

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.10.027

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240226.1659.013\(2024-02-27\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240226.1659.013(2024-02-27))

构建精准随访方案对转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者的临床应用实践*

芦颖,王良梅[△],郝玲玲,耿欣,庄君龙

(南京大学医学院附属鼓楼医院泌尿外科,南京 210008)

[摘要] 目的 分析构建精准随访方案在转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者中的应用效果。

方法 将 2020 年 1 月至 2021 年 1 月该院收治的转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者 59 例纳入对照组,实施出院后常规随访;将 2021 年 2 月至 2022 年 2 月该院收治的转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者 60 例纳入试验组,构建精准随访方案。对比两组出院时、出院 6 个月疼痛控制结局、负性情绪、一般自我效能感、健康相关生活质量变化,并统计骨相关事件发生率。其中疼痛控制结局采用美国疼痛协会疼痛结局问卷评价,负性情绪采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评价,一般自我效能感采用一般自我效能感量表(GSES)评价,健康相关生活质量采用简化版扩展性前列腺癌负荷指数量表评价。**结果** 经 6 个月随访,试验组骨相关事件发生率达 11.67%(7/60),低于对照组的 28.81%(17/59),差异有统计学意义($P<0.05$);试验组疼痛控制结局优于对照组,SAS、SDS 评分低于对照组,GSES 评分高于对照组,简化版扩展性前列腺癌负荷指数量表各维度及总分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.001$)。**结论** 构建精准随访方案可预防转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者骨相关事件发生,改善疼痛控制结局及生活质量,增强一般自我效能感,减轻负性情绪。

[关键词] 转移性去势抵抗性前列腺癌;骨转移;精准随访方案;疼痛控制结局;生活质量

[中图分类号] R473

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2024)10-1585-05

前列腺癌作为男性高发恶性肿瘤疾病,近年来其发病率明显上升^[1]。有相关调查结果显示,2015 年我国前列腺癌新发患者达 6 万多人,死亡病例占 44.60%,且中晚期患者占比较高^[2]。去势治疗是目前临床用于治疗前列腺癌患者的一种内分泌治疗方式,虽然治疗后患者能够在短期内病情得到改善,但患者通常最终会发展为转移性去势抵抗性前列腺癌^[3-4]。骨骼是此类患者发生转移的常见部位,有调查研究表明,约 4/5 的患者可出现病理性骨折、骨痛等骨相关事件,从而使患者生活质量明显降低^[5]。在患者出院后居家康复期间,易出现跌倒、骨痛等状况,因此需给予其有效随访指导^[6]。目前对于此类患者的出院指导通常为定期复查、常规健康宣教等,但并无对骨相关问题的评估及指导^[7]。为此,本研究对本院收治的转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者构建精准随访方案,观察其应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 1 月至 2021 年 1 月本院收治的转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者 59 例纳入对照组,平均年龄(64.02±7.13)岁,平均病程(24.02±1.15)个月,平均血清睾酮水平(0.31±0.12)ng/mL,平均前列腺特异抗原(PSA)水平(90.82±7.14)ng/mL,平均 Gleason 评分(7.11±0.84)分;胸骨转移 28 例,脊柱转

移 19 例,四肢转移 12 例。将 2021 年 2 月至 2022 年 2 月本院收治的转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者 60 例纳入试验组,平均年龄(63.79±7.48)岁,平均病程(23.94±1.18)个月,平均血清睾酮水平(0.30±0.10)ng/mL,平均 PSA 水平(92.17±7.09)ng/mL,平均 Gleason 评分为(7.09±0.80)分;胸骨转移 25 例,脊柱转移 20 例,四肢转移 14 例。纳入标准:(1)经病理组织检验确诊为前列腺癌;(2)经胸部 CT、腹部 CT 检查可见骨转移;(3)年龄≥18 周岁;(4)经去势治疗 PSA 水平稳定后再次上升;(5)血清睾酮水平低于 0.5 ng/mL;(6)患者及家属签署知情同意书。排除标准:(1)既往精神病史;(2)合并严重全身感染性疾病;(3)合并严重肝肾功能不全;(4)合并严重心脑血管疾病;(5)合并其他恶性肿瘤;(6)无法配合随访;(7)中途退出研究。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究通过了本院伦理委员会审核批准(审批号:2022-453-01)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施常规随访,患者出院前 1 d 干预人员对其进行常规出院随访教育,告知其随访时间及内容、居家康复相关要点等。患者出院后每 3 个月进行一次电话随访,对患者病情恢复情况、居家服药状况进行评估。患者来院复查时,干预人员将检查结果、服药状

