

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.22.028

肝癌行 TACE 应用医护一体化联合系统性沟通干预对患者不确定感及应对方式的改善作用研究

刘佳佳, 臧 莉, 陈辉容

空军军医大学唐都医院普通外科, 陕西西安 710038

摘 要:目的 研究肝癌行肝动脉化疗栓塞术(TACE)应用医护一体化联合系统性沟通干预对患者不确定感及应对方式的改善作用。方法 选取 2020 年 6 月至 2021 年 2 月在该院进行诊断并治疗的 80 例原发性肝癌患者作为研究对象,按照随机分组原则分为观察组和对照组,每组 40 例。对照组采取常规护理模式,观察组采取医护一体化联合系统性沟通干预措施。比较两组患者的疾病不确定感、应对方式、焦虑及抑郁情绪、自我管理效能以及并发症发生情况之间的差异。结果 经过治疗后,两组患者的简易疾病感知问卷(BIPQ)以及应对方式量表评分均显著改善($P<0.05$),且观察组的 BIPQ 评分显著低于对照组($P<0.05$),应对方式量表评分显著高于对照组($P<0.05$);两组患者的焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分均显著下降,且观察组的 SAS、SDS 评分显著低于对照组($P<0.05$);两组患者的营养、心理安逸、运动、健康责任以及健康行为能力量表(SRAHP)总分均显著提升,且观察组的营养、心理安逸、运动、健康责任以及 SRAHP 总分显著高于对照组;观察组患者的伤口感染、出血以及肝肾功能异常发生率均显著低于对照组($P<0.05$)。结论 肝癌行 TACE 术后应用医护一体化联合系统性沟通干预,患者的 BIPQ 以及应对方式量表评分显著改善,建议临床推广。

关键词:原发性肝癌; 肝动脉化疗栓塞术; 医护一体化; 系统性沟通

中图法分类号:R47

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)22-3132-04

原发性肝癌是临床较为常见的恶性肿瘤之一,流行病学调查显示,原发性肝癌的发病率以及死亡率分别位列恶性肿瘤的第 7 位和第 4 位,该病已严重影响患者生命质量以及生命安全^[1-2]。目前对于不能进行手术治疗的患者主要采取肝动脉化疗栓塞术(TACE)进行治疗。而对患者采取有效的护理措施,对于患者的预后具有重要的意义^[3]。在对患者的护理中,医护一体化的护理模式在保证医护人员的充分沟通的基础上,有效提升患者的自护能力,进而形成医护患三位一体的护理格局,提升护理的整体水平。系统性沟通干预则通过对疾病发展的各个阶段进行相关专业的护理措施,提升患者对于疾病的认知,有效提升患者的治疗效果^[4]。本研究主要通过分析肝癌行 TACE 应用医护一体化联合系统性沟通干预对患者不确定感及应对方式的改善作用,为临床治疗提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用前瞻性研究方法,以 2020 年 6 月至 2021 年 2 月在本院诊断并治疗的 80 例原发性肝癌患者作为研究对象,其中男 49 例,女 31 例;年龄 45~69 岁,平均(59.69±11.26)岁;体质量指数(24.69±2.33)kg/m²;TNM 分期:Ⅰ期 23 例,Ⅱ期 28 例,Ⅲ期 29 例;接受教育年限(12.63±2.03)年。按照随机分组原则,将所有患者随机分为观察组及对照组,每组 40 例。观察组中,男 25 例,女 15 例;年龄(59.57±3.34)岁;体质量指数(24.44±2.37)kg/m²;

TNM 分期:Ⅰ期 10 例,Ⅱ期 15 例,Ⅲ期 15 例;接受教育年限(12.52±3.42)年。对照组中,男 24 例,女 16 例;年龄(59.79±3.27)岁;体质量指数(24.92±2.24)kg/m²;TNM 分期:Ⅰ期 13 例,Ⅱ期 13 例,Ⅲ期 14 例;接受教育年限(12.74±3.15)年。两组患者的一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。两组患者均签署知情同意书,并经本院伦理委员会论证通过。

