

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.21.028

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240809.1539.010\(2024-08-09\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240809.1539.010(2024-08-09))

MDT 延续护理模式对肝癌术后患者希望水平、疾病进展恐惧及生活质量的影响*

王晶晶, 杨丽[△], 程爽

(华中科技大学同济医学院附属武汉中心医院肝胆胰外科, 武汉 430014)

[摘要] 目的 探讨多学科协作(MDT)延续护理模式对肝癌术后患者希望水平、疾病进展恐惧及生活质量的影响。方法 选取 2021 年 1—12 月在该院行手术治疗的 60 例肝癌患者为研究对象,分为干预组和对照组,每组 30 例,对照组行常规出院指导,干预组在对照组基础上给予 MDT 延续护理模式,采用 Herth 希望指数(HHI)量表、恐惧疾病进展简化量表(FoP-Q-SF)及癌症患者生活质量测定量表(QLQ-C30)比较两组希望水平、疾病进展恐惧及生活质量。结果 干预后,两组 HHI 量表总分及积极态度、积极行动、亲密关系维度和 QLQ-C30 躯体功能、情绪功能、认知功能、角色功能、社会功能领域评分高于干预前,且干预组高于对照组;FoP-Q-SF 总分及生理健康、社会家庭维度和 QLQ-C30 恶心呕吐、疼痛症状领域评分低于干预前,且干预组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 MDT 延续护理模式可明显提高肝癌术后患者希望水平及生活质量,降低疾病进展恐惧。

[关键词] 多学科协作;延续护理;原发性肝癌;希望水平;疾病进展恐惧;生活质量

[中图分类号] R473.73 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2024)21-3349-03

原发性肝癌发病率和病死率居我国恶性肿瘤第四位和第二位^[1],93.75%的肝癌术后患者对院外延续护理有较高需求^[2]。延续护理是从医院过渡到家庭的护理方式,在整体护理基础上满足肝癌术后患者出院后的康复需求^[3]。传统延续护理仅限于护理人员且形式单一^[4],而多学科协作(MDT)可有效提高延续护理质量^[5],进而促进癌症术后患者康复^[6-7]。因此,本研究旨在探讨 MDT 延续护理模式对肝癌术后患者希望水平、疾病进展恐惧及生活质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1—12 月在本院行手术治疗的 60 例肝癌患者为研究对象。纳入标准:(1)经病理检查诊断为原发性肝癌;(2)行手术治疗;(3)围手术期无严重心、肺、肾功能障碍;(4)年龄 30~80 岁;(5)意识清楚,能正常沟通且自愿参与本研究。排除标准:(1)合并其他严重疾病或并发症;(2)转移性肝癌及肿瘤腹腔内广泛转移;(3)中途退出。将患者按入院时间编号,双号作为干预组,单号作为对照组,每组 30 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。本研究获得本院伦理委员会批准[审批号:院-内-伦函 2021(1)],所有研究对象签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 测量工具

(1)Herth 希望指数(HHI)量表^[8],含 3 个维度

12 个条目,总分 48 分,以 < 23 、 $23 \sim < 36$ 、 ≥ 36 分 为 界 分 为 低、中、高 3 个 希 望 水 平,Cronbach's α 系数为 0.85;(2)恐惧疾病进展简化量表(FoP-Q-SF)^[9],含 2 个维度 12 个条目,总分 60 分, ≤ 24 分为轻度恐惧, $24 \sim 36$ 分为中度恐惧, ≥ 36 分为高度恐惧,以总分是否 ≥ 34 分判断心理失衡与否,Cronbach's α 系数为 0.883;(3)癌症患者生活质量测定量表(QLQ-C30)^[10],选其中 5 个功能领域(躯体、情绪、认知、角色、社会功能)和 3 个症状领域(疲倦、恶心呕吐、疼痛)评分,每个领域总分 100 分,功能领域评分越高、症状领域评分越低,生活质量越高,Cronbach's α 系数为 0.894^[11]。

