

“3H”护理联合营养支持对胃癌术后患者 PSQI 及 POMS 评分的影响

陈曦 王淑红* 吴楠 丁世娟

吉林省肿瘤医院 吉林长春 130012

摘要：目的：探究胃癌术后患者应用 3H 护理联合营养支持对改善睡眠质量和心理状态的作用。方法：将吉林省肿瘤医院自 2022 年 1 月~2024 年 1 月收治的 76 例胃癌手术患者纳入研究。采用盲摸双色球法均分为研究组、参照组，各 38 例。参照组行一般护理，研究组加用 3H 护理联合营养支持。比较两组的心理状态、营养状况、睡眠质量。结果：干预前，两组心理状态比较 ($P>0.05$)；干预后，研究组心理状态评分中疲劳、慌乱、抑郁、紧张及愤怒评分均低于参照组 ($P<0.05$)；干预前，两组营养状况比较 ($P>0.05$)；研究组营养状况中 ALB、PA 及 TRF 水平均高于参照组 ($P<0.05$)；干预前，两组睡眠质量水平比较 ($P>0.05$)；干预后，研究组睡眠质量评分均低于参照组 ($P<0.05$)。结论：3H 护理联合营养支持能够改善胃癌术后患者的心理状态和营养状况，提高睡眠质量，具有临床借鉴价值。

关键词：3H 护理；营养支持；胃癌；心理状态；营养状况；睡眠质量

胃癌是临床最为常见的消化道肿瘤之一，随着生活方式和饮食习惯的不断改变，导致胃癌的发病率显著增高^[1-2]。而且早期胃癌无明显症状，患者就诊率较低，发现症状就诊时多为中晚期，导致患者的预后较差。我国是胃癌的高发国家，每年新发胃癌接近 50 万人，死亡人数也接近 40 万人，占比接近全球的一半，对我国人民健康造成严重威胁^[3-4]。手术治疗是临床上根治胃癌的为宜方法，但是手术属于有创治疗，导致患者极易出现应激反应，严重影响患者的身心状态，生活质量明显下降。而且，胃癌术后患者多伴有睡眠问题，使患者的术后康复情况受到严重影响。常规护理干预内容存在同质化问题，而且其护理内容相对简单，对患者的实际干预效果达不到预期^[5]。营养支持是术后护理中的重中之重，能够有效改善患者机体素质，加快术后康复速度。而 3H 护理是临床新型护理理念，3H 即宾馆 (Hotel)、家庭 (Home)、医院 (Hospital) 三种护理理念融合的护理手段，在改善患者身心状态中具有较好的应用价值。但是临床上对于 3H 护理和营养支持联合应用于胃癌术后患者的报道相对较少。有鉴于此，本文特研究胃癌术后患者应用 3H 护理联合营养支持对改善睡眠质量和心理状态的作用。

1 资料与方法

1.1 基础资料

将吉林省肿瘤医院自 2022 年 1 月~2024 年 1 月收治的 76 例胃癌手术患者纳入研究。采用盲摸双色球法均分为研究组、参照组，各 38 例。研究组男女之比为 22:16。年龄 42~78 岁，均值为 (55.81 ± 4.97) 岁；病程 1~13 个月；均值为 (4.25 ± 1.32) 个月；合并基础疾病：1 种及以下 29 例，2 种及以上 9 例；疾病分期：Ⅱ期及以下 20 例，Ⅲ期及以上 18 例；文化程度：高中及以下 21 例，大专及以上 17 例；身体质量指数 $18\sim 28\text{kg/m}^2$ ，均值为 (23.61 ± 2.36) kg/m^2 。参照组男女之比为 21:17。年龄 41~80 岁，均值为 (55.94 ± 5.31) 岁；病程 1~12 个月；均值为 (4.30 ± 1.09) 个月；合并基础疾病：1 种及以下 26 例，2 种及以上 12 例；疾病分期：Ⅱ期及以下 19 例，Ⅲ期及以上 19 例；文化程度：高中及以下 20 例，大专及以上 18 例；身体质量指数 $19\sim 28\text{kg/m}^2$ ，均值为 (23.74 ± 2.51) kg/m^2 。两组基础资料对比 ($P>0.05$)。本次研究征得院伦理委员会批准。

纳入标准：(1)符合临床中对于胃癌的诊断标准^[6]；(2)满足胃癌手术指征；(3)临床资料完整；(4)患者知晓研究内容，自愿参与研究。

排除标准: (1) 手术禁忌证; (2) 沟通能力障碍; (3) 精神异常; (4) 其他影响心理和睡眠的疾病; (5) 继发性胃癌; (6) 严重内外科器质性病变。

