

# 人文关怀结合中医特色护理对晚期肝癌患者癌痛、心理应激、睡眠质量的影响

丁佳慧<sup>1</sup> 解敏君<sup>1▲</sup> 汤佳静<sup>2</sup> 郑双<sup>1</sup>

1.浙江省台州市第一人民医院普外科,浙江台州 318020;2.浙江省台州市第一人民医院血液肿瘤内科,浙江台州 318020

**[摘要]** 目的 探讨人文关怀结合中医特色护理对晚期肝癌患者癌痛、心理应激、睡眠质量的影响。方法 选取2018年2月至2020年3月本院96例晚期肝癌患者,随机分为A、B、C三组,每组各32例。A组给予人文关怀结合中医特色护理,B组给予中医特色护理,C组给予常规护理干预,比较三组患者不适症状、癌痛、心理应激、应对方式、睡眠质量。结果 A组头晕乏力、睡眠困难、食欲减退症状发生率分别为15.63%、15.63%、9.38%,B组为15.63%、18.75%、12.50%,均低于C组的43.75%、46.88%、34.38% ( $P<0.05$ );A组与B组干预后癌痛情况改善优于C组 ( $P<0.05$ );A组干预后SAS、SDS评分低于B组,B组低于C组 ( $P<0.05$ );A组干预后面对维度评分高于B组,B组高于C组,回避、屈服维度评分低于B组,B组低于C组 ( $P<0.05$ );A组患者干预后睡眠质量、入睡时间、睡眠障碍、睡眠时间、睡眠效率、催眠药物、日间功能评分低于B组,B组低于C组 ( $P<0.05$ )。结论 人文关怀结合中医特色护理可有效改善晚期肝癌患者不适症状,减轻患者癌痛和心理应激,加强积极应对疾病的心理,提高睡眠质量。

**[关键词]** 晚期肝癌;癌痛;心理应激;睡眠质量;中医特色护理;人文关怀

**[中图分类号]** R473

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1673-9701(2021)30-0164-04

## Humanistic care combined with traditional Chinese medicine-based nursing on cancer-related pain, psychological stress and sleep quality of patients with advanced liver cancer

DING Jiahui<sup>1</sup> XIE Minjun<sup>1</sup> TANG Jiajing<sup>2</sup> ZHENG Shuang<sup>1</sup>

1.Department of General Surgery, Taizhou First People's Hospital in Zhejiang Province, Taizhou 318020, China; 2.Department of Hematology Oncology, Taizhou First People's Hospital in Zhejiang Province, Taizhou 318020, China.

**[Abstract] Objective** To explore the effect of humanistic care combined with traditional Chinese medicine (TCM)-based nursing on cancer-related pain (CRP), psychological stress and sleep quality in patients with advanced liver cancer. **Methods** Ninety-six patients with advanced liver cancer in our hospital from February 2018 to March 2020 were selected and they were randomly divided into three groups, A, B, and C, with 32 patients in each group. Group A was given humane care combined with TCM-based care, group B was given TCM-based nursing care and group C was given conventional nursing intervention. The discomfort symptoms, CRP, psychological stress, coping styles, and sleep quality were compared among three groups. **Results** The incidence of dizziness and fatigue, sleep difficulty, and loss of appetite in group A were 15.63%, 15.63%, and 9.38%, respectively, and those of group B were 15.63%, 18.75%, and 12.50%, respectively, which were lower than those in group C (43.75%, 46.88%, and 34.38%) ( $P<0.05$ ). The improvement of CRP in group A and B after intervention was better than that in group C ( $P<0.05$ ). After intervention in group A, SAS and SDS scores were lower than group B, and those of group B were lower than group C ( $P<0.05$ ). After intervention, the score of facing dimension in group A was higher than that in group B, and that in group B was higher than that in group C, while the score of avoidance and yield in group A was lower than that in group B, and those of group B were lower than group C ( $P<0.05$ ). The scores of sleep quality, time falling asleep, sleep disorder, sleep duration, sleep efficiency, hypnotic drugs, and daytime function of group A were lower than group B, and those of group B were lower than group C ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Humanistic care combined with TCM-based nursing can effectively relieve the uncomfortable symptoms, reduce CRP and psychological stress, strengthen the psychology to actively deal with diseases, and improve the quality of sleep of patients with advanced liver cancer.

