

以问题为导向的护理干预对胃癌患者术后疼痛及胃肠道反应的影响

冯文娟

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 胃肠外科)

摘要:目的 探讨对胃癌患者实施以问题为导向的护理干预模式的临床效果及对患者术后疼痛、胃肠道反应的影响。方法 采用方便抽样法,将我院收治的符合纳入标准 90 例胃癌患者作为研究对象。按照随机数字表法将研究对象分设为两组,各 45 例。对照组治疗期间接受常规护理干预,观察组应用以问题为导向的护理干预模式,比较两组术后疼痛评分、舒适度评分、胃肠道功能恢复情况、焦虑及抑郁评分、护理满意度等指标。结果 术后 1d,两组 VAS 评分比较差异不明显 ($p > 0.05$); 术后 3d、5d、7d 观察组 VAS 评分低于对照组 ($p < 0.05$); 干预前,两组 GCQ 评分比较差异不显著 ($p > 0.05$); 干预后,观察组 GCQ 评分较对照组更高 ($p < 0.05$); 相比对照组,观察组术后肛门首次排气时间、肠鸣音恢复时间、恢复正常饮食时间均显著更短 ($p < 0.05$); 观察组护理总满意度较对照组高 ($p < 0.05$)。结论 对胃癌患者实施以问题为导向的护理干预能够减轻其术后疼痛程度,加快患者胃肠道功能恢复,提升患者术后舒适度,缓解不良情绪。

关键词:胃癌; 术后疼痛; 胃肠道反应; 问题导向护理

胃癌是消化科及肿瘤科临床常见的疾病,胃癌全球发病率、死亡率均处于较高水平。我国胃癌发病率高于全球平均水平,发病例数约占全球胃癌的 42.6%。胃癌是起源于胃壁表层黏膜上皮细胞的肿瘤,其中以胃窦幽门部为好发部位,胃底贲门、胃体等部位也很常见。国内外指南当前均认为只要胃癌患者能够耐受手术,都应当进行手术治疗^[1]。手术是胃癌患者获得根治的唯一途径,早期胃癌患者及时手术有较高几率获得根治^[2]。由于胃癌手术导致消化道结构重建,对患者的术后生存质量产生不良影响。护理在手术疗效与患者术后康复中的作用十分关键,本研究将以问题为导向的护理模式应用于胃癌术后患者,以期加快其术后康复,具体收效见如下报道。

1 资料和方法

1.1 一般资料

以方便抽样法将 2020 年 4 月~2021 年 4 月期间本院收治的符合纳入标准 90 例胃癌患者作为研究对象。

纳入标准:(1) 术前行胃镜活检病理学诊断为胃癌。(2) 首次进行胃癌手术治疗。(3) 符合知情同意原则,患者自愿参与此次研究。

排除标准:(1) 合并严重贫血、恶液质的患者。(2) 术前经放疗或化疗干预。(3) 认知功能障碍或合并精神疾病,无法正常沟通者。

将符合上述标准的患者分设为两组,各 45 例,包括观察组和对照组。

1.2 方法

对照组术后采用常规护理模式进行干预,包括健康教育、心理干预、营养护理、生活指导、康复护理等内容。观察组术后实施以问题为导向的护理模式干预:(1) 构建以问题为导向的护理小组,由科室护士长牵头成立胃癌术后护理小组,选择经验丰富、善于沟通的资深护士作为小组成员,对小组成员就胃癌术后护理知识和技能进行集中培训,同时明确各个小组成员的分工。(2) 患者评估与问题的提出,患者入院后责任护士对其基本情况进行一次全面的护理评估,包括患者人口学信息、病情状态、手术方案、护理需求等。评估患者目前存在的护理问题,并询问其最大的自我管理需求。(3) 促进行为改变,术后患者麻醉清醒后,由责任护士对其进行健康教育,告知其留置导管的目的、护理方法以及留置时间,提升患者自我管理及自我保护意识。对患者进行康复指导,包括术后如何采取体位、如何饮食、切口与管道的维护、术后常见并发症的症状表现及预防方法等,使患者明确采取何种行为有利于康复,促进其改变不良行为,主动参与到自我护理中。(4) 目标指导和实施,与患者共同制定术后康复计划,首先确定患者的自我管理目标,并鼓励患者主动寻求家庭、社会支持。患者的康复目标包括:早期进食,患者麻醉清醒后 6h 可用温开水进行漱口,缓解口干; 术后 10h 可给予少量温水口服,如患者无不适则可适当加量。术后 1d 可进流质

