

康复量化评估方案用于胃癌术后患者的干预效果及对胃肠功能恢复、生活质量的影响

王晴雷, 宋小俊

重庆三峡中心医院消化内科, 重庆 404000

【摘要】目的 探究胃癌术后患者行基于量化评估方案的护理干预效果及对胃肠功能恢复、生活质量的影响。**方法** 选取2015年8月至2018年2月本院行胃癌手术患者178例,按随机数表法分两组,均89例。对照组行常规护理,研究组行基于量化评估方案的护理干预,均干预3个月。比较两组胃肠功能恢复情况;疼痛评分[视觉模拟评分法(VAS)]、焦虑评分[焦虑自评量表(SAS)];生活质量评分[欧洲癌症研究与治疗组织生存质量核心量表(EORTC QLQ-C30)]。**结果** 研究组肠鸣音恢复时间、腹胀改善时间、排气恢复时间、排便恢复时间、胃管拔除时间均显著短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预前两组VAS、SAS评分差异无统计学意义($P>0.05$);干预3d后研究组VAS、SAS评分低于对照组($P<0.05$)。干预前两组生活质量评分差异无统计学意义($P>0.05$);干预3个月研究组角色、躯体、情绪、认知及社会功能评分、总体健康状况评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 量化评估方案应用于胃癌术后患者的护理干预有助于加快术后胃肠功能恢复,短时间内缓解疼痛程度及焦虑情绪,促进术后康复及生活质量提高。

【关键词】 胃癌; 术后; 量化评估; 护理干预; 胃肠功能; 生活质量

Rehabilitation quantitative evaluation program for interventional effect of postoperative patients with gastric cancer and its effect on gastrointestinal function recovery and quality of life

WANG Qing-lei, SONG Xiao-jun

Department of Gastroenterology, Chongqing Three Gorges Central Hospital, Chongqing 404000, China

【Abstract】Objective To investigate the effect of nursing intervention based on quantitative evaluation program and its effect on gastrointestinal function recovery and quality of life in postoperative patients with gastric cancer. **Methods** A total of 178 patients with gastric cancer surgery were enrolled in our hospital from August 2015 to February 2018. They were divided into two groups according to the random number table method, all of which were 89 cases. The control group received routine care, and the study group performed nursing intervention based on the rehabilitation quantitative assessment program. Intervened for 3 months. Comparison of gastrointestinal function recovery between the two groups; pain score [visual analogue scale (VAS)], anxiety score [athletic self-rating scale (SAS)]; quality of life score [European Cancer Research and Treatment Organization Quality of Life Core Scale (EORTC QLQ-C30)]. **Results** The recovery time of bowel sounds, time of bloating improvement, recovery time of exhaustion, time of recovery of bowel movement, and time of gastric tube removal were significantly shorter in the study group than in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). There was no significant difference in VAS and SAS scores between the two groups before intervention ($P>0.05$). After 3 days, the VAS and SAS scores of the study group were lower than those of the control group ($P<0.05$). There was no statistical difference in the quality of life scores between the two groups before intervention ($P>0.05$). The three-month intervention group's role, physical, emotional, cognitive and social function scores, and overall health status scores were higher than the control group. The difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The quantitative evaluation program applied to the nursing intervention of patients with gastric cancer can help to accelerate the recovery of postoperative gastrointestinal function, relieve pain and anxiety in a short period of

time, and promote postoperative rehabilitation and quality of life.

