

· 临床探讨 ·

# 纽曼系统护理模式对降低子宫内膜癌患者行子宫全切术后焦虑抑郁情绪的效果研究\*

王 晶, 吴 迪

(哈尔滨医科大学附属第一医院妇科一病房, 哈尔滨 150001)

**摘要:**目的 探讨纽曼系统护理模式对子宫内膜癌患者子宫全切术后焦虑抑郁情绪的作用。方法 选取该院 2014 年 10 月至 2015 年 8 月因子宫内膜癌行子宫全切术的患者 90 例。随机分为对照组和试验组, 对照组接受常规护理, 试验组采用纽曼系统模式进行护理。通过一系列量表比较 2 组患者在入院时、术前后、出院时的焦虑情况和抑郁情况。结果 试验组和对照组的焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分在术前后和出院时的差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。临床症状自评量表(SCL-90)评分中的恐怖、躯体化、焦虑、抑郁、精神病性、人际关系等因子得分差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 纽曼系统护理能显著降低子宫内膜癌患者行子宫全切术后的焦虑抑郁情绪, 显著提高患者术后的生命质量和家庭幸福感。

**关键词:**纽曼系统护理模式; 子宫内膜癌; 子宫全切术

**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.08.035 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)08-1140-03**

子宫内膜癌是原发于子宫内膜的恶性肿瘤, 是众多国家高发的恶性肿瘤之一, 而我国目前子宫内膜癌发病率也呈显著上升趋势<sup>[1]</sup>。子宫全切术是子宫内膜癌的重要治疗手段。由于其涉及到女性的生殖系统, 患者往往出现焦虑、恐惧、抑郁等负面情绪, 影响治疗及术后康复<sup>[2]</sup>。纽曼系统模式围绕系统及压力组成, 主要包括机体防御、压力源及护理干预措施。作为开放性系统, 纽曼系统模式可通过三级预防措施帮助患者积极面对压力源, 重获健康<sup>[3]</sup>。笔者利用纽曼系统模式对子宫内膜癌子宫全切术后患者进行护理, 取得了良好效果。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 10 月至 2015 年 8 月在本院因子宫内膜癌行子宫全切术的患者 90 例。将患者随机分为试验组和对照组, 各 45 例。2 组患者在病情发展情况经本院专家会诊, 均符合且需要进行子宫全切术治疗。试验对象纳入标准如下: (1) 符合子宫全切适应证, 且为首次手术者; (2) 排除心、脑、肾等器官严重疾病, 患者均未患有其他慢性病; (3) 患者意识清醒, 沟通良好, 知情并自愿参与本次研究。2 组患者家庭经济及患者年龄差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者基本资料

组别	<i>n</i>	年龄 (岁)	年收入 ( $\bar{x} \pm s$ , 万元)	平均年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)
试验组	45	43~57	47.6±3.7	6.73±2.12
对照组	45	39~59	44.1±4.3	7.05±2.67
$\chi^2/t$		0.873		0.133
<i>P</i>		>0.05		>0.05

## 1.2 方法

**1.2.1 对照组护理方法** 在围手术期, 对照组患者给予常规治疗和护理, 常规入院宣教, 健康宣教和饮食指导。

**1.2.2 试验组护理方法** 试验组患者在对照组常规护理基础上, 根据纽曼系统模式来对患者进行系统的心理干预, 协助患者进行有目的地自我调整, 帮助个体重建。(1) 基础性心理支

持: 对待患者要热情, 主动自我介绍, 向患者介绍病区环境, 告知其主管医师、主任、护士长, 细心聆听患者的诉求和烦恼并给予适当的心理支持。让患者感受到亲切和关怀, 鼓励患者积极面对压力源, 减轻患者的焦虑情绪, 从而更好的沟通了解患者的情况。(2) 个体化评估: 纽曼系统模式将患者看做独立的个体系统, 责任护士在患者入院后, 通过患者家庭状况、性格特点、文化程度, 合并访谈法对患者的心理状态进行评估<sup>[4]</sup>。分析患者及其家庭对子宫全切术的了解和接受程度, 并进行个体化的心理护理, 对每个患者的具体问题具体分析, 实行一对一的心理干预, 以减轻患者的负面情绪, 提升患者对手术接受程度。对个别情绪低落患者可采取音乐疗法和指导深呼吸, 帮助缓解焦虑<sup>[5]</sup>。(3) 家庭式健康教育: 本院制作关于子宫内膜癌和子宫全切术的宣传教育幻灯片, 片长约 30 min, 于术前以家庭为单位组织观看, 由专人讲解, 语言通俗易懂, 帮助患者及家属了解子宫的生理构造和功能, 消除理解盲区, 避免不必要的焦虑和心理障碍<sup>[6]</sup>。讲解子宫全切术的利弊, 术后注意事项及手术风险, 术后可能的并发症, 如何自我护理等患者关注的实用知识<sup>[7]</sup>。增加性知识教育, 消除患者对性方面的焦虑, 帮助患者减少术后性生活障碍的发生, 鼓励患者家属对患者表达关心和理解, 避免影响夫妻感情和家庭和谐。