表 1 两组一般资料比较

项目	干预组($n=30$)	对照组($n=30$)	χ^2/t	P
男/女(n/n)	19/11	18/12	0.071	0.791
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	59.63 \pm 2.59	58.70 \pm 2.22	0.274	0.785
BMI($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	23.58 \pm 0.49	23.63 \pm 0.49	-0.072	0.943
文化程度[n (%)]				
小学及初中	14(46.7)	14(46.7)	0.155	0.926
中专及高中	4(13.3)	5(16.7)		
大专及以上学历	12(40.0)	11(36.6)		

1.2.2 干预方法

对照组行常规出院指导,于出院后 1 周、1 个月、2 个月、3 个月电话回访。干预组行 MDT 延续护理模式,具体如下:(1)组建肝癌 MDT 延续护理模式小组。

* 基金项目:湖北省武汉市卫生健康委员会医学科研项目(WX21Q21)。 [△] 通信作者,E-mail:877544599@qq.com。

共 12 人,包括 4 名(副)主任医师,1 名副主任护师,3 名主治医师,营养师、心理咨询师、疼痛专科护士、个案管理师各 1 名。科主任为组长,护士长为副组长,负责协调和质量监控,其他成员运用专业技能为患者答疑。(2)实施 MDT 延续护理模式。①微信群,患者及家属在出院前 2 d 扫码入群,每周推送肝癌术后科普知识,鼓励病友在群内交流;②线上随访,出院后 1 周、1 个月、2 个月、3 个月使用云平台推送回访问卷并电话随访,调查患者术后疼痛、切口愈合、营养、心理等情况,根据需求为患者预约多学科门诊;③座谈会,科室每个月底在宣教室开展专题讲座,邀请患者及家属参加并分享抗癌经验,会后一对一解答患者疑问;④家庭访视,出院后 3 个月小组成员上门访视,评估患者自理能力、心理状态等,针对性给予专业指导。两组均于干预前(出院前 1 d)和干预后(出院后 3 个月)填写 HHI、FoP-Q-SF、QLQ-C30。

1.3 统计学处理

采用 SPSS26.0 软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分比表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组 HHI 量表得分比较

干预后,两组 HHI 量表总分及各维度得分高于干预前,且干预组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组 HHI 量表得分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	干预组($n=30$)	对照组($n=30$)	t	P
积极态度				
干预前	7.00±1.11	6.90±1.13	0.346	0.731
干预后	11.07±0.94 ^a	8.07±1.26 ^a	10.448	<0.001
积极行动				
干预前	7.53±1.20	7.33±1.27	0.628	0.532
干预后	12.63±1.35 ^a	8.97±1.16 ^a	11.280	<0.001
亲密关系				
干预前	7.23±1.14	7.17±0.95	0.247	0.806
干预后	11.60±1.28 ^a	8.83±0.99 ^a	9.400	<0.001
总分				
干预前	21.77±2.90	21.40±2.04	0.566	0.573
干预后	35.30±2.64 ^a	25.87±2.26 ^a	14.878	<0.001

^a: $P < 0.05$,与干预前比较。

2.2 两组 FoP-Q-SF 评分比较

干预后,两组 FoP-Q-SF 总分及各维度评分低于干预前,且干预组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

2.3 两组 QLQ-C30 评分比较

干预后,两组 QLQ-C30 躯体功能、情绪功能、认

知功能、角色功能、社会功能领域评分高于干预前,且干预组高于对照组;疲倦、恶心呕吐、疼痛评分低于干预前,且干预组恶心呕吐、疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 3 两组 FoP-Q-SF 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	干预组($n=30$)	对照组($n=30$)	t	P
生理健康				
干预前	19.30±2.24	19.10±2.20	0.341	0.734
干预后	15.83±2.38 ^a	18.10±1.75 ^a	-4.204	<0.001
社会家庭				
干预前	18.13±2.10	18.03±1.61	0.207	0.836
干预后	14.47±1.81 ^a	17.07±1.51 ^a	-6.038	<0.001
总分				
干预前	37.43±4.24	37.13±2.76	0.325	0.747
干预后	30.30±3.93 ^a	35.17±2.38 ^a	-5.800	<0.001

