

表1 干预后两组患者手术相关指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间/min	穿刺时间/min	住院时间/d
对照组	48	42.39 ± 3.69	12.57 ± 1.85	22.59 ± 3.28
导向组	48	30.28 ± 2.57	8.26 ± 1.24	12.57 ± 1.49
<i>t</i>		18.658	13.408	19.270
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

表2 两组患者术后并发症比较 [*n* (%) ]

组别	例数	房室传导阻滞	残余分流	心包填塞	总发生率/%
对照组	48	3 (6.25)	4 (8.33)	3 (6.25)	10 (20.83)
导向组	48	1 (2.08)	1 (2.08)	1 (2.08)	3 (6.25)
$\chi^2$					4.359
<i>P</i>					0.036

### 3 讨论

介入封堵术是目前治疗 PFO 最有效的治疗手段之一,具有较高的安全性及成功率,但相关研究发现,很多 PFO 患者经过封堵术后常伴随一定的并发症,这也对整体治疗效果造成一定影响,而常规护理干预缺乏其针对性,且护理过程难以调动患者的积极性和主动性,进而不利于患者术后的康复<sup>[7]</sup>。

本研究中,采用结局导向护理干预的导向组患者,手术相关指标(手术时间、穿刺时间、住院时间)均低于仅实施常规护理干预的对照组患者,且术后出现并发症的概率更小。其原因在于:导向组患者经过专业团队对其进行全面评估后,及时给予针对性护理指导,并将疾病相关的健康知识及时进行宣导,针对其不良情绪积极给予疏导和解决,让其获取足够的心理支持及情感抚慰,并通过持续的护理评估和调整,以及时发现护理中的不足之处,积极采取改进措施,并加强其术后并发症的预防和康复指导,降低其并发症的发生风险,并提高其术后的康复效果<sup>[8]</sup>。

综上所述,结局导向的护理干预应用于卵圆孔未闭封堵术可改善手术相关指标,并减少术后并发症的发生,对其护理质量的持续改进有积极促进作用。

#### 参考文献

[1] 刘小红,颜琼,夏青霜,等. 卵圆孔未闭介入封堵治疗偏头痛的集束化护理应用研究[J]. 中国当代医药,2023,30(28):

176-179.

[2] 曹博,窦润鹏,刘纳,等. 全局式护理在卵圆孔未闭封堵术围手术期的应用效果[J]. 河南医学研究,2022,31(10):1898-1901.

[3] 马杰,廖红娟,李璐瑜,等. 伴卵圆孔未闭偏头痛患者的临床特征及经导管封堵卵圆孔未闭术干预效果[J]. 河北医药,2023,45(2):228-230,234.

[4] 经食道超声心动图临床应用的中国专家共识专家组. 卵圆孔未闭右心声学造影中国专家共识[J]. 中国循环杂志,2022,37(5):449-458.

[5] 刘亚洋,李鹤,朱源生. 卵圆孔未闭封堵术中心腔内超声的临床应用价值研究[J]. 中国介入心脏病学杂志,2023,31(5):333-338.

[6] 刘茂林,胡邦,刘胜,等. 合并偏头痛的卵圆孔未闭患者经食管超声引导下封堵术的疗效分析[J]. 贵州医药,2023,47(7):1089-1090.

[7] 李小龙,游仲帅,白元,等. 经皮卵圆孔未闭封堵术后残余分流的认知和处理[J]. 中国心血管病研究,2023,21(5):464-468.

[8] 田润琦,苏峰,段鹏. 介入封堵术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征合并卵圆孔未闭的研究进展[J]. 医学综述,2023,29(18):3684-3688.

收稿日期:2024-12-13

责任编辑:雷长国

## 基于舒适理论的综合护理干预在胃癌患者中的应用及其营养状态、并发症的影响分析

李莹

(南阳医学高等专科学校附属中医院,河南 南阳 473000)

【摘要】目的:分析在胃癌患者中应用基于舒适理论的综合护理干预对其营养状态、并发症的影响。方法:选择

作者简介:李莹(1986-),女,主管护师,主要从事外科护理学工作及研究。

2023年1月至2023年9月本院收治的82例胃癌患者,按信封随机法分组,各41例。参照组予以基础护理方法,实验组在此基础上予以基于舒适理论的综合护理干预,比较两组营养指标、健康状况、营养不良发生率和并发症等。结果:干预前,两组营养不良率对比无差异( $P>0.05$ );干预14d后,实验组营养不良率与并发症合计率低于参照组( $P<0.05$ )。护理前,两组KPS得分、各项营养指标对比无差异( $P>0.05$ );护理14d后,两组KPS得分、前白蛋白、白蛋白和转铁蛋白指标均上升,且实验组KPS得分、前白蛋白、白蛋白和转铁蛋白指标高于参照组,差异显著( $P<0.05$ )。结论:在胃癌患者护理中,基于舒适理论的综合护理可以显著减少患者并发症发生,改善其健康状况和营养状态。