**[Key words]** Advanced liver cancer; Cancer-related pain; Psychological stress; Sleep quality; Traditional Chinese medicine-based nursing; Humanistic care

**[基金项目]** 浙江省医药卫生科技计划项目(2018KY896)

▲通讯作者

我国作为肝癌高发国家,肝癌发病率占全球 40%~45%,据统计每年约有 20 余万人死于肝癌<sup>[1]</sup>。肝区疼痛是原发性晚期肝癌患者最主要的症状,严重影响患者生活质量水平,从生理、心理、精神等多个层面困扰患者。临床上由于患者自身需求和疾病治疗的需求,将缓解症状、减轻疼痛作为原发性肝癌晚期患者治疗的重点<sup>[2]</sup>。中医学认为,癌痛是由于人体正气虚弱,外邪热毒内侵,痰瘀相结,阻塞经脉,不通则痛。为了提高护理干预效果,临床对于晚期癌症患者常将中医镇痛原则与方法运用其护理工作中,灵活应用穴位按压、敷贴、针刺、艾灸、推拿等方法,与西医镇痛治疗共同发挥作用<sup>[3]</sup>。人文关怀是关爱、关照患者行为、情感的一种护理理念,也是提高护理质量的重要方式。本研究将人文关怀、中医特色护理二者结合应用于晚期肝癌患者的护理工作中,旨在为临床该类患者的护理提供参考,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2018 年 2 月至 2020 年 3 月本院 96 例晚期肝癌患者,将其随机分为 A、B、C 三组,每组各 32 例。A 组男 19 例,女 13 例;年龄 42~78 岁,平均(68.73±7.73)岁;临床分期:Ⅲ期 15 例,Ⅳ期 17 例。B 组男 20 例,女 12 例;年龄 41~79 岁,平均(68.96±7.05)岁;临床分期:Ⅲ期 16 例,Ⅳ期 16 例。C 组男 19 例,女 13 例;年龄 40~79 岁,平均(68.71±6.64)岁;临床分期:Ⅲ期 17 例,Ⅳ期 15 例。三组患者一般资料比较,差异有统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 ①经影像学、实验室病理检测,符合晚期肝癌诊断标准<sup>[4]</sup>;②预计生存期>2 个月;③患者了解并清楚自身病情状态;④意识清醒,能配合护理人员的指导;⑤经医院医学伦理委员会批准,患者家属知情同意。

1.2.2 排除标准 ①合并精神病史者;②合并其他恶性肿瘤者;③合并其他免疫系统、血液系统、器质性疾病者;④不愿配合本研究的患者及其家属。

### 1.3 方法

C 组给予常规护理干预,B 组在常规护理干预的基础上给予中医特色护理,A 组在常规护理的基础上给予人文关怀结合中医特色护理。

1.3.1 常规护理干预 患者入院后进行健康教育,嘱咐患者饮食以清淡营养为主,忌吸烟饮酒,遵医嘱给药,遵循世界卫生组织提出的癌痛止痛疗法,按照“三阶梯止痛”原则给药,按止痛药物的有效止痛时间间隔

给药,按时给药而不是按需给药,密切观察患者服药后不良反应。对癌痛明显与心理敏感的患者进行有效的心理疏导,耐心解答患者疑问。

1.3.2 中医特色护理 ①穴位按摩:以肝俞、期门为主穴,足三里、脐周全息穴为配穴,通过点、按、压、揉、滚、推、一指禅等手法,进行按摩,力量从轻到重,做到柔和有力,以患者稍感酸胀为佳,30 min/次,2 次/d。