* 基金项目:国家自然科学基金项目(81974394)。△ 通信作者,E-mail:13770835727@163.com。

况等详细记录于随访登记本内。

1.2.2 试验组

构建精准随访方案。(1)建立多学科随访团队,包括科室护士长、主治医师、主管护师、专科护士。科室护士长担任小组组长;主治医师对患者病情进行评估并处理;主管护师对患者随访相关数据进行整理及录入;专科护士对患者进行电话及微信平台随访,且向患者发放及回收相关调查问卷。(2)随访方案的建立。内容包括 4 个方面,分别为骨痛评估(患者疼痛程度、部位、间隔时间、不良反应及疼痛教育);骨相关事件评估(脊髓压迫、病理性骨折、高钙血症等);检查结果评估(影像学检查、肿瘤标记物、骨显像、PSA 等);其他症状评估(排尿困难、尿失禁、性功能障碍等)。(3)制订生存照护计划,见表 1。照护计划将患者出院后时间分为 3 个时期。①出院后早期(出院后 1~6 周),此阶段为强化阶段,重点为缓解患者疼痛

感,确保其生命安全,主要采用电话及微信随访的方式,提升患者认知度。每周推送一个健康知识主题,第 1 周为疼痛护理知识,第 2 周为骨折预防知识,第 3 周为特异性症状管理知识,第 4 周为内分泌治疗相关知识,第 5 周为情绪管理相关知识,第 6 周为居家健康行为相关知识。每次干预后通过电话随访,询问患者相关知识掌握情况,对回答错误者进行再次重点讲解。②出院后中期(出院后第 7~18 周),重点为开展有效居家护理。在微信平台上推送康复锻炼、提升生活质量的方式等。③出院后后期(出院后 19 周至生命终结)。此阶段重点为帮助患者延长生存时间,提升患者生活质量,多学科团队每个月召开会议邀请患者及其家属参加(无法到场参加的患者采用微信视频等方式进行),对患者居家需求及病情进行评估,同时制订针对性后续照护计划。

表 1 随访方案计划表

时期	时间	主题	目的	内容
出院后早期	第 1 周	疼痛护理知识	缓解患者疼痛	向患者详细讲解癌痛相关知识、镇痛相关措施及药物不良反应,教患者如何使用疼痛工具评估癌痛
	第 2 周	骨折预防知识	尽可能降低骨折发生率	向患者详细讲解居家环境相关安全知识
	第 3 周	特异性症状管理知识	缓解临床症状	向患者讲解疾病症状监测相关知识、干预措施等
	第 4 周	内分泌治疗相关知识	提高治疗信心	向患者讲述内分泌治疗的必要性及优势,规范选择治疗方案的意义及相关不良反应,明确定期随访的重要性
	第 5 周	情绪管理相关知识	缓解不良情绪	采取压力调试方法对患者进行指导,告知患者缓解不良情绪的方法,并给予情感支持和帮助,嘱咐患者家属多给予家庭、社会支持
	第 6 周	居家健康行为相关知识	养成良好生活习惯	保持充足睡眠,日常营养膳食、戒烟、运动锻炼指导
出院后中期	第 7~14 周	健康训练	改善生活质量	对胸骨转移患者告知患者注重日常保暖、尽可能避免剧烈咳嗽;对脊柱转移患者告知患者保持正确卧位,翻身时保持动作轻柔;四肢转移者告知患者避免提重物,病变部位避免负重;
	第 15~18 周	延长生存时间	进一步改善生活质量	循环推送出院后第 1~14 周健康知识内容;
出院后后期	出院后第 19 周至生命终结	临终关怀		开展讨论会为患者制订个性化照护方案。