**1.3 评价量表** (1) 焦虑自评量表(SAS)<sup>[8]</sup>: 在患者入院时、术前后、出院时分别由专职护士进行测评, 由此评估患者的焦虑情绪, 得分越高表示焦虑越严重。(2) 抑郁自评量表(SDS)<sup>[9]</sup>: 在患者入院时、术前后、出院时分别由专职护士进行测评, 由此评估患者的抑郁情绪, 得分越高表示抑郁越严重。(3) 临床症状自评量表(SCL-90): 该量表含有 90 个自我评定项目, 适用于全面的精神状态评估, 患者根据自身感受选择对应评分, 通过各条目的评分得到每个因子的得分<sup>[10]</sup>。(4) 性生活状况调查表: 所有研究对象均在术前和术后 3 月对性生活状况进行满意度调查。

**1.4 统计学处理** 本次研究所有数据均采用 SPSS19.0 软件进行统计分析; 计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用 *t* 检验; 计数资料采用例数或率表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验; 检验标准  $\alpha = 0.05$  (单侧或双侧), 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

\* 基金项目: 黑龙江省卫生和计划生育委员会科研课题资助项目(2012-518)。

## 2 结果

**2.1 2 组患者入院、术前及出院时的 SAS、SDS 评分比较** 通过对 2 组患者进行手术前后的 SAS 和 SDS 比较,发现 2 组患者在入院知晓自身病情时,SDS 评分及 SAS 评分处于相同水平,差异无统计学意义( $P>0.05$ );术前 1 d,2 组患者接受不同的护理方案,对照组的 SAS 评分和 SDS 评分均显著高于试验组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),表明纽曼模式的护理方案可有效缓解患者术前的焦虑及心理压力;通过对 2 组患者术后半年的 SAS 评分及 SDS 评分的比较,发现 2 组患者术后半年的 SAS 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),表明疾病/手术的焦虑感可以在一定时间内自发消除;对照组的 SDS 评分显著高于试验组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),说明接受纽曼模式护理的患者比接受普通护理更加容易克服术后的抑郁感,反映了纽曼模式护理对于重建该类患者心理健康、提高术后生命质量方面的积极作用。见表 2、3。

**2.2 2 组患者 SCL-90 评分的比较** 通过 SCL-90 各因子评分的比较,可以发现试验组的多组情绪评价指标(恐怖、躯体化、焦虑、抑郁、精神病性、人际关系)均显著优于对照组,进一步反应了纽曼护理模式对于改善患者术后情绪的积极作用。见表 4。

**2.3 2 组患者性生活满意度调查** 入院前试验组与对照组差异无统计学意义( $P>0.05$ );接受纽曼系统护理后,试验组患者的术后性生活满意度显著高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 5。

表 2 2 组 SAS 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	入院时	术前 1 d	出院时
对照组	45	48.42±6.42	56.49±5.25	39.55±7.24
试验组	45	49.11±4.57	47.38±4.87	38.42±5.63
t		0.52	8.64	0.47
P		>0.05	<0.05	>0.05

表 3 2 组 SDS 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	入院时	出院时	术后半年
对照组	45	45.36±7.31	48.42±8.66	51.33±8.72
试验组	45	46.33±6.57	42.57±7.34	41.32±6.88
t		0.48	5.13	8.57
P		>0.05	<0.05	<0.05

表 4 2 组患者 SCL-90 得分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	偏执	敌对	恐怖	躯体化	焦虑	抑郁	强迫症状	精神病性	人际关系
对照组	45	1.43±0.42	1.45±0.51	1.41±0.36	1.35±0.38	1.43±0.55	1.53±0.33	1.31±0.22	1.51±0.41	1.24±0.51
试验组	45	1.41±0.43	1.44±0.35	1.63±0.37	1.57±0.35	1.68±0.44	1.67±0.51	1.35±0.42	1.65±0.37	1.66±0.52
t		1.677	1.548	8.285	9.014	9.356	7.427	1.213	8.469	10.374
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

