

HD 治疗前和治疗 1 年后的整体认知功能、记忆及执行功能变化情况,下一步需要扩大样本量并随访长期 HD 治疗的 CKD5 期患者认知功能变化情况及其影响因素。

综上所述,HD 治疗主要改善 CKD5 期患者多维度的记忆功能及执行功能,而整体认知功能未见变化。瞬时记忆及执行功能的改善与 CKD5 期患者肾性贫血指标密切相关,提示临床需要提高对贫血的关注度,积极治疗贫血以改善 CKD5 期患者的认知功能。

参考文献

[1] VAN ZWIETEN A, WONG G, RUOSPO M, et al. Prevalence and patterns of cognitive impairment in adult hemodialysis patients: the cognitive-HD study[J]. *Nephrol Dial Transplant*, 2018, 33(7): 1197-1206.

[2] DREW D A, WEINER D E, TIGHIOUART H, et al. Cognitive decline and its risk factors in prevalent hemodialysis patients[J]. *Am J Kidney Dis*, 2017, 69(6): 780-787.

[3] O'LONE E, CONNORS M, MASSON P, et al. Cognition in people with end-stage kidney disease treated with hemodialysis: a systematic review and meta-analysis[J]. *Am J Kidney Dis*, 2016, 67(6): 925-935.

[4] TIFFIN-RICHARDS F E, COSTA A S, HOLSCHBACH B, et al. The Montreal cognitive assessment (MoCA): a sensitive screening instrument for detecting cognitive impairment in chronic hemodialysis patients[J]. *PLoS One*, 2014, 9(10): e106700.

[5] 洪霞,张振馨,武力勇,等. 听觉词语学习测验对阿尔茨海

默病的诊断价值[J]. *中国医学科学院学报*, 2012, 34(3): 262-266.

[6] AVILA J F, VERNEY S P, KAUZOR K, et al. Normative data for farsi-speaking Iranians in the United States on measures of executive functioning[J]. *Appl Neuropsychol Adult*, 2019, 26(3): 229-235.

[7] SONG M K, PAUL S, WARD S E, et al. One-year linear trajectories of symptoms, physical functioning, cognitive functioning, emotional well-being, and spiritual well-being among patients receiving dialysis[J]. *Am J Kidney Dis*, 2018, 72(2): 198-204.

[8] BUGNICOURT J M, GODEFROY O, CHILLON J M, et al. Cognitive disorders and dementia in CKD: the neglected kidney-brain axis[J]. *J Am Soc Nephrol*, 2013, 24(3): 353-363.

[9] LU R, KIERNAN M C, MURRAY A, et al. Kidney-brain crosstalk in the acute and chronic setting [J]. *Nat Rev Nephrol*, 2015, 11(12): 707-719.

[10] KURELLA T M, XIE D, YAFFE K, et al. Vascular risk factors and cognitive impairment in chronic kidney disease: the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) study[J]. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2011, 6(2): 248-256.

[11] SINGH A K, SZCZECHE L, TANG K L, et al. Correction of anemia with epoetin alfa in chronic kidney disease[J]. *N Engl J Med*, 2006, 355(20): 2085-2098.

[12] KURELLA T M, VITTINGHOFF E, YANG J, et al. Anemia and risk for cognitive decline in chronic kidney disease[J]. *BMC Nephrol*, 2016, 17(1): 13-19.

(收稿日期:2020-09-30 修回日期:2021-02-02)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.09.033

预见性护理对非小细胞肺癌肺叶切除术患者的效果及生活质量的影响

赵妮霞,李敏,任晓红[△]

