

# 针对性预防护理干预对行根治手术宫颈癌患者负面情绪、自我护理能力及并发症的影响

傅燕萍 罗慧琴

流行病学研究显示,我国宫颈癌发病人数及发病率均呈逐年增多趋势,并已居于我国女性生殖系统肿瘤发病及死亡率首位,严重威胁生命安全<sup>[1]</sup>。目前对于早期宫颈癌患者临床推荐行宫颈癌根治术治疗,术后患者常出现自感身体残缺、丧失女性特征等严重负面情绪,同时术中切除创伤较大及淋巴结清扫均可增加患者术后并发症发生风险,这些均给后续治疗及康复带来极大困难<sup>[2-3]</sup>。如何有效改善行根治手术宫颈癌患者负面情绪状态,增强自我护理能力及降低并发症发生几率已成为护理学界关注的热点和难点之一。本次研究针对行根治手术宫颈癌患者实施术后针对性预防护理干预,探讨术后针对性预防护理干预对行根治手术宫颈癌患者负面情绪、自我护理能力及并发症的影响。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2013年1月至2016年1月舟山医院对行宫颈癌根治手术并实施术后针对性预防护理干预的患者40例为观察组,同时,选择同期内本院行宫颈癌根治手术但未实施术后针对性预防护理干预的患者40例为对照组。两组患者均符合纳入标准:①经宫颈防癌检查及病理活检确诊宫颈鳞癌;②妇科恶性肿瘤分期为ⅡA期及以下;③Karnofsky功能状态评分 $\geq 70$ 分。排除:①远处转移患者;②严重脏器功能障碍患者;③其他系统恶性肿瘤患者;④精神系统疾病或认知功能障碍患者;⑤出血性疾病患者。本方案经医院伦理委员会批准,并获得患者及家属知情同意。两组年龄、文化程度、妇科恶性肿瘤分期见表1。两组比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表1 两组患者一般资料比较

组别	n	平均年龄 / 岁	文化程度 / 例			妇科恶性肿瘤分期 / 例		
			小学	中学	专科及以上	IA	IB	ⅡA
观察组	40	59.35 ± 6.12	10	19	11	11	15	14
对照组	40	59.35 ± 6.12	8	20	12	10	17	13

## 1.2 护理干预方法

1.2.1 对照组 采用术后常规护理干预,即留置导尿2周,并密切观察引流情况及尿液性状,进行良好引流管护理;制定科学合理膳食方案,监督用药情况,并进行肝素及抗生素静脉滴注预防深静脉血栓形成;术后第3天开始指导患者进行康复功能锻炼。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加用针对性预防护理干预,成立针对性预防护理干预管理小组,由

科室护士长担任组长,组员包括临床医师和其他护理人员;由组长制定护理干预人员培训和具体执行方案,增强护理人员风险意识,提高护理风险管理能力。具体护理干预措施:①心理疏导。术前向患者及家属详细介绍宫颈癌病情及手术相关知识,强调手术治疗重要性和良好效果,同时以既往治疗成功案例增强患者治疗信心;耐心细致回答患者心中疑虑,有效调动患者治疗和护理依从性,积极消除负面情绪状态<sup>[4]</sup>;②强化尿道护理干预。护理人员术前指导患者对尿道及腹壁肌群进行功能锻炼,强调阴部护理及清洁保持的重要性;患者术后1周后在护

理人员帮助下进行排尿训练,在其出现尿意后进行意念排尿干预,经多次重复训练促进正常排尿反射恢复<sup>[5,6]</sup>;③强化腹部护理干预。护理人员指导患者家属掌握腹部按摩,鼓励患者多饮水和定时排便;其中腹部按摩每次20~30 min,每天三次<sup>[7]</sup>;④强化疼痛护理干预。术前向患者介绍疼痛产生及护理干预机制,同时加强与患者沟通交流,有效分散注意力从而缓解疼痛;指导患者通过深呼吸、意念放松等方法降低机体疼痛程度,如仍无法有效缓解则给予合理剂量止痛药物应用<sup>[8]</sup>。

1.3 观察指标 ①负面情绪评价采用汉密尔顿焦虑量表(hamilton anxiety scale, HAMA)评分和汉密尔顿抑郁量表(hamilton depression scale, HAMD)评分进行,分值越高提示抑郁焦虑情绪越