②穴位敷贴:选择自制大黄敷贴方,取生大黄粉 8 g,加入等量白醋,制成 3 cm×3 cm 大小,厚度为 0.3 cm 的药饼,穴位选择中都、期门、章门、中脘、肝俞、阿是穴等,局部清洁消毒后进行敷贴,敷贴结束后使用无菌敷料覆盖,每 24 小时更换 1 次药物,做好保暖工作,密切观察患者是否出现局部瘙痒、红肿现象,3 次/周,持续 1 个月。③隔盐灸:取 100 g 直径 0.5 mm 左右的粗盐于 5 g 艾绒相互混合,再取 400 g 直径 0.5~0.9 cm 的大颗粒盐,与之混匀,以全棉药袋封装,备用,用微波炉加热 2~3 min,控制温度为 40℃~50℃,置于中脘穴 30 min,药袋变冷需重复加热,3 次/周,持续 1 个月。

1.3.3 人文关怀 ①以患者为中心制订人文护理方案,对护理人员语言和工作礼仪进行规范化的培训;②定期与患者进行交流,注意观察患者言语、态度、行为,对其发生的改变进行详细记录,与患者沟通后,与长期陪护的家属进行交谈,了解患者日常行为与意识,针对后续可能发展为负性情绪的征兆,积极予以引导、疏导,辅助其释放内心情绪;③保证病房清洁卫生,营造舒适、温馨的住院环境;④通过沟通与患者建立相互信任的友好关系,以专业的知识,通过临床积极案例鼓励患者,帮助其建立信心,让患者感受到温暖;⑤根据患者受教育程度及对疾病的了解程度,制订个性化的宣教内容,提高患者对疾病的认知,自觉配合治疗,提高医嘱依从性。

### 1.4 观察指标及评价标准

1.4.1 不适症状 比较三组患者不适症状发生情况。

1.4.2 癌痛 比较三组患者干预前与干预后 1 个月癌痛改善情况,通过主诉疼痛程度分级法<sup>[5]</sup>评价患者疼痛程度,将疼痛分为 0、I、II、III 四个级别。0 级代表无痛;I 级代表有疼痛但尚可忍受,患者可进行正常生活,睡眠不受明显影响;II 级:患者可感受到不能忍受的明显疼痛,服用药物后疼痛缓解,但正常生活和睡眠均受到影响;III 级:患者疼痛剧烈,坐立不安,无法忍受,服用药物后疼痛仍未能缓解,其正常的生活和睡眠受到严重影响。

1.4.3 心理应激 使用焦虑自评量表(SAS)<sup>[6]</sup>与抑郁自评量表(SDS)<sup>[7]</sup>评价患者干预前与干预后 1 个月焦虑与抑郁程度,量表包含 20 个条目,采用 1~4 分计分,

表 1 三组不适症状情况比较[n(%)]

组别	n	恶心呕吐	头晕乏力	睡眠困难	食欲减退	腰酸背痛
A 组	32	5(15.63)	5(15.63) <sup>①</sup>	5(15.63) <sup>①</sup>	3(9.38) <sup>①</sup>	4(12.50)
B 组	32	5(15.63)	5(15.63) <sup>①</sup>	6(18.75) <sup>①</sup>	4(12.50) <sup>①</sup>	5(15.63)
C 组	32	10(31.25)	14(43.75)	15(46.88)	11(34.38)	8(25.00)

注:与 C 组比较,<sup>①</sup>P<0.05

表 2 三组癌痛情况比较[n(%)]

组别	n	0 级		I 级		II 级		III 级	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
A 组	32	0	2(6.25)	6(18.75)	19(59.38) <sup>①</sup>	12(37.50)	7(21.88)	14(43.75)	4(12.50) <sup>①</sup>
B 组	32	0	1(3.13)	5(15.63)	18(56.25) <sup>①</sup>	12(37.50)	8(25.00)	16(50.00)	4(12.50) <sup>①</sup>
C 组	32	0	0	7(21.88)	9(28.13)	11(34.38)	12(37.50)	14(43.75)	11(34.38)

