分为不满意,21~40分为较满意,41~50分为完全满意。满意率=1-不满意例数/总例数×100%。

1.5 统计学分析

使用 SPSS23.0 软件分析, 性别等[n (%)], 采用 χ^2 检验; 年龄等 ($\bar{X} \pm s$), 采用 t 检验。P<0.05, 说明对比差异显著。

2 结果

2.1 两组术后恢复指标对比

观察组下床活动时间、住院时间、胃管拔除时间较短 (p<0.05)。

见表 1。

表 1 两组术后恢复指标对比 ($\bar{X} \pm S, d$)

组别	例数	下床活动时间	住院时间	胃管拔除时间
观察组	40	1.53 ± 0.32	6.58 ± 1.14	2.79 ± 0.57
对照组	40	2.17 ± 0.45	7.56 ± 1.22	3.56 ± 0.64
t		7.330	3.712	5.682
p		0.000	0.000	0.000

2.2 两组胃肠功能恢复指标对比

观察组首次经口进食时间、首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间较短 (p<0.05)。见表 2。

表 2 两组胃肠功能恢复指标对比 ($\bar{X} \pm S, h$)

组别	例数	首次排气时间	首次排便时间	肠鸣音恢复时间	首次经口进食时间
观察组	40	22.85 ± 5.41	44.11 ± 5.39	28.24 ± 4.78	67.89 ± 8.86
对照组	40	28.31 ± 6.07	48.75 ± 6.04	35.78 ± 5.47	78.15 ± 9.02
t		4.247	3.625	6.565	5.132
p		0.000	0.001	0.000	0.000

2.3 两组术后并发症情况对比

两组对比 (p<0.05)。见表 3。

表 3 两组术后并发症情况对比[n (%)]

组别	例数	肺部感染	肠梗阻	切口感染	吻合口瘘	总发生率
观察组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	3 (7.50)
对照组	40	2 (5.00)	3 (7.50)	3 (7.50)	2 (5.00)	10 (25.00)
χ^2						4.501
p						0.034

2.4 两组护理满意度对比

观察组满意率较高 (p<0.05)。见表 4。

表 4 两组护理满意度对比[n (%)]

组别	例数	不满意	较满意	完全满意	满意率
观察组	40	4 (10.00)	25 (62.50)	11 (27.50)	36 (90.00)
对照组	40	11 (27.50)	22 (55.00)	7 (17.50)	29 (72.50)
χ^2					4.021
p					0.045

3 讨论

进入 21 世纪后, 全球恶性肿瘤的发病率呈上升趋势。据 WHO 国际癌症研究机构调查, 2020 年全世界新发癌症患者已达到 1929 万, 其中死亡结局的有 996 万。胃癌的发病率占据第五位, 死亡率占据第四位^[4]。胃癌中最常见的是远端胃癌, 即发病部位多在胃窦、幽门附近。胃癌的临床症状较为普遍, 常表现为食欲不振、上腹部疼痛等, 因此难以早发现。待确诊后, 主要采用腹腔镜辅助远端胃癌根治术进行治疗。此胃癌根治术创口较小、切口美观, 在临床应用广泛。但部分患者术后会出现并发症, 这极大地阻碍患者术后恢复, 延长患者住院时间, 增加治

疗成本, 并对之后的生活质量造成不利影响^[5]。因此, 分析引发胃癌根治术后并发症的危险因素, 并对其进行预防, 可以提高手术效果, 利于患者术后康复。发生风险列线图模型可以归纳影响各风险事件的危险因素, 从而给予针对性预防措施。与传统危险因素分析相比, 其更加直观、运用灵活, 利于护理人员掌握。

观察组相比对照组术后恢复时间较短, 且胃肠功能恢复较快 (p<0.05), 说明基于发生风险列线图模型的护理干预能够有效加速患者术后康复。组建风险护理小组, 可以协商制定最优的护理方案。根据列线图模型, 对并发症的发生风险进行分析, 可以更加全面查出危险因素, 可以在之后的护理干预中进行针对性处理, 从而减少术中危险因素导致的应激反应, 使手术效果更好。对糖尿病、高血压等合并症的有效护理, 能够使机体生命体征水平保持稳定, 避免血糖、血压等大幅度波动增加手术风险。

并发症调查发现, 与对照组相比, 观察组较低 (p<0.05)。说明基于发生风险列线图模型的护理干预能有效避免胃癌根治术后并发症的发生。建立列线图模型, 可以更加具体的分析出影响胃癌根治术后并发症的危险因素, 从而利于制定针对性护理方案。胃癌根治术后常见并发症包括感染、吻合口瘘、肠梗阻等, 主要与疼痛、组织水肿、营养不良、机体免疫力差有关。由于伤口疼痛, 患者咳嗽减少, 痰液聚集在肺部, 容易引发肺部感染。吻合口张力过大、组织血供不足等, 引发组织水肿, 若处理不当容易使患者出现切口感染, 严重会导致吻合口瘘。对独立风险的针对性预防和治疗, 可以有效避免危险因素对患者造成不利影响, 从而使患者减少发生并发症。

观察组满意率相比对照组较高 (p<0.05)。说明胃癌根治术患者对基于发生风险列线图模型的护理干预更满意。对护理人员进行培训与考核, 可以避免成员水平参差不齐, 提高其专业技能水平。结合患者实际个性化预防护理, 可以使患者身心愉悦, 从而增加医患配合度, 这极大地避免了医患纠纷, 提高了患者满意度。既往学者也有相似报道^[6], 但关于胃癌根治术的应用研究较少, 理论支撑相对薄弱, 未来调查中可进一步完善结论。

综上所述, 基于发生风险列线图模型的护理应用于胃癌根治术患者中, 能够有效避免术后并发症, 提高康复效果。

参考文献:

[1]孙晨霞,李丽,段广娟,等. 快速康复外科护理模式在腹腔镜胃癌根治术患者围术期中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28(6):14-16.
 [2]陈青思,杨晔琴,翁成杰,等. 个体化预测喉癌术后患者并发咽瘘风险列线图模型的构建[J]. 温州医科大学学报,2022,52(6):472-477.
 [3]赫捷,陈万青,李兆申,等. 中国胃癌筛查与早诊早治指南(2022,北京)[J]. 中华肿瘤杂志,2022,44(7):634-666.
 [4]陈哲,涂小雨,何俊彦,等. 胃癌根治术后胃排空障碍的治疗与康复[J]. 中国医刊,2022,57(1):14-17.
 [5]中国抗癌协会胃癌专业委员会,中华医学会外科学分会胃肠外科学组,中国医师协会外科医师分会上消化道专业委员会,等. 腹腔镜胃癌根治术消化道重建相关并发症防治中国专家共识(2022版)[J]. 中华胃肠外科杂志,2022,25(8):659-668.
 [6]李荣会,赖亚辉,黄海燕. 基于发生风险列线图模型的护理干预对剖宫产产妇产后下肢深静脉血栓的预防效果[J]. 中国医药导报,2022,19(18):166-169.