

肿瘤患者化疗后顽固性呃逆的护理疗效观察

韦 星

(广西河池市人民医院 广西河池 547000)

摘要:目的 探究肿瘤患者化疗后顽固性呃逆的护理疗效。方法 选取 2022 年 6 月 1 日至 2023 年 1 月 28 日肿瘤科二病区接收的肿瘤化疗伴有顽固性呃逆患者 120 例,按照化疗时间开展分组,基础组 60 例,予以对症护理干预,探查组 60 例,予以中西医结合护理干预,观察护理疗效差异。结果 两组患者少食乏力、泛吐清水、胸肋满闷、呃逆等症状积分在护理前统计,提示无差异,护理后 1 周两组顽固性呃逆患者各症状积分较护理前降低,探查组各症状积分低于基础组 ($P < 0.01$);探查组护理愈显率 98.33% (59/60),高于基础组 ($P < 0.05$);探查组患者对护理沟通方式、环境舒适度、医疗关怀、护理技能等维度满意评分高于基础组 ($P < 0.01$)。结论 针对肿瘤患者化疗后顽固性呃逆开展中西医结合护理干预,可早期改善呃逆症状,提高护理疗效及患者满意度,充分发挥护理优势。

关键词:肿瘤;顽固性呃逆;化疗;护理;疗效

近年来我国肿瘤患病率显著升高,已成为危害我国居民机体健康主要公共卫生问题之一。化疗为肿瘤主要治疗手段,可有效阻断癌细胞转移。临床观察发现^[1],因化疗药物独特药理机制,药物长期应用所致不良反应较多,严重影响治疗效果,降低患者生活质量。顽固性呃逆为肿瘤化疗常见并发症,可增加患者疼痛,影响患者日常进食、睡眠,降低患者生活质量,增加患者身心负担,对疾病预后具有严重影响^[2]。针对肿瘤化疗后顽固性呃逆患者,开展有效护理、治疗干预措施尤为重要。随着近年我国中医特色护理技术推行,中西医结合护理理念于临床推广,在西医对症护理基础上,强调整体观念、辨证施护,充分发挥中医护理优势,针对肿瘤化疗后顽固性呃逆患者具有较好疗效反馈,受到临床学者高度关注。本研究现针对中西医结合护理干预在肿瘤化疗后顽固性呃逆患者中的应用价值进行前瞻探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 6 月 1 日至 2023 年 1 月 28 日肿瘤科二病区接收的肿瘤化疗伴有顽固性呃逆患者 120 例,按照化疗时间开展分组,基础组 60 例,男 33 例,女 27 例,年龄 40~60 岁,平均 (48.43 ± 1.08) 岁,化疗时间 1~6 个月,平均 (2.16 ± 0.44) 个月,顽固性呃逆病程 2~13 天,平均 (4.58 ± 0.77) 天,体质量 (BMI) 指数 $20\text{--}27\text{kg/m}^2$,平均 $(24.03 \pm 1.07)\text{kg/m}^2$;探查组 60 例,男 32 例,女 28 例,年龄 42~60 岁,平均 (48.29 ± 1.15) 岁,化疗时间 1~6 个月,平均 (2.21 ± 0.51) 个月,顽固性呃逆病程 2~12 天,平均 (4.61 ± 0.69) 天,体质量 (BMI) 指数 $20\text{--}27\text{kg/m}^2$,平均 $(23.99 \pm 1.12)\text{kg/m}^2$,上述两组肿瘤化疗后顽固性呃逆患者基线资料无明显差异 ($P > 0.05$),提示可于下文开展分析。

诊断标准:(1) 西医诊断标准:所选患者均满足《消化系统疾病鉴别诊断指南(2020 版)》中针对顽固性呃逆的诊断标准,患者入院时呃逆症状超 24h 以上,所有患者均具有化疗病史,且满足《肿瘤医学》针对肿瘤疾病诊断。(2) 中医诊断标准:所选患者均满足《中医实用医学》中针对呃逆的诊断依据,患者入院时表现为少食乏力、泛吐清水、胸肋满闷、呃逆。

纳入标准:患者对研究内容知情,且自愿参与研究。

排除标准:(1) 因其他原因导致顽固性呃逆患者;(2) 服用其他可能影响研究结果的药物;(3) 合并其他器官、系统病变患者;

(4) 特殊人群,如哺乳期女性、妊娠期女性。

1.2 方法

基础组予以对症护理干预,针对呃逆发生情况,对患者进行讲解,针对患者紧张、抑郁等情绪,给予患者心理疏导;加强饮食管理,针对呃逆严重无法自主进食患者,可通过多次少量进食方式,满足机体正常代谢所需,避免误吸情况发生,并加强生活管理,保障患者睡眠质量。

