

- the risk of non-home discharge after resection of gastric adenocarcinoma be predicted: a Seven-Institution study of the US gastric cancer collaborative [J]. J Gastrointest Surg, 2015, 19(2): 207-216.
- [7] 谢凤兰, 林芳宇, 彭利芬, 等. 全程延续护理指导对胃癌患者化疗依从性的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(18): 1401-1404.
- [8] 雷玉梅, 付汉东. 协同护理对胃癌术后化疗患者负性情绪和自我护理能力的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(12): 1718-1720.
- [9] 许大云, 冯玉玲, 范钰, 等. 人文关怀护理对胃癌放疗患者心理及生存质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(16): 2274-2277.
- [10] 富乐, 孙威. 个性化护理对胃癌患者疾病认知度、治疗效能感及睡眠质量的影响研究[J]. 中国医药导报, 2016, 13(4): 172-174.
- (收稿日期: 2019-02-12 修回日期: 2019-05-04)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 23. 026

多学科干预护理模式对胸腹腔镜食管癌根治术后患者健康水平及心理状况的影响

徐 静¹, 杨 敏^{2△}, 张罗化¹

陕西省肿瘤医院: 1. 体检中心; 2. 乳腺一科, 陕西西安 710061

摘 要:目的 探讨多学科干预(MDT)护理模式对胸腹腔镜食管癌根治术后患者健康功能量表评分及焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分的影响。方法 选取该院 2010 年 2 月至 2018 年 1 月收治的食管癌根治术后患者 194 例。按照随机数字表法分为一般护理组和 MDT 护理组, 各 97 例。一般护理组予以传统的常规护理模式, 在此基础上, MDT 护理组予以多学科干预护理模式。比较两组患者在健康功能量表评分及 SAS、SDS 评分上的差异。结果 MDT 护理组患者生理功能、总体健康、社会功能、情感职能及精神健康维度评分均显著高于一般护理组($P < 0.05$); MDT 护理组 SAS 量表评分、SDS 量表评分均显著低于一般护理组($P < 0.05$)。结论 MDT 护理模式在食管癌根治术后患者的临床护理中效果显著, 能有效提高患者健康水平, 改善患者生理功能, 减轻患者心理负担, 值得临床推广。

关键词:多学科干预; 焦虑自评量表; 抑郁自评量表; 食管癌

中图分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)23-3477-04

食管癌(EC)常见于中老年人, 在我国以鳞癌为主。EC 早期病变限于原位癌, 患者出现吞咽不适、胸骨烧灼感, 到中后期表现为进行性吞咽困难, 压迫神经可出现声音嘶哑、霍纳氏综合征等^[1]。患者长期无法正常进食, 最终出现恶病质, 严重危及生命。作为全球第八大癌症的 EC, 其发病率、病死率各国之间差异很大^[2]。研究表明, 我国每年无论 EC 新发病例还是病死率都位居各国之首, 因此倍受临床关注^[3]。目前临床上治疗 EC 的首选方法为手术根治^[4]。但是由于患者缺乏对手术和疾病的认识, 存在恐惧心理, 围术期配合医护人员的积极性不高, 降低了预后水平。在行 EC 切除术后, 患者创口大, 卧床时间久, 无法正常吞咽饮食, 生理和心理都受到较大损伤, 此时一般的围术期护理模式取得的临床效果并不理想^[5]。研究证实, 多方面、多学科的护理干预, 可使患者在身心健康、社会价值等诸多方面取得良好的干预效果, 提升了患者的预后质量, 在国内外受到了越来越多的重视^[6]。但目前将多学科干预(MDT)护理模式应用于胸腹腔镜 EC 根治术的报道有限, 对食管癌根治术后患者的症状评估模糊。因此, 笔者就 MDT 护理模式对胸腹腔镜 EC 根治术后患者健康、功能量表评分及