1.3 观察指标

(1)骨相关事件:两组均随访 6 个月,完成发射型计算机断层扫描(ECT)、MRI 检查及血钙检查,统计病理性骨折、高钙血症、脊髓压迫等骨相关事件发生率。(2)疼痛控制结局:采用美国疼痛协会疼痛结局问卷评价出院时、随访 6 个月的疼痛控制结局,共 4 个维度,16 个条目,疼痛程度 0~10 分,评分越高则疼痛越严重;疼痛信念 0~5 分,评分越高则疼痛信念越差;疼痛影响 0~10 分,评分越高则疼痛影响越大;疼痛控制满意度 1~6 分,评分越高则满意度越高^[8]。(3)负性情绪:采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量

表(SDS)评价,SAS 共 20 个条目,每个条目 1~4 分,标准分为各条目评分总和 $\times 1.25$ 取整数,标准分 ≥ 50 分为焦虑,评分越高则焦虑越严重;SDS 评分标准与 SAS 相同,标准分 ≥ 53 分为抑郁,评分越高则抑郁越严重^[9]。(4)一般自我效能感:采用一般自我效能感量表(GSES)评价出院时、随访 6 个月的一般自我效能感,共 10 个条目,每个条目 1~4 分,总分 10~40 分,评分越高则一般自我效能感越强^[10]。(5)健康相关生活质量:采用简化版扩展性前列腺癌负荷指数量表评价,出院时、随访 6 个月的健康相关生活质量,共 5 个维度,包括尿失禁、性功能、尿路刺激、内分泌素

乱、排便困难,共 26 个条目,总分 0~100 分,评分越高则生活质量越差^[11]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 软件进行数据统计分析。计量资料均符合正态分布及方差齐性,采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验。计数资料采用例数或百分比表示,比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

试验组骨相关事件发生率低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 5.432, P < 0.05$);随访至出院 6 个月

时,试验组美国疼痛协会疼痛结局问卷疼痛程度、疼痛信念、疼痛影响、疼痛控制满意度优于对照组,负性情绪 SAS、SDS 评分低于对照组,GSES 评分高于对照组,生活质量简化版扩展性前列腺癌负荷指数量表各维度及总分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.001$),见表 2~5。

表 2 两组骨相关事件发生率比较[n(%)]

组别	n	病理性骨折	高钙血症	脊髓压迫	合计
对照组	59	5(8.47)	4(6.78)	8(13.56)	17(28.81)
试验组	60	1(1.67)	3(5.00)	3(5.00)	7(11.67)

表 3 两组美国疼痛协会疼痛结局问卷结果比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间	组别	n	疼痛程度	疼痛信念	疼痛影响	疼痛控制满意度
出院时	对照组	59	3.61±0.72	3.29±0.68	4.59±0.77	4.02±0.81
	试验组	60	3.65±0.70	3.32±0.73	4.62±0.79	4.09±0.84
	t		0.307	0.232	0.210	0.463
	P		0.759	0.817	0.834	0.645
随访 6 个月	对照组	59	3.32±0.64	2.51±0.54	4.22±0.71	3.79±0.74
	试验组	60	2.09±0.57	2.01±0.49	3.51±0.63	4.41±0.80
	t		11.076	5.291	5.772	4.387
	P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 4 两组负性情绪、GSES 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间	组别	n	SAS 评分	SDS 评分	GSES 评分
出院时	对照组	59	57.02±6.73	58.82±7.01	22.37±2.47
	试验组	60	56.97±6.81	58.14±6.94	22.09±2.51
	t		0.040	0.532	0.613
	P		0.968	0.596	0.541
随访 6 个月	对照组	59	51.28±5.48	55.22±5.71	27.18±3.03
	试验组	60	46.03±5.09	49.97±5.37	33.82±3.26
	t		5.416	5.168	11.504
	P		<0.001	<0.001	<0.001