表 5 手术前后 2 组患者性生活满意度调查表

组别	n	术前			术后 3 个月		
		满意(n)	不满意(n)	满意度(%)	满意(n)	不满意(n)	满意度(%)
对照组	45	41	4	91.1	29	16	64.4
试验组	45	42	3	93.3	38	7	84.4
P		>0.05	>0.05		<0.05		<0.05

## 3 讨论

随着社会的发展,健康观念和医学模式日益健全,健康并不仅仅是生理健康,还包括心理健康和社会功能等方面的需求。纽曼系统模式是一种有效的护理模式,它可以帮助患者充分认识病情,提高机体免疫力,减轻心理负担,克服心理障碍,并能够提升患者的自我应对能力,从而更好的进行自我调控,减轻不良情绪,降低对术后生活的影响。纽曼系统模式的提出,正是护理人文化的发展趋向。如何帮助患者积极面对压力、重获健康是护理人员的职责所在<sup>[11]</sup>。

子宫是女性的重要生殖器官,子宫全切术对患者的生理和心理都有着非常大的影响,患者在承受病痛的同时,还要承担心理和家庭的压力。心理活动能够影响机体的生理功能,负面心理能显著降低机体免疫力,进而影响疾病的转归和预后<sup>[13]</sup>。因此,本研究对子宫全切术患者进行纽曼系统模式的护理干预,意在减轻其抑郁和焦虑,提高术后生命质量,这符合护理学科的发展趋向。

2 组患者在入院时的 SAS 评分和 SDS 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ )。在 2 组患者都接受了相应的护理干预之后,试验组患者的 SAS 评分和 SDS 评分显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),说明试验组所接受的纽曼系统护理模式可以显著降低患者因手术带来的焦虑和抑郁情绪。与普通护理干预比较,纽曼系统是将人作为整体,从生理、心理、社会文化、生长发育和精神信仰等 5 个方面的变化维持人的完整性,通过压力源、机体防御机制和护理预防措施这 3 个部分对患者进行全线干预,提升患者的治疗积极性和恢复健康的自信心,从而能提高自我管理的能力。因此,护理人员有目的地使用纽曼系统护理模式对患者进行护理干预,更加适合患者的情绪需求,使患者得到良好的护理,减少焦虑抑郁的发生,心理状态更加稳定。

2 组患者在偏执、敌对、强迫症状等因子得分上差异无统计学意义( $P>0.05$ ),而在恐怖、躯体化、焦虑、抑郁、精神病性和人际关系等因子得分上,试验组显著高于对照组,差异有统

计学意义( $P < 0.05$ ),说明试验组所接受的纽曼系统护理模式在对缓解患者的恐怖、躯体化、焦虑、抑郁、精神病性和人际关系等不良情绪的效果优于对照组的普通护理,可以显著缓解患者因手术带来的诸多情绪问题。纽曼系统模式的三级预防措施,能有效改善患者的心理状态。灵活运用纽曼系统模式为指导,帮助患者应对来自外环境的压力源,努力调整机体内环境,使患者更有治疗积极性,能自觉调动系统内部和外部因素来努力增强 3 条防御线,坚定患者自我管理的持久性,帮助患者乐观对待病痛,树立信心,重建人际交往的能力。

2 组患者在术前的性生活满意度差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),2 组患者在接受了相应护理干预之后,试验组患者的术后性生活满意度显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),说明接受纽曼系统护理模式的患者术后生活更加和谐,纽曼系统模式的整体观、三级预防概念确立了术后患者的康复模式中的抵抗线、正常防线、弹性防线的内涵。纽曼系统护理模式可以帮助患者更好的适应术后生活,提高生命质量,减少子宫全切术对患者家庭的影响。

本研究通过对患者进行个体化认知评估,采取针对性预防和护理干预措施,围绕纽曼系统模式对患者进行护理,采用有目的与针对性的护理干预保持护理对象的稳定,帮助护理对象调整以达到最佳健康水平。最终结果显示,纽曼系统模式对子宫内癌子宫全切术后患者具有积极作用,提高了患者的术后性生活满意度,增强了其自我管理技能,有效改善了术后焦虑抑郁情绪。因此,将纽曼系统模式应用在临床实践,指导护士有针对性地对患者进行护理干预,能帮助患者恢复健康、维持健康。