【关键词】舒适理论;胃癌;营养状态;综合性护理

【中图分类号】R473 【文献标识码】A 【文章编号】1008-4983(2025)03-0343-04

胃癌是临床多发恶性肿瘤,其早期症状不显,但仍会出现上腹隐痛、消化不良、食欲不振、腹胀、嗝气等表现。现下,手术仍是胃癌患者临床治疗常用方案。不过实际应用中,因患者消化系统功能障碍和手术创伤应激刺激等生理特点影响,使得患者术后生理和心理体征恢复缓慢。因此临床实践中,亟需做好胃癌患者术后体征监测和护理措施,协助减少并发症发生,并改善其心理状态<sup>[1-2]</sup>。基础护理侧重于基础体征监测、疾病健康教育、焦虑情绪安抚,虽具有一定程度的干预效果,但对于患者术后康复的系统性改善措施有待完善,护理优势难以有效展现<sup>[3-4]</sup>。基于舒适理论的综合护理参照快速康复理念,以提高患者舒适度为目标,采取针对性措施改善其心理和生理状态,有助于降低并发症发生风险,

改善患者营养状态,促进患者康复<sup>[5]</sup>。但目前基于舒适理论的综合护理对胃癌患者的干预研究报道较少,本研究特此观察基于舒适理论的综合护理在胃癌患者术后的应用效果,内容如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 取南阳医学高等专科学校附属中医院82例胃癌患者作为研究对象,选取周期2019.01-2023.09。纳入标准:(1)患者符合诊断标准<sup>[6]</sup>;(2)无其他部位原发肿瘤者。排除标准:(1)手术禁忌症、严重精神疾病、严重呼吸系统疾病、严重肝肾功能不全、严重心脑血管疾病、凝血功能障碍;(2)合并严重感染性疾病;(4)恶性癌细胞远处转移者。随机分组,各41例。两组患者基本资料见表1。

表1 两组患者基本资料比较

组别	n	性别/n/n 男/女	年龄/岁	TNM分期/n/n I期/II期/III期
实验组	41	22/19	47.21 ± 4.46	7/19/15
参照组	41	23/18	47.89 ± 4.52	7/20/14
统计值		0.049	0.686	0.048
P值		0.824	0.495	0.827

1.2 方法 两组均接受手术治疗。参照组实施基础护理:建立患者个人档案,通过健康档案记录患者围术期体征变化,并在每日早晚查房时,向患者及家属口头描述相关情况,包括患者术后体征恢复情况、术后并发症及预防措施、术后用药及不良反应、情绪安抚、卧床护理(体位定时调整、清痰、肢体活动)、饮食注意事项等,出院后嘱咐其定期复诊。实验组予以基于舒适理论的综合护理干预,主要包括:(1)术前护理:指导其做血常规和其他化验,解答患者的问题,对患者进行宣教讲解,以获得患者的支持与配合,并对患者实施心理护理,尽可能地满足其个性化要求,以消除患者对胃癌手术的紧张、焦虑及恐慌的不良情绪,从心理上为患者带来舒适的感觉;合理选择舒适度更高、刺激性更小的胃管等手术设备。置管前向患者讲解胃管置管目的、方法、不适。置管时先使用生理盐水润滑,再嘱咐患者口含温水,伴随胃管插入缓咽。(2)术中护理:术前评估患者麻醉药物使用和过敏情况,并根据患者年龄、体质量等判断麻醉耐受度,选取合适麻醉药物及剂量。术中患者取仰

卧位,如需体位变化可协助调整,并在患者身下摆放软垫。根据患者手术情况,对非术区暴露部位给予加温毯保暖,维持体温37℃,维持术中液体37℃。密切监测患者脉搏、血压与血氧饱和度等生命体征,术中严格执行手术无菌化操作规范。(3)术后护理:待患者麻醉清醒血压平稳后,取半卧位,垫高下肢,护士协助病人间断翻身,以提高其舒适性;手术后护士要保持微笑,告诉病人手术后的疼痛是不可避免的,使用转移注意力、听音乐等方式指导病人学习自我放松,缓解痛苦,若患者疼痛无法缓解,需及时联系医师,调整镇痛方法,告知胃癌患者和家属可能出现的并发症;疏导可能导致患者术后消极情绪的因素,如生活焦虑、家庭担忧、社会担忧。规定病人作息时间,术后禁食生冷辛辣油腻刺激,日常饮食以清淡、易消化为主,适当增加肉类、蛋白质和铁、钙、钾等微量元素摄入。两组均持续干预14d。

