

早期基因筛查,在无症状人群中提早进行二级预防。另外,通过基因型与表现型的相关性预测患者可能的临床表现,以提高三级预防成功率,为精准化个体治疗方案提供依据。

参考文献

[1] SOCHA P, JANCZYK W, DHAWAN A, et al. Wilson's disease in children: a position paper by the Hepatology Committee of the European Society for paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2018, 66(2): 334-344.

[2] ALA A, WALKER A P, ASHKAN K, et al. Wilson's disease[J]. Lancet, 2007, 369(9559): 397-408.

[3] FIGUS A, ANGIUS A, LOUDIANOS G, et al. Molecular pathology and haplotype analysis of Wilson disease in Mediterranean populations[J]. Am J Hum Genet, 1995, 57(6): 1318-1324.

[4] European Association for Study of Liver. EASL clinical practice guidelines: Wilson's disease[J]. J Hepatol, 2012, 56(3): 671-685.

[5] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组, 中华医学会神经病学分会神经遗传病学组. 肝豆状核变性的诊断与治疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2008, 41(8): 566-569.

[6] BARIS Z, SALTIK TEMIZEL I N, USLU N, et al. Acute liver failure in children: 20-year experience[J]. Turk J Gastroenterol, 2012, 23(2): 127-134.

[7] LAL J, THAPA B R, RAWAL P, et al. Predictors of out-

come in acute-on-chronic liver failure in children[J]. Hepatol Int, 2011, 5(2): 693-697.

[8] KLEINE R T, MENDES R, PUGLIESE R, et al. Wilson's disease: an analysis of 28 brazilian children[J]. Clinics (Sao Paulo), 2012, 67(3): 231-235.

[9] BANDMANN O, WEISS K H, KALER S G. Wilson's disease and other neurological copper disorders[J]. Lancet Neurol, 2015, 14(1): 103-113.

[10] KIM J W, KIM J H, SEO J K, et al. Genetically confirmed Wilson disease in a 9-month old boy with elevations of aminotransferases[J]. World J Hepatol, 2013, 5(3): 156-159.

[11] NICASTRO E, RANUCCI G, VAJRO P, et al. Reevaluation of the diagnostic criteria for wilson disease in children with mild liver disease[J]. Hepatology, 2010, 52(6): 1948-1956.

[12] FERENCI P, CACA K, LOUDIANOS G, et al. Diagnosis and phenotypic classification of Wilson's disease[J]. Liver Int, 2003, 23(3): 139-142.

[13] ROBERTS E A, SCHILSKY M L, American Association for Study of Liver Diseases (AASLD). Diagnosis and treatment of Wilson disease: an update[J]. Hepatology, 2008, 47(6): 2089-2111.

[14] SEO J K. Diagnosis of Wilson disease in young children: molecular genetic testing and a paradigm shift from the laboratory diagnosis[J]. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr, 2012, 15(4): 197-209.

(收稿日期: 2021-08-11 修回日期: 2021-11-23)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 06. 028

“一核多元”安宁疗护干预策略在晚期肺癌中的应用观察

魏彧潼

河南省人民医院/郑州大学人民医院肿瘤中心, 河南郑州 450000

摘要:目的 探讨“一核多元”安宁疗护干预策略对晚期肺癌患者的影响。方法 回顾性收集河南省人民医院 2019 年 12 月至 2020 年 12 月 93 例晚期肺癌患者作为研究对象,按照患者意愿及不同护理方案分为对照组(46 例)和研究组(47 例)。对照组患者采用常规安宁疗护,研究组患者采用“一核多元”安宁疗护干预策略。比较两组患者干预前后生理及心理症状控制效果、心理韧性、癌因性疲乏程度[简明疲乏量表(BFI)]、生活质量[癌症患者生活质量测定量表(QOL-C30)]及社会支持度。**结果** 两组患者干预后不同生理及心理症状程度患者比例比较,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组患者干预后心理韧性评分高于对照组,BFI 评分低于对照组,QOL-C30 评分低于对照组,社会支持度评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** “一核多元”安宁疗护干预策略可帮助晚期肺癌患者提升生理及心理症状控制效果,增强其心理韧性,改善患者癌因性疲乏程度,提高其生活质量。