注:与 C 组比较,<sup>①</sup>P<0.05

表 3 三组负面情绪比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
A 组	32	54.91±5.66	37.50±4.14 <sup>①②③</sup>	58.20±5.08	42.18±4.27 <sup>①②③</sup>
B 组	32	55.70±4.83	41.20±5.09 <sup>①②</sup>	57.80±5.77	45.23±4.65 <sup>①②</sup>
C 组	32	55.41±4.26	46.51±4.01 <sup>①</sup>	58.42±5.40	52.13±5.28 <sup>①</sup>

注:与干预前比较,<sup>①</sup>P<0.05;与 C 组比较,<sup>②</sup>P<0.05;与 B 组比较,<sup>③</sup>P<0.05

总分=量表得分×1.25,SAS≥50 分代表焦虑,SDS≥53 分代表抑郁,得分越高表示焦虑与抑郁越严重。

1.4.4 应对方式 采用医学应对方式(MCMQ)量表<sup>[8]</sup>评估干预前与干预后 1 个月患者应对方式评分,该量表包括面对、回避、屈服 3 个维度,共 20 个条目,采用 1~4 分计分,得分越高表示该项倾向性越强。

1.4.5 睡眠质量 采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)<sup>[9]</sup>于干预前与干预后 1 个月进行评价,该量表共 7 个部分,包括主观质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、安眠药物使用、日间功能,每个部分按 0~3 分计,总分 0~21 分,分数越高表示质量越差,>7 分代表存在睡眠质量问题,≤7 分代表睡眠质量较好。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析,符合独立、正态分布、方差齐的计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,多组间比较采用 F 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组不适症状情况比较

A 组头晕乏力、睡眠困难、食欲减退症状发生率分别为 15.63%、15.63%、9.38%,B 组为 15.63%、18.75%、12.50%,均低于 C 组的 43.75%、46.88%、34.38%,差异有统计学意义(P<0.05);A 组与 B 组不适症状发生率比较,差异无统计学意义(P>0.05)。见表 1。

2.2 三组癌痛情况比较

三组干预前癌痛情况比较,差异无统计学意义(P>0.05);A 组与 B 组干预后癌痛情况改善优于 C 组,

差异有统计学意义(P<0.05);A 组与 B 组干预后癌痛情况比较,差异无统计学意义(P>0.05)。见表 2。

2.3 三组负面情绪比较

三组干预前 SAS、SDS 评分比较,差异无统计学意义(P>0.05);三组患者干预后 SAS、SDS 评分较干预前降低,且 A 组低于 B 组,B 组低于 C 组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 3。

2.4 三组应对方式比较

三组干预前应对方式 MCMQ 评分比较,差异无统计学意义(P>0.05);三组干预后面对维度评分较干预前升高,且 A 组高于 B 组,B 组高于 C 组,差异有统计学意义(P<0.05);三组干预后回避、屈服维度评分较干预前降低,且 A 组低于 B 组,B 组低于 C 组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 4。

2.5 三组睡眠质量比较

两组患者干预前睡眠质量比较,差异无统计学意义(P>0.05);A 组患者干预后睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠障碍、睡眠效率、催眠药物、日间功能评分低于 B 组,B 组低于 C 组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 5。

3 讨论

肝癌发病初期无明显症状,不易诊断,确诊时往往已为晚期,错过了最佳治疗时间,不仅给患者身体带来巨大痛苦,也加重了患者心理负担。癌痛是癌症患者常见并发症,产生的剧烈疼痛严重影响患者心理状态,使其产生强烈的焦虑不安情绪,影响生存质量<sup>[10-11]</sup>。肝癌晚期癌痛程度会进一步加重,与此同时治疗过程

