

• 临床探讨 •

# 应用化疗泵持续化疗的消化道肿瘤患者癌因性疲乏的护理干预方法

莫占端

(海南省海口市人民医院监管治疗科 570208)

**摘要:**目的 探讨应用化疗泵持续化疗的消化道肿瘤患者癌因性疲乏的护理干预效果。方法 选择海口市人民医院 2012 年 1 月至 2014 年 1 月 80 例应用化疗泵持续化疗治疗的消化道肿瘤癌因性疲乏患者,按随机数字表法平均分为对照组和研究组,每组各 40 例。对照组患者在治疗过程中仅给予常规护理,研究组患者在此基础上给予系统护理干预治疗,比较两组患者治疗前、后疲乏程度及生活质量状况。结果 研究组患者经干预治疗后疲乏症状较治疗前明显改善,其无疲乏例数明显增多,重度疲乏例数明显减少,与对照组比较差异有统计学意义( $\chi^2=12.75, 6.49, P<0.05$ );研究组患者干预治疗后在心理功能、躯体功能、认知功能、社会功能及角色功能 5 个维度中评分均较干预前明显升高,且均高于对照组,差异有统计学意义( $t=10.49, 12.34, 11.05, 12.56, 10.65, P<0.05$ ),其总体健康状况评分为(71.9±9.4)分,明显高于干预治疗前的(49.2±9.2)分及对照组的(56.9±8.9)分,差异有统计学意义( $t=15.65, 11.23, P<0.05$ )。结论 对应用化疗泵持续化疗的消化道肿瘤癌因性疲乏患者使用系统护理干预可有效改善其疲乏症状,提高生活质量,值得临床推广应用。

**关键词:**消化道肿瘤; 化疗泵; 持续化疗; 癌因性疲乏; 护理

**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2016.12.042 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)12-1698-03

化疗是治疗消化道肿瘤的一种重要手段,全自动化化疗泵持续化疗作为便携式化疗设备,具有方便高效的特点,在各大医院已广泛应用<sup>[1]</sup>。但由于长期紧张、痛苦及持续治疗往往对患者产生一种非同寻常的、持久性的主观劳累感,即癌因性疲乏(CRF),患者表现为虚弱、非特异性无力、疲劳、嗜睡、注意力不集中及兴趣减少等症状,不仅严重影响其生活和治疗,甚至终止治疗,加重病情发展,是影响治疗和康复的重要因素<sup>[2]</sup>。因此,在消化道肿瘤患者治疗过程中,正确认识其 CRF 的症状及程度,给予相应的护理干预,已成为提高治疗效果、生活质量及改善预后的关键因素。本研究通过对本院 80 例消化道肿瘤患者 CRF 进行一系列的护理干预,效果显著,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择本院 2012 年 1 月至 2014 年 1 月 80 例应用化疗泵持续化疗治疗的消化道肿瘤患者 80 例,其中男 43 例,女 37 例;年龄 24~72 岁,平均(56.8±12.5)岁;肿瘤分期:Ⅰ期 11 例,Ⅱ期 32 例,Ⅲ期 28 例,Ⅳ期 9 例;文化水平:小学 5 例,初、高中 15 例,大专 25 例,本科及以上 35 例;所有患者均被认定为 CRF 患者,且留置深静脉导管应用化疗泵持续化疗 20 d 以上,化疗药物均为 5-氟尿嘧啶,同时均具有正常的认知及思维能力、语言表达清晰。本研究经医学伦理委员会批准,且所有患者均签署知情同意书。按随机数字表法平均分为两组,研究组及对照组各 40 例,两组患者性别、年龄、肿瘤分期及文化水平等方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 CRF 评定标准** CRF 评定标准依据第十次国际疾病分类修订会议提出的诊断标准<sup>[3]</sup>:(1)虚弱无力、肢体沉重;(2)注意力不集中;(3)缺乏兴趣、情绪低落;(4)失眠或嗜睡;(5)醒后精神仍无恢复;(6)活动性差;(7)出现悲伤、挫折感或易激惹等情绪反应;(8)不能正常完成日常活动;(9)短期记忆力减退;(10)活动后经过休息疲乏症状持续数小时不能缓解;(11)以上疲乏症状反复出现并持续至少 2 周。