纳入标准:(1)年龄 18~80 岁;(2)临床确诊为原发性肝癌;(3)《原发性肝癌诊疗规范(2019 年版)》诊断为Ⅰa~Ⅲb^[5];(4)Child-Pugh 肝功能分级为 A 或 B 级;(5)美国东部肿瘤协作组(ECOG)体力状况(PS)评分为 0~1 分;(6)预计生存期≥6 个月。排除标准:(1)孕妇及哺乳期妇女;(2)有器官移植史;(3)合并门静脉主干癌栓或累及左/右支的癌栓;(4)弥漫型肝癌或合并远处转移;(5)不可纠正的凝血功能障碍及严重血象异常,有严重出血倾向;(6)患有严重的肝、肾、心、肺、脑等主要脏器功能衰竭或严重的急慢性疾病或感染性疾病;(7)其他恶性肿瘤史;(8)前期进行手术切除或放化疗治疗;(9)意识障碍或不能配合治疗。

1.2 研究方法 对照组采取常规护理模式,观察组采取医护一体化联合系统性沟通干预措施。所有患者均采取 TACE 进行治疗,吡柔比星 30 mg 与注射用注射液或 5%葡萄糖水 3 mL 溶解后,用 CalliSpheres 微球(规格 100~300 μm)1 mL/7 mL(栓塞微球/生理氯化钠溶液)进行化疗药加载吸附 30 min;加入

1.0:1.1 非离子型对比剂后,静置 5 min;通过数字减影血管造影(DSA)明确肿瘤供血动脉后行动脉栓塞术,运用微导管将 CalliSpheres 载药微球以 1 mL/min 的速度超选到肿瘤供血动脉进行栓塞。栓塞终点:肿瘤供血动脉血流不停滞为准,暂时停止栓塞,5 min 以后再进行 DSA,判断是否需再进行补充栓塞。若肿瘤供血丰富,1 mL 载药微球不足以到达栓塞终点(肿瘤血管血流变缓或出现停滞),可根据患者实际情况加用空白微球超选栓塞到肿瘤供血动脉中直至到达栓塞终点。

医护一体化:在患者的治疗过程中,设立以科室主任作为组长,临床主治医师作为副组长,责任护士作为小组长的医护一体化专项管理小组。同时,制订医护一体化护理制度,对患者的整体治疗、护理计划及落实情况进行系统性评价。在患者的治疗过程中,临床主治医师与责任护士就患者的治疗、康复及自我护理知识等情况进行充分沟通,针对治疗过程中患者可能出现的抑郁、焦虑情绪及时给予专业性的心理疏导。专项管理小组针对不同患者的具体情况进行护理方案的调整,实行临床主治医师与责任护士共同查房,共同对危重患者的病案进行讨论,根据患者的病情,对患者的护理措施进行合理调整。同时,临床主治医师与责任护士共同对患者的用药剂量进行指导,对于手术前、手术中、手术后进行有针对性地护理,对于用药后、术后的不良反应等情况进行预防性诊疗。在患者出院后,及时对患者的生活质量、肿瘤的原发病灶变化情况进行统计随访。

系统性沟通干预:在对患者的治疗过程中,将其结构化的病历数据转化为可用于统计查询及分析的数据,对于疾病过程中可能发生的血栓、呼吸窘迫及胸闷等并发症进行早期识别。在患者入院以后,相关的医护人员会利用问诊及检查等手段,对患者的病情数据进行搜集,进一步生成患者的病情数据集,该数据集主要包括患者的病历书写、医嘱以及护理记录。在充分利用数据集的基础上,动态对患者的病情进行风险评估,主要从患者的以上结构化以及非结构化的数据对危险数据进行收集。而在此过程中,医院主要通过多种量表为基础,进一步对患者治疗过程中可能出现的风险性数据进行评估。而在本研究中,根据患者的病情及 Caprini 量表、Padua 量表评估结果,将患者可能出现的危险情况分为低、中、高 3 个等级。根据分级结果,结构化病历数据系统可以对患者在治疗中的并发症进行相关治疗措施的建议。而医院的医疗质量监控人员则可以根据该系统提出的标准、工作指南、操作规范,对全科室所有医务人员的医疗措施进行全程闭环监测管理。医院管理者可通过该系统对全院医护人员的医疗诊疗数据进行汇总统计,对于

