

FCC模式在完全植入式静脉输液港乳腺癌化疗患者中的应用

练玲玲 夏旭霞 周丽芳

乳腺癌正威胁女性生命健康,化疗是乳腺癌治疗常用手段^[1]。完全植入式静脉输液港(totally implantable venous access port, TIVAP)是一种静脉输液装置,可长时间留置于患者体内,有利于降低药物对血管及组织的损伤,并为需长期化疗的乳腺癌患者提供可靠、安全的静脉输液通路^[2]。但TIVAP患者出院后仍需留置该装置,因此,需家庭成员参与延续性护理,减少并发症发生。以家庭为中心的护理(family centered care, FCC)可通过对患者家属健康教育,指导家属参与护理过程等,提高治疗效果^[3]。本次研究探讨FCC模式在TIVAP乳腺癌化疗患者中的应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2023年1月至2023年12月

期间丽水市中心医院收治的98例实施FCC的TIVAP乳腺癌化疗患者纳入观察组,选择2022年1月至2022年12月本院收治的97例未实施FCC的TIVAP乳腺癌化疗患者纳入对照组。纳入标准包括:①符合乳腺癌的诊断标准^[4];②女性;③首次行TIVAP;④预计生存期>3个月;⑤有家属陪伴;⑥患者及家属知情同意参与本次研究。排除标准包括:①存在化疗或TIVAP禁忌;②合并其他恶性肿瘤;③凝血功能障碍;④严重器官功能障碍;⑤免疫系统疾病;⑥其他重大功能障碍;⑦精神异常或沟通障碍;⑧处于妊娠期或哺乳期。本次研究经医院伦理委员会审批通过。两组患者一般资料比较见表1。两组患者的一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

表1 两组患者一般资料比较

组别	<i>n</i>	年龄/岁	病程/月	受教育年限/年	留置位置/例		TNM分期/例		
					左侧	右侧	I期	II期	III期
观察组	98	46.81±4.55	8.57±2.16	10.35±2.48	67	31	24	55	19
对照组	97	46.43±4.38	8.65±2.23	10.52±2.51	70	27	28	53	16

1.2 方法 对照组采用常规干预,包括TIVAP部位护理、注意事项、饮食指导、健康教育、心理疏导、院外随访等。观察组患者给予FCC模式干预。具体包括:①成立FCC模式干预小组:小组成员由1名主治医师、1名护士长、4名专科护士组成,小组成员均接受FCC模式、TIVAP及乳腺癌相关知识培训,考核通过后方可上岗。②对患者及家属进行健康教育:分发健康教育手册,通过调查问卷评估患者及家属对疾病的了解程度,通过图片、视频等形式向患者

讲解FCC模式、TIVAP及乳腺癌相关知识,鼓励患者及家属提出问题,并及时为其答疑解惑;告知患者及家属TIVAP化疗后注意事项,可能发生渗液、肿胀、血栓等不良反应及应对措施,并为患者制定针对性的饮食计划;开展乳腺癌、TIVAP化疗专题讲座,督促患者及家属积极参与,针对缺席的患者及家属,会将讲座相关资料以纸质版或电子版形式传达给患者及其家属。③照护技能培训:与患者家属沟通、交流,了解患者心理状态和基本信息,为患者制定针对性护理方案;告知家属化疗时间、次数,对患者家属进行疼痛护理、合理用药、营养支持、不良反应及静脉护理措施培训,入院时、出院前各进

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.007.023

基金项目:浙江省医药卫生科技计划项目(2022ZH091)

作者单位:323000 浙江丽水,丽水市中心医院乳腺科

行一次培训;院内,在医护人员指导下,让患者及家属进行穿刺部位护理具体操作,观察是否发生药物外渗、肿胀等,发现问题及时向医护人员汇报;建立家庭互助小组,鼓励患者家属交流,分享护理经验,针对遇到的问题进行讨论、交流。④心理疏导:院内,医护人员关注患者心理状态,必要时进行心理疏导;院外,告知家属应多陪伴患者,多交流患者感兴趣的话题,陪伴患者看电影、听音乐等,分散患者注意力;给患者讲述抗癌成功事件。⑤院外随访:出院时,给患者家属分发护理手册,与患者家属保持联系,定期随访,了解患者依从性、健康状况,并根据随访情况及时调整护理方案。两组患者均干预3个月。

1.3 观察指标 ①疾病认识程度:干预前后,采用简易疾病感知问卷(brief illness perception questionnaire, BIPQ)^[5]进行评估,问卷含疾病感知(5条目)、情绪状况(2条目)、疾病了解程度(1条目),共8条目,以0~10分计,总分0~80分,分数与负性感知呈正相关。②健康行为:干预前后,采用健康行为能力自评量表(self-rated abilities for health practices scale, SRAHP)^[6]进行评估,量表含营养(4条目)、心理安适(6条目)、运动(7条目)、健康责任(7条目),共24条目,以0~4分计,总分0~96分,分数与健康行为呈正相关。③自我管理能力:干预前后,采用自我护理能力量表(exercise of self-care agency scale, ESCA)^[7]进行评估,量表含自我概念(9条目)、自我责任感(8条目)、健康知识水平(14条目)、自护技能(12条目),共43条目,以0~4分计,总分0~172分,分数与自我管理能力呈正相关。