**1.3 护理方法** 对照组患者使用常规护理,研究组在此基础上进行系统护理干预,具体干预方法如下。

**1.3.1 健康教育** 根据患者不同的文化程度及对疾病的知识需求,制订个体化教育计划,帮助患者了解疾病的相关常识,讲

解相关疾病及 CRF 产生的原因、机制及不良后果,同时介绍治疗原理及护理方案,以提高患者的疾病认识和自我护理能力。

**1.3.2 心理干预** 由于疾病本身带来的痛苦,以及长期治疗过程产生的家庭社会影响,使患者产生一系列紧张、焦虑、失落等负面心理。因此,医护人员应给予患者提供适当的心理咨询及健康宣教,并对其进行心理疏导,帮助其了解疲乏产生的原因,耐心倾听患者讲述,鼓励其积极配合治疗,树立疾病治愈的信念及乐观的心态,通过放松训练、舒缓情绪达到身心愉悦舒适的状态。同时,家人陪伴及社会支持对患者的治疗同样具有重要影响,鼓励家属积极陪护,给予患者更多的关心和耐心,通过家人的关爱和陪伴使患者保持良好的心理,以期达到治愈的目的。

**1.3.3 生活指导** 患者应保证充足、优质的晚间睡眠,避免长时间白天睡眠,维持正常的生活节律,避免下午或睡前饮用浓茶或咖啡。帮助患者创造利于睡眠的环境,睡前可适当使用热水泡足、按摩等。另外,应根据患者实际情况制订相应的运动计划,对活动项目、时间、强度等加以限定,以保护管道、化疗泵在位且通畅不脱管。运动项目主要包括一些有氧运动,如慢走、体操、太极、骑自行车及上下楼梯等。运动时间一般安排在下午 5:00 以后,每次运动 30 min,运动强度由轻到重、由简到繁,循序渐进,并持之以恒。另外可根据患者兴趣适当参加一些轻松活动,如听音乐、读书、打牌、下棋、跳舞等。注意运动时与情志调整相结合,把“练身”和“练心”有机结合起来,缓解肌肉紧张及精神抑郁状态。锻炼可增强新陈代谢及血液循环,氧供充分,可提高对抗 CRF 的效力。

**1.3.4 饮食干预** 每周对患者的体质量及体内水、电解质平衡进行监测,与营养师配合制订一套符合患者自身的膳食计划。因肿瘤疾病本身消耗量大,应食用易消化的高蛋白、高纤维、高营养类食物,如新鲜蔬菜、鱼类、瘦肉、鸡蛋及豆制品等。另外可多食用大蒜、芦笋、海带、木耳等抗癌食品及桂圆、红枣、山药等补气血食物。注意合理膳食、荤素搭配,可多种花样换搭,色香味俱全促进食欲。每天至少饮水 3 000 mL 左右,以提高治疗期间体内代谢水分供应,并预防口腔黏膜炎发生。另外,严格控制患者饮食,使用餐具彻底消毒,并禁食生冷及辛辣的食物,减少感染发生。通过增加患者营养成分摄入,增强机

体抵抗力,利于疾病治疗及康复。

**1.3.5 疼痛护理** 对患者疼痛护理应严格遵守有效控制疼痛的指导原则,观察病情变化和药物反应,加强用药护理。同时,应与患者进行有效沟通,可通过听音乐、看电视及与病友交流等途径分散注意力。减少外在刺激源引起患者恶心、呕吐等不良反应,保持室内环境清洁、空气清新。

**1.3.6 提高患者自我护理能力** 告知患者自我护理的重要性,使其积极投入到自我护理状态中,由被照顾的思想观念转变为自我护理观念,外在的帮助、支持及护理均是为自身护理创造有利条件,调节其自我护理的积极性,并积极参与到自我护理技能的学习及训练中。

**1.4 评价指标** CRF 评估采用美国癌症中心疼痛研究小组制定的简易疲乏评估量表(BFI)<sup>[4]</sup>,该表采用 10 分制数字描述。主要包括:现在疲乏程度;过去 24 h 疲乏程度;过去 24 h 疲乏对情绪、行动、工作、与他人关系、生活乐趣等的影响等。0 分为无疲乏,>0~3 分为轻度疲乏,>3~6 分为中度疲乏,>6~10 分为重度疲乏,分值越高表明疲乏程度越明显。生活质量评价采用欧洲癌症研究与治疗组织研制的生活质量核心调查问卷(EORTCQLQ-C30),共包括躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能 5 个功能子量表,并对其总体健康状况进行评分,得分越高,表示功能或健康状况越好<sup>[9]</sup>。