表 5 两组简化版扩展性前列腺癌负荷指数量表各维度及总分比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间	组别	n	尿失禁	性功能	尿路刺激	内分泌紊乱	排便功能	总分
出院时	对照组	59	6.02±0.83	23.37±5.26	7.17±1.08	11.03±2.05	9.36±1.07	60.03±6.79
	试验组	60	5.97±0.81	23.18±5.33	7.09±1.02	10.86±1.79	9.50±1.12	60.71±6.92
	t		0.333	0.196	0.415	0.482	0.697	0.541
	P		0.740	0.845	0.679	0.631	0.487	0.590
随访 6 个月	对照组	59	3.25±0.64	15.09±3.08	3.66±0.72	6.57±0.84	5.37±0.81	33.05±5.32
	试验组	60	1.08±0.37	10.17±1.82	1.93±0.41	4.13±0.79	3.26±0.69	20.14±4.38
	t		22.690	10.681	16.141	16.326	15.306	14.462
	P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨 论

3.1 构建精准随访方案可降低患者骨相关事件发

生率

前列腺癌发病率及病死率逐年提升,对男性健康

造成较大危害。转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者会出现高钙血症、骨髓压迫、病理性骨折等骨相关事件,对患者生活质量造成严重影响^[12]。此次研究观察到,试验组骨相关事件发生率较对照组低($P < 0.05$)。分析原因主要为,传统常规随访方式中,干预人员对患者实施的健康宣教内容枯燥且方式较为单一,同时并无对患者骨相关事件的动态评估^[13]。而构建精准随访方案是根据患者骨转移的临床特点设计的有效随访方案,且其使用信息化随访数据库,利于随访时在短时间内对患者病情状况、心理感受等进行判断和评估,从而实施针对性干预^[14]。通过微信平台可为患者定期推送骨相关事件知识,使其掌握预防跌倒、翻身、助行器使用等相关知识,提升居家自我护理技巧和理论知识,从而可有效预防各种骨相关事件的发生^[15]。

3.2 构建精准随访方案可改善患者生活质量,提升一般自我效能

生活质量是评估患者预后的重要指标。本次研究观察到,试验组经 6 个月随访,其简化版扩展性前列腺癌负荷指数量表评分低于对照组($P < 0.05$)。充分表明构建精准随访方案对提升患者生活质量有效。分析原因主要为,通过出院后对患者构建精准随访方案,强化对骨相关事件的评估及干预,通过微信平台、电话等方式持续给予健康宣教,可使患者有效提升自我照护能力,在降低骨相关事件发生率的同时促进生活质量改善^[16]。本研究观察到,试验组 GSES 量表评分高于对照组($P < 0.05$)。表明构建精准随访方案对提升患者一般自我效能感有用。分析原因主要为,干预人员在对患者进行随访时多鼓励患者,并借助微信平台强化健康宣教。使其转变过往错误思想,采取积极措施面对疾病,提升一般自我效能,最终使病情得以控制^[17-18]。

3.3 构建精准随访方案可改善疼痛控制结局,改善负性情绪

疼痛作为转移性去势抵抗性前列腺癌骨转移患者的常见症状,其疼痛程度通常使患者难以耐受,大部分患者在住院期间虽然已接受癌痛相关知识宣教,但出院后由于缺乏持续干预及自身错误处理疼痛,使患者出院后癌痛程度无法得到有效控制^[19-20]。而本次研究观察到,试验组疼痛控制结局优于对照组,负性情绪评分低于对照组($P < 0.05$)。表明构建精准随访方案可有效缓解患者癌痛程度,促进不良情绪改善。分析原因主要为,精准随访方案能够准确评估患者疼痛程度,并给予科学止痛指导。此外,采用针对不同时期的疼痛健康宣教能够明显提高患者对癌痛的认知度,使其正确认识疼痛控制,了解镇痛药需按需使用,最终改善其疼痛信念,改善疼痛控制结局,从而缓解由于疼痛而产生的焦虑、悲观等不良情绪。