1.2 方法

参照组行一般护理: 遵医嘱给予药物治疗, 并对患者进行运动指导及饮食指导, 结合患者的实际情况和基础疾病, 积极预防并发症发生。全程监测生命体征, 发生异常及时处理。并告知患者癌症术后的常见护理方法及自护手段等, 并说明癌症术后康复的重要性, 促进患者的依从性提高。定期对患者进行心理疏导, 改善患者的心理状态, 让患者保持乐观的心态。护理人员对病房进行管理, 定时通风, 并保障病房温湿度适宜。

研究组加用 3H 护理联合营养支持: (1) 3H 护理: ①宾馆式护理: 护理人员主动和患者进行沟通, 和患者沟通过程中保持面带微笑、仪表仪容端庄、使用文明用语。耐心解答患者的问。并温柔的向患者介绍住院环境、配套设施、医护团队等。减少患者到陌生患者后出现的陌生感, 尽快熟悉住院环境, 并为患者提供心理疏导, 减少患者的负性情绪。②家庭式护理: 护理人员对病房环境进行布置, 根据患者的喜好为患者布置鲜花、海报等细节内容。并定时播放轻柔的音乐, 舒缓患者的身心状态, 在卫生间、门口等易摔倒位置铺好防滑垫, 必要时可使用警示牌, 减少患者出现跌倒等不良事件的情况。在节日、患者生日等特殊时期向患者赠送小礼品, 使患者能够感受到自身被关怀。并在床头设置呼叫铃, 教会患者使用方法, 让患者出现任何问题时都可以通过呼叫铃和护理人员进行沟通。③医院式护理: 护理人员通过和患者、家属沟通, 了解患者的个人情况, 包括性格、喜好等, 根据患者的实际情况制定护理措施, 术后第一时间告知患者手术成功, 减少患者的心理担忧。并向患者说明术后疼痛属于正常情况, 可以通过分散注意力、镇痛泵等方式缓解, 减少患者因疼痛而出现的心理状态。护理人员和患者详述术后康复护理的必要性, 并介绍术后康复护理内容, 使患者的依从性得到提高。让患者保持科学的运动和饮食, 并保证睡眠。对存在睡眠障碍的患者给予针对性手段促进睡眠效果的

提高, 包括但不限于睡前泡脚、听音乐入睡、减少病房周围噪音等。护理人员和患者家属取得联系, 让患者家属多多陪伴患者, 坚定患者的康复信念, 更好的配合临床工作。(2) 营养支持: 护理人员术后对患者的营养状况进行评估, 根据患者的身体质量指数、营养状况指标、进食量等为患者制定营养计划: 禁食患者食用粗粮避免造成胃底静脉曲张血管破裂, 并对患者及家属进行饮食健康教育, 每日记录患者的进食情况。指导患者根据实际情况对营养素进行配比。

1.3 观察指标

本次研究比较两组干预前后的心理状态、营养状况、睡眠质量。

1.3.1 心理状态观察指标

应用简明心境状态量表 (POMS) 对患者的心理状态进行评估, POMS 量表包括疲劳、慌乱、抑郁、紧张及愤怒 5 个因子, 每个因子经粗分转化后均为百分制, 分数和心理状态呈负相关。

1.3.2 营养状况观察指标

于患者干预前后抽取空腹静脉血 5ml, 采用血常规分析仪对患者血清白蛋白 (ALB)、前白蛋白 (PA) 及转铁蛋白 (TRF) 水平。

1.3.3 睡眠质量观察指标

应用匹茨堡睡眠质量指数量表 (PSQI) 对睡眠质量进行评估, 量表包括 7 个条目, 每个条目 0~3 分, 分数越低, 睡眠质量越好。

1.4 统计学分析

给予 SPSS27.0 软件处理研究数据。满足正态分布的心理状态、营养状况、睡眠质量等计量资料 ($\pm s$) 行 t 检验, 性别、疾病分期等计数资料 [n (%)] 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心理状态比较

干预前, 两组心理状态比较 ($P > 0.05$); 干预后, 研究组心理状态评分中疲劳、慌乱、抑郁、紧张及愤怒评分均低于参照组 ($P < 0.05$), 见表 1 所示。

表 1 两组心理状态对比表 (±s, 分)

组别	例数	疲劳		慌乱		抑郁	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	38	65.41 ± 4.87	25.41 ± 5.33*	60.58 ± 5.79	27.88 ± 4.56*	68.95 ± 7.02	33.29 ± 4.67*
参照组	38	65.30 ± 5.12	31.52 ± 6.18*	61.08 ± 6.25	34.18 ± 4.57*	69.12 ± 6.48	40.52 ± 5.11*
t	-	0.096	4.615	0.362	6.016	0.110	6.438
P	-	0.924	0.000	0.719	0.000	0.913	0.000