【Key words】 Gastric cancer; Postoperative; Quantitative assessment; Nursing intervention; Gastrointestinal function; Quality of life

量化评估方案下的护理是基于对患者年龄、病情、检查指标等主要方面的综合评估,明确个体护理需求及重点,实施个体化针对性干预。其强调差异化护理,已有研究^[1-2]将其应用于妇科恶性肿瘤、关节手术等干预中,并获得良好效果。胃癌是常见消化系统恶性肿瘤,患者确诊时多已处进展期,治疗以外科手术为主。由于癌症患者多伴其他疾病,加之不同年龄、性别者手术应激存在差异,围术期常规护理较难满足个体化需求^[3]。因此,探寻以患者为中心的个体化针对性干预方式尤为重要。但对目前量化评估方案在胃癌术后的应用研究尚少。本研究则纳入胃癌手术患者 178 例,旨在探讨术后行基于量化评估方案的护理干预效果及对胃肠功能恢复、生活质量的影响,以期为临床提供依据。现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 通过便利抽样法选取 2015 年 8 月至 2018 年 2 月重庆三峡中心医院消化科行胃癌手术患者 178 例为研究对象。纳入标准:①有胃癌术指征并接受手术;②患者及家属知情同意;③术前肢体功能正常;④术前体质量指数(BMI)>18.5 kg/m²,不存在营养不良;⑤依从性良好,配合护理干预;⑥初中及以上学历,满足出院后延续性护理的通讯需求。排除标准:①精神疾病、沟通障碍;②合并其他恶性肿瘤;③术前检查提示远处转移;④心、肝、肾等重要脏器功能障碍;⑤骨折、关节病变史等影响正常活动;⑥腹部手术史;⑦近 1 个月有胃肠动力药物应用史。按随机数表法分患者为研究组、对照组,各 89 例。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 方法 对照组行临床常规护理,含括心理护理、生活护理、环境护理、健康教育、出院指导、随访等。研究组行基于量化评估方案的护理干预,均干预 3 个月。研究组主要措施如下。

1.2.1 量化评估 成立护理干预小组,专门查阅有关资料、咨询专家、总结护理经验,根据患者年龄、TNM 分期、文化程度、疼痛程度、焦虑情绪等制定量化评估标准^[4]。其中疼痛程度采用视觉模

拟评分法(VAS)^[5]评定,0~10分,分为无痛(0分)、轻度(1~3分)、中度(4~6分)、重度(7~10分)疼痛。焦虑情绪评定采用焦虑自评量表(SAS)^[6],共 20 条目,行 4 级评分(1~4 分),分为轻度焦虑(50~59 分)、中度焦虑(60~69 分)、重度焦虑(≥70 分)。量化评估总分>12 分为高危者;9~12 分为中危者,<9 分为低危者。单一项目评分≥2 分则为需重点干预项目。护理干预量化评估指标及标准见表 1。

表 1 研究组护理干预量化评分标准

项目	1 分	2 分	3 分
年龄	<60 岁	60~70 岁	>70 岁
TNM 分期	I 期	II 期	III 期
文化程度	大专及以上	高中/中专	初中
疼痛程度	≤3 分	4~6 分	7~10 分
内科疾病	无合并	合并 1 种	合并 ≥2 种
焦虑情绪	轻度	中度	重度

1.2.2 干预人员配置 根据护士学历、工作年限、专业技术等进行护理人员分级:1 级(护士)、2 级(护师)、3 级(主管护师)、4 级(副主任护师)、5 级(主任护师)。本研究成立护理干预小组成员情况:护士 1 级 1 名,2 级 5 名,3 级 4 名,4 级 3 名,5 级 1 名(护士长)。参照量化评估结果进行护理分级配置:护士长根据护士能力、患者数量等弹性排班,指导、监督量化方案执行,组织护理工作总结;对量化评估低危者,配置 2 级护士 1 名;中危者配置 1 级、3 级护士各 1 名;高危者配置 4 级护士 1 名,2 级护士 1 名辅助护理。

