

好。通过输入患者的一般资料,预测模型可以评估腹腔镜子宫肌瘤术中患者发生低体温的风险。在临床工作中,医护人员应该关注患者年龄、基础体温、麻醉时间、手术室时间、手术室温度方面,及时进行干预,以降低患者术中低体温的发生率。

综上所述,腹腔镜子宫肌瘤术中患者发生低体温的概率较高,年龄、基础体温、麻醉时间、手术室时间、手术室温度是腹腔镜子宫肌瘤术中患者发生低体温的影响因素,该预测模型具有较好的预测能力,为预防术中发生低体温和指导治疗提供参考依据。研究不足是采用内部验证有局限,需更多样本和外部验证改进。

参考文献

- [1] 史莎莎,余成浩.活血化瘀法治疗子宫肌瘤的理论及作用机制[J].世界中医药,2024,19(5):753-757.
- [2] ASGARI Z,HASHEMI M,HOSSEINI R,et al.Comparison of the number of spindle cells in peritoneal washings between laparoscopic myomectomy with morcellation and open myomectomy without morcellation[J].J Minim Invasive Gynecol,2021,28(7):1391-1396.
- [3] NIAZ R,SAEED M,KHAN H,et al.Efficacy and safety of oral GnRh antagonists in patients with uterine fibroids: a systematic review[J].J Obstet Gynaecol Can,2022,44(12):1279-1288.
- [4] 子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组.子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2017,52(12):793-800.
- [5] 中国医师协会妇产科医师分会妇科肿瘤专业委员会(学组).实施腹腔镜下子宫(肌瘤)分碎术的中国专家共识[J].中国实用妇科与产科杂

志,2020,36(7):626-632.

- [6] 国家麻醉专业质量控制中心,中华医学会麻醉学分会.围手术期患者低体温防治专家共识(2017)[J].协和医学杂志,2017,8(6):352-358.
- [7] 方敏,严丽洁,张倩,等.全麻下腹腔镜子宫切除术患者术中低体温发生的风险因素与其干预措施分析[J].湖南师范大学学报(医学版),2023,20(5):61-64.
- [8] 陈明霞,王建红.术中保温对妇科腹腔镜手术患者体温及凝血功能的影响[J].血栓与止血学,2021,27(4):719-720.
- [9] 金鑫,蒋玮,于嘉,等.术中保温对腹腔镜胆囊切除术患者低体温及应激反应的影响研究[J].山西医药杂志,2022,51(22):2634-2637.
- [10] 张森,胡宪文,李锐,等.全身麻醉术后患者苏醒室内低体温发生率及其影响因素的Logistic回归分析[J].现代生物医学进展,2021,21(7):1379-1382.
- [11] 叶青青,陈悦,吴浩,等.老年患者全身麻醉腹腔镜下子宫切除术中低体温发生情况及危险因素[J].局解手术学杂志,2023,32(2):125-128.
- [12] 段李欢,欧炜,王厚钧,等.达芬奇机器人手术患者术中发生低体温的因素分析[J].贵州医科大学学报,2022,47(10):1209-1214.
- [13] 孙亮,高倩,王广,等.麻醉后恢复室期间全身麻醉患者发生低体温的影响因素[J].中华医学杂志,2021,101(1):52-56.
- [14] 杨美好,陈显琴,林保留,等.二氧化碳气腹对腹腔镜手术患者体温的影响[J].护理学杂志,2021,36(8):31-32.
- [15] 孔珊珊,邓露,申海艳,等.剖宫产产妇术中低体温风险预测模型的构建及应用效果研究[J].中华护理杂志,2021,56(2):165-171.
- [16] 李丽,颜艳,房馨,等.腹腔镜手术患者术中低体温风险预测模型的构建及验证[J].中华护理杂志,2022,57(4):463-468.

肝癌患者经导管动脉化疗栓塞术治疗期 日常活动状况的影响因素调查与护理

白云枝

(赤峰市医院肿瘤内二科,内蒙古赤峰,024000)

摘要:目的 探究肝癌患者经导管动脉化疗栓塞术治疗期日常活动状况及护理干预策略。方法 选择2022年1月—2023年12月赤峰市医院收治的肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者121例,回顾性分析临床资料,借助一般资料整理患者基础信息,采用日常生活活动能力量表进行评价,根据评分将其分为良好组、较差组,通过组间单因素分析、多因素Logistic回归分析筛选肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者日常活动能力的独立影响因素,并确定护理干预策略。**结果** 研究通过量表评价得到,肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗期日常活动能力良好患者92例,较差患者29例;单因素分析结果显示,肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的影响因素有年龄、肝功能分级、并发症、恶心呕吐、营养状况、疼痛状况、疲乏状况($P<0.05$);多因素Logistic回归分析显示,肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的独立影响因素有并发症 ≥ 2 种、恶心呕吐、营养较差、中重度疼痛、中重度疲乏($P<0.05$)。**结论** 肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动状况表现不一,其影响因素复杂,临床需加强护理干预,以缓解相关症状、改善身心状况,从而提升患者日常活动能力。