注：与干预前比较，*P<0.05。

表 1 两组心理状态对比表 (±s, 分)

组别	例数	紧张		愤怒	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	38	63.10 ± 6.85	35.45 ± 5.12*	65.18 ± 5.27	32.26 ± 4.78*
参照组	38	62.87 ± 7.23	42.44 ± 3.90*	64.87 ± 4.95	39.88 ± 5.20*
t	-	0.477	6.695	0.264	6.650
P	-	0.635	0.000	0.792	0.000

注：与干预前比较，*P<0.05。

2.2 营养状况比较

干预前，两组营养状况比较 (P>0.05)；干预后研究组营养状况中 ALB、PA 及 TRF 水平均高于参照组 (P<0.05)，见表 2 所示。

表 2 两组营养状况对比表 (±s)

组别	例数	ALB (g/L)		PA (mg/L)		TRF (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	38	33.45 ± 4.02	39.68 ± 2.11*	147.05 ± 9.84	278.56 ± 12.45*	1.52 ± 0.36	2.70 ± 0.45*
参照组	38	33.57 ± 3.85	38.26 ± 2.91*	146.85 ± 8.97	266.31 ± 11.37*	1.47 ± 0.50	2.39 ± 0.41*
t	-	0.133	2.435	0.093	4.479	0.500	3.139
P	-	0.895	0.017	0.926	0.000	0.618	0.002

注：与干预前比较，*P<0.05。

2.3 睡眠质量比较

干预前，两组睡眠质量比较 (P>0.05)；干预后，研究组睡眠质量高于参照组 (P<0.05)。见表 3。

表 3 两组睡眠质量对比表 (±s, 分)

组别	例数	干预前	干预后
研究组	38	15.35 ± 4.22	7.12 ± 3.12*
参照组	38	15.19 ± 4.08	13.02 ± 4.11*
t	-	0.168	7.048
P	-	0.867	0.000

注：与干预前比较，*P<0.05。

3 讨论

胃癌为临床多见恶性肿瘤，其致病机制复杂，受饮食、生活习惯等多种因素所影响。对于早中期胃癌患者来说，手术治疗是临床中治疗胃癌的有效治疗方式，能够通过完全切除病灶来治愈疾病。但是手术作为有创治疗方法，会对患者的机体造成影响。同时，受疾病等因素影响，患者心理状态水平普遍下降，极易出现失眠，导致生活质量下降^[7]。护理

干预是临床中的重要一环，但是临床常规护理工作中往往忽视患者真实需求，往往为护理人员给予什么服务接受什么服务，导致患者的需要层次受到忽视。而随着当前临床护理理念的进步，越来越多的学者认识到对患者进行身心、社会各方面护理的重要性。3H 护理是临床新型护理方法，在胃癌患者中的应用报道相对较少。本文特研究胃癌术后患者应用 3H 护理联合营养支持对改善睡眠质量和心理状态的作用。

3.1 胃癌术后患者应用 3H 护理联合营养支持改善心理状态的作用

本次研究数据显示，研究组心理状态水平高于参照组 (P<0.05)。分析原因为：胃癌患者首次接受手术治疗，尤其是在知晓自身患有癌症时，患者的心理状态必然会受到严重打击。而临床护理人员在进行护理工作往往对于自身的礼仪存在忽视，导致护患关系达不到预期，患者的临床依从性不足 [8-10]。而本次研究中，研究组护理人员对患者始终保持温和、礼貌的服务态度，将护理主体归还给患者，根据患者的实际需求为患者提供护理内容。并且帮助患者熟悉住

院环境,减少患者的陌生感,有利于降低患者的不良情绪,培养患者的抗病信念。

3.2 胃癌术后患者应用3H护理联合营养支持改善营养状况、睡眠质量的作用

本次研究数据还显示,研究组营养状况、睡眠质量水平均高于对照组($P<0.05$)。提示3H护理联合营养支持能够改善胃癌术后患者的预后。分析原因为:合理的营养计划可以帮助胃癌术后患者更好地康复。通过评估患者的营养状况,根据个体特点制定营养计划,避免患者营养不良或者摄入过多引起的问题^[11-12]。此外,通过饮食健康教育和记录进食情况,引导患者合理饮食,确保摄入充足的营养素,有利于患者康复。而睡前泡脚、听音乐、减少周围噪音等可提升患者的睡眠质量。家庭式护理中的舒缓音乐和轻柔的环境布置也有助于让患者放松身心,促进入睡。有助于改善睡眠效果,并减少疲劳和焦虑对睡眠的影响。提供轻松愉快的住院环境、定期赠送小礼品、进行心理疏导等举措可以帮助患者减少负面情绪,增加对康复的信心。护理人员的细致关怀和沟通交流,让患者感受到被关怀和尊重,而且患者睡眠质量提高后,日间功能受限程度下降,使日常活力提高,患者自觉机体状况恢复,能够更好的提高护理依从,形成良性循环,使其更加乐观向上面对疾病挑战,有助于改善患者的生活质量^[13-14]。左仁俊^[15]等人将3H理念护理模式应用于胃癌患者中,其研究数据显示,观察组HHI量表中3个维度评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组PSQI量表中7个条目评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组SCL-90量表评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组QOL量表评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。其研究结论表明,3H理念护理模式对改善胃癌术后患者希望水平、睡眠质量及心理状态具有积极作用,与本次研究结论相符。