探查组予以中西医结合护理干预:(1) 中医情志护理:针对肿瘤化疗患者生活情况进行问卷调研,了解患者生活方式,给予针对性纠正,有效改善患者认知行为。护患沟通期间,明确患者心理状况,及时给予心理疏导,满足患者心理护理需求,确保患者以最佳身心状况面对治疗。加强环境管理,提高环境舒适度^[3]。(2) 药学指导及饮食干预:针对临床用药情况对患者进行讲解,依据辨证施护,针对不同顽固性呃逆患者证候,选取针对性药物治疗。同时基于药膳同源,选取合适药物进补,建议日常饮食以清淡食物为主,进食要求定时定量,避免呛咳^[4]。(3) 中医特色护理:①穴位按压:指导患者呈平卧位,选取双侧攒竹穴,施术者将双手置于穴位上进行按压,以患者自觉酸胀感为宜,穴位按压 2~3 分钟,每日进行 5~6 次。②耳血压豆:选取规格合适的小绿豆,贴敷于无菌胶布上,对准耳穴进行按压,以局部酸麻胀为宜,叮嘱患者定期进行穴位按压。③艾灸护理:选取艾灸盒,取适量艾灸点燃后置于艾灸盒内,贴敷于足部三里、中脘、神阙等穴位,单次艾灸 20 分钟,每日艾灸 2 次;要求艾灸时避免过饱或空腹,避免擅自更换体位,以免烫伤^[5]。

1.3 评价标准

(1) 对比两组顽固性呃逆患者典型症状,主要包括少食乏力、泛吐清水、胸肋满闷、呃逆等,评分标准参照《中医新药临床指导原则》,分数与症状呈正相关。

(2) 评估两组护理疗效,依据呃逆患者临床症状及体征评估疗效,若患者症状基本消失,且持续一周无复发,则为治愈;若临床症状及体征基本消失,症状积分降低 50%以上,即为显效;若不满足上述标准,即为一般,计算愈显率。

(3) 评估呃逆患者护理满意度,由护理部自拟满意问卷表,主要针对护理沟通方式、环境舒适度、医疗关怀、护理技能等四个维度,自拟问卷信效度 0.88。

1.4 统计学分析

统计计算软件为 SPSS24.0, 计量资料格式 ($\bar{x} \pm s$), 配对 t 检验, 计数资料格式 (%), 卡方检验, 统计结果 $P < 0.05$ 提示有差异, $P < 0.01$ 提示差异显著。

2 结果

2.1 两组顽固性呃逆患者典型症状积分统计

两组肿瘤化疗后顽固性呃逆患者少食乏力、泛吐清水、胸肋满闷、呃逆等症积分在护理前统计, 提示无差异, 护理后 1 周, 两组顽固性呃逆患者各症状积分较护理前降低, 探查组顽固性呃逆患者各症状积分低于基础组, 提示差异有意义 ($P < 0.01$), 见表 1。

表 1 两组顽固性呃逆患者典型症状积分统计 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	少食乏力	泛吐清水	胸肋满闷	呃逆		
基础组	60	护理前	3.25 ± 0.86	3.16 ± 0.91	3.24 ± 0.93	3.81 ± 1.16		
			2.66 ± 0.77	2.57 ± 0.81	2.75 ± 0.91	2.54 ± 0.89		
		t 值	3.959	3.751	2.917	6.728		
		P 值	0.000	0.000	0.004	0.000		
		探查组	60	护理前	3.27 ± 0.91	3.22 ± 0.92	3.27 ± 0.91	3.79 ± 1.21
					2.05 ± 0.69	1.96 ± 0.72	2.01 ± 0.69	1.82 ± 0.65
t 值	8.275			8.354	8.546	11.110		
P 值	0.000			0.000	0.000	0.000		
t#值	4.570			4.360	5.019	5.060		
P#值	0.000			0.000	0.000	0.000		

注: t#值/P#值为基础组与探查组护理后统计结果。

2.2 两组顽固性呃逆患者护理疗效评估

探查组护理愈显率 98.33% (59/60), 高于基础组, 提示差异有意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组顽固性呃逆患者护理疗效评估 (n/%)

组别	n	一般	显效	治愈	愈显率
基础组	60	9	29	22	85.00%
探查组	60	1	20	39	98.33%
χ^2					6.719
P 值					0.011

