

810-813.

- [11] 王建军,纪冬,李乐,等.经治低水平病毒血症慢性乙型肝炎患者耐药突变的基因型特征[J].解放军医学杂志,2023,48(2):138-142.
- [12] STUYVER L J, LOCARNINI S A, LOK A, et al. Nomenclature for antiviral-resistant human hepatitis B virus mutations in the polymerase region[J]. Hepatology, 2001, 33(3): 751-757.

- [13] LIM Y S. Management of antiviral resistance in chronic hepatitis B[J]. Gut Liver, 2017, 11(2): 189-195.

收稿日期:2024-09-10

(本文编辑:钟美春)

基于马斯洛需要层次理论的手术护理干预在结肠癌手术患者中的应用效果

黄园鹏,陈雷,张卫婷

【关键词】 结肠肿瘤;癌;马斯洛需要;护理

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.11.032

【中图分类号】 R473.6 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2024)11-1510-03

结肠癌是常见消化道恶性肿瘤,一般采用腹腔镜结肠癌根治术治疗^[1]。与传统开放性手术相比,腹腔镜手术能够显著降低对机体的损伤^[2],但手术期间的护理也与预后密切相关。基于马斯洛需要层次理论的手术护理干预,内容包括生理、安全、情感与归属、尊重等,依据患者需求程度,制定针对性护理措施,以满足其真实需求^[3-4]。本研究拟探讨基于马斯洛需要层次理论的手术护理干预在结肠癌手术患者中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2022年1月至2024年3月洛阳市第一人民医院收治的行腹腔镜结肠癌根治术患者94例,纳入标准:(1)符合《中国结直肠癌诊疗规范(2015版)》^[5]中结肠癌诊断标准,(2)首发患者,(3)符合腹腔镜手术指征,(4)无癌细胞远处转移扩散,(5)临床资料完整。排除标准:(1)有腹部手术史者;(2)伴有其他恶性肿瘤疾病者;(3)合并慢性肠炎、肠梗阻及营养不良者;(4)接受过放、化疗等其他治疗者;(5)存在严重心、肺功能障碍者,凝血功能、免疫功能障碍者。本研究获得洛阳市第一人民医院伦理

委员会批准,所有研究对象均同意参加本研究并签署书面知情同意书。

采用随机数字表法将94例患者分为马斯洛组及对照组,各47例。马斯洛组男26例,女21例;平均年龄(51.7±5.4)岁;结肠癌临床分期为I期12例,II期22例,III期13例;文化程度为高中及以下16例,大专23例,本科及以上8例。对照组男24例,女23例;平均年龄(51.4±5.3)岁;结肠癌临床分期为I期14例,II期21例,III期12例;文化程度为高中及以下14例,大专22例,本科及以上11例。两组一般资料均衡可比($P > 0.05$),有可比性。

1.2 方法 对照组行常规护理:(1)术前向患者详细介绍手术流程、注意事项及可能出现的并发症。(2)协助患者完成术前准备,如备皮、灌肠等,确保手术区域清洁无菌。(3)手术过程中,密切关注患者生命体征,及时发现并处理异常情况。(4)保持手术室的整洁与安静,为手术创造良好的环境;护理人员应确保器械的完整、清洁与无菌,以减少手术感染风险;手术结束后,护理人员应对患者进行密切观察,记录患者的生命体征及恢复情况,对于术后可能出现的并发症,如出血、感染等,护理人员应提前制定预防及应对措施。此外,还需鼓励患者进食易消化、营养丰富的食物,以促进术后恢复。