关键词:晚期肺癌; 安宁疗护; 一核多元; 癌因性疲乏; 生活质量

中图分类号:R473. 73 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2022)06-0822-04

肺癌在我国属于高发恶性肿瘤,受癌症筛查水平及癌症认知度的影响,多数患者确诊时已为晚期,生存期仅剩 3~6 个月,患者不仅要遭受疼痛、药物不良

反应等生理折磨,还要承受面对死亡和疾病的负性心理负担,生活质量较差,同时患者家属也承受着较重的心理压力,影响正常生活^[1]。因此,护理人员采取

有效措施为临终患者改善生活质量、缓解家属心理压力有重要意义。安宁疗护是针对晚期癌症患者的一种临终关怀措施,从疼痛控制、心理辅导、症状改善、死亡教育等多方面入手,为处于生命末期的患者改善生活质量,创造有尊严、有意义、有希望的临终生活^[2]。本研究采用“一核多元”安宁疗护干预策略对河南省人民医院晚期肺癌患者进行护理,旨在探讨干预效果,为临床护理提供新思路,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性收集河南省人民医院 2019 年 12 月至 2020 年 12 月 93 例晚期肺癌患者作为研究对象,按照患者意愿及不同护理方案分为对照组和研究组。对照组 46 例,男 25 例,女 21 例;年龄 47~70 岁,平均 (58.74 ± 5.36) 岁;病程 5~13 个月,平均 (9.36 ± 1.75) 个月;病理分期:ⅢB 期 11 例,Ⅳ期 35 例;病理分型:非小细胞肺癌 41 例,小细胞肺癌 5 例。研究组 47 例,男 24 例,女 23 例;年龄 46~69 岁,平均 (57.82 ± 5.62) 岁;病程 5~14 个月,平均 (9.74 ± 2.13) 个月;病理分期:ⅢB 期 10 例,Ⅳ期 37 例;病理分型:非小细胞肺癌 40 例,小细胞肺癌 7 例。两组患者性别、年龄、病程、病理分期、病理分型等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)符合《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018 版)》^[3]中关于晚期肺癌的诊断标准;(2)临床资料完整;(3)预计生存期少于 16 个月;(4)卡氏评分 ≤ 70 分;(5)无认知障碍,具备沟通能力。

1.2.2 排除标准 (1)病情严重无法配合的患者;(2)存在精神障碍的患者;(3)合并传染性疾病的患者;(4)患有视听及语言功能障碍的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用常规安宁疗护,密切观察患者病情,疼痛患者及时给予止痛药物缓解疼痛,呼吸困难患者给予无创呼吸机辅助呼吸,细心观察患者情绪状态,多倾听患者内心想法,给予鼓励性、支持性回应,疏解其内心焦虑、压抑情绪。给予患者和家属死亡教育,促使患者及家属形成正确的死亡观念,以平常心看待死亡。

1.3.2 研究组 给予“一核多元”安宁疗护干预策略,“一核”是指全人照护理念,“多元”是指由各专科护士组成的多元化护理团队,给予患者身、心、灵等全方位照护。(1)组建多元主体协同照护团队,由营养科、疼痛科、心理科、肿瘤科等多学科专科护士组成,选择肿瘤科护士长作为组长进行垂直管理,护理人员均具备相关专业丰富经验,专业知识扎实,责任感强,有良好的沟通能力。团队成员以“全人照护”理念为核心,紧密协作,为患者制订个体化、连续性的安宁疗护策略。(2)身体照护。对患者实施全面症状评估,团队成员依据患者实际情况共同协商制订干预方法,