1.2.3 护理干预措施 ①心理干预。一是相互认知:基于对患者兴趣爱好、文化水平、情绪状态、心理状况等方面的了解,建立沟通关系,分享自我正能量,倾听患者术后感觉,引导释放焦虑等不良情绪,构建相互认知关系,获取患者信任。二是情形转移:将沟通内容趣味化,同时选择适宜注意力寄托,通过电视、音乐、书籍等载体,将疼痛、焦虑等状态转移到患者感兴趣内容中,放松身心。三是家属干预:家属同样可发挥心理疏导、情绪干预作用,故对其进行相应认知教育及照料方式引导,以协助护理人员干预。对低危者共进行 30~40 min/d,

中危者 50~60 min/d, 高危者 60~80 min/d。②健康教育。采用发放健康手册(1本/患者)、开展胃癌术后病友交流会(1次/周)、个体教育指导、集中宣教(1次/周)等途径提高患者对疾病治疗、术后恢复及注意事项等方面认知, 增强术后恢复信心。其中个体教育指导对低危者 3 d/次, 中危者 2 d/次, 高危者 1 d/次; 可根据个体差异调整。③疼痛护理。一是体位干预: 术后麻醉清醒血压平稳后, 帮助患者取半卧位, 降低伤口张力, 缓解疼痛、不适感。二是个体化镇痛: 根据疼痛度适当镇痛, ≤ 3 分者不应用镇痛药; 4~5 分者, 尽量不应用镇痛药, 护理权限范围内帮助患者止痛, 对疼痛耐受度低、要求应用镇痛药者, 及时报告医生并处理; ≥ 6 分者, 遵医嘱实施药物镇痛。对中、高危患者加用注意分散法: 适当与患者对话, 如询问室内温度、光线是否适宜等便于回答的问题; 播放轻缓、舒心音乐(秋月梧桐、空等)。④早期营养支持。术后 6~12 h, 以 10% 氯化钾 10 mL+5% 葡萄糖溶液 500 mL 泵入以刺激肠蠕动, 滴速 25 mL/h, 溶液温度 38~40℃。若病情控制稳定, 术后 24 h 后给予 500 mL 肠内营养乳剂瑞代(生产厂家: Fresenius Kabi Deutschland GmbH, 批准文号: 国药准字 J20140077, 规格: 500 mL/袋), 50 mL/h 泵入, 无不适则增加 500 mL/d, 术后 4 d 达 1500 mL/d, 泵速每日增加 20 mL/h 直至 100 mL/h。期间根据患者耐受度、反应调整用量及速度, 尤其对中、高危者, 做好营养管护理, 防止导管脱落、移位、阻塞。⑤早期功能锻炼。术后 2~6 h: 下肢肌肉按摩, 每侧 4~5 min; 足踝关节被动运动(内外旋、屈伸), 5~10 次/组, 2 组/d; 协助翻身 1 次。术后 6~12 h: 一是自主肌肉收缩, 足背过屈、过伸; 二是关节运动, 足踝关节屈伸及内、外旋, 均 10~15 次/组, 3 组/d; 上肢抬高、握拳、平放, 下肢弯曲、抬高、平放, 均 10~15 次/组, 2 组/d。术后 12~24 h: 上肢抬臂、肘关节屈伸、肩关节旋转, 下肢抬腿、外展内收髋关节、膝关节伸屈, 均 10~15 次/组, 3 组/d。术后 24~48 h: 指导自主翻身(2 h/次)及床上坐立(维持 3~5 min/次, 3 次/d), 床旁站立、坐立(3~5 min/次, 2 次/d)。术后 48~72 h: 协助下床走动, 500~800 步/d, 可进行穿衣、洗漱等简单日常活动。术后 72 h 后, 根据个体情况进行步行器辅助等行走锻炼。期间对中、高危者尤其注重生命体征监测及症状观察, 一旦出现头晕、活动性出血等即停止锻炼, 行对症处

理。⑥出院干预。出院时强化健康宣教, 含括康复锻炼、营养支持、按时复诊、用药事项等。出院后通过电话回访(1次/周)、家庭访视(2次/周)及建立 QQ 群、微信群、网上咨询间等途径实施延续性护理。