关键词: 肝癌;经导管动脉化疗栓塞术;日常活动;影响因素;护理干预

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2025)-10-0112-04

肝癌是临床高发恶性肿瘤,流行病学数据显示,我国每年新增肝癌确诊患者高达 37 万例,每年死亡病例约 32.6 万,其发病率、死亡率分别位居恶性肿瘤第 4 位、第 2 位^[1-2]。肝癌患者发病早期缺乏典型性症状,确诊患者多处于晚期,经导管动脉化疗栓塞术是临床治疗肝癌的有效方法之一,通过阻断癌组织血液供给,可实现对肿瘤组织生长的有效抑制,进而达到缓解病情的目的^[3]。经导管动脉化疗栓塞术在肝癌患者中的应用,能有效消灭癌细胞,降低肿瘤负荷,有良好的临床疗效,但易引发相关不良反应。有研究显示,肝癌患者日常生活活动能力评分为 90.11 分,有轻度依赖,且研究发现日常生活能力越差患者,并发肌少症风险越大,进而影响到患者术后生活质量^[4]。当前文献对肝癌介入术的研究侧重于健康教育、心理疏导,缺乏对治疗期日常生活能力的关注,难以为治疗期日常生活能力强化护理提供证据支持。本研究选择 2022 年 1 月—2023 年 12 月赤峰市医院收治的肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者 121 例,通过组间单因素分析、多因素 Logistic 回归分析筛选肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常生活能力的独立影响因素,并确定护理干预策略,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2022 年 1 月—2023 年 12 月赤峰市医院收治的肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者为研究对象。本研究通过文献分析法搜集“肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常生活能力”相关的中英文文献共 108 篇,阅读文献全文,提取日常生活能力影响因素,按出现频数大小对因素实施排序,选出前 15 名,并面向院内专家开展函询,进而确定纳入分析的变量,最终得到 11 个。研究样本量计算:统计学要求样本量为可能变量的 5~10 倍,按样本量为变量的 10 倍计算,则初估样本量为 110 例,考虑调查失访率,按 10% 计算,则最终样本量应为 $110 \times (1+10\%) = 121$,即选取肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者共 121 例。本研究已通过赤峰市医院医学伦理委员会批准(202100052)。患者知晓研究项目,且自愿参与。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:符合肝癌临床诊断标准,经影像学、病理学等检查确诊;首次治疗;预计生存期超过 1 年;术前日常生活能力良好;可正常沟通、交流。

排除标准:肝外转移;合并其他恶性肿瘤;伴有其他可引起日常生活障碍的疾病;术后因病情恶化或死亡退出研究。

1.3 方法

1.3.1 调查方法

从科室选择 3 名高年资护士组建调查小组,选拔标准:工作年限 ≥ 5 年;问卷调查经历 ≥ 1 次;熟悉一般资料量表、日常生活能力量表、视觉疼痛模拟评分工具、Piper 疲乏评估

量表;熟悉统计学处理方法。工作内容划分:问卷调查 2 名、数据统计处理 1 名。

研究采用回顾分析法获取患者基础信息,采用一般资料量表进行整理,调查员进入病历管理系统,按时间限制、纳入排除标准筛选患者,按双人核查制度采集患者基础信息,1 名调查员负责读取一般资料量表调查项目并录入信息,另 1 名调查员根据调查项目读取系统显示信息,录入完成后,两人交换工作,以实现录入信息的复核,确保准确无误。

干预结束后 3 d,护理人员采用日常活动力量表、视觉疼痛模拟评分工具、Piper 疲乏评估量表等量表对患者日常生活能力、疼痛状况、疲乏感等进行评价,正式评价前,向患者说明评价内容及实施办法,明确评价真实性、保密性原则,而后通过问答形式开展评价,即调查员据表提问,患者逐一回答问题,调查员如实记录,调查结束后,将量表交予患者核对,如无误,则患者签字确认;调查结束当天将量表转交数据统计员,并于 3 d 内完成量表数据整理,对其实施统计学处理。