焦虑、抑郁评分的影响展开报道, 旨在为临床提供指导, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 2 月至 2018 年 1 月收治的 194 例行 EC 根治术后的患者, 纳入标准^[7]: (1)均符合第 8 版国际 TNM 分期中 I 期、II 期和部分 III 期 EC(T₃N₁M₀ 和部分 T₄N₁M₀)者; (2)均符合《外科学(第 9 版)》EC 手术适应证者; (3)均行胸腹腔镜 EC 根治术者; (4)均自愿参与本研究并签署知情同意书者。排除标准^[7]: (1)符合第 9 版《外科学》EC 手术禁忌证者; (2)合并系统疾病者; (3)存在认知障碍者。按照随机数字表法分为一般护理组和 MDT 护理组, 各 97 例。两组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

1.2 护理方法

1.2.1 一般护理 严格遵循本院护理制度, 对一般护理组患者行围术期护理。

1.2.2 MDT 护理

1.2.2.1 团队分组 组建 MDT 护理小组, 该护理组由 4 个小组组成, 分别为专科小组、影像小组、生活心理小组及并发症小组。专科小组由 1 名胸外科主治

△ 通信作者, E-mail: 10912905082@qq.com。

医生、1 名重症医学科医生、1 名心血管内科医生与两名本科护士组成,其中主治医生担任组长,该组具备本科室相关的专业知识,主要负责患者围术期疾病处理及康复的主要实施;影像小组由 1 名放射科医生、1 名超声科医生组成,该小组具备影像学相关专业知识,主要负责患者食管癌手术前后影像学诊断及观察术后情况;生活心理小组由 1 名营养师、1 名临床心理

科医生组成,该组掌握了营养及心理学的相关知识,主要负责患者的营养计划及患者术前、术后的心理干预;并发症小组由 1 名血液科医生、1 名神内科医生及 1 名内分泌科医生组成,该组掌握了术后并发症的相关知识,主要负责防治患者术后并发症。

1.2.2.2 工作职责 具体职责分工见表 2。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,年)	性别(n)		文化程度(n)	
				男	女	高中以下	高中及以上
一般护理组	97	68.17±6.97	6.22±2.33	58	39	89	8
MDT 护理组	97	67.96±6.85	6.14±1.98	49	48	92	5
χ^2/t		0.21	0.26		1.69		0.74
P		0.83	0.80		0.19		0.39

表 2 MDT 小组职责

小组名称	小组职责
专科小组	胸外科医生:EC 疾病相关知识、手术过程的相关介绍,手术预后的介绍及讲解患者术后需注意的生活习惯、生活方式的改变 重症医学科医生:配合患者进行生命体征、心电图、血氧饱和度监测;相关实验室指标监测 心血管内科医生:抗凝与溶栓治疗的健康教育 本科护士:生活护理与饮食护理、抗凝治疗与溶栓治疗基本护理;一名负责记录、统计术后 1 周患者的生理状态、心理情绪、饮食改善及功能改善情况,制成统计图在小组讨论中展示给各小组;另一名护士每天记录患者的各项数据指标,客观记录并疏导患者的心理负担。做到一对一的个性化针对性护理。并及时与患者家属沟通患者情况,协商下一步护理计划的实施。
影像小组	放射科医生:负责患者手术前后影像学诊断定位及术后评估 超声科医生:配合超声检查的相关护理与健康教育
生活心理小组	营养师:负责患者营养干预与健康教育 临床心理医师:负责患者的心理干预工作
并发症小组	针对患者术后相关并发症的针对性防治;同时予以相关防治知识指导

1.2.2.3 小组讨论 每周一组织 MDT 各小组集合进行患者讨论。由专科小组的两名护士负责记录、统计这一周患者的生理状态、心理情绪、饮食改善及功能改善情况,制成统计图展示。若患者出现异常,则由专科小组的成员针对性讨论后,提出解决方案提交给专科护士进行实施,最后再由组长再次确认无异常问题后,总结一周情况并汇总各组意见,制订下周具体护理实施项目后,宣布讨论完毕。