马斯洛组实施基于马斯洛需要层次理论的手术

作者单位: 471000 河南省洛阳,洛阳市第一人民医院

通信作者: 黄园鹏, Email: yyyuan_P@163.com

护理干预:(1)成立护理小组。成员包括护士长 1 名、主治医师 1 名及护理人员 4 名,护士长担任小组组长,对全体成员进行相关知识培训。(2)安全需求。定期安排护理人员进行疾病知识、护理操作培训,建立严格的考核制度,对护理人员的操作技能和知识水平进行全面评估,以确保其能够胜任手术室的工作要求。重点关注结肠癌手术患者生命体征变化,观察心率、呼吸、血压、脉搏血氧饱和度(SpO_2),同时注意观察动脉血气分析和呼吸末 CO_2 分压($P_{ET}CO_2$),每 5 ~ 15 分钟记录 1 次,发现问题及时记录并采取相应措施。(3)生理需求。嘱结肠癌手术患者术前 1 d 流食饮食,并于术前 12 h 口服复方聚乙二醇电解质散(深圳万和制药有限公司,国药准字 H20030828),同时配合饮用 2 500 ~ 3 000 ml 水,至排出清水样大便。待结肠癌手术患者生命体征平稳后,协助其进行四肢运动,鼓励患者自主进行双腿弯曲动作,促进下肢血液循环畅通。术后 1 周内,建议患者进行肛门收缩与舒张动作,2 次/d,每次包含 10 组收缩舒张循环,每个动作持续 10 s。当患者恢复至能下床活动阶段时,协助其增加地面活动,但务必确保患者身边有专人陪伴。(4)情感与归属需求。手术前 1 d 护理人员主动巡视,全面了解结肠癌手术患者社会背景、生活环境。耐心解答患者及家属提出的疑问,以消除其疑虑和不安。同时,护理人员需认真查阅患者的病程记录,向患者详细介绍手术室的环境、麻醉方式及主刀医师的情况,以便结肠癌手术患者充分了解手术相关情况。此外,护理人员应特别强调腹腔镜根治术的优势,以增强患者对手术的信心,确保手术顺利进行。(5)尊重需求。尊重患者个人意愿与隐私,维护患者的知情权、同意权等合法权益。手术过程中,加强环境遮蔽性,减少不必要的暴露。两组均持续干预 1 个月。

1.3 观察指标 (1)胃肠功能。观察指标包括肠鸣音恢复、首次排便及肛门排气时间。(2)手术配合度。采用自制调查问卷评估,内容包括是否配合麻醉操作、是否保持体位稳定等,满分 100 分,评分 0 ~ 59 分为不配合,60 ~ 89 分为配合良好,90 ~ 100 分为完全配合。手术配合度=完全配合+配合良好,量表信效度 0.892。(3)心理弹性。干预前后采用 Wagnild-Young 心理弹性量表(RS-11)^[6]评估,包括坚韧(13

项)、自强(8 项)及乐观(4 项)3 个维度,每项计 0 ~ 4 分,心理弹性水平越低则得分越低。(4)生活质量。干预前后使用癌症患者生活质量量表(EORTCQLQ-C30)^[7]评估,涉及功能、症状、特异性领域,每项领域均设 100 分,生活质量越高则症状领域评分越低,功能、特异性领域评分越高。

1.4 统计方法 数据应用 SPSS27.0 统计软件分析,符合正态分布计量资料以均数±标准差表示,行 t 检验;计数资料行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠功能比较 马斯洛组肠鸣音恢复、首次排便及肛门排气时间均短于对照组(均 $P < 0.05$),见表 1。

2.2 手术配合度比较 马斯洛组手术配合情况为完全配合 22 例,配合良好 25 例,手术配合度 100.00%(47/47);对照组为完全配合 13 例,配合良好 28 例,不配合 6 例,手术配合度 87.23%(41/47)。马斯洛组手术配合度高于对照组($\chi^2=4.45, P < 0.05$)。

2.3 RS-11 评分比较 干预前,两组 RS-11 评分中坚韧、自强及乐观项目评分差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);干预后,马斯洛组 RS-11 评分中坚韧、自强及乐观项目评分均高于对照组(均 $P < 0.05$),见表 2。

2.4 EORTCQLQ-C30 评分比较 干预前,两组 EORTCQLQ-C30 评分中症状领域、功能领域及特异性领域评分差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);干预后,马斯洛组 RS-11 评分中坚韧、自强及乐观项目评分均低于对照组(均 $P < 0.05$),见表 3。

3 讨论

常规手术护理更注重手术的顺利进行和患者的生理状况,而较少关注患者的心理和社会需求。基于马斯洛需要层次理论的手术护理干预旨在全面关注患者的多层次需求,为其提供更为人性化、个性化的护理服务^[8-9]。本研究结果显示,马斯洛组胃肠肠功