严重<sup>[9]</sup>;②自我护理能力评价采用自我护理能力量表(exercise of self-care agency scale, ESCA)评分,包括自我概念、自护责任感、自护技能及健康知识水平4个维度,总条目43个,每个条目分值0~4分,分值越高提示自我护理能力越佳<sup>[9]</sup>;③记录术后并发症发生例数,主要包括切口感染、泌尿系统感染、尿频及尿潴留;④记录护理不良事件发生例数,包括护理投诉、护理纠纷及护理差错。

1.4 统计学方法 采用SPSS 18.0软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组干预前后HAMA和HAMD评分比较见表2

表2 两组患者干预前后HAMA和HAMD评分比较/分

组别	n	HAMA		HAMD	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	28.33 ± 7.68	4.25 ± 1.12**	27.60 ± 7.17	4.17 ± 1.02**
对照组	40	28.16 ± 7.60	9.71 ± 2.40*	27.45 ± 7.11	7.47 ± 2.34*

注:\*,与同组干预前比较, $P<0.05$ ;\*,与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,观察组和对照组干预后HAMA评分和HAMD评分均明显低于干预前( $t$ 分别=19.62、20.46;14.61、16.88, $P$ 均 $<0.05$ ),且观察组干预后

HAMA评分和HAMD评分均明显低于对照组( $t$ 分别=13.04、8.18,均 $P<0.05$ )。

### 2.2 两组患者干预前后ESCA评分比较见表3

表3 两组患者干预前后ESCA评分比较/分

组别	自我概念		自护责任感		自护技能		健康知识水平	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	15.69 ± 2.00	28.21 ± 4.10**	21.02 ± 4.57	34.88 ± 7.14**	19.59 ± 2.46	28.35 ± 4.36**	18.61 ± 3.50	28.92 ± 4.34**
对照组	15.81 ± 2.04	21.67 ± 3.05*	20.93 ± 4.34	26.35 ± 5.63*	19.67 ± 2.51	23.46 ± 3.79*	18.67 ± 3.53	24.45 ± 4.16*

注:\*,与同组干预前比较, $P<0.05$ ;\*,与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,两组干预后自我概念、自护责任感、自护技能和健康知识得分均高于干预前( $t$ 分别=17.36、10.34、11.07、11.69;10.10、4.82、5.27、6.70, $P$ 均 $<0.05$ ),且观察组干预后自我概念、自护责任感、自护技能和健康知识得分均高于对照组( $t$ 分别=8.09、5.93、5.35、4.70, $P$ 均 $<0.05$ )。

### 2.3 两组患者术后并发症发生率比较见表4

表4 两组患者术后并发症发生率比较/例(%)

组别	n	切口感染	泌尿系统感染	尿频	尿潴留	术后并发症
观察组	40	0	0	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)*
对照组	40	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)	4(10.00)	8(20.00)

注:\*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表4可见,观察组患者术后并发症发生率低于对照组( $\chi^2=4.11, P<0.05$ )。

### 2.4 两组患者护理不良事件发生率比较见表5

表5 两组患者护理不良事件发生率比较/例(%)

组别	n	护理投诉	护理纠纷	护理差错
观察组	40	2(5.00)*	1(2.50)*	1(2.50)*
对照组	40	9(22.50)	8(20.00)	6(15.00)

注:\*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表5可见,观察组患者护理投诉、护理纠纷及护理差错发生率均低于对照组( $\chi^2$ 分别=5.17、6.14、3.91, $P$ 均 $<0.05$ )。

### 3 讨论

最早行宫颈癌根治手术治疗是延长早期宫颈癌患者生存时间,改善远期预后的关键<sup>[10]</sup>;但因宫颈癌根治术切除范围较广、创伤程度较大及对盆腔多脏器产生干扰等影响,患者术后并发症发生率居高不下,是造成术后生活质量下降主要原因。针对性预防性护理是一类由护理人员依据患者特定病情、变化特点及规律进行风险事件预测,对可能出现的问题作出正确判断并进行相应护理干预,从而有效降低并发症或不良反应发生的新型护理干预模式<sup>[11]</sup>。

本次研究结果显示,两组患者干预后HAMA评分和HAMD评分均明显低于干预前( $P$ 均 $<0.05$ ),且观察组患者干预后各项评分均明显低于对照组( $P$ 均 $<0.05$ ),提示术后针对性预防性护理应用在改善宫颈癌患者负面情绪状态,提高心理健康水平方面优势明显,这与术前强化心理疏导对于患者战胜病魔信心及不良心理状态的消除作用密切相关<sup>[12]</sup>。