1.2.2.4 患者个体化护理 由 MDT 护理组内的专科小组另一位护士负责,每天记录患者的各项数据指标,客观记录并疏导患者的心理负担。做到一对一的个性化针对性护理。并及时与患者家属沟通患者情况,协商下一步护理计划的实施。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者健康功能量表评分;(2)比较两组患者症状评估量表(MDA-SI 量表)评分;(3)比较两组患者抑郁自评量表(SDS)评分;(4)比较两组患者焦虑自评量表(SAS)评分。

1.4 评估标准 采用健康状况调查简表(SF-36 量表)对患者健康功能情况进行评估;采用 MDA-SI 量表对患者症状及困扰情况进行评估;采用 SAS 及 SDS 对患者进行评估,调查问卷回收率为 100%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以例数表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组健康功能量表评分比较 MDT 护理组患者生理功能、总体健康、社会功能、情感职能及精神健康评分显著高于一般护理组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

2.2 两组患者 MDA-SI 量表结果比较 MDT 护理组出现疲乏、食欲减退、气短、睡眠不安、苦恼、悲伤、口干、反流的人数显著少于一般护理组,差异均有统计学意义($P<0.05$);MDT 护理组情绪、一般活动、生活

乐趣、工作及行走能力出现困扰的人数显著少于一般护理组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 3 两组健康功能量表评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	躯体疼痛	总体健康	生理功能	生理职能	社会功能	情感职能	活力	精神健康
一般护理组	97	59.87±4.23	55.21±3.56	54.65±4.77	55.34±3.67	51.43±6.12	52.13±5.54	55.41±3.24	52.48±5.25
MDT 护理组	97	60.02±4.11	62.13±3.65	61.32±4.56	55.61±3.56	59.66±6.23	60.09±6.02	55.71±3.11	61.12±5.31
<i>t</i>		0.25	13.37	9.95	0.52	9.28	9.58	0.66	11.40
<i>P</i>		0.80	0.00	0.00	0.60	0.00	0.00	0.51	0.00

表 4 两组 MDA-SI 量表结果比较(*n*)

项目	一般护理组(<i>n</i> =97)				MDT 护理组(<i>n</i> =97)				χ^2	<i>P</i>
	轻	中	重	总发生	轻	中	重	总发生		
症状严重程度										
疲乏	44	10	13	67	25	8	11	44	9.85	0.00
食欲减退	22	11	14	47	19	6	5	30	6.22	0.01
气短	25	11	6	42	12	13	2	27	5.06	0.02
睡眠不安	22	10	17	49	11	3	8	22	11.21	0.00
苦恼	25	5	3	33	10	8	2	20	4.39	0.04
恶心	19	12	7	38	22	2	3	27	2.80	0.10
悲伤	26	11	8	45	13	4	4	21	4.53	0.00
瞌睡	17	11	9	37	17	3	6	26	2.84	0.09
口干	18	5	5	28	14	1	1	16	4.23	0.04
呕吐	17	6	2	25	13	5	1	19	1.06	0.30
咳嗽	13	2	5	20	11	2	1	14	1.28	0.26
反流	25	6	11	42	15	4	4	23	8.35	0.00
症状困扰程度										
情绪	19	11	5	35	19	3	0	22	4.20	0.04
一般活动	21	4	9	34	15	3	3	21	4.29	0.04
生活乐趣	24	25	6	55	15	2	6	23	11.23	0.00
工作	32	11	6	49	19	6	8	33	5.41	0.02
与其他人的关系	25	11	7	43	24	5	3	32	2.63	0.10
行走能力	32	33	21	86	22	26	7	55	15.21	0.00