表3 两组干预前后SRAHP各维度评分比较/分

组别		营养	心理安适	运动	健康责任
观察组	干预前	5.79±1.43	8.46±1.23	12.85±1.26	12.34±1.31
	干预后	11.88±1.25*	19.33±1.47*	22.68±1.79*	23.05±1.54*
对照组	干预前	5.96±1.52	8.57±1.26	12.73±1.24	12.18±1.27
	干预后	10.34±1.21	17.65±1.42	20.46±1.72	21.66±1.49

注:*,与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,干预前,两组患者SRAHP各维度评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.80、0.62、0.67、0.87, P 均 >0.05);干预3个月后,观察组患者SRAHP各维度评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=8.74、8.12、8.83、6.41, P 均 <0.05)。

2.3 两组干预前后ESCA各维度评分比较见表4

④生活质量:干预前后,采用中文版乳腺癌生存质量测定量表(functional assessment of cancer therapy breast cancer-specific, FACT-B)^[8]评估,量表含生理状况(7条目)、社会/家庭状况(7条目)、情感状况(6条目)、功能状况(7条目)4维度,以0~4分计,分数与生活质量呈正相关。⑤并发症:记录护理期间血栓、感染、导管夹闭综合征、导管脱出或移位、静脉炎发生情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0软件进行数据处理。符合正态分布的计量资料以均值±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以例数(%)表示,采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后BIPQ各维度评分比较见表2

表2 两组干预前后BIPQ各维度评分比较/分

组别		疾病感知	情绪状况	疾病了解程度
观察组	干预前	33.56±3.67	14.66±1.48	6.93±0.51
	干预后	19.85±2.04*	7.15±1.04*	3.25±0.24*
对照组	干预前	33.65±3.71	14.47±1.44	7.01±0.53
	干预后	21.53±2.24	8.37±1.11	3.56±0.31

注:*,与对照组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,干预前,两组患者BIPQ各维度评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.17、0.91、1.07, P 均 >0.05);干预3个月后,观察组患者BIPQ各维度评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=5.48、7.92、7.81, P 均 <0.05)。

2.2 两组干预前后SRAHP各维度评分比较见表3

由表4可见,干预前,两组患者ESCA各维度评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.61、0.42、0.36、0.42, P 均 >0.05);干预3个月后,观察组患者ESCA各维度评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=5.08、5.75、3.05、3.21, P 均 <0.05)。

表4 两组干预前后ESCA各维度评分比较/分

组别		自我概念	自我责任感	健康知识水平	自护技能
观察组	干预前	15.36±1.47	12.33±1.31	28.64±2.92	21.57±2.31
	干预后	27.58±2.71*	24.41±2.54*	43.26±4.43*	38.25±3.77*
对照组	干预前	15.49±1.53	12.41±1.35	28.49±2.85	21.71±2.34
	干预后	25.64±2.62	22.36±2.44	41.37±4.22	36.55±3.62

注: *:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

2.4 两组干预前后FACT-B各维度评分比较见表5

表5 两组干预前后FACT-B各维度评分比较/分

组别		生理状况	社会/家庭状况	情感状况	功能状况
观察组	干预前	15.07±1.43	14.83±1.51	11.26±1.15	13.88±1.42
	干预后	23.25±1.85*	22.84±1.93*	18.46±1.76*	22.46±1.81*
对照组	干预前	15.13±1.47	14.75±1.49	11.34±1.17	13.67±1.38
	干预后	21.48±1.78	21.08±1.84	16.55±1.64	20.62±1.75

注: *:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表5可见,干预前,两组患者FACT-B各维度评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.29、0.37、0.48、1.05, P 均 >0.05);干预3个月后,观察组患者

FACT-B各维度评分均明显高于对照组(t 分别=6.81、6.52、7.84、7.22, P 均 <0.05)。

2.5 两组患者并发症比较见表6

表6 两组患者并发症比较/例(%)

组别	n	血栓	感染	静脉炎	导管夹闭综合征	导管脱出或移位	总发生
观察组	98	0	1(1.02)	2(2.04)	1(1.02)	0	4(4.08)*
对照组	97	1(1.03)	3(3.09)	4(4.12)	2(2.06)	2(2.06)	12(12.37)

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表6可见,护理期间,观察组患者的并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.45$, $P < 0.05$)。

3 讨论

TIVAP可反复行全胃肠外营养、化疗、输血等,具有植入成功率高、输液安全、并发症少、对日常生活影响小等优点,在需长期、反复静脉输液治疗患者中普通应用,但长时间留置TIVAP也会引发血栓、感染、导管异位、港体外漏等并发症^[9]。治疗过程中有效的护理可以减少患者并发症发生,改善其负面情绪和生活质量。