表 1 两组胃肠功能指标比较

组别	例数	肠鸣音恢复时间	首次排便时间	肛门排气时间
马斯洛组	47	34.81±4.73	43.16±5.21	40.26±5.37
对照组	47	38.36±4.78	47.87±5.25	43.65±5.32
t 值		3.62	4.37	3.08
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2 两组 RS-11 评分比较

组别	例数	坚韧		自强		乐观	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
马斯洛组	47	22.97±5.37	41.42±4.61	14.02±4.11	22.39±4.52	7.97±2.12	12.41±1.55
对照组	47	23.01±5.34	34.65±4.65	13.99±4.14	18.72±4.57	8.03±2.16	10.85±1.59
t 值		0.03	7.08	0.03	3.91	0.13	4.81
P 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

表 3 两组 EORTCQLQ-C30 评分比较

组别	例数	症状领域		功能领域		特异性领域	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
马斯洛组	47	75.98±6.37	51.39±5.18	55.99±5.49	73.47±6.26	53.03±6.42	75.08±5.39
对照组	47	76.02±6.33	62.09±5.14	56.03±5.44	64.75±6.21	52.97±6.48	66.17±5.35
t 值		0.03	10.05	0.03	6.78	0.04	8.04
P 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

能指标均好于对照组(均 $P < 0.05$),手术配合度高
于对照组($P < 0.05$);两组 RS-11 评分中坚韧、自强
及乐观项目评分差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。
这提示基于马斯洛需要层次理论的手术护理干预能
提高手术配合度、心理弹性,改善胃肠功能。本研究
结果显示,干预后,马斯洛组 EORTCQLQ-C30 评分
中症状领域、功能领域及特异性领域评分均低于对
照组(均 $P < 0.05$)。这提示基于马斯洛需要层次理
论的手术护理干预能提高生活质量。原因分析为基
于马斯洛需要层次理论的手术护理干预通过深入理
解和满足患者的多层次需求,确保患者在手术过程
中的身体安全与舒适。

综上所述,结肠癌手术患者实施基于马斯洛需
要层次理论的手术护理干预可提高患者心理弹性、
手术配合度,从而促进胃肠功能改善,提高生活质量。
利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

[1] 杨祎,王娜,贾菲,等.益髓健脾汤联合 XELOX 方案治疗结肠癌术
后患者对肠道菌群及预后影响分析[J].世界中西医结合杂志,

2023,18(2):392-395,400.
[2] 张瑜,刘佩蓉,刘春亮,等.电针复合右美托咪定对腹腔镜结肠癌手
术患者免疫功能及肠道屏障功能的影响[J].临床和实验医学杂
志,2023,22(19):2114-2118.
[3] 沈珊艺,陈建霞,骆静瑶,等.分析心理疏导联合基于马斯洛需要层
次理论的手术室护理干预对烧伤患者睡眠质量的影响[J].世界
睡眠医学杂志,2023,10(10):2392-2394.
[4] 卢影.基于马斯洛需要层次理论的护理在腹股沟疝手术患者中
的应用效果[J].中国民康医学,2022,34(15):175-178.
[5] 中华人民共和国卫生和计划生育委员会医政医管局,中华医学
会肿瘤学分会.中国结直肠癌诊疗规范(2015 版)[J].中华普通外
科学文献(电子版),2015,9(6):506-523.
[6] 段晓静,张品,王艳静,等.基于 Snyder 希望理论的心理干预对卵
巢癌患者心理弹性的影响[J].癌症进展,2022,20(22):2349-2352.
[7] 任云,王琳娜,王梅杰,等.Cox-IMCHB 理论指导多维护理对原发
性肝癌行腹腔镜肝切除术患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29
(14):15-18.
[8] 严英英,薛莲.基于马斯洛需求层次理论的舒适护理在鼻窦炎患
者鼻内镜手术中的应用[J].中外医学研究,2023,21(32):114-119.
[9] 路俊英.马斯洛层次需求理论在血液透析患者临床护理中的应
用效果[J].国际护理学杂志,2021,40(13):2380-2383.

收稿日期:2024-07-13
(本文编辑:钟美春)