2.3 两组患者 SAS 量表和 SDS 量表评分比较
MDT 护理组 SAS 量表和 SDS 量表评分均显著低于一般护理组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组 SAS 量表和 SDS 量表评分比较($\bar{x}\pm s$,分)			
组别	<i>n</i>	SAS 量表评分	SDS 量表评分
一般护理组	97	46.75±5.32	47.32±4.97
MDT 护理组	97	42.27±4.21	41.31±3.68
<i>t</i>		6.50	9.43
<i>P</i>		<0.05	<0.05

3 讨 论

早期 EC 患者可出现吞咽阻塞等不适感,不易发现。但 EC 发展到晚期,癌变常出现转移,治疗效果不佳,危及生命。研究显示,我国不少地区的居民由于不健康的饮食习惯及嗜烟嗜酒等不良生活方式,EC 发病率呈逐年上升的趋势,已成为我国重点关注的疾病^[8]。目前,手术切除治疗是 EC 首选治疗方案。但

临床上,行 EC 根治术后的患者由于无法维持正常生活方式,患者身心健康遭到严重影响,并发症发生率也居高不下^[9]。如何提高患者的生活质量、改善患者的情绪,成为 EC 根治术后患者护理的关键问题。
常规的围术期护理应用于 EC 根治术患者取得的临床护理效果并不理想^[10]。MDT 综合护理是一种联合多门学科的护理干预模式。MDT 护理模式打破了传统专科专治的理念,通过从患者专科疾病、并发症、生活饮食、心理健康及根治术的相关危险因素等多个角度开展护理干预,目的就是改善 EC 根治术后患者生理及心理状态,实现最大程度的康复^[11]。区别以往分工不明确的 MDT 模式,本院 MDT 护理模式分为 4 个小组,每个组负责解决患者不同的问题。专科小组从患者疾病本身出发,详细准确地制订针对疾病的治疗方案及相关的护理方案。其中小组护士除了负责生活护理与饮食护理、抗凝治疗与溶栓治疗基本护理外,还需记录、统计患者术后 1 周的生理状态、心理情绪、饮食改善及功能改善情况,并制成统计图在小组

讨论中进行展示。而另一名护士每天记录患者的各项数据指标,客观记录并疏导患者的心理负担,做到一对一的个性化针对性护理,并及时与患者家属沟通患者情况,协商下一步护理计划的实施。因此,专科小组保证了根治术治疗的有效性和科学性,有效减少了患者手术的失败率,提高了手术前后护理的有效性。影像小组成员术前对患者进行专业的影像学分析,判定 EC 浸润的区域,极大限度精确根治术范围,减少患者不必要的损伤。同时,该组还负责患者术后的影像学康复评估,严格检查根治术质量,减少失误及突发情况的发生^[12]。生活心理小组是由两部分成员组成,一部分是负责患者术前、术后饮食搭配的营养师,一部分是负责患者手术前后的心理干预医生。有效解决了 EC 根治术后患者由于不能正常饮食导致的营养匮乏情况,改善了手术的预后^[13]。心理医生在围术期对患者定期做好心理干预,减轻患者负担,利于医护人员操作。同时,解除了患者术后无法正常生活而出现的抑郁、焦虑的情绪,达到生理、心理的愈合^[14]。并发症小组针对手术途中及术后患者可能出现的一切并发症,制订第一时间的措施以减少患者不良反应的发生。MDT 综合护理细分了患者各个方面的治疗护理任务,但是各个小组间又相互联系、彼此监督。同时,本院更注重各小组之间的并轨与交互,实行一周一会的方式,使 MDT 各小组在各司其职的同时也相互交错,共同综合干预。护理人员也通过一周一会等集中讨论,增加了各个方面的护理知识,形成了更全面的护理意识,从而更好地对患者展开护理干预。区别传统的专科专治的护理理念,多学科、多角度对患者实施护理干预,既减少了手术的风险及并发症,又保证了护理的全面性、科学性,同时稳定术后患者心理状态,提高了患者整体康复水平^[15]。本研究中,MDT 护理组患者生理功能、社会功能、情感职能及精神健康都得到了更好的改善,而患者的不良反应及其困扰也有效地减少。与此同时,MDT 护理模式对患者的焦虑、抑郁状态起到了更为显著的改善作用。