^a: $P < 0.05$,与干预前比较。

表 4 两组 QLQ-C30 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	干预组($n=30$)	对照组($n=30$)	t	P
躯体功能				
干预前	56.45±2.91	60.89±2.47	-1.165	0.071
干预后	91.56±0.96 ^a	82.22±1.64 ^a	3.855	0.044
情绪功能				
干预前	60.83±3.15	52.49±3.53	1.761	0.849
干预后	94.17±0.91 ^a	86.39±1.41 ^a	4.637	0.015
认知功能				
干预前	76.67±3.71	64.99±3.78	2.202	0.911
干预后	94.99±1.42 ^a	86.67±2.58 ^a	2.833	0.004
角色功能				
干预前	49.99±4.07	48.33±3.78	0.300	0.638
干预后	92.22±1.54 ^a	75.56±2.49 ^a	5.683	0.010
社会功能				
干预前	40.56±3.26	42.22±3.46	-0.351	0.417
干预后	92.78±1.53 ^a	73.33±2.48 ^a	6.676	0.009
疲倦				
干预前	57.04±2.65	54.82±2.82	0.575	0.737
干预后	6.67±1.73 ^a	18.89±2.00 ^a	-4.612	0.394
恶心呕吐				
干预前	36.11±3.20	36.67±3.43	0.118	0.532
干预后	3.89±1.31 ^a	13.89±2.27 ^a	-3.814	0.005
疼痛				
干预前	49.44±4.03	45.56±3.91	0.692	0.948
干预后	6.67±1.52 ^a	17.78±2.98 ^a	-3.320	0.015

^a: $P < 0.05$,与干预前比较。

3 讨 论

MDT 延续护理模式可提高肝癌术后患者希望水

平。希望水平与焦虑抑郁呈负相关,长期较低的希望水平会加重患者不良情绪,不利于预后^[12]。本研究干预前,两组希望水平无差异,均处于低水平,而进行 MDT 延续护理模式干预后差异明显,干预组希望水平更高,与相关研究^[13]结果一致。可能因 MDT 延续护理模式使患者对疾病知识、术后康复锻炼等方面有了更深入了解,降低其对未来生活的不确定感,提高了患者的希望水平,从而改善肿瘤患者的心理应激,使患者采用积极的方式应对疾病^[14]。

MDT 延续护理模式可降低患者对疾病进展的恐惧。我国肝癌高发人群为中青年,其患病后给家庭造成沉重的经济负担;多数患者对肝癌的手术治疗、术后恢复及预后等了解较少,加剧了疾病进展恐惧心理。本研究干预前,两组疾病进展恐惧均处于较高水平,与胡正楠等^[15]研究结果一致,MDT 延续护理模式干预后,患者疾病进展恐惧感明显下降,可能因为 MDT 延续护理模式从疾病知识、疼痛管理、心理护理等方面给予指导,增强患者抗癌的信心,降低了肝癌术后患者疾病进展恐惧。

MDT 延续护理模式可提高肝癌术后患者生活质量。本研究组建的 MDT 延续护理模式团队包含医生、护士、营养师及心理咨询师等,在肝癌术后患者出院后,对其进行个性化指导,有效提高了患者生活质量,表现为干预后两组 QLQ-C30 功能评分高于干预前,且干预组高于对照组;症状评分低于干预前,且干预组恶心呕吐、疼痛评分低于对照组($P < 0.05$),与王红丽等^[16]研究结果基本一致。