综上所述,构建精准随访方案可预防转移性去势

抵抗性前列腺癌骨转移患者骨相关事件发生,改善疼痛控制结局及生活质量,增强一般自我效能感,减轻负性情绪。

参考文献

- [1] 杨帆,潘敏,胡霞,等. 骨转移性前列腺癌患者的生存分析和列线图的建立[J]. 新疆医科大学学报,2021,44(4):463-468.
- [2] PITUSKIN E, FAIRCHILD A. Prostate cancer with bone metastases: addressing chronic pain from the perspective of the radiation oncology nurse practitioner[J]. *Semin Oncol Nurs*,2021,37(4):151175.
- [3] 韩静,杨栋梁,刘继海,等. 家庭为中心的心理支持对晚期前列腺癌患者疾病认知及生活质量的影响[J]. 中华男科学杂志,2020,26(6):505-512.
- [4] MCGOVERN J A, BOCK N, SHAFIEE A, et al. A humanized orthotopic tumor microenvironment alters the bone metastatic tropism of prostate cancer cells[J]. *Commun Biol*,2021,4(1):1014.
- [5] ZHU Z, WEN Y, XUAN C, et al. Identifying the key genes and microRNAs in prostate cancer bone metastasis by bioinformatics analysis [J]. *FEBS Open Bio*,2020,10(4):674-688.
- [6] 林飞,王斌. 中医综合疗法治疗前列腺癌骨转移疼痛系统综述和 meta 分析[J]. 解放军医药杂志,2021,33(3):100-103.
- [7] FENG J, SUN Q, LI J, et al. Reliability and validity test of VES-13 and analysis of influencing factors for the vulnerable condition of patients with advanced castration-resistant prostate cancer [J]. *Pak J Med Sci*,2021,37(1):137-141.
- [8] 中国抗癌协会泌尿男生殖系统肿瘤专业委员会. 前列腺癌骨转移和骨相关疾病临床诊疗专家共识(2021 版)[J]. 中华肿瘤杂志,2021,43(10):1016-1026.
- [9] ARAYS R, AHMAD Z, HOWARD L, et al. Review of palliative 223Ra in metastatic castration-resistant prostate cancer: experience at west virginia university cancer center[J]. *J Nucl Med Technol*,2021,49(1):70-74.
- [10] 王志杰,刘秉乾,武玉东. 外周凝血指标对初诊前列腺癌患者骨转移风险的预测价值[J]. 现代泌尿外科杂志,2021,26(2):135-138.
- [11] WENG W C, HUANG L H, TSENG N C, et al. Radium-223 for metastatic, castration-resist-

ant prostate cancer: a retrospective chart review study of real-world use in a tertiary hospital in China's Taiwan[J]. J Formos Med Assoc, 2022, 121(10): 1929-1937.

- [12] GUINAN E M, DEVENNEY K, QUINN C, et al. Associations among physical activity, skeletal related events, and patient reported outcomes in patients with bone metastases[J]. Semin Oncol Nurs, 2022, 38(2): 151274.
- [13] 王璐, 王飞杰, 张晓利, 等. 多形式延续干预对前列腺癌术后患者短期生活体验的改善作用研究[J]. 癌症进展, 2021, 19(9): 967-971.
- [14] 陈璐, 倪婷, 张莹. 腹腔镜前列腺癌根治术联合心理干预对局限性前列腺癌患者预后影响[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(3): 602-605.
- [15] DE FERIA CARDET R E, HOFMAN M S, SEGARD T, et al. Is prostate-specific membrane antigen positron emission tomography/computed tomography imaging cost-effective in prostate cancer: an analysis informed by the proPSMA trial[J]. Eur Urol, 2021, 79(3): 413-418.
- [16] HAXHIMOLLA J, KUA B, GILBOURD D, et

al. PSMA PET scan era: a changing paradigm PSMA PET and lymph node dissection for prostate cancer management[J]. Semin Oncol Nurs, 2020, 36(4): 151044.