治疗中存在的问题及时整改。而在护理人员的分级管理中,将护士分为责任组长、责任护士及辅助护士 3 个部分,责任组长主要针对护理人员的工作落实以及护理安全进行监督指导,同时负责危重症患者的护理。责任护士则主要负责病情较轻患者的安全护理。辅助护士主要做好组内的日常护理工作、检查陪护等。在对护士的管理中,明确各组职责范围同时,科学合理地跨组护理合作进行协调。在护理技能培训方面,责任组长主要针对疑难问题、特殊护理问题进行技能培训,责任护士则主要针对专业护理知识的应用、危重症患者的抢救及沟通技巧等进行培训,辅助护士则加强肿瘤相关知识的理解及技能操作能力。责任组长每日提前到达病房,充分了解组内护理人员值班情况,提前一周对护理工作进行安排,使组内的责任护士及辅助护士有充足的时间根据突发情况对计划进行从容、有条理地变更。

1.3 观察指标

1.3.1 两组患者的疾病不确定感及应对方式分析 采用简易疾病感知问卷(BIPQ)^[6]进行评估,该量表分为 8 个条目,每个条目从毫无影响(0 分)到严重影响(10 分)进行评估,共计 80 分,分数越高,患者的负向疾病感知越多。其中 ≥ 50 分为负向疾病感知,反之为正向疾病感知。应对方式分析主要采用应对方式量表进行分析,应对方式量表主要分为 3 种策略,包括主动行为、主动认知行为及回避,共计 50 个条目,分数越高,患者的应对能力水平越高。分数在 ≤ 24 分为消极应对,反之为积极应对^[7]。分别对两组患者的 BIPQ 评分及应对方式量表评分进行比较。

1.3.2 两组患者焦虑及抑郁评分比较 分别于患者护理前及护理后 1 d 通过焦虑自评量表(SAS)^[8]和抑郁自评量表(SDS)^[9]进行比较。SAS 和 SDS 评分各包括 20 个条目,将各项条目评分之和乘以 1.25 即为 SAS 和 SDS 评分。分数越高,患者的焦虑及抑郁情况越严重。

1.3.3 两组患者的自我管理效能比较 分别对两组患者治疗前及出院后 3 个月的健康行为能力量表(SRAHP)^[10]进行评估,SRAHP 主要对患者的营养、心理安逸、运动及健康责任等进行评估。该量表对患者的营养、心理安逸、运动及健康责任的掌握程度从几乎没有掌握、有一点把握、中等把握、较大把握及绝对把握情况进行 0~4 分赋值。分数越高,患者自我管理效能越好。

1.3.4 两组患者的并发症比较 分别对两组患者的伤口感染、出血及肝肾功能异常等发生情况进行比较。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理及统计分析。符合正态分布的计量资料以

$\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用频数或百分率表示,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 两组患者的疾病不确定感及应对方式分析 治疗前,两组患者的 BIPQ 及应对方式量表评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$),治疗后,两组患者的 BIPQ 评分均降低,应对方式量表评分均升高($P<0.05$),且观察组的 BIPQ 评分低于对照组($P<0.05$),应对方式量表评分高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的疾病不确定感及应对方式分析($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	应对方式量表		BIPQ	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	22.70±1.51	39.33±1.33 ^a	68.37±11.57	33.21±10.77 ^a
对照组	40	22.60±1.96	30.65±1.45 ^a	68.21±11.33	44.10±10.77 ^a
<i>t</i>		0.256	27.901	0.062	4.522
<i>P</i>		0.799	<0.001	0.950	<0.001

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 两组患者的焦虑及抑郁评分比较 护理前,两组患者的 SAS、SDS 评分比较差异均无统计学意义

($P>0.05$)。经过护理后,两组患者的 SAS、SDS 评分均显著下降($P<0.05$),且观察组的 SAS、SDS 评分均低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的焦虑及抑郁评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	59.64±1.05	36.30±10.80 ^a	58.54±3.81	41.77±1.65 ^a
对照组	40	59.59±1.75	52.92±10.28 ^a	58.67±2.75	53.56±1.18 ^a
<i>t</i>		0.155	7.050	0.175	36.759
<i>P</i>		0.877	<0.001	0.862	<0.001