延安大学附属医院胸外科,陕西延安 716000

摘要:目的 探讨预见性护理对非小细胞肺癌肺叶切除术患者的效果及生活质量影响。方法 入选 97 例非小细胞肺癌肺叶切除术患者,采用随机数字表法进行分组,观察组 48 例给予预见性护理,对照组 49 例给予常规护理。比较两组术后恢复情况、护理满意度、生活质量评分、并发症发生情况。结果 观察组引流管拔管时间、住院时间均短于对照组($P < 0.05$)。观察组患者护理满意度高于对照组($P < 0.05$)。观察组护理后躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活评分均高于对照组($P < 0.05$)。观察组并发症发生率低于对照组($P < 0.05$)。结论 预见性护理对非小细胞肺癌肺叶切除术患者具有较好的护理效果,且能够提升患者生活质量,值得研究和推广。

关键词:预见性护理; 非小细胞肺癌; 肺叶切除术; 生活质量

中图分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)09-1302-03

肺癌是临床常见的恶性肿瘤,男性发病率高于女性。目前临床对于非小细胞肺癌通常采用肺叶切除

术治疗,该方法能够将病变组织彻底切除,并将健康肺组织最大限度保留,以达到治疗疾病的目的^[1]。预

[△] 通信作者, E-mail: taoge6068@163.com。

见性护理即超前护理,是现代护理的新理念,其主要指与疾病危险因素结合所采取的针对性的预防措施,以达到减少术后并发症的目的,促进患者术后早期康复,提高生活质量^[2]。本文探讨了预见性护理对非小细胞肺癌肺叶切除术患者的效果及生活质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2018 年 11 月至 2020 年 4 月在本院行肺叶切除术的 97 例非小细胞肺癌患者纳为研究对象,采用随机数字表法分为观察组(48 例)与对照组(49 例)。纳入标准:(1)确诊为非小细胞肺癌;(2)无手术禁忌证,能够耐受全身麻醉;(3)患者和家属均在知情同意的原则下完成研究。排除标准:(1)其他恶性病变;(2)伴有精神异常和智力障碍。观察组年龄 46~77 岁,平均(61.51±1.54)岁;男 38 例,女 10 例;疾病类型:腺癌 25 例,鳞癌 23 例;临床分期:I 期 41 例,II 期 5 例,III 期 2 例。对照组年龄 47~77 岁,平均(62.21±1.65)岁;男 39 例,女 10 例;疾病类型:腺癌 26 例,鳞癌 23 例;临床分期:I 期 41 例,II 期 6 例,III 期 2 例。两组患者年龄、性别、疾病类型等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经本院伦理委员会审核通过。

1.2 方法 对照组采用常规护理:加强对患者日常生活的照料,为患者提供舒适的环境,提高患者配合度。观察组采用预见性护理,具体如下。

1.2.1 健康教育 患者入院后,应做好相关指导工作,并了解患者基本情况,比如心理状态、病情严重程度,尽量满足患者的合理需求。向患者介绍术前检查注意事项、术后肢体功能锻炼方法、术后饮食等,并对患者以上内容掌握情况进行评估;健康宣教应以多种形式进行,如角色扮演、发放宣教手册、口头讲解、播放多媒体视频等,从而利于患者掌握健康知识。

1.2.2 呼吸功能锻炼 患者入院后每日进行 2 次缩唇呼吸锻炼,采用腹式呼吸,每次 10 min,通过上述训练使患者呼吸功能得以强化,避免出现肺泡萎缩情况^[3-4]。对于术后苏醒患者,可给予其雾化吸入治疗,并通过压迫气管、刺激咳嗽、叩背等方式,协助患者正确咳痰、咳嗽,从而降低术后并发症发生风险。

1.2.3 疼痛干预 多数患者由于管道刺激、变换体位、咳嗽、深呼吸等原因,易出现不同程度疼痛。因此,护理人员应充分评估患者疼痛程度,并采用多模式镇痛。如取半卧位,并将引流管妥善固定,避免出现牵拉、扭曲;在咳嗽时,指导患者双手抱胸或按住伤口,使震动得以减轻,达到减轻疼痛的目的。

1.2.4 活动干预 术前运动包括上下楼梯、下蹲呼吸、扩胸、步行等,每日 2 次,每次 10~30 min;术后指导患者进行床上运动,将一根布条在床尾打结,患者借助布条坐起,进行抬肩、举手过头、抬臂等动作,每日 3 次、每次 10 遍;鼓励患者术后早期下床活动,根