- [17] 高军, 宋伟杰, 刘祥虎, 等. 系统免疫炎症指数对初诊前列腺癌患者骨转移的预测价值[J]. 中华泌尿外科杂志, 2021, 42(10): 752-757.
- [18] RIFFEL R M, GÖBEL A, RACHNER T D. Bone metastases: from mechanisms to treatment[J]. Semin Oncol Nurs, 2022, 38(2): 151277.
- [19] 杜丽娜, 赵柯, 张武合, 等. 心理干预对晚期前列腺癌药物去势治疗患者情绪和生活质量影响的研究[J]. 空军医学杂志, 2021, 37(2): 152-155.
- [20] GILLESSEN S, ATTARD G, BEER T M, et al. Management of patients with advanced prostate cancer: report of the advanced prostate cancer consensus conference 2019[J]. Eur Urol, 2020, 77(4): 508-547.

(收稿日期: 2023-02-07 修回日期: 2023-12-20)

(编辑: 姚雪)

• 临床护理 • doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2024.10.028

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20240228.1124.021.html> (2024-02-28)

ICU 护士对早期活动感知阻碍的现状调查及影响因素分析*

易晓平¹, 郭红^{2△}, 申艳玲³, 张冉¹

(1. 首都医科大学附属北京天坛医院护理部, 北京 100070; 2. 北京中医药大学护理学院, 北京 100029; 3. 中日友好医院外科重症监护室, 北京 100029)

[摘要] 目的 调查重症监护室(ICU)护士对 ICU 患者早期活动感知阻碍的现状, 并分析其影响因素。

方法 于 2021 年 8—12 月、2022 年 1—4 月采用便利抽样选取北京市 5 家三甲医院共 16 个 ICU 的 274 名护士作为研究对象, 采用一般资料调查问卷及 ICU 护士早期活动感知阻碍量表进行调查。**结果** ICU 护士早期活动感知阻碍量表总体得分为 (80.18±15.61) 分, 33 个条目中共有 27 个条目为阻碍因素, 其中 A 级阻碍因素 5 个, B 级阻碍因素 9 个, C 级阻碍因素 13 个。患者病情不稳定、缺乏早期活动所需设备、缺乏相应的财政支持或财政投入、护理人员配置不足及缺乏早期活动相关的系统培训是 ICU 护士早期活动主要的感知阻碍。对早期活动的了解情况、工作年限、对早期活动的态度、每日护理患者数量是 ICU 护士早期活动感知阻碍的影响因素 ($P < 0.05$)。**结论** ICU 护士对早期活动感知阻碍处于中高水平, 应为 ICU 护士提供分层培训, 增加 ICU 护士人员配置, 以促进早期活动的实践。

[关键词] 早期活动; 感知阻碍; ICU 护士; 现状调查; 影响因素

[中图分类号] R473

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2024)10-1589-05

重症监护室(intensive care unit, ICU)早期活动指患者入 ICU 后尽早进行功能锻炼^[1], 以增强肌肉力量, 促进机体康复^[2], 然而目前国内 ICU 早期活动实施情况不理想^[3]。ICU 护士作为早期活动的主要参

与者对于推进早期活动实施具有重要作用^[4], 但其在实施时面临较多阻碍^[5], 严重限制了早期活动的实践。目前已有国内学者对该方面进行了初步研究^[4], 但得到的结果较分散, 未对阻碍因素的程度进行探

* 基金项目: 北京市医管局“青苗”计划项目(QML20230515); 首都医科大学附属北京天坛医院院级青年护理专项(2022-YQN-06)。

△ 通信作者, E-mail: guohong2015@163.com。