1.3.2 评价量表或问卷

(1)一般资料量表。研究采用自制一般资料量表收集患者基础信息,量表涉及项目有性别、年龄、合并基础疾病、肝功能分级、肿瘤直径、介入治疗、恶心呕吐、术后营养状况等。

(2)日常生活能力量表。采用日常生活能力量表进行评价,量表包括 10 个评价条目,评价内容有个人的修饰、洗澡、进食、上下楼、床与轮椅转移、排尿排便控制、穿衣、如厕、活动,其中排尿排便控制、如厕、进食、穿衣、上下楼梯均采取 3 级评分法,分值 0 分、5 分、10 分,洗澡、个人修饰采取 3 级评分法,分值 0 分、5 分,床与轮椅转移、活动均采取 4 级评分法,分值为 0 分、5 分、10 分、15 分,量表总分 100 分,如评分 < 75 分,则较差, ≥ 75 分,则良好^[5-6]。

(3)视觉模拟疼痛评分法。采用视觉模拟疼痛评分法对患者疼痛状况实施评估,护理人员取一长度为 10 cm,标记有 0~10 数字的纸制游标尺,向患者说明尺上数字含义,如 0 表示无痛感,1~3 表示轻度疼痛,4~6 表示中度疼痛,7~9 表示重度疼痛,10 表示剧烈疼痛,指导患者依据自身疼痛感受圈出相应数字表示,护理人员现场登记疼痛评分,并交予患者核对^[7-8]。

(4)Piper 疲乏评估量表。采用 Piper 疲乏评估量表评估患者疲乏程度,量表分为 4 个维度,分别为认知疲乏、行为疲乏、躯体疲乏、情感疲乏,有 22 个评价条目,条目评价均采用 11 级评分法,其中 0 分为毫无影响,10 分为影响非常大,根据条目评分对疲乏感进行评价,0 分表示无疲乏感,1~3 分表示轻度疲乏感,4~6 分表示中度疲乏感, ≥ 7 分表示重度疲乏感;量表 Cronbach's α 系数为 0.910^[9-10]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 19.0 统计学软件实施处理,计数资料采用 [例(%)] 表示,两组计数资料比较采取 χ^2 检验,多因素分析采用二分类 Logistic 回归分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肝癌患者经导管动脉化疗栓塞术治疗期日常活动状况的单因素分析

单因素分析结果显示,肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的影响因素有年龄、肝功能分级、并发症、恶心呕吐、营养状况、疼痛状况、疲乏状况($P<0.05$),见表 1。

2.2 肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力独立影响因素的多因素 Logistic 回归分析

研究以治疗期日常活动能力为因变量,以单因素分析确定的差异性因素为自变量,包括年龄、肝功能分级、并发症、恶心呕吐、营养状况、疼痛状况、疲乏状况,变量赋值见表 2。

表 1 肝癌患者经导管动脉化疗栓塞术治疗期日常

因素	活动状况的单因素分析		χ^2 值	P 值
	良好组(92 例)	较差组(29 例)		
性别				
男	72	26	1.859	0.173
女	20	3		
年龄(岁)				
≤ 70	57	8	10.477	0.001
>70	35	21		
合并基础疾病				
是	26	8	0.005	0.944
否	66	21		
肝功能分级				
A 级	56	11	4.695	0.030
B 级	36	18		
肿瘤直径(cm)				
<10	59	17	0.287	0.592
≥ 10	33	12		
并发症(种)				
<2	60	5	20.414	0.000
≥ 2	32	24		
恶心呕吐				
有	37	26	21.593	0.000
无	55	3		
焦虑水平				
无或轻度	61	19	0.006	0.938
中重度	31	10		
营养状况				
良好	55	6	13.480	0.000
较差	37	23		
疼痛状况				
无或轻度	55	9	7.314	0.007
中重度	37	20		
疲乏状况				
无或轻度	53	8	7.950	0.005
中重度	39	21		

表 2 变量赋值说明

变量	赋值
年龄	60 ~ 70 岁 =0 ; >70 岁 =1
肝功能分级	A 级 =0 ; B 级 =1
并发症	<2 种 =0 ; ≥ 2 种 =1
恶心呕吐	无 =0 ; 有 =1
营养状况	良好 =0 ; 较差 =1
疼痛状况	无或轻度 =0 ; 中重度 =1
疲乏状况	无或轻度 =0 ; 中重度 =1

将上述因变量、自变量代入多因素 Logistic 回归分析模型,经分析得到,肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的独立影响因素有并发症 ≥ 2 种、恶心呕吐、营养较差、中重度疼痛、中重度疲乏($P<0.05$),见表 3。

表 3 肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力独立影响因素的多因素 Logistic 回归分析