**1.5 评价时间及方法** 于患者入院接受化疗 2~3 个疗程(干预前)及干预 5 周后(干预后)对两组患者进行 CRF 和生活质量评估。所有调查问卷及评估量表在护士指导下由患者自己填写,或患者口述由评估人员帮助填写。

**1.6 统计学处理** 采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,计量资

料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

**2.1 两组患者治疗前、后 CRF 程度比较** 见表 1。研究组患者经干预治疗后疲乏症状较干预前明显减轻,无疲乏患者例数明显增多而重度疲乏患者例数明显减少,差异有统计学意义( $\chi^2 = 12.75, 8.01, P < 0.05$ );对照组治疗前、后疲乏症状改善不明显。两组患者无疲乏及重度疲乏例数比较差异有统计学意义( $\chi^2 = 12.75, 6.49, P < 0.05$ )。

表 1 两组患者干预前、后 CRF 程度比较(n)

| 组别  | n        | 无疲乏  | 轻度疲乏 | 中度疲乏 | 重度疲乏 |
|-----|----------|------|------|------|------|
| 研究组 | 40 干预治疗前 | 0    | 16   | 15   | 9    |
|     | 干预治疗后    | 11△▲ | 15   | 14   | 0△▲  |
| 对照组 | 40 治疗前   | 0    | 17   | 15   | 8    |
|     | 治疗后      | 0    | 18   | 16   | 6    |

注:与干预治疗前比较,△ $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,▲ $P < 0.05$ 。

**2.2 两组患者治疗前、后生活质量评分比较** 见表 2。研究组患者经干预治疗后,其在心理功能、躯体功能、认知功能、社会功能及角色功能 5 个维度中评分均较干预治疗前明显升高,且均高于对照组,差异有统计学意义( $t = 10.49, 12.34, 11.05, 12.56, 10.65, P < 0.05$ )。其总体健康状况评分为(71.9 ± 9.4)分,明显高于干预治疗前的(49.2 ± 9.2)分及对照组治疗后的(56.9 ± 8.9)分,差异有统计学意义( $t = 15.65, 11.23, P < 0.05$ )。

表 2 两组患者治疗前、后生活质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别  | n        | 心理功能         | 躯体功能         | 认知功能         | 社会功能         | 角色功能         | 总体健康状况       |
|-----|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 研究组 | 40 干预治疗前 | 48.9 ± 5.6   | 54.6 ± 8.5   | 50.8 ± 7.9   | 48.9 ± 8.4   | 43.2 ± 8.3   | 49.2 ± 9.2   |
|     | 干预治疗后    | 69.8 ± 6.5△▲ | 73.4 ± 9.6△▲ | 74.0 ± 8.9△▲ | 73.8 ± 8.9△▲ | 67.6 ± 9.2△▲ | 71.9 ± 9.4△▲ |
| 对照组 | 40 治疗前   | 49.5 ± 5.9   | 55.3 ± 7.9   | 50.9 ± 7.8   | 49.4 ± 8.9   | 44.1 ± 9.0   | 49.8 ± 9.5   |
|     | 治疗后      | 54.9 ± 6.2   | 59.0 ± 8.7   | 56.2 ± 8.2   | 54.6 ± 8.7   | 50.3 ± 8.7   | 56.9 ± 8.9   |

注:与干预治疗前比较,△ $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,▲ $P < 0.05$ 。

3 讨 论

癌症患者由于疾病自身组织消耗,造成的营养不良、贫血及器官功能障碍等对患者身心产生严重负面影响,加之化疗治疗带来的经济压力及家庭负担使患者产生一种主观性的心理负担。CRF 是临床化疗治疗的癌症患者最常见症状之一,患者常表现出主观性乏力感,持续时间长,往往被疾病疼痛所掩盖,严重影响患者的生活和治疗,是影响治疗与康复的重要因素<sup>[6]</sup>。CRF 发病原因与肿瘤本身及治疗均相关,因此,在化疗泵持续化疗治疗过程中,医护人员应提高观察力,及时发现患者发病症状,给予适当的护理干预,可有效缓解患者 CRF 程度,全面提高患者生活质量。