1.3 观察指标 (1)营养状况分析:以主观综合性营养评价量表(Subjective Comprehensive Nutrition Rating Scale, SGA)<sup>[7]</sup>评价两组干预前、干预后14d的营养状

况。量表总分10分，其中得分4~8分（中度营养不良）；2~3分（轻度营养不良），得分0~1分（营养正常）。（2）KPS得分分析：以Karnofsky（KPS）功能状态量表<sup>[8]</sup>评价两组护理前、护理14 d后的健康状况。KPS总分100分，评分越高显示健康状况越好。（3）营养指标分析：抽取两组干预前、干预后14 d空腹静脉血5 ml，进行离心处理（速率：3 000 r/min，时间：10 min），予以AU5800全自动生化分析仪测定两组血清白蛋白、白蛋白和转铁蛋白指标。（4）并发症分析：记录两组胃肠道

反应、吸入性肺炎和水电平衡紊乱等并发症合计率。

1.4 统计学方法 将数据录入SPSS23.0处理分析。计量、计数资料分别以 $(\bar{x} \pm s)$ 、 $[n(\%)]$ 表示，采用 $t$ 检验、 $\chi^2$ 检验。

## 2 结果

2.1 营养状况分析 干预前，两组营养不良率对比无差异（ $P > 0.05$ ）；干预14 d后，实验组营养不良率17.07%远远低于参照组36.59%（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组干预前后营养状况比较 [n (%)]

组别	n	干预前			干预后		
		营养正常	轻度营养不良	中度营养不良	营养正常	轻度营养不良	中度营养不良
实验组	41	6 (14.63)	13 (31.71)	22 (53.66)	34 (82.93)	5 (12.20)	2 (4.88)
参照组	41	7 (17.07)	11 (26.83)	23 (56.1)	26 (63.41)	10 (24.39)	5 (12.20)
$\chi^2$			0.091			3.976	
P			0.762			0.046	

2.2 KPS评分分析 两组护理前KPS评分无差异（ $P > 0.05$ ）；护理14 d后，实验组KPS评分高于护理前且高于参照组（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 两组护理前后KPS得分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	KPS得分	
		护理前	护理后
实验组	41	57.76 ± 5.48	90.52 ± 7.25*
参照组	41	57.88 ± 5.40	80.80 ± 7.20*
t		0.100	6.091
P		0.921	0.000

注：与护理前对比，\* $P < 0.05$ 。

2.3 营养指标分析 两组干预前营养指标无差异（ $P > 0.05$ ）；干预14 d后，且实验组指标远高于干预前且远高于参照组（ $P < 0.05$ ），见表4。

表4 两组干预前后营养指标比较 ( $n = 41, \bar{x} \pm s$ )

组别	前白蛋白/mg · L <sup>-1</sup>		白蛋白/g · L <sup>-1</sup>		转铁蛋白/mg · dl <sup>-1</sup>	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	141.74 ± 13.36	187.31 ± 16.28*	28.08 ± 2.44	39.89 ± 3.29*	220.31 ± 18.30	241.51 ± 19.24*
参照组	141.80 ± 13.34	170.47 ± 15.42*	28.14 ± 2.67	35.20 ± 3.58*	221.35 ± 18.33	243.67 ± 18.41*
t	0.126	8.312	0.039	5.364	0.086	11.526
P	0.900	0.000	0.969	0.000	0.932	0.000

注：与护理前对比，\* $P < 0.05$ 。

2.4 并发症分析 实验组出现胃肠道反应1（2.44%）例、吸入性肺炎0（0.00%）例、水电平衡紊乱2（4.88%）例，并发症发生率为7.32%（3/41）；参照组出现胃肠道反应4（9.76%）例、吸入性肺炎2（4.88%）例、水电平衡紊乱5（12.20%）例，并发症发生率为26.83%（11/41）。实验组并发症发生率低于参照组（ $\chi^2 = 3.998, P = 0.046$ ）。

## 3 讨论

胃癌患者是消化道疾病中的重病患者<sup>[9-10]</sup>。目前多

通过手术进行胃癌临床治疗。而在术后基础护理中，侧重点仍为患者基础体征变化观察、简单健康教育，对于其生理和心理舒适度的针对性、渐进性改善力度不足<sup>[11-13]</sup>。

本研究将基于舒适理论的综合护理干预应用于胃癌患者，结果显示：干预14 d后，实验组营养不良率低于参照组（ $P < 0.05$ ），两组前白蛋白、白蛋白和转铁蛋白指标均上升，且实验组3项指标远高于参照组（ $P < 0.05$ ）。提示基于舒适理论的综合护理干预可有效改善