据患者恢复情况,制订针对性的活动计划^[5-6]。

1.2.5 饮食干预 术前饮食以高蛋白、高热量、易消化的饮食为主,全身麻醉清醒后 6 h 即可进食,并告知患者多喝水,保证大便通畅。同时积极控制患者血糖水平,必要时给予胰岛素治疗。

1.2.6 心理干预 在患者入院当日,为患者介绍病房情况,使其消除对陌生环境的恐惧感,同时护理人员应与患者进行积极沟通和交流,了解患者心理状态,指导患者说出内心疑虑,并予以解答,从而消除其顾虑。此外,告知患者不良情绪对手术顺利实施和术后恢复的影响,使其能够缓解负面情绪,树立康复自信。

1.2.7 并发症预防 由于术中需将患者肺叶切除,易导致患者出现较多并发症,如肺不张、低氧血症等,故需加强患者呼吸道管理。给予低流量吸氧,控制输液速度,加用抗菌药物抗感染治疗,以达到减少肺内感染目的。

1.3 观察指标 比较两组术后恢复情况、护理满意度、生活质量评分、并发症发生情况。(1)术后恢复情况观察指标包括引流管拔管时间、住院时间。(2)护理满意度:采用本院自制量表评估患者满意度,其中 79~100 分为非常满意,60~<79 分为满意、<60 分为不满意。满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。(3)生活质量采用 GQOL-74 量表实施评定,主要包括心理功能、躯体功能、物质生活、社会功能 4 个维度。躯体功能维度包括 5 个因子(躯体不适感、睡眠与精力、进食功能、运动与感觉功能、性功能);心理功能维度包括 5 个因子(负性情感、精神紧张度、情感、自尊、认知功能);社会功能维度包括 5 个因子(人际交往能力、社会支持、工作与学习、业务娱乐生活、婚姻和家庭);物质生活维度包括 4 个因子(生活环境、社区服务、经济情况、住房)。上述 4 个维度计分方式为各个因子得分相加,计分范围为 20~100 分,分数越高代表患者生活质量越高。(4)并发症包括肺部感染、肺不张、心律失常。

1.4 统计学处理 采用 SPSS25.0 统计软件进行统计处理及分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验,计数资料以例数或率表示,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 两组术后恢复情况对比 观察组引流管拔管时间、住院时间均短于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组术后恢复情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	引流管拔管时间(h)	住院时间(d)
观察组	48	52.02±1.45	11.02±1.54
对照组	49	64.52±1.78	15.68±1.78
<i>t</i>		37.875	13.777
<i>P</i>		<0.001	<0.001

2.2 两组护理满意度比较 观察组患者护理满意度(97.92%)高于对照组(71.43%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 两组生活质量评分对比 观察组护理后躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组生活质量评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	躯体功能		心理功能		社会功能		物质生活	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	48	65.12±1.25	95.25±1.12	62.35±1.41	94.21±1.02	63.25±1.02	93.25±1.02	65.02±1.45	95.25±1.02
对照组	49	65.35±1.85	80.25±1.45	62.38±1.02	78.25±1.52	63.28±1.45	80.52±1.45	65.52±1.78	79.55±1.45
t		0.716	56.937	0.120	60.596	0.118	49.916	1.515	61.562
P		0.476	<0.001	0.905	<0.001	0.907	<0.001	0.133	<0.001

2.4 两组并发症发生情况对比 观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况对比

组别	n	肺部感染(n)	肺不张(n)	心律失常(n)	总发生率(%)
观察组	48	0	1	0	2.08
对照组	49	7	5	5	34.69

3 讨 论

肺癌是发病率较高的恶性肿瘤,其中以非小细胞肺癌最为常见,临床主张手术治疗,但多数患者术后易出现并发症,如心律失常、肺部感染等,导致患者生活质量下降,心理负担增加^[7]。随着医学生物模式的改变,人们不仅关注手术效果,同时也更加重视患者术后的生活质量。给予患者高效、安全的护理干预是促进患者术后康复的关键。