生活质量指人类个体在生理、心理、精神和社会各方面的主观感觉及总的满意程度,是适应生物-社会-心理医学模式的新健康指标,已成为判断癌症疗效的一项重要指标<sup>[7]</sup>。EORTCQLQ-C30 量表是目前临床常用评价肿瘤患者生活质量的自评量表,共包括心理功能、躯体功能、认知功能、社会功能及角色功能 5 个维度,得分越高,生活质量越好<sup>[8]</sup>。有研究表明,通过心理干预、健康教育、饮食调节及运动锻炼可有效缓

解 CRF 症状,促进患者积极参与治疗,有效提高癌症治疗疗效<sup>[9]</sup>。本研究结果显示,研究组患者在应用化疗泵持续化疗过程中使用一系列护理干预治疗可有效改善其 CRF 症状,干预治疗后无疲乏例数明显高于干预治疗前,同时重度疲乏患者明显减少,其改善程度明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结果表明,通过健康教育帮助患者充分了解 CRF 产生的原因、机制及不良后果,鼓励其积极配合医护人员治疗对策,从而可缓解疲乏的程度。另外,对患者所表现出的紧张、焦虑、抑郁等心理障碍,给予相应的心理干预治疗,在亲人及朋友的鼓励及关爱下有效缓解其不良情绪,保持良好的心理状态,积极应对治疗。有研究表明,适当的有氧运动可减轻疲乏,如散步、慢跑、做操等形式的运动可增加患者血液循环速度,提高脏器氧供作用,促进机体新陈代谢,并增强其免疫力<sup>[10]</sup>。因此,适当的锻炼与高质量睡眠相结合是消除和缓解疲乏症状的有效途径。肿瘤是一种消耗性疾病,机体需加强营养供应,从而增强患者的抵抗力,提高患者对治疗的耐受性、改善全身状况,更有效地缓解疲乏症状。另外,肿瘤本身及治疗对患者造成的伤害及疼痛是不容忽视的一大护理重点,告知患者通过听音

乐、参加病友活动、聊天等途径转移其注意力,减轻疼痛对其造成的精神损害,减缓心理负担。同时鼓励患者进行积极自我管理干预,从而预防和缓解 CRF 发生,并提高患者生活质量。本研究中,研究组患者经干预治疗后其生活质量评分较干预治疗前明显升高,且高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结果进一步表明,对应用化疗泵持续化治疗的消化道肿瘤患者产生的 CRF 症状进行合理有效的护理干预治疗,不仅可有效缓解其疲乏症状,同时可明显提高患者生活质量,符合生物医学新健康原则。

总之,对应用化疗泵持续化疗的消化道肿瘤患者 CRF 进行一系列合理有效的护理干预治疗,可有效缓解其疲乏症状,并提高其生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 甘海洁. 系统性护理干预对晚期非小细胞肺癌化疗患者癌因性疲乏的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 7(3): 276-279.

[2] 薛秀娟, 许翠萍, 杨雪莹, 等. 癌因性疲乏测评工具及评价指标的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(9): 859-861.

[3] 岳利霞, 王松峰. 癌因性疲乏的研究进展[J]. 中国医药, 临床探讨.

2013, 8(5): 712-713.

[4] 杨金菊, 丁敏. 肿瘤患者癌因性疲乏干预措施的研究进展[J]. 中国全科医学, 2012, 15(6): 593-595.

[5] 赵颖, 闫获, 徐一丹, 等. 认知干预对结直肠癌患者癌因性疲乏与自我护理能力的影响[J]. 护理管理杂志, 2014, 14(4): 284-285.

[6] 万光明, 陶路宁, 王懿, 等. 系统化护理干预对缓解肺癌患者癌因性疲乏的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(18): 63-65.

[7] 张森, 王维利, 李成, 等. 自我管理对消化系统恶性肿瘤病人癌因性疲乏症状及其生命质量的影响[J]. 护理研究, 2013, 27(20): 2104-2107.