首要处理需优先解决的身体问题,如疼痛、呼吸困难、恶心呕吐等,帮助患者提升舒适度。针对疼痛患者,由疼痛专科护士教导患者疼痛自评方法,采用自控镇痛泵为患者缓解疼痛,告知患者依据疼痛评估适当服药,防止过度用药提高不良反应。营养专科护士每周为患者制订合理饮食方案,以患者饮食爱好为主,需色香味俱佳,营养搭配均衡,满足患者干预期间身体营养所需,出现恶心呕吐症状时停止进食,遵医嘱给予适当止吐药物,增加酸甜食物提高患者食欲。肿瘤专科护士每周为患者全身按摩 2 次,采用芳香疗法、音乐疗法、理疗等方式提升患者身体舒适度。(3)心理照护。心理专科护士每天进入病房与患者沟通 30 min,与患者建立良好的关系,倾听患者内心想法,与患者分享工作或生活中的有趣事件,了解患者内心焦虑的症结所在,给予患者指导和鼓励。由专业心理咨询师为患者和家属进行团体辅导,引导患者及家属正确面对死亡,以积极乐观的态度接受疾病和死亡,讲解常见心理问题的应对方法,教导患者和家属学会调节自身不良情绪。定期组建家属、同伴交流活动,由心态良好的榜样同伴分享抗病经验和自身心理建设过程,促使同伴间互相鼓励、支持、倾听,给予彼此更多陪伴与关爱。(4)灵性照护。心理专科护士在患者入院时通过与患者深入沟通了解其心愿,护理团队每周帮助一位患者完成一个心愿,如举办生日聚会、邀请亲友团聚、制作音乐相册等。主动倾听、了解彼此感受,使患者获得心灵慰藉,收获心灵满足与成就,减轻患者对死亡的恐惧。

1.4 观察指标

1.4.1 生理及心理症状控制效果 干预前后采用埃德蒙顿症状评估量表(ESAS)^[4]评估两组患者生理及心理症状控制效果,共包含 9 个既定症状和 1 个可选症状,9 个既定症状分别为疼痛、恶心、疲乏、嗜睡、食欲、气短、抑郁、焦虑、幸福感,每个症状评分为 0~10 分,得分越高表明症状越严重。0~40 分为轻度;41~70 分为中度;71~100 分为重度。

1.4.2 心理韧性 干预前后采取 Connor-Davidson 韧性量表^[5]评估两组患者心理韧性,包含乐观、自强、坚韧 3 个维度,共 25 个条目,分值 0~100 分,得分越高表明心理韧性越好。

1.4.3 癌因性疲乏 干预前后采用简明疲乏量表(BFI)^[6]评估两组患者癌因性疲乏程度,总分 10 分,0 分为没有疲乏;1~3 分为轻度疲乏;4~6 分为中度疲乏; ≥ 7 分为重度疲乏。

1.4.4 生活质量 干预前后采用癌症患者生活质量测定量表(QOL-C30)^[7]评价两组患者生活质量,包含角色功能、认知功能、躯体功能、社会功能、情绪功能 5 项功能领域,疼痛、恶心呕吐、疲劳 3 个症状领域及其他 6 个单一测量项目,总分 28~112 分,评分越高表明患者生活质量越差。

1.4.5 社会支持度 干预前后采用领悟社会支持量表^[8]评估两组患者社会支持情况,共包含 12 个条目,内容有家庭支持、朋友支持、其他支持 3 个维度,每个条目 1~7 分,总分 12~84 分,得分越高表明社会支持度越高。

1.5 统计学处理 采用 SPSS25.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,

等级资料采用 Mann-Whitney U 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者生理及心理症状控制效果比较 两组患者干预前不同生理及心理症状程度患者比例比较,差异均无统计学意义($U = 1.059, P = 0.290$);两组患者干预后不同生理及心理症状程度患者比例比较,差异有统计学意义($U = 2.140, P = 0.032$)。见表 1。

表 1 两组患者生理及心理症状控制效果比较[n(%)]

组别	n	轻度		中度		重度	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	47	3(6.38)	15(31.91)	16(34.04)	23(48.94)	28(59.57)	9(19.15)* [#]
对照组	46	3(6.52)	7(15.22)	20(43.48)	22(47.83)	23(50.00)	17(36.96)*

注:与同组重度干预前比较,* $P < 0.05$;与对照组重度干预后比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者心理韧性、BFI 评分比较 两组患者干预前心理韧性、BFI 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);两组患者干预后心理韧性评分高于干预前,BFI 评分低于干预前,且研究组患者心理韧性评分高于对照组,BFI 评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者心理韧性、BFI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	心理韧性评分		BFI 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	47	55.86±5.01	82.05±6.34*	6.75±1.69	4.11±0.76*
对照组	46	54.79±4.32	70.38±5.16*	6.99±1.83	5.26±1.15*
t		1.102	9.724	0.657	5.701
P		0.273	<0.001	0.513	<0.001