参考文献

[1] 吴君梅,张有新,高岚. 45 岁以下年轻妇女子宫内癌手术范围讨论[J]. 中国民康医学,2013,25(15):75-76.  
 [2] 李明. 心理干预对全子宫切除术患者焦虑、抑郁情绪的影

响[J]. 当代护士(专科版),2013,5(5):127-128.  
 [3] 杨淑群,陈晓毅,詹文伟,等. 纽曼系统护理模式对原发性高血压患者血压及遵医行为的影响[J]. 现代临床护理,2011,10(6):49-50.  
 [4] Cobb RK. How well does spirituality predict health status in adults living with HIV-disease: a neuman systems model study[J]. Nurs Sci Q,2012,25(4):347-355.  
 [5] 杨绍平,马兰,伍倚欣,等. 认知行为干预对子宫全切病人心理的影响[J]. 全科护理,2012,10(35):3269-3270.  
 [6] 伍丽霞,林少英,柳晓春. 心理干预对子宫全切术患者性生活及生活质量的影响[J]. 护理学杂志,2009,24(2):42-44.  
 [7] 马瑞. 心理干预对子宫切除术后患者不良情绪及性生活满意度的影响[J]. 当代护士(学术版),2013,4(4):55-56.  
 [8] 段泉泉,胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.  
 [9] 刘芳宜,朱丽明,方秀才,等. 三种不同心理测评量表对功能性消化不良患者焦虑、抑郁状态的评估[J]. 胃肠病学,2012,17(2):106-109.  
 [10] Moller HJ. Standardised rating scales in psychiatry: methodological basis, their possibilities and limitations and descriptions of important rating scales [J]. World J Biol Psychiatry,2009,10(1):6-26.  
 [11] 张平,陈蕾,宋旭红,等. SCL-90 评估中国内地 31 249 名护士心理健康状况的 Meta 分析及常模确定[J]. 中国健康心理学杂志,2011,19(3):297-300.  
 [12] 常明凤. 心理干预应用于宫颈糜烂患者对其临床效果及生活质量的影响[J]. 当代医学,2012,18(1):39-40.

(收稿日期:2016-12-23 修回日期:2017-01-14)

• 临床探讨 •

## 超声刀联合双极电凝在腹腔镜肝切除术中的治疗效果\*

江德全<sup>1</sup>,冯华国<sup>1</sup>,代国华<sup>1</sup>,冯毅<sup>1</sup>,朱耀虹<sup>1</sup>,龚建平<sup>2</sup>,游宇来<sup>1△</sup>

(1. 重庆市江津区中心医院肝胆外科 402260;2. 重庆医科大学附属第二医院肝胆外科 400010)

**摘要:**目的 研究探索在腹腔镜下行肝切除术中应用超声刀联合双极电凝的临床治疗效果,评估其临床意义。方法 选取该院 2012 年 12 月至 2015 年 6 月收诊、行肝切除术患者 170 例,按数字法随机平均分为所有患者为观察组(给予超声刀联合双极电凝治疗)与对照组(给予单极电凝治疗)各组 85 例,比较 2 组治疗后肝切除所耗时长、行肝切除术后并发症和患者相同时间视觉模拟评分(VAS)、Oswestry 功能障碍指数评分(ODI)。结果 观察组的肝切除术各参数显著优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组的并发症率优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组术后 3 d 的 VAS、ODI 显著优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 超声刀联合双极电凝在腹腔镜下行肝切除术具有较好的疗效,可减少患者的并发症率,提高患者满意度,值得推广应用。

**关键词:**超声刀; 肝切除术; 腹腔镜; 双极电凝

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.08.036 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)08-1142-03

近年来,腹腔镜下行肝切除术在良、恶性肝脏病变的治疗中被广泛采用。与传统的开腹肝切除比较,腹腔镜肝切除具有

术野清晰、患者全身反应轻等优势<sup>[1]</sup>。腹腔镜下切肝方式较多,但肝切除术的主要关键是保证术中出血量少、组织损伤低

\* 基金项目:重庆市卫生和计划生育委员会基金资助项目(2012-2-376)。

△ 通信作者,E-mail:fenghuaguo@126.com。