2.3 两组顽固性呃逆患者护理满意度评估

探查组肿瘤化疗后顽固性呃逆患者对护理沟通方式、环境舒适度、医疗关怀、护理技能等维度满意评分高于基础组, 提示差异有意义 ($P < 0.01$), 见表 3。

表 3 两组顽固性呃逆患者护理满意度评估 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	护理沟通方式	环境舒适度	医疗关怀	护理技能
基础组	60	78.25 ± 6.69	80.61 ± 6.95	81.52 ± 7.05	84.01 ± 7.61
		90.41 ± 7.81	91.34 ± 7.99	90.25 ± 8.16	93.33 ± 8.22
探查组	60	90.41 ± 7.81	91.34 ± 7.99	90.25 ± 8.16	93.33 ± 8.22
		t 值	9.159	7.849	6.271
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

呃逆作为肿瘤化疗常见并发症, 发生原因与感觉传导神经异常相关; 临床学者普遍认为, 顽固性呃逆发生与化疗药物具有相关性, 临床常用麻醉、镇痛药物均可导致呃逆发生; 同时因肿瘤患者长期化疗局部血管病变, 刺激迷走神经兴奋, 诱发呃逆症状。加之患者心理因素, 长期化疗患者自觉身心状况不佳, 伴有焦虑、紧张、抑郁等负面情绪, 增加呃逆发生情况。现阶段临床学者针对顽固性呃逆病因尚存在一定争议, 因疾病潜在危害性较大, 若没有及时给予治疗干预, 影响患者进食, 降低患者睡眠质量, 针对顽固性呃逆开展针对性护理尤为重要。

我国传统中医认为呃逆主要是因气呃逆上冲, 导致喉间呃声, 呈间歇性或持续性发作, 主要因久病体虚, 胃气失于和降, 导致气呃逆上冲, 主病灶与胃、脾、肝等脏腑相关^[6]。随着近年来中西结合理念推行, 中西结合护理方式基于中医理论为指导, 结合中医对症护理措施, 针对肿瘤化疗后顽固性呃逆患者开展针对性治疗措施, 可早期缓解呃逆症状, 为临床治疗增效。实验结果显示, 两组肿瘤化疗后顽固性呃逆患者少食乏力、泛吐清水、胸肋满闷、呃逆等症积分在护理前统计, 提示无差异, 护理后 1 周, 两组顽固性呃逆患者各症状积分较护理前降低, 探查组顽固性呃逆患者各症状积分低于基础组, 提示差异有意义 ($P < 0.01$); 相关数据证实, 中西医结合护理辅助疾病治疗具有积极影响, 基于中医整体观念, 辨证施治, 并在传统疾病治疗基础上, 加强食疗, 有效保障患者机体健康, 提高机体免疫机制, 促进临床症状转归。基于护理疗效评估可知, 探查组肿瘤化疗后顽固性呃逆患者护理愈显率 98.33% (59/60), 高于基础组, 提示差异有意义 ($P < 0.05$); 中西医结合护理干预, 借助辨证施护、辩证取材等方式, 充分发挥中医治疗优势, 起到降逆平喘、温经通络、调和气血等综合疗效, 可有效提高临床治疗有效性; 且患者对中西医结合护理过程中护患沟通方式、环境舒适度、医疗关怀、护理技能等维度满意认可度较高, 具有临床推广意义。

综上, 对肿瘤化疗后顽固性呃逆患者开展中西医结合护理干预, 可早期改善呃逆症状, 提高护理疗效及患者满意度, 充分发挥护理优势。

参考文献:

[1]李艳艳,李雯.中医特色护理干预用于肝癌肝动脉化疗栓塞术后顽固性呃逆患者效果观察[J].现代中西医结合杂志,2022,31(12):1726-1730.

[2]杨洛滢.1 例食管癌化疗后顽固性呃逆的护理体会[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(6):180-181.

[3]宋聪聪,刘平.对接受化疗后并发呃逆的肺癌患者进行针对性护理的效果分析[J].当代医药论丛,2020,18(12):210-212.

[4]曹燕华.肺癌化疗患者不良反应 APP 延续护理模式的构建与应用[J].国际护理学杂志,2019,38(7):1002-1005.

[5]王芮.穴位按摩治疗胃癌伴胸腹水患者化疗期间呃逆的效果观察[J].天津护理,2019,27(1):111-112.

[6]廖娜,李燕,王芳.中医康复治疗结合延续护理在喉癌患者中的应用效果研究[J].现代医药卫生,2019,35(16):2548-2550.