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者 QOL-C30 和社会支持度评分比较 两组患者干预前 QOL-C30 和社会支持度评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);两组患者干预后 QOL-C30 评分低于干预前,社会支持度评分高于干预前,且研究组 QOL-C30 评分低于对照组,社会支持度评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者 QOL-C30 和社会支持度评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	QOL-C30 评分		社会支持度评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	47	103.25±7.34	86.27±4.89*	64.56±4.08	76.59±5.42*
对照组	46	102.06±6.91	93.45±5.68*	65.37±4.41	72.05±4.28*
t		0.805	6.538	0.920	4.477
P		0.423	<0.001	0.360	<0.001

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

近年来,肺癌发病率及病死率逐年上升,确诊的

晚期肿瘤患者在临终时光里常受疼痛及死亡恐惧折磨,产生焦虑、不安的负性情绪,不仅影响患者的生活质量,并且对身边家属的正常生活也造成极大影响^[9]。因此,护理人员需给予合适的护理措施,帮助患者减轻病痛,改善其生活质量。

“一核多元”安宁疗护护理策略是指基于全人照护理念(一核),由多学科护理人员(多元)组建护理团队,为晚期癌症患者临终提供全面、规范、连续的安宁疗护措施,帮助患者舒适、高质量度过人生最后阶段^[10]。本研究结果显示,与对照组比较,研究组患者干预后生理及心理症状控制效果明显提升,心理韧性有效增强。晚期癌症患者通常在疾病末期需承受病痛折磨、精神压力及疾病不确定性的多重打击,多有焦虑和抑郁情况发生^[11]。本研究按照全人照护理念,从身体、心理及精神 3 个方面给予患者内外兼顾的全面安宁照护,多元主体协同照护团队分工明确、紧密协作,在症状评估基础上为患者实施针对性症状护理及心理疏导,充分发挥多元联动效应,改善患者身心症状,增强其心理韧性。癌因性疲乏广泛意义上是指癌症患者主观感受到的厌倦感、劳累甚至恶心反胃等一系列感觉症状,属于一种多维度主观体验,可造成患者情绪低落、日常体力下降、生活质量低下。有研究表明,减轻患者紧张情绪,提高其社会支持干预可降低患者疲乏水平^[12]。本研究护理人员在为患者提供各种心理干预的同时,还对患者实施同伴教育,引导晚期癌症患者通过深入沟通、了解,互相鼓励支持等,给予彼此生活动力,丰富日常生活,点燃生活热情,帮助患者克服疾病疲乏感,提升积极性。本研究结果表明,研究组患者干预后癌因性疲乏程度大幅度降低,护理效果良好。本研究显示,干预后患者社会支持度、生活质量均明显提高,分析认为,护理团队实施的同伴教育作为一种社会支持活动,能使患者感受到社会的温暖关怀,将医院、家庭、社会营造成以患者

为中心的支持网络,对提升患者社会支持度,改善其生活质量有重要作用。

综上所述,将“一核多元”安宁疗护干预策略应用于晚期肺癌患者,一方面能改善患者身心状态,减轻其疲乏感,增强其心理韧性;另一方面对患者的社会支持度和生活质量也有积极影响。

参考文献

[1] 马欢欢,方慧玲,赵丹丹. 安宁疗护改善重症监护病房晚期肺癌疼痛患者生存质量的效果观察[J]. 癌症进展, 2020,18(8):845-848.

[2] 张红芳. 晚期非小细胞肺癌患者安宁疗护需求及影响因素分析[J]. 河北医药, 2020,42(22):3477-3480.

[3] 中华医学会,中华医学会肿瘤学分会,中华医学会杂志社. 中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018 版)[J]. 中华肿瘤杂志, 2018,40(12):935-964.

[4] 赵金冰,余雪芬,邓婷婷. 晚期癌症患者的抑郁和焦虑与症状负担的关系研究[J]. 新疆医科大学学报, 2020,43(8):1073-1077.