预见性护理是临床新型护理模式,其主要指应用护理程序全面分析和判断患者身体状况,提前预知可能存在的风险,并及时采取预防性护理措施,达到提高患者满意度、生活质量、减少并发症的目的^[8]。该方法可发现并解决现存或可能出现的问题,能够避免护理中潜在的风险,使患者受益。在本研究中,观察组引流管拔管时间、住院时间均短于对照组($P < 0.05$),观察组患者护理满意度高于对照组($P < 0.05$),观察组护理后躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活评分均高于对照组($P < 0.05$),观察组并发症发生率低于对照组($P < 0.05$)。观察组护理效果优于对照组的原因:(1)预见性护理通过多种途径使患者能够充分掌握疾病相关知识,并引导其养成健康生活习惯,保证规律饮食;(2)预见性护理需要对患者心理状态进行评估,给予其针对性的心理疏导,能够使其树立康复自信;(3)在呼吸道管理中加强患者呼吸功能锻炼,以达到提高手术耐受性、强化肺功能目的^[9];(4)重视疼痛护理,加强疼痛评估,并采用超前镇痛方式使患者疼痛减轻,提高舒适度;(5)指导患者术前积极锻炼、术后早期活动,促进其术后早日康复,同时能够提高生活质量^[10]。对癌症患者来说,提高其术后生活质量十分重要,本研究针对疾病的发生和发

展过程,对可能出现的并发症及潜在的护理问题进行评估,及时采取针对性的干预措施,能够明显提升护理效果,提高患者术后生活质量。

综上所述,预见性护理对非小细胞肺癌肺叶切除术患者具有较好的护理效果,且能够提升患者生活质量,值得进一步推广。

参考文献

- [1] 毛敬芹,查丽俊,陈玲,等. HIV 感染并存非小细胞肺癌手术患者的预见性护理[J]. 护理学杂志,2018,33(14):34-36.
- [2] 车七梅,王华川,李彦,等. 快速康复外科理念在早期非小细胞肺癌肺段切除患者围手术期护理中的应用[J]. 中国肿瘤临床与康复,2018,25(3):320-323.
- [3] 张芳芳,许琦琦,刘琛,等. 非小细胞肺癌患者术后慢性疼痛的危险因素分析[J]. 医学研究杂志,2019,48(6):121-125.
- [4] 钟小华,宋金美. 延续性护理对肺癌术后出院患者生活质量及治疗依从性的影响[J]. 重庆医学,2020,49(5):746-749.
- [5] SHINOHARA S, OTSUKI R, ONITSUKA T, et al. Postoperative C-reactive protein is a predictive biomarker for survival after non-small cell lung cancer resection[J]. Anticancer Res, 2019, 39(4):2193-2198.
- [6] 陈艳红,李玮浩. 围术期个性化心理护理对肺癌患者术前焦虑与术后恢复的影响[J]. 国际精神病学杂志,2020,47(1):188-190.
- [7] 胡月霞. 呼吸锻炼专项护理在肺癌患者手术前及手术中的效果研究[J]. 护士进修杂志,2019,34(5):407-410.
- [8] NAKAO M, ICHINOSE J, MATSUURA Y, et al. Long-term oncological outcome after thoracoscopic lobectomy for non-small cell lung cancer patients[J]. J Thorac Dis, 2019, 11(7):3112-3121.
- [9] 张海燕. 预见性护理干预对肺癌术后患者深静脉血栓形成的影响[J]. 血栓与止血学,2019,25(3):521-522.
- [10] SHIRAI S, YAMAUCHI Y, YOKOTE F, et al. Dynamics of coagulation factor XIII activity after video-assisted thoracoscopic lobectomy for non-small cell lung cancer[J]. J Thorac Dis, 2019, 11(12):5382-5389.