注:与同组护理前比较,^a $P<0.05$ 。

2.3 两组患者的自我管理效能比较 治疗前,两组患者的营养、心理安逸、运动、健康责任及 SRAHP 总分比较差异均无统计学意义($P>0.05$),治疗后,两组患者的营养、心理安逸、运动、健康责任及 SRAHP 总分均显著提升($P<0.05$),且观察组的营养、心理安逸、运动、健康责任及 SRAHP 总分均高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者并发症发生情况比较 观察组伤口感染、出血及肝肾功能异常的发生率均低于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 3 两组患者的自我管理效能比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	营养		心理安逸		运动		健康责任		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	14.61±2.8	20.78±2.57	14.18±2.84	20.51±1.78	10.96±2.58	17.44±2.96	17.75±2.64	21.36±1.77	57.05±1.93	85.32±2.56
对照组	40	14.59±2.36	18.94±1.61	14.45±2.98	18.06±1.69	10.98±2.64	15.59±1.94	17.78±2.92	19.15±2.21	57.51±2.32	75.39±2.68
<i>t</i>		0.035	3.837	0.415	6.313	0.034	3.306	0.048	4.936	0.964	16.945
<i>P</i>		0.973	<0.001	0.679	<0.001	0.973	0.001	0.962	<0.001	0.338	<0.001

表 4 两组患者并发症比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	伤口感染	出血	肝肾功能异常
观察组	40	1(2.50)	0(0.00)	2(5.00)
对照组	40	6(15.00)	4(10.00)	8(20.00)
χ^2		3.912	4.211	4.112
<i>P</i>		0.048	0.040	0.043

3 讨 论

原发性肝癌是临床较为常见的恶性肿瘤之一,介入手术治疗对于原发性肝癌患者的病情具有明显的控制作用^[11]。但是,在疾病的进展过程中,受到疾病各种因素的影响,患者往往会产生恐惧及紧张等不良情绪,影响其手术的进行。同时,手术完成以后,由于局部病灶部位的血液循环受到抑制,患者的疼痛感较为明显。因此,患者的术后护理对于其预后具有重要

意义。

在本研究中,采取医护一体化联合系统性沟通干预护理模式,对于患者的疾病不确定感及应对方式均有显著改善。而对两组患者并发症的发生情况进行分析,观察组并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$)。提示通过对患者采用医护一体化联合系统性沟通干预护理模式,对于术后并发症的防治具有积极意义^[12]。患者完成 TACE 后的不良反应,主要来自手术带来的疼痛感,患者术后的疼痛可能会对其身体机能造成一定的损伤,影响其正常的活动能力及生活能力,进一步加剧患者的心理负担,进而产生焦虑、抑郁等负面情绪^[12]。而通过医护一体化联合系统性沟通干预,可对患者在手术后可能产生的焦虑及负面情绪,及时采取针对性的干预措施,对于患者的预后具有重要意义^[13]。

在常规的治疗过程中,医生对于患者的治疗主要是通过多种化验指标及影像学指标对其病情进行评估,而护士则通过对治疗过程中生命体征的监测及生活情况的改善进行干预,以提升患者的生活质量^[14]。且常规的护理模式在实施过程中可能出现管理松散、责任不明确的情况,在护理操作中多以遵循医嘱及伤口处理为主要护理工作,护士对于患者实际的社会需求以及心理变化情况掌握不够,造成医生、护士与患者沟通不到位,可能在一定程度上影响患者对治疗的依从性,从而影响患者的治疗效果^[15]。而在本研究中,采取医护一体化联合系统性沟通干预的护理模式,通过医生与护士充分地沟通,且针对治疗过程中患者可能出现的抑郁、焦虑情绪及时给予专业性的心理疏导,针对不同患者的病情及恢复情况进行护理方案的调整,在手术前、手术中、手术后进行有针对性的护理,可有效缓解患者的不良情绪,预防不良反应的发生^[16]。此外,医院医疗质量监控人员对全科室的医务人员进行全程闭环监测管理,及时对医疗质量进行评估,针对出现的不安全性的医疗措施及时整改,也可有效提升患者的生活质量^[17]。王景丽^[18]的研究也指出,医护一体化的护理模式对于患者的预后具有积极作用,有助于减少不良反应的发生,与本研究结果一致。