食,肛门排气后转半流质,并逐渐过渡到普食。早期活动:麻醉未清醒时,护理人员可对患者下肢肌肉进行适当按摩,清醒后对其四肢进行被动活动,并告知患者早期活动的益处和具体方法,鼓励患者尽早下床活动。早期镇痛:术后采用多元化镇痛模式,根据对患者疼痛程度的评估,运用镇痛泵、热敷法、转移注意力等多种方式减轻患者疼痛。心理干预:通过诱导式提问,了解患者的内心想法,引导患者主动倾诉自己对疾病的想法和疑问,指导患者合理宣泄负面情绪。护理人员利用心理学知识,对患者进行相应的心理疏导,缓解其不良情绪。

1.3 观察指标

(1) 术后疼痛程度:采用视觉模拟评分法(VAS)对患者疼痛程度进行评估,总分 0~10 分,评分越高疼痛程度越高,分别于术后 1d、3d、5d、7d 进行评估。

(2) 术后舒适度评分:采用 kolcaba 的舒适状况量表(GCQ) 对患者的舒适度进行评估,共包括生理、心理、环境、社会四个维度,评分越高说明舒适度越高。

(3) 胃肠功能指标:记录两组术后肛门首次排气时间、肠鸣音恢复时间、恢复正常饮食时间。

(4) 不良情绪:采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS) 对患者焦虑和抑郁程度进行评估,SAS 划界分为 50 分,SDS 划界分为 53 分。评分越高说明焦虑/抑郁程度越高。

(5) 护理满意度:以自制护理满意度调查问卷为工具,包括非常满意、比较满意、一般和不满四个等级。

1.4 统计学方法

采用 spss24.0 软件处理资料,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料,(%) 表示计数资料,分别以 t 和卡方检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料

两组患者在年龄、性别、手术方式、病理分期等方面比较,差异不明显 ($p > 0.05$),提示两组一般情况接近,有可比性。见表 1。

表 1 两组基线资料比较

指标	观察组 (n=45)	对照组 (n=45)	χ^2/t	P
性别[n (%)]			0.407	0.523
男	27 (60.00)	24 (53.33)		
女	18 (40.00)	21 (46.67)		
年龄 $(\bar{x} \pm s)$, 岁	54.13 \pm 8.04	54.93 \pm 8.31	0.464	0.644
手术方式[n (%)]			0.194	0.660
远端胃大部分 切除术	30 (66.67)	28 (62.22)		

近端胃大部分切除术	11 (24.44)	15 (33.33)		
全胃切除术	4 (8.89)	2 (4.44)		
病理分期[n (%)]			0.124	0.725
I期	5 (11.11)	4 (8.89)		
II期	18 (40.00)	19 (42.22)		
III期	20 (44.44)	19 (42.22)		
IV期	2 (4.44)	3 (6.67)		

2.2 术后疼痛程度

术后 1d, 两组 VAS 评分比较差异不明显 ($p > 0.05$); 术后 3d、5d、7d 观察组 VAS 评分低于对照组 ($p < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组术后疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 1d	术后 3d	术后 5d	术后 7d
观察组	45	6.12 ± 1.12	3.12 ± 1.01	2.23 ± 1.01	2.02 ± 0.71
对照组	45	6.03 ± 1.08	4.08 ± 1.03	3.31 ± 1.02	2.93 ± 0.83
t		0.388	4.464	5.047	5.217
P		0.699	0.000	0.000	0.000

2.3 舒适度评分

干预前, 两组 GCQ 评分比较差异不显著 ($p > 0.05$); 干预后, 观察组 GCQ 四个维度评分较对照组更高 ($p < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组舒适度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	时间	观察组 (n=45)	对照组 (n=45)	t	P
生理	干预前	10.13 ± 2.13	9.95 ± 2.15	0.399	0.691
	干预后	16.58 ± 2.23	12.02 ± 2.17	9.831	0.000
心理	干预前	20.12 ± 2.36	20.33 ± 2.02	0.454	0.651
	干预后	35.25 ± 5.13	29.21 ± 4.31	6.047	0.000
环境	干预前	18.13 ± 2.11	18.33 ± 2.02	0.459	0.647
	干预后	26.52 ± 5.12	20.13 ± 5.31	5.811	0.000
社会	干预前	19.33 ± 4.21	20.01 ± 4.33	0.755	0.452
	干预后	29.66 ± 4.10	23.13 ± 4.01	7.638	0.000

2.4 胃肠功能恢复时间

相比对照组, 观察组术后肛门首次排气时间、肠鸣音恢复时间、恢复正常饮食时间均显著更短 ($p < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组胃肠功能恢复时间比较 ($\bar{x} \pm s$, h)