综上所述,3H护理联合营养支持能够改善胃癌术后患者的心理状态和营养状况,提高睡眠质量,促进生活质量提高,具有临床借鉴价值。

参考文献:

[1] 崔晓艳,王秀春,刘军,等.3H护理模式对胃癌患者术后应激及免疫功能的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(3):363-366.

[2] 赵艳生,李旭忠,靳金彪,等.放松训练对围术期胃

癌患者应激反应、情绪及睡眠的影响[J].国际精神病学杂志,2022,49(3):534-536,544.

[3] 林巧云.3H护理模式与营养支持联合应用于胃癌术后患者中的分析及对PSQI评分与POMS评分的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(11):2711-2713.

[4] 吴莎.胃癌术后化疗患者接受“3H”护理模式对IL-6、IL-10、TNF- α 水平及免疫功能的影响[J].科学养生,2022,25(24):211-213.

[5] 解思,崔孟珊.讲解-模拟-练习-沟通-支持护理模式对腹腔镜胃癌根治术患者围手术期应激反应和术后康复的影响[J].中国实用护理杂志,2024,40(6):414-419.

[6] 中华医学会肿瘤学分会,中华医学会杂志社.中华医学会胃癌临床诊疗指南(2021版)[J].中华医学杂志,2022,102(16):1169-1189.

[7] 石迎迎,徐玲,冀波,等.胃癌根治术后吻合口狭窄伴再喂养综合征风险患者的营养支持与药学监护[J].中国合理用药探索,2024,21(1):29-34.

[8] 杨玉红.腹部按摩清洁灌肠结合强化肠外营养支持对胃癌合并肠梗阻患者胃肠功能、免疫功能的影响[J].航空航天医学杂志,2023,34(9):1147-1150.

[9] 尤俊宏,刘秋红,菅倩怡.信息-动机-行为技巧模式下的干预方案联合营养支持在胃癌术后患者中的应用[J].肿瘤基础与临床,2023,36(6):526-530.

[10] 钱源,许勤,陈莺,等.基于PG-SGA量表的全程个体化营养支持对晚期胃癌化疗患者的应用效果分析[J].肿瘤综合治疗电子杂志,2023,9(4):34-39.

[11] 胡婷婷,高亚娜,张戈,等.营养支持联合集体心理治疗对胃癌患者术后心理弹性及并发症发生率的影响[J].临床心身疾病杂志,2023,29(1):52-57.

[12] 费洁,施旭芬,徐永灿.内镜黏膜下剥离术联合营养支持在胃癌患者中的临床效果及对营养状态的影响[J].中国现代医生,2022,60(16):44-47.

[13] 时红柯,贾锋,刘飞.优化营养支持结合心理辅导对胃癌患者术后营养状况、生存质量的影响[J].保健医学研究与实践,2022,19(12):123-126.

[14] 王娇娇,孙莹.心理干预联合强化营养支持对胃癌患者术后负性情绪、自我效能感与生活质量的干预价值[J].医学食疗与健康,2022,20(20):105-108.

[15]左仁俊,杨婷. 3H理念护理模式在胃癌患者中的应用效果及对HHI评分的影响[J]. 临床医学研究与实践,2023,8(31):173-177.

作者简介:

陈曦,(1982—9-2),女,汉族,吉林长春人,本科,结直肠胃腹部肿瘤外一科,主管护师,研究方向:胃肠肝胆胰外科

通讯作者*:王淑红,(1973—11-29),女,汉族,籍贯:

吉林长春人,本科,结直肠胃腹部肿瘤外一科,主任护师,研究方向:伤口造口失禁

吴楠,(1985—05-29),女,汉族,吉林长春人,本科,结直肠胃腹部肿瘤外一科,主管护师,研究方向:胃肠肝胆胰外科

丁世娟,(1972—1-24),女,汉族,吉林长春人,本科,结直肠胃腹部肿瘤外一科,主管护师,研究方向:伤口造口失禁