[5] 何艺,宾捷,杨新辉,等. 化疗期肺癌患者心理弹性与负面情绪情绪的相关性研究[J]. 解放军护理杂志, 2018,35

(11):29-31.

[6] 袁静,贺徐琳,段姝娟,等. 前列腺癌化疗患者癌因性疲乏现状及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2020,26(30):4188-4194.

[7] 赵秀珍,韩冰,王向阳. 以循证问题为导向的干预理念对颅内肿瘤术后患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021,27(5):72-74.

[8] 于洋,杨洋,徐明图,等. 领悟社会支持在冠心病患者自尊与焦虑间的中介作用[J]. 吉林大学学报(医学版), 2021,47(1):216-221.

[9] 叶美珍,谢李孩. 终末期肺癌伴难治性癌痛患者 1 例的安宁疗护实践[J]. 护理与康复, 2020,19(7):96-98.

[10] 王娟,徐泉喻,黄焜. “一核多元”团队照护模式在晚期肿瘤患者安宁疗护中的应用[J]. 现代临床护理, 2020,19(3):59-64.

[11] 黄丽华,李东霞,黄丽枚,等. 绑定式医护同组管理模式对肺癌患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021,27(5):112-115.

[12] 宋岩,支修益. 肺癌化疗患者癌因性疲乏与希望水平的关联性研究[J]. 癌症进展, 2021,19(5):525-529.

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.06.029

(收稿日期:2021-08-22 修回日期:2021-11-08)

益生菌联合康复新液治疗溃疡性结肠炎的临床疗效观察

柳玉强¹, 窦元元^{2△}

陕西省宝鸡市中医医院:1. 脾胃肝病 1 科;2. 急诊内科, 陕西宝鸡 721000

摘要:目的 探讨益生菌联合康复新液治疗溃疡性结肠炎的临床疗效,以及对患者 T 淋巴细胞亚群水平的影响。**方法** 选取 2018 年 4 月至 2020 年 4 月该院收治的 98 例急性期轻、中度溃疡性结肠炎患者作为研究对象,分为观察组和对照组,每组各 49 例。对照组患者给予常规治疗,观察组患者在常规治疗的基础加益生菌联合康复新液治疗。连续治疗 4 周后对两组患者临床疗效、T 淋巴细胞亚群水平、炎症因子水平、不良反应发生率进行比较。**结果** 观察组患者总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者治疗后 T 淋巴细胞亚群改善情况均优于对照组,炎症因子[C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素(IL)-1 β 、IL-8]水平均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组和对照组患者治疗期间不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 益生菌联合康复新液对急性期轻、中度溃疡性结肠炎患者临床疗效明显,能够改善患者 T 淋巴细胞亚群水平,降低机体炎症因子水平,提高预后。

关键词: 溃疡性结肠炎; 临床疗效; 康复新液; 免疫功能

中图法分类号: R574 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2022)06-0825-04

溃疡性结肠炎是下消化道的一种炎症性疾病,是发生在肠黏膜和皮下结直肠的一种重要病变^[1]。患者表现为持续性腹泻、腹痛、恶心、呕吐、出血等。结肠镜检查显示结肠和直肠有溃疡性病变,严重影响患者的生活质量^[2]。流行病学研究表明,溃疡性结肠炎发病率逐年上升,各年龄段均可发病,且治疗难度较大,引起了临床的关注^[3]。溃疡病的常规治疗主要包括抗感染药物、糖皮质激素、免疫抑制剂等^[4],其中磺

胺水杨酸作为一种经典的硫酸药物是治疗溃疡性结肠炎的传统药物^[5],虽然有一定的治疗效果,但短期内仍难以改善患者症状,治疗后患者可能会复发^[6-7]。因此,溃疡性结肠炎患者仍有必要采取相应的支持措施,进一步提高其临床疗效。本研究对溃疡性结肠炎患者给予益生菌双歧杆菌三联活菌胶囊,辅以中药康复新液进行局部治疗,以监测和评价患者的临床疗效及免疫功能。

△ 通信作者, E-mail:552591708@qq.com。

本文引用格式:柳玉强,窦元元. 益生菌联合康复新液治疗溃疡性结肠炎的临床疗效观察[J]. 检验医学与临床, 2022,19(6):825-828.