组别	例数	肛门首次排气时间	肠鸣音恢复时间	恢复正常饮食时间
观察组	45	24.13 ± 6.12	25.13 ± 7.63	60.13 ± 10.36
对照组	45	40.12 ± 5.13	38.23 ± 7.31	73.36 ± 10.12
t		13.432	8.317	6.128
P		0.000	0.000	0.000

2.5 SAS、SDS 评分

干预前, 两组 SAS、SDS 评分比较差异不明显 ($p > 0.05$); 干预后, 观察组两项评分均较对照组更低 ($p < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组 SAS、SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	45	52.13 ± 5.14	32.15 ± 4.12	50.63 ± 4.82	30.15 ± 5.14
对照组	45	53.06 ± 5.35	44.13 ± 5.36	50.36 ± 4.03	45.36 ± 6.08
t		0.841	11.887	0.288	12.816

P	0.403	0.000	0.774	0.000
---	-------	-------	-------	-------

2.6 护理满意度

观察组护理总满意度较对照组高 ($p < 0.05$), 见表 6。

表 6 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	总满意度
观察组	45	23 (51.11)	20 (44.44)	2 (4.44)	0 (0.00)	43 (95.56)
对照组	45	15 (33.33)	22 (48.89)	5 (11.11)	3 (6.67)	37 (82.22)
χ^2						4.050
P						0.044

3 讨论

手术是治疗胃癌的重要方法, 目前腹腔镜胃癌根治术在临床得到广泛应用, 其具有创伤小、切口并发症少、组织粘连轻和瘢痕不明显等优势。但手术作为侵入性操作, 难免给患者带来生理上和心理上的应激创伤, 胃癌术后患者存在疼痛、消化道结构改变导致胃肠功能恢复慢、不良情绪明显等问题, 影响着患者的术后康复^[1]。针对这些问题, 选择合理的护理方案十分重要, 通过有效的护理措施减轻患者术后疼痛, 促进其胃肠道功能恢复对于加快患者的康复意义重大^[4-5]。

以问题为导向的管理是一种注重问题导向、以预防为主、使方法、过程和管理高度统一的一种管理方法。以问题为导向的护理需要在实施护理之前明确护理问题, 评估患者目前最大的护理需求, 并制定相应的措施, 从而有预见性地解决患者可能出现的护理问题, 使临床护理工作顺利、有条不紊地开展^[6]。本次研究将以问题为导向的护理模式应用到胃癌患者的术后护理工作中, 研究结果显示观察组患者术后疼痛评分较对照组更低, 分析原因可能是以问题为导向的护理模式在术前评估时, 了解到术后疼痛是影响康复的重要因素并采取多元化疼痛护理方案来应对, 从而有效缓解了患者的术后疼痛; 观察组术后胃肠功能恢复时间较对照组短, 分析原因是以问题为导向的护理模式通过提前制定术后早期活动方案, 促进了患者胃肠道的蠕动, 从而加快其胃肠功能的恢复。观察组 SAS、SDS 评分低于对照组, GCQ 评分高于对照组, 原因可能是以问题为导向的护理强调患者自我管理, 同时鼓励其家属参与护理工作, 提升患者的社会支持程度, 从而增加其安全感, 患者能更快适应角色, 调整心理状态, 从而有效减轻不良情绪, 提升舒适度。

综上所述, 以问题为导向的护理能够减轻胃癌术后患者的疼痛, 缓解不良情绪, 促进其胃肠功能恢复, 提升其舒适度。

参考文献:

- [1] 李晓娟, 关碧, 王慧, 等. 基于时机理论的综合性护理干预对胃肠道肿瘤患者疗效及术后并发症的影响[J]. 河北医药, 2021, 43(21):3338-3342.
- [2] 张燕, 南宁. 腹腔镜下胃癌根治术引入零缺陷理念的护理效果及对手术治疗效果的影响[J]. 贵州医药, 2022, 46(1):157-158.
- [3] 孟彩玲, 俞秀凤, 潘培芳, 等. 量化活动方案干预对胃癌患者术后疼痛评分及康复的影响评价[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2022, 29(5):621-624.
- [4] 张丽, 黄晓璐, 邱珊. 基于跨理论模型的集束化护理对胃肠道肿瘤患者术后肠内营养耐受性的影响[J]. 海军医学杂志, 2022, 43(10):1168-1172.
- [5] 何雯, 魏凯. 心理护理干预对胃癌根治术后患者生活质量及精神状态的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(5):946-949.
- [6] 杨麦兰, 廖理芳, 侯福伟, 等. 融入加速康复外科理念的临床护理路径在老年胃癌围手术期护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2022, 38(2):87-92.