综上所述,肝癌行 TACE 应用医护一体化联合系统性沟通干预的患者在疾病不确定感及应对方式、焦虑及抑郁、自我管理效能方面均显著改善,建议临床推广。

参考文献

- [1] SKLADANY L, KOLLER T, ADAMCOVA S S, et al. Challenging management of severe chronic disorders in acute pandemic situation; chronic liver disease under COVID-19 pandemic as the proof-of-principle model to orchestrate the measures in 3PM context[J]. EPMA J, 2021, 12(1): 1-14.
- [2] OKADA M, OEDA S, KATSUKI N, et al. Recommendations from primary care physicians, family, friends and work colleagues influence patients' decisions related to hepatitis screening, medical examinations and antiviral treatment[J]. Exper Therap Med, 2020, 19(4): 2973-2982.
- [3] CUI Y A, MORIYAMA M, CHAYAMA K, et al. Efficacy of a self-management program in patients with chronic viral hepatitis in China[J]. BMC Nurs, 2019, 18(1): 44.
- [4] ROWENA I, BRAD J, TRISH L, et al. Home to health

care to hospital; evaluation of a cancer care team based in Australian aboriginal primary care[J]. Aust J Rural Health, 2019, 27(1): 88-92.

- [5] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局. 原发性肝癌诊疗规范(2019 年版)[J]. 临床肝胆病杂志, 2020, 36(2): 277-292.
- [6] LAURIE L, MICHELLE J, ANDREA G. Cholestatic liver injury: care of patients with primary biliary cholangitis or primary sclerosing cholangitis[J]. AACN Adv Crit Care, 2016, 27(4): 441-452.
- [7] 程洋, 蒲丛珊, 郭辉, 等. 老年原发性肝癌介入术后患者癌症复发恐惧与应对方式的相关性[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(9): 1968-1971.
- [8] 邝玉慧, 徐方飏, 赵哲, 等. 复方斑蝥胶囊联合不同放化疗方案治疗原发性肝癌有效性与安全性的 Meta 分析及试验序贯分析[J]. 中国药房, 2021, 32(8): 996-1003.
- [9] 杨乔怡, 王恩鑫, 王哲轩, 等. 经肝动脉化疗栓塞术治疗伴门静脉癌栓肝细胞癌的效果及预后评价模型分析[J]. 临床肝胆病杂志, 2021, 37(3): 611-615.
- [10] 王文辉, 李宝华, 李雷, 等. 载药微球治疗中期原发性肝癌 25 例[J]. 介入放射学杂志, 2021, 30(3): 270-274.
- [11] 温玉蓉, 张玉婷, 王瑞霞, 等. 原发性肝癌肝动脉化疗栓塞术后出现电解质紊乱与治疗有效率相关性分析[J]. 实用放射学杂志, 2021, 37(3): 471-474.
- [12] 曹春菊, 黄苏莹, 徐秀平, 等. 原发性肝癌 TACE 术后早期离床活动流程构建的循证实践[J]. 护理学杂志, 2021, 36(5): 33-36.
- [13] 李梅, 宋娟荣, 翟鹏涛, 等. 载药微球在原发性肝癌 TACE 治疗中疗效及安全性分析[J]. 介入放射学杂志, 2021, 30(2): 186-190.
- [14] 谌浩, 刘曦, 罗小平, 等. 经导管动脉化疗栓塞术联合高强度聚焦超声在原发性巨块型肝癌合并门脉癌栓治疗中的疗效评估[J]. 重庆医科大学学报, 2021, 46(1): 101-106.
- [15] 杨琨, 张炜, 肖艳, 等. 3D 导航在肝癌术后新发 LI-RADS LR-5 小结节 TACE 术中的应用[J]. 临床放射学杂志, 2021, 40(10): 1999-2003.
- [16] 蒋锐沅, 满婷婷, 覃艳春, 等. 敷和备化方联合 TACE 术对原发性肝癌患者血清炎症因子及临床疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(1): 102-106.
- [17] 蒋著椿, 王同彪, 钟少琴, 等. 敷和备化方联合 FOLFOX4 方案肝动脉灌注化疗对原发性肝癌 AFP、CEA、TSGF 水平的影响[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(1): 227-231.
- [18] 王景丽. 医护一体化护理用于原发性肝癌肝动脉化疗栓塞术后肝外转移患者 45 例[J]. 中国药业, 2015, 24(23): 131-132.

(收稿日期: 2021-11-16 修回日期: 2022-06-08)