本次研究结果显示,两组患者干预后自我概念、自护责任感、自护技能及健康知识水平等ESCA评分指标均明显高于干预前( $P$ 均 $<0.05$ ),且观察组患者干预后各项评分均明显高于对照组( $P$ 均 $<0.05$ ),说明宫颈癌患者术后行针对性预防性护理有助于提高自我护理能力,改善护理干预效果。自我护理能力是维持患者自身完成护理干预行为基础。已有研究显示,增强恶性肿瘤患者自我护理能力对于加快术后康复进程、改善日常生活质量及远期预后具有重要意义<sup>[13]</sup>。同时自我护理水平提高可进一步增强疾病认知程度,缓解负面情绪状态。有效提高其自身护理干预能力,进一步达到缓解抑郁焦虑情绪和改善临床预后的目的。

本次研究结果显示,观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组( $P<0.05$ ),且观察组患者护理投诉、护理纠纷及护理差错发生率均明显低于对照组( $P$ 均 $<0.05$ ),证实术后针对性预防护理干预用于行根治手术宫颈癌患者可有效降低术后并发症和护理不良事件发生几率,提高护理服务质量。宫颈癌患者因术中对于膀胱功能影响、术后需长时间卧床休息及免疫机能下降,切口感染、泌尿系统感染、腹胀、便秘及尿潴留等均较易发生,严重者甚至出现深静脉血栓,威胁生命安全<sup>[14]</sup>。护理人员通过实施针对性预防护理干预,首先给予肝素及抗生素预防应用,可有效预防感染及深静脉血栓发生,其次强

化腹部护理干预,定时进行腹部按摩有助于加快胃肠蠕动,降低腹胀及便秘发生风险,最后尿道的有效护理干预可加快术后正常排尿反射恢复,实现早期自主排尿,而这对于避免尿潴留发生具有重要意义。

综上所述,术后针对性预防护理干预用于行根治手术宫颈癌患者可有效改善负面情绪状态,提高自我护理能力,降低术后并发症发生风险,且有助于避免护理不良时间出现。

### 参考文献

- 1 杨凯艳,邵萍.预见性护理在宫颈癌患者术后膀胱功能恢复中的应用[J].江苏医药,2014,40(22):2812-2813.
- 2 贾西彪,王红静,杨凌云,等.宫颈癌根治术后放疗并发症和生活质量分析[J].广东医学,2011,32(14):1907-1909.
- 3 何志坚,蔡小梅,杨嘉丽.风险因子预处理法在宫颈癌根治术病人并发症预防中的应用分析[J].全科护理,2016,14(21):2232-2233.
- 4 王阳阳,宋素婷,刘安.综合护理干预对宫颈癌根治术后患者膀胱功能恢复的影响[J].解放军护理杂志,2014,31(22):45-47.
- 5 张宏,童茜.康复护理对促进宫颈癌根治术患者膀胱功能恢复的影响[J].护理实践与研究,2016,13(3):153-155.
- 6 王利晓,史惠蓉.宫颈癌广泛性子官切除术后尿潴留发生相关因素分析[J].中国妇幼保健,2012,20(12):1741-1742.
- 7 冯希源,廖书娟,罗碧如,等.妇科化疗患者自我护理能力与健康行为的相关性研究[J].中华现代护理杂志,2013,19(11):1245-1248.
- 8 陈其群,洪蕊,孙岭军,等.品管圈活动对降低宫颈癌术后尿潴留的效果观察[J].中国临床护理,2016,8(1):32-34.
- 9 张惜阴,林巧稚.妇科肿瘤科学[M].北京:人民卫生出版社,2006.379-380.
- 10 林伟平,杨素清,陈娅,等.可视化健康教育预防宫颈癌术后尿潴留的效果观察[J].护理学报,2014,21(8):76-77.
- 11 Oudega R, Hoes AW, Moons KG. The wells rule does not adequately rule out deep venous thrombosis in primary care patients [J].Ann Intern Med,2014,152(2):100-107.
- 12 张秀娟.循证护理在预防宫颈癌患者术后尿潴留及改善生活质量中的作用[J].护理实践与研究,2014,11(7):85-86.
- 13 冯希源,廖书娟,罗碧如,等.妇科肿瘤病人化疗期间自我护理能力、自我护理行为与健康教育需求调查分析[J].护理研究,2013,27(7C):2202-2204.
- 14 张贵清,刘俊俐,罗义华,等.预见性护理在宫颈癌术后患者中的应用[J].护理实践与研究,2016,13(12):77-79.

(收稿日期 2017-01-02)

(本文编辑 蔡华波)