[8] 杨秀清, 陈劲, 彭丽彬, 等. 人文关怀对癌症患者癌因性疲乏及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(8): 884-886.

[9] 丁芳. 系统护理干预对胃癌病人癌因性疲乏的影响[J]. 护理研究, 2013, 27(17): 1747-1748.

[10] 江雨芬, 范钰. 护理干预对肿瘤化疗患者癌因性疲乏的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2010, 14(20): 16-17.

(收稿日期: 2015-12-25 修回日期: 2016-02-24)

负压封闭引流技术应用于深Ⅱ、Ⅲ度烧伤患者的护理效果及临床价值

莫慧颖

(中南大学湘雅医院烧伤科, 长沙 410008)

**摘要:**目的 研究深Ⅱ、Ⅲ度烧伤患者应用负压封闭引流技术的护理效果及临床价值。方法 收集中南大学湘雅医院 2014 年 6~12 月确诊为深Ⅱ、Ⅲ度烧伤的患者 100 例, 采用随机数字表法将 100 例深Ⅱ、Ⅲ度烧伤患者分为观察组(50 例)和对照组(50 例), 两组患者均采取负压封闭引流技术进行治疗, 对照组采取常规护理方式进行护理, 观察组采取特殊护理方式进行护理, 观察对比两组患者疼痛评分、住院时间、护理满意率及并发症发生情况。结果 观察组疼痛评分及住院时间明显少于对照组, 两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 观察组护理满意率为 100.00%, 对照组护理满意率为 92.00%, 观察组护理满意率明显高于对照组, 两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 观察组并发症发生率为 4.00%, 对照组并发症发生率为 18.00%, 观察组并发症发生率明显低于对照组, 两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 负压封闭引流技术应用于深Ⅱ、Ⅲ度烧伤患者具有明显的疗效, 经过特殊护理方式患者并发症发生率明显减少, 且疼痛评分与住院时间得到明显改善, 具有较高的护理满意率, 为患者减轻了痛苦, 值得在临床进一步推广应用。

**关键词:** 负压封闭引流技术; 深Ⅱ、Ⅲ度烧伤; 护理效果; 临床价值

**DOI:**10.3969/j.issn.1672-9455.2016.12.043 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)12-1700-03

负压封闭引流术(VSD)在临床上是一种常用的引流方法, 其原理是应用负压引流敷料覆盖并封闭好创面组织, 并对外露的骨与关节进行保护, 对外界的细菌发生创面的二次感染起到预防作用<sup>[1-2]</sup>。同时对创面进行冲洗, 将由创面产生的水蒸气、坏死物产生的腐败气体及创面的渗出物吸出, 从而有利于创面肉芽组织生长, 达到促进伤口愈合的目的<sup>[3]</sup>。其感染发生率较低, 能有效防止细菌侵入, 在临床上具有一定的治疗意义。本文旨在研究深Ⅱ、Ⅲ度烧伤患者应用负压封闭引流技术的护理效果及临床价值, 现报道如下。

1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集本院 2014 年 6~12 月确诊为深Ⅱ、Ⅲ度烧伤的患者 100 例, 采用随机数字表法将 100 例深Ⅱ、Ⅲ度烧伤患者分为观察组(50 例)和对照组(50 例); 其中观察组年龄 22~45 岁, 平均(32.6±4.5)岁; 对照组年龄 23~45 岁, 平均

(32.5±4.6)岁。两组患者年龄等一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。致伤原因包括电烧伤、火焰烧伤和热液烫伤。所有患者及其家属均知情同意, 且签署知情同意书。

1.2 纳入和排除标准

**1.2.1 纳入标准** (1)所有患者烧伤创面均伴有不同程度的感染;(2)经过清创后发生严重的组织缺损情况, 深部结构外露, 无法自行愈合, 需要采取植皮或者皮瓣移植等方式进行创面修复。

**1.2.2 排除标准** (1)排除患有糖尿病且难以得到控制的患者;(2)排除患有严重心、肝、肾功能性疾病的患者;(3)排除患有代谢性疾病、恶性肿瘤和凝血异常等疾病的患者<sup>[4-5]</sup>。

**1.3 治疗方法** 两组患者入院后首先均控制感染给予敏感抗菌药物及合适的支持治疗。经过引流切除患处结痂后, 根据创