变量	β	SE	Wald χ^2	P 值	OR	95%CI
并发症 ≥ 2 种	2.197	0.538	16.672	<0.001	9.000	3.135 ~ 25.840
恶心呕吐	2.556	0.646	15.666	<0.001	12.883	3.634 ~ 45.676
营养较差	1.740	0.505	11.859	<0.001	5.698	2.116 ~ 15.342
中重度疼痛	1.195	0.454	6.921	0.009	3.303	1.356 ~ 8.046
中重度疲乏	1.272	0.466	7.450	0.006	3.567	1.431 ~ 8.891

3 讨论

3.1 肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力独立影响因素分析

研究通过单因素、多因素 Logistic 回归分析显示,肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的独立影响因素有并发症 ≥ 2 种、恶心呕吐、营养较差、中重度疼痛、中重度疲乏($P<0.05$)。(1) 并发症 ≥ 2 种。研究调查显示,并发症 ≥ 2 种属于肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的独立影响因素。肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者常见并发症有消化道出血、栓塞性胆囊炎、深静脉血栓、肝功能衰竭等。林建芳等^[1]研究显示,晚期肝癌介入术患者术后并发症发生率为 12.50% ~ 77.50%,患者术后体质差,且焦虑、烦躁等负性情绪严重,患者参与、开展日常活动的兴趣显著下降,具体表现为进食、个人修饰及活动积极性下降,日常进食量减少,导致其生活质量降低。(2) 恶心呕吐。研究调查显示,恶心呕吐属于肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的独立影响因素。肝癌介入术有创伤小、恢复快的优势,但术后胃肠道反应高发,且以恶心呕吐最为常见。李辉等^[2]研究认为,肝癌介入术后恶心呕吐诱发因素有手术操作、低血压、疼痛等,且术后恶心呕吐会造成患者食欲下降,机体营养需求难以得到满足,开展日常活动所需能量摄入不足,患者日常活动能力显著受限。(3) 营养较差。研究调查显示,营养较差属于肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的独立影响因素。文献报道显示,老年肝癌患者 TACE 术后营养不良发生率可达到 50%,且其危险因素有恶心呕吐、疼痛及营养支持不足等;长期营养不良患者机体功能受到影响,日常活动积极性显著

不足,对外界协助有较大需求,同时,严重营养不良还会造成机体免疫力下降,诱发其他疾病,严重影响患者生活质量^[13]。

(4)中重度疼痛。研究调查显示,中重度疼痛属于肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的独立影响因素。肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者术后多伴有不同程度的腹胀腹痛,以术后 1~3 d 最为明显,而术后 1 周腹痛感能一定程度缓解,尽管临床针对老年肝癌介入术后疼痛提出了相应镇痛管理模式,但多数患者仍饱受疼痛困扰,其参与日常活动的积极性下降,难以独立完成个人修饰、上下楼、床与轮椅转移等日常活动。(5)中重度疲乏。研究调查显示,中重度疲乏属于肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的独立影响因素。文献报道显示,老年肝癌介入术后疲乏的公认影响因素有临床分期、营养状况、手术损伤、骨骼肌功能等,患者多表现为身体乏力、睡眠紊乱、活动受限等;肝癌介入术后疲乏有持久性、主观性特征,且难以在短时间内消除,机体正常功能受到不同程度影响,患者生活自理能力显著下降^[14-15]。

3.2 肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力促进护理策略

结合肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动能力的影响因素,经小组讨论确定从“恶心呕吐”“疼痛”“疲乏”3 个方面入手实施护理干预,以缓解恶心呕吐与疲乏,强化疼痛管理,改善患者术后营养状况,提升患者治疗期日常活动能力。

研究小组以“(肝癌)(经导管动脉化疗栓塞术/介入术)(恶心呕吐/疼痛/疲乏)(护理)”为关键词,在 PubMed、MEDLINE、万方医学、中华医学期刊全文数据库、中国知网等中外数据库实施检索,搜集、整理相关文献,阅读全文全文,提取护理证据,并采用 JBI 证据预分级及证据推荐级别系统(2014 版)对护理证据实施评价,结合护理证据的可行性(Feasibility, F)、适宜性(Appropriateness, A)、临床意义(Meaningfulness, M)、有效性(Effectiveness, E)]特征明确各证据推荐级别, A 级(强推荐)、B 级(弱推荐),最终考虑临床实际,结合证据制订护理策略,具体如下。