1.2.3 针对性干预 针对单一项目评分 ≥ 2 分者需行针对性干预。①年龄 ≥ 60 岁者, 应强化生命体征监测, 警惕突发性周围循环衰竭症状。②TNM 分期 \geq II 期者, 强化病情监测及心理疏导, 分享成功案例, 增强康复信心。③合并内科疾病 ≥ 1 种者, 加强症状观察与不适情况询问(2 h/次)。④VAS ≥ 4 分者, 采用肌肉按摩法, 提高其他部位舒适度, 相对减轻疼痛感, 15~25 min/次, 术后 3 d 内均 3 次/d, 而后据个体需求而定。⑤焦虑程度 \geq 中度者, 强化心理干预(70~100 min/d), 营造轻松环境, 转移患者注意。⑥高中/中专、初中学历者, 教授微信、QQ 等通讯软件使用方法及技巧, 便于出院后延续性护理的顺利实施。

1.3 观察指标 ①胃肠功能恢复情况。统计两组肠鸣音恢复时间、腹胀改善时间、排气恢复时间、排便恢复时间、胃管拔除时间。肠鸣音恢复: 术毕回病房起, 每 1 h 听诊 1 次肠鸣音, 听诊含括左上腹、右上腹、左下腹、右下腹, 各区听诊 2 min/次, 2 个及以上听诊区提示肠鸣音 ≥ 3 次/min 则肠鸣音恢复。腹胀改善: 参照 WHO 分级标准^[7]: 0 级无腹胀; 1 级轻度腹胀, 腹内有气体转动的轻微感觉; 2 级中度腹胀, 腹部稍膨隆, 胀痛可忍受; 3 级重度腹胀, 明显胀痛, 腹部膨隆, 可伴恶心呕吐、烦躁、呼吸困难等。1 级腹胀降至 0 级为改善, 2 级、3 级腹胀降至 ≤ 1 级为改善。排气、排便情况由责任护士每 2 h 询问 1 次, 记录首次排气、排便时间, 其与手术结束时间的差值即为排气、排便恢复时间。②疼痛、焦虑评分。分别采用上述 VAS、SAS 量表评定干预前(术后当天)、干预 3 d 后两组疼痛程度、焦虑情况。③生活质量评分。采用欧洲癌症研究与治疗组织生存质量核心量表(EORTC QLQ-C30)^[8], 共 30 条目, 分 15 项维度: 5 项功能维度(角色、躯体、情绪、认知及社会功能), 3 项症状维度(恶心呕吐、疲劳、疼痛), 6 项单一维度及 1 项总体健康状况维度。由于计分规则提示: 功能维度及总体健康状况评分越高则功能状况及生活质量越好。因此本研究主要纳入 5 项功能维度及 1 项总体健康状况进行干预前、干预 3 个月时两组(无

增强等有关,可诱发胃肠黏膜应激反应,损害黏膜屏障,影响术后恢复^[9]。故护理干预至关重要。量化评估作为前瞻性护理干预方法,在于通过综合评估患者主要影响因素,将其分成层级不同的护理对象,并配置不同级别干预人员,实施分层、分类的个体化针对护理,避免护理干预盲目性。已有研究发现,其应用于腹部手术对情绪改善、机体恢复有利^[10]。