综上所述,MDT 延续护理模式采用云平台、微信群、电话随访、座谈会、家庭访视多种延续护理形式,由 MDT 团队专业人员,综合肝癌术后患者自身及家庭经济状况给予饮食、用药、心理、康复等个体化指导,鼓励家庭成员参与疾病管理过程,减轻患者的痛苦和心理负担,使其回归正常的家庭生活及社会活动,从而提高肝癌术后患者的希望水平和生活质量,降低疾病进展恐惧,具有广泛的临床应用前景。但本研究受限于样本量和研究时长,仍需更加深入的研究探讨该模式对肝癌术后患者中远期预后的影响。

参考文献

[1] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政司. 原发性肝癌诊疗指南(2024 年版)[J]. 中华肝脏病杂志, 2024, 32(7): 581-630.

[2] 谢雅瑞. 基于健康行为过程取向模型原发性肝癌切除术患者出院计划方案的构建与应用[D]. 广州:南方医科大学, 2023.

[3] 赵金凤, 刘晓静, 刘佳林. 多学科协作的延续性护理模式对肝癌患者术后心理状况、自我管理及生活质量的影响[J]. 新疆医学, 2022, 52(4): 465-

468.

[4] 张慧慧, 王凯寒, 徐影. 多学科团队协作模式下的延续护理对急性胰腺炎患者健康行为能力和生活质量的影响[J]. 临床研究, 2023, 31(8): 147-150.

[5] 范彩英, 洪翠芹, 宋斌, 等. 介护师参与下多学科延续护理对脑卒中肢体功能障碍患者康复的影响[J]. 护理学杂志, 2023, 38(6): 116-120.

[6] 曾骏恺, 贾馨竹, 高伊星. 多学科团队模式在肿瘤患者中的应用研究[J]. 重庆医学, 2022, 51(17): 2918-2921.

[7] 王茂华, 何书情, 敬玉霞, 等. 疼痛专科护士主导下的 MDT 模式在居家患者癌痛管理中的应用[J]. 保健医学研究与实践, 2023, 20(S2): 158-160.

[8] 袁小茜, 魏兴玲. 多发性骨髓瘤化疗病人癌因性疲乏与社会支持及希望水平的相关性分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2023, 48(10): 1445-1450.

[9] 王宏谦, 田群群, 刘亚楠, 等. 理性情绪行为疗法对急诊 ICU 急性心肌梗死患者心理状况、疾病进展恐惧简化量表(FoP-Q-SF)评分及预后的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2022, 30(10): 1510-1514.

[10] COON C D, SCHLICHTING M, ZHANG X. Interpreting within-patient changes on the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-LC13 [J]. Patient, 2022, 15(6): 691-702.

[11] 张小芳, 王燕丽, 张亚晶, 等. 正念在肺癌患者癌症复发恐惧与生活质量的中介效应研究[J]. 现代临床护理, 2023, 22(11): 32-38.

[12] 陈心茹, 董彩梅, 曹菲. 中老年维持性血液透析患者尊严与希望水平、负性情绪的相关性分析[J]. 中国医药导报, 2022, 19(23): 40-43.

[13] 木巴拉克·依克拉木, 曹艳, 张翠萍. 多学科协作管理模式对改善乳腺癌化疗患者失志症候群、希望水平及社会支持的影响[J]. 中国医药导报, 2021, 18(32): 163-166.

[14] 李玉霞, 冯宪凌, 白杨. 青年宫颈癌病人配偶的希望水平变化及其与睡眠、生活质量的关系分析[J]. 安徽医药, 2024, 28(3): 504-508.

[15] 胡正楠, 汪晖, 李蓉蓉, 等. 肝癌术后病人癌症复发恐惧现状及其影响因素[J]. 护理研究, 2022, 36(19): 3516-3521.

[16] 王红丽, 徐春艳, 张翠萍. 多学科协作模式延续护理在肝癌术后病人中的应用效果[J]. 护理研究, 2019, 33(7): 1202-1206.