综上所述,MDT 综合护理模式可更有效地提高 EC 根治术后患者功能及健康水平,更有助于减轻患者心理负担,安全性高,值得临床推广。本研究为了更准确地对术后患者的症状及健康状况进行评估,采用 SF-36 量表、MDA-SI 量表全面地对患者健康功能情况、症状程度及困扰情况进行评估,将症状具体化、数字化。相较于以往的研究更具有直观性、准确性及客观性。但由于本研究纳入的样本数量有限,且仅以本院患者为研究对象,后续有待于通过多中心、大样本量的综合性研究,对 MDT 用于胸腹腔镜 EC 根治术后患者的临床护理效果进行广泛验证,以期为提高

护理水平提供借鉴。

参考文献

- [1] 傅剑华,谭子辉.食管癌外科治疗的现状与未来展望[J].中国肿瘤临床,2016,43(12):507-510.
- [2] ZENG H,ZHENG R,ZHANG S,et al. Esophageal cancer statistics in China,2011: Estimates based on 177 cancer registries[J]. Thorac Cancer,2016,7(2):232-237.
- [3] 乔友林.食管癌流行病学研究的重要里程碑[J].中国肿瘤临床,2016,43(12):500-501.
- [4] 董秋华.两种方法输入肠内营养在胸腹腔镜联合食管癌切除术中的应用效果[J].检验医学与临床,2017,14(16):2471-2473.
- [5] 滕亚莉.食管癌患者放化疗期间实施综合心理护理干预的效果评价[J].世界华人消化杂志,2016,24(10):1565-1569.
- [6] 徐培,沈莹,马晓燕,等.多学科联络护士全程干预在提升危重病人护理质量中的作用[J].天津护理,2016,24(6):499-501.
- [7] 秦建军,李印.日本食管协会(JES)第 11 版食管癌 TNM 分期简介[J].中国胸心血管外科临床杂志,2017,24(9):657-660.
- [8] TILOKE C,PHULUKDAREE A,CHUTURGOON A A. The antiproliferative effect of Moringa oleifera crude aqueous leaf extract on human esophageal cancer cells[J]. J Med Food,2016,19(4):398-403.
- [9] 文玉琴,何丽,李丽霞.胸腹腔镜联合食管癌根治术患者感染预防与控制研究[J].中华医院感染学杂志,2016,26(1):98-99.
- [10] 李明涛,张达.围术期肠内营养对老年食管癌患者术后转归的影响研究[J].检验医学与临床,2016,13(20):2935-2936.
- [11] STREETON A,BISBEY C,O'NEILL C,et al. Improving Nurse-Physician teamwork:a multidisciplinary collaboration[J]. Med Surg Nurs,2016,25(1):31-36.
- [12] BLACKBURN R,PRESSON K,LAUFMAN R,et al. Establishing an inpatient gym for recipients of stem cell transplantation:a multidisciplinary collaborative[J]. Clin J Oncol Nurs,2016,20(1):66-71.
- [13] 徐敏,赵慧莉,张仪芝.多途径延续护理对食管癌患者术后营养状况的影响[J].护士进修杂志,2016,31(13):1224-1226.
- [14] MATAMOROS L,COOK M. A Nurse-Led innovation in education:implementing a collaborative multidisciplinary grand rounds[J]. J Contin Educ Nurs,2017,48(8):353-359.
- [15] STUBBS E A,ZIMMERMAN A R,WARNER L A,et al. Reflecting on a multidisciplinary collaboration to design a general education climate change course[J]. J Environ Stud Sci,2018,8(1):32-38.