量化评估旨在分级明确护理风险,针对制定个体干预方案,如对高危者配置更高级别护理人员,增加辅助护理,以确保护理到位,实现最佳护理状态。由于癌症具有慢性消耗性特征,患者营养状况相对劣于正常健康者,加之手术应激反应,机体需求较大。据文献报道,腹部手术如胃部、结肠术等患者术后6 h内肠道吸收功能可恢复^[11]。故多数研究^[12-13]认为胃癌术后6~12 h实施早期营养支持可行。且资料显示,营养支持早期进行可满足胃癌术后机体营养需求,对促进胃肠功能恢复有利^[14]。早期肠内营养可保护肠黏膜功能及结构完整,防止肠道菌群失调,减少肠道内毒素生成,助于缩短进口进食时间。本研究量化评估后将患者分低危、中危、高危三级并配置不同级别护理人员,实施早期营养支持干预,结果显示,研究组肠鸣音恢复时间、腹胀改善时间、排气恢复时间、排便恢复时间、胃管拔除时间短于对照组。与有关研究^[15]显示的量化评估策略下行护理干预后,患者胃管拔除、肛门排气、下床活动等时间均显著缩短,并得出该方式可促进胃肠功能术后恢复的结论相似。提示该护理方式相比常规护理对胃肠功能恢复作用显著。除上述因素外,经分析还与术后早期功能锻炼有关。术后早期运动有助于改善胃肠植物神经功能,降低交感神经兴奋性,促腹腔血液循环,提高胃肠道血液灌注指数,满足胃肠道新陈代谢的氧量需求,提高消化液分泌量。且适当锻炼能够调节患者情绪状态,利于术后恢复良性循环状态形成。

国外研究显示,恶性肿瘤患者焦虑程度相比健康人显著高,术后焦虑若未有效控制,易发展为抑郁,影响治疗及恢复^[16]。焦虑可促发交感神经亢进,分泌大量儿茶酚胺,造成神经功能紊乱,进而可产生胸闷、心悸等症状,影响病情及生活质量。故本研究将焦虑程度纳入量化评估项目,按轻度、中度、重度予以评分,针对不同分级与焦虑程度患

者实施心理干预。结果显示,干预3 d后SAS评分低于对照组。提示该方式减轻焦虑程度效果显著。经分析在于:心理干预中建立相互认知利于获取患者信任,便于沟通交流,释放情绪;情形转移可分散患者注意,一定程度提高其疼痛阈值,进而减轻疼痛感;家属干预可发挥协助作用,Yan等^[17]即分析96例胃癌术后患者发现,术后护理结合家属护理对患者情绪及精神状态、术后康复具有重要积极作用。且针对性干预可避免盲目性,提高干预效能。此外,研究表明,术后做好疼痛护理,适当早期活动,有助于减少疼痛抑制胃肠蠕动情况^[18]。疼痛护理有助于术后患者机体功能恢复,提升舒适度,对生存质量的提升亦大有裨益。本研究基于量化评估实施不同分级疼痛护理,结果显示研究组干预3 d后VAS评分低于对照组。经分析在于:量化评估下疼痛护理实施体位护理、个体化镇痛、注意分散,及针对疼痛度高患者实施按摩转移,于个体、全体方面提高了疼痛缓解效果。但对疼痛护理需注意事项:严格分析疼痛原因,若痛源为伤口,需判定伤口是否感染,体位是否影响伤口疼痛度及愈合,对感染伤口需告之医生并对应处理;若痛因为焦虑紧张,需加强心理疏导、情绪干预;若导管留置诱发疼痛,需明确其置入适宜性,判断引流通畅性等,根据痛因采取措施减轻疼痛。此外,本研究显示,干预3个月研究组角色、躯体、情绪、认知及社会功能评分、总体健康状况评分高于对照组。验证了以往研究^[19-20]。提示基于量化评估方案的护理干预具有较高生活质量改善效能。考虑也与该干预方式下术后胃肠功能恢复快、焦虑及疼痛改善显著等有关。

综上所述,量化评估方案应用于胃癌术后患者的护理干预有助于加快术后胃肠功能恢复,短时间内缓解疼痛程度及焦虑情绪,促进术后康复及生活质量提高。但本研究样本量小,影响结果普遍性;且由于依据不足尚未准确界定不同分级的护理措施,这为后续研究提供了方向,今后还有待进一步探索。