有研究报道,部分患者对TIVAP认识不足,治疗过程中易产生排斥心理,导致患者治疗配合度较低,严重影响治疗效果^[10]。赵芳等^[11]也认为,对疾病了解不足、对预后的担忧及对化疗副作用的处理能力不足等,影响乳腺癌化疗效果及患者心理状态。本次研究结果显示,观察组患者BIPQ评分低于对照

组,SRAHP评分高于对照组(P 均 <0.05),提示FCC模式干预能够加强TIVAP乳腺癌化疗患者对疾病及TIVAP的认识,促进患者健康行为形成。分析原因可能是因为该模式干预通过分发健康教育手册、相关知识讲解、专题讲座等提高患者对疾病的了解,降低患者对TIVAP的认识偏差,提高患者治疗信心,帮助患者形成健康行为。此外对患者家属进行健康教育、照护技能培训,增加家属对疾病的了解,提高其照护能力。

本次研究结果显示,观察组患者ESCA评分、FACT-B评分明显高于对照组,并发症发生率低于对照组(P 均 <0.05),表明FCC模式干预能够提高TIVAP乳腺癌化疗患者自我管理能力和生活质量,降低并发症发生率。李娜等^[12]研究也表明,FCC模式干预可提高患者自我照顾能力,改善生活质量。分析原因可能是FCC模式干预中出院前对患者及家属进行照护技能培训,提高患者自我管理能力,

出院后,家属督促患者按计划完成TIVAP护理,提高患者护理依从性及自我管理能力,减少并发症发生。指导患者健康营养饮食、合理用药、并发症处理措施等可减少并发症发生,提高患者自我管理能力。院内医护人员能够密切监测患者TIVAP留置情况,出现问题时能够及时处理,有效降低并发症发生风险;院外患者家属可根据培训、健康教育、与其他家属讨论掌握到的知识,帮助患者监护TIVAP留置情况,并定期向医护人员汇报患者身体状况,能够有效地避免院外护理中的风险因素,降低并发症的发生,提高患者生活质量。院内必要时给患者做心理疏导,院外家属给予患者陪伴、支持,能够增强患者社会和家庭归属感,增加患者的家庭温馨感,改善其生活质量。本次研究存在不足之处,如纳入样本量较少,未采取随机对照法进行试验,后续研究将纳入更多样本量进行随机对照试验,提高试验结果的准确性。

综上所述,FCC模式干预能够提高TIVAP乳腺癌化疗患者对疾病认识水平,促进患者健康行为形成,增强其自我管理能力,提高其生活质量,减少并发症发生。

参考文献

- 1 陈伟,夏旭霞,章月照.全程规范化护理体系对乳腺癌植入式静脉输液港化疗患者不良反应的影响[J].中国性科学,2022,31(1):98-101.
- 2 李辉,高阳旭,王书磊,等.恶性肿瘤患儿完全植入式静脉输液港手术并发症[J].北京大学学报(医学版),2022,54(6):1167-1171.
- 3 李晓雅,徐莉莉,丁瑾.以家庭为中心的护理对肺癌首次化疗患者的干预效果[J].护理实践与研究,2022,19(22):3438-3441.
- 4 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会.中国晚期乳腺癌临床诊疗专家共识(2018版)[S].中华肿瘤杂志,2018,40(9):703-713.
- 5 孙伟铭,楼青,袁也丰,等.简易版疾病认知问卷中文版在躯体化障碍患者中的应用[J].重庆医科大学学报,2015,40(8):1138-1142.
- 6 胡蕴绮,周兰妹.中文版健康行为能力自评量表的信效度研究[J].中华护理杂志,2012,47(3):261-262.
- 7 Kearny BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency[J]. Res Nurs Health, 1979, 2(1): 25-34.
- 8 李帆,黄莹,袁伟,等.延续护理信息平台对乳腺癌化疗患者自我管理能力和生存质量的影响研究[J].解放军护理杂志,2022,39(4):22-25,84.
- 9 陈伟,夏旭霞,章月照.全程规范化护理体系对乳腺癌植入式静脉输液港化疗患者不良反应的影响[J].中国性科学,2022,31(1):98-101.
- 10 庞梦娅,郭丝锦.基于微信平台的延伸护理对乳腺癌化疗患者输液港相关知识及维护依从性的影响[J].贵州医药,2021,45(1):168-169.
- 11 赵芳,孙旭玉,黄丹,等.个性化健康教育联合心理干预对乳腺癌化疗患者心理健康状况和生活质量的影响[J].癌症进展,2021,19(2):203-206.
- 12 李娜,刘魁,朱青.以家庭为中心的赋权模式干预对老年慢性阻塞性肺疾病患者自我管理能力和生活质量的影响[J].临床与病理杂志,2022,42(7):1700-1706.

(收稿日期 2024-02-21)

(本文编辑 高金莲)