3.2.1 降逆解乏融合疗法——恶心、疲乏

术后第 1 天,即可针对肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者实施降逆解乏融合疗法。选取新鲜柠檬 2 个、鲜生姜 100 g,放入榨汁机榨汁,经过滤得到柠檬生姜混合汁,加入温水 300 mL 混合均匀,以备用;睡前 1 h,护理人员取柠檬生姜溶液 100 mL 倒入香薰机中,置于患者床头 20~30 cm 处,香薰机喷雾口对准患者头部,启动仪器向肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者喷雾,时长 8~10 min;同时,护理人员引导患者放松全身,对患者太阳、印堂 2 个穴位实施旋转按揉,每穴位 2 min,以两手拇指自眉中间向眉两侧顺序推揉,反复 4~6 次;护理人员引导患者双手掌心朝上,以两个拇指先对患者手腕横纹上 2 寸处实施旋转按揉,时长 2 min,自此向掌心匀速推按,反复 4~6 次,连续干预 1 周。

3.2.2 疏肝止痛吴茱萸热敷——疼痛腹胀

术后第 1 天起,针对肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者实施疏肝止痛吴茱萸热敷;选取吴茱萸、粗盐各 200 g,混合均匀后将其放入规格为 15 cm×15 cm 的双层无纺布袋,即得到热敷袋;指导患者取仰卧位,暴露肝区及腹部皮肤,护理人员取热敷袋 1 只,将其放入微波炉内加热 1~2 min,待温度达到 50℃后,隔干净毛巾先、后对肝区、脐周滚动热敷,至皮肤发热、发红,每处 3 min,热敷袋温度降至 35℃以下(患者自感无温热感),则重新加热使用,2 次/d,干预 20 min/次,连续干预 5 d,热敷过程中,积极询问患者感受,确保热敷温度适宜,避免烫伤。

综上所述,肝癌经导管动脉化疗栓塞术治疗患者治疗期日常活动状况表现不一,其影响因素复杂,临床需加强护理干预,以缓解相关症状、改善身心状况,从而提升患者日常活动能力。

参考文献

- [1] 戴晓萍. 肝癌术后患者睡眠质量影响因素的调查分析[J]. 护理实践与研究,2019,16(8):73-74.
- [2] 曹梦迪,王红,石菊芳,等. 中国人群肝癌疾病负担:多数据源证据更新整合分析[J]. 中华流行病学杂志,2020,41(11):1848-1858.
- [3] 赵昌,马亦龙. 血管介入治疗中、晚期肝癌的研究进展[J]. 广西医科大学学报,2021,38(5):1060-1064.
- [4] 孙弟波,马海燕,郭飞,等. 原发性肝癌患者营养状态与肌肉减少症的关系[J]. 肝癌电子杂志,2023,10(1):25-30.
- [5] 王宏宇,赵丹丹,张忆. 立体定向微创手术治疗对脑胶质瘤患者临床疗效及NIHSS评分、ADL评分的影响[J]. 实用癌症杂志,2021,36(5):765-767.
- [6] 白黎,王晓东,周芮伊,等. 虚拟认知康复训练在肝癌经肝动脉灌注化疗栓塞术致轻度认知障碍患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志,2020,26(11):1449-1454.
- [7] 杨学刚,吴戈,何乾文,等. 吗啡注射液复合右美托咪定在肝动脉灌注化疗栓塞治疗肝癌术中的应用[J]. 介入放射学杂志,2019,28(8):738-741.
- [8] 沙小琴,杨文英,李星,等. 基于循证理念的临终关怀干预在原发性肝癌晚期患者中的应用效果[J]. 癌症进展,2019,17(15):1847-1851.
- [9] 常艳丽,王舒. 护士主导下认知和运动训练对中晚期肝癌患者癌因性疲乏的改善作用[J]. 中国实用护理杂志,2019,35(11):842-847.
- [10] 周倩,王立. 基于症状管理理论的姑息性护理对介入治疗晚期肝癌患者生活质量的影响[J]. 牡丹江医学院学报,2020,41(6):161-164.
- [11] 林建芳,张秀端,刘爱琴. 中西医结合护理对晚期肝癌介入术后患者并发症与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究,2021,18(10):1546-1548.
- [12] 李辉,于倩,王亚华,等. 隔药灸配合药物治疗肝癌介入术后恶心呕吐的疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2020,39(7):871-874.
- [13] 江美娜,李修瑛,李佳睿,等. 个体化饮食营养干预对老年肝癌患者肝动脉化疗栓塞术后营养状况及生活质量的影响[J]. 长春中医药大学学报,2019,35(1):150-152.
- [14] 门华琳,郭茜茜,李鹏阳,等. 中医护理技术在癌因性疲乏护理中的应用现状及展望[J]. 护理研究,2019,33(8):1376-1378.
- [15] 虞向. 原发性肝癌介入治疗依从性的影响因素分析与防护策略[J]. 护理实践与研究,2020,17(5):22-24.