参考文献

- [1] 张丰韬,关宁. 术后护理干预在促进胃癌根治术胃肠功能康复中的应用 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21 (12):77-79.
- [2] 蓬勳,周群燕. 快速康复理念对腹腔镜胃癌根治术后疼痛、炎症反应和胃肠功能的影响 [J]. 中国医药导报, 2016, 13

- (17):97-100.
- [3] 韩博. 护患合作品管圈活动促进胃癌患者术后胃肠功能恢复的效果观察 [J]. 中华全科医学, 2017, 15 (10):1815-1817.
- [4] 沈洁, 严志龙, 俞秀冲, 等. 基于量化评估策略的护理干预对胃癌术后患者胃肠功能恢复及生活质量的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(5):642-645.
- [5] 闵腊英, 任明扬, 周群丽, 等. 快速康复外科护理路径在腹腔镜胃癌根治术围术期护理中的应用 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2018, 25(3):377-380.
- [6] 李清文, 王建祥, 吴海龙, 等. 基于坚强概念的健康教育在胃癌术后化疗患者中的应用 [J]. 中国健康教育, 2018, 34(2):170-173.
- [7] 王丽, 蔡文智, 杜真真, 等. 晚期鼻咽癌放疗病人胃肠道反应分析及护理对策探讨 [J]. 护理研究, 2015, 29(14):1761-1764.
- [8] 余敏, 路孝琴. 老年晚期癌症患者生命质量及其影响因素的研究 [J]. 中华全科医师杂志, 2017, 16(2):118-121.
- [9] 杭卫丽. 纽曼系统护理模式对胃癌根治术病人胃肠功能及生活质量的影响 [J]. 护理研究, 2017, 31(18):2294-2296.
- [10] Song W, Teng W, Shi X, et al. The Relationship between RUNX3 Expression, Nursing Strategies and Nutritional Status in Elderly Patients with Advanced Gastric Cancer [J]. Iranian Journal of Public Health, 2017, 46(6):762-770.
- [11] 刘冰心, 郭婷. 胃癌手术患者快速康复外科护理中量化活动方案的实施 [J]. 护理学杂志, 2018, 33(10):23-26.
- [12] 程火玲, 刘忠云. 心理干预结合辨证施护对胃癌术后化疗患者免疫功能的影响 [J]. 护理学杂志, 2015, 30(8):76-78.
- [13] 任亚男, 于志梅, 董树宝. 延续性护理健康教育对胃癌患者术后康复效果的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(6):766-769.
- [14] 郑伟, 王芹芹, 唐小丽, 等. 中医护理技术综合用于胃癌切除术后促进肠功能恢复 [J]. 护理学杂志, 2015, 30(4):11-13.
- [15] 周雪, 喻思红, 冯毕龙. 基于快速康复外科理念的胃肠减压方式应用于胃癌根治术的系统评价 [J]. 护理学杂志, 2016, 31(22):92-96.
- [16] 夏灿灿, 杨洋, 江志伟, 等. 胃癌患者加速康复外科围术期的优化护理实施及效果评价 [J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(20):64-68.
- [17] Yan J, Liu T. Effect of operating room care combined with home care for the postoperative rehabilitation and prognosis of gastric cancer patients with low PTEN gene expression [J]. Oncology Letters, 2017, 14(2):2119-2124.
- [18] Roy B L, Pereira B, Bouteloup C, et al. Effect of prehabilitation in gastro-oesophageal adenocarcinoma: study protocol of a multicentric, randomised, control trial—the PREHAB study [J]. Bmj Open, 2016, 6(12):e012876.
- [19] 习羽, 牛少雄, 木拉提, 等. 不同方式促进胃癌患者术后胃肠功能恢复的临床研究 [J]. 实用医学杂志, 2015, 31(10):1659-1661.
- [20] Jeon B H, Choi M, Lee J, et al. Relationships between gastrointestinal symptoms, uncertainty, and perceived recovery in patients with gastric cancer after gastrectomy [J]. Nursing & Health Sciences, 2016, 18(1):23-29.