表 4 三组应对方式比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	面对		回避		屈服	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
A 组	32	18.26±2.04	23.41±2.07 <sup>①②③</sup>	16.66±2.05	12.89±1.29 <sup>①②③</sup>	8.93±1.04	6.84±1.20 <sup>①②③</sup>
B 组	32	18.13±2.17	21.91±1.95 <sup>①②</sup>	16.59±2.18	13.95±1.40 <sup>①②</sup>	8.97±1.19	7.58±0.95 <sup>①②</sup>
C 组	32	18.19±2.23	20.16±1.73 <sup>①</sup>	16.74±1.95	15.02±1.73 <sup>①</sup>	8.90±1.14	8.24±0.86 <sup>①</sup>

注:与干预前比较,<sup>①</sup>P<0.05;与 C 组比较,<sup>②</sup>P<0.05;与 B 组比较,<sup>③</sup>P<0.05

表 5 三组睡眠质量评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	时间	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠障碍	睡眠效率	催眠药物	日间功能
A 组	32	干预前	1.94±0.47	2.41±0.68	1.75±0.30	1.81±0.58	1.54±0.37	1.04±0.18	2.48±0.65
		干预后	0.80±0.15 <sup>①②③</sup>	1.02±0.29 <sup>①②③</sup>	0.86±0.15 <sup>①②③</sup>	0.95±0.24 <sup>①②③</sup>	0.74±0.16 <sup>①②③</sup>	0.59±0.10 <sup>①②③</sup>	1.18±0.28 <sup>①②③</sup>
B 组	32	干预前	1.92±0.38	2.37±0.54	1.71±0.42	1.85±0.53	1.59±0.40	1.09±0.19	2.51±0.68
		干预后	1.25±0.30 <sup>①②</sup>	1.42±0.29 <sup>①②</sup>	1.05±0.20 <sup>①②</sup>	1.21±0.17 <sup>①②</sup>	0.91±0.15 <sup>①②</sup>	0.72±0.16 <sup>①②</sup>	1.45±0.41 <sup>①②</sup>
C 组	32	干预前	1.97±0.40	2.44±0.71	1.69±0.36	1.84±0.50	1.57±0.38	1.07±0.16	2.53±0.46
		干预后	1.64±0.32 <sup>①</sup>	1.84±0.36 <sup>①</sup>	1.38±0.24 <sup>①</sup>	1.43±0.19 <sup>①</sup>	1.14±0.14 <sup>①</sup>	0.90±0.13 <sup>①</sup>	1.71±0.35 <sup>①</sup>

注:与干预前比较,<sup>①</sup>P<0.05;与 C 组比较,<sup>②</sup>P<0.05;与 B 组比较,<sup>③</sup>P<0.05

中使用的药物也会带来一定的不良反应,患者极易出现抑郁、焦虑、恐惧情绪,这些负面情绪对患者的治疗产生负面作用,形成恶性循环<sup>[12-13]</sup>。

中医护理是指在中医基本理论指导下的护理工作,充分借鉴中医药理论实践,对癌痛患者进行中药内服、外用、针刺、按摩、饮食、情志调节等多种护理干预,与西医护理模式相比,更具人性化,配合三阶梯止痛治疗,切实为患者减轻疼痛<sup>[14-15]</sup>。人文关怀重点在于关怀。临床大量研究表明<sup>[1]</sup>,关怀可以使人感受到快乐和希望,促进健康,对于癌症患者,还能有效提高其社会应对能力。其次,护理实践对象为患者,护理过程中强化患者生理心理全方位护理,体现出对患者的重视,与患者建立信任关系,给予最大程度的关怀,让患者能够敞开心扉,真实表露内心,防止负性情绪的发生<sup>[16-17]</sup>。

本研究实施中医特色护理的患者头晕乏力、食欲减退、睡眠困难症状发生率低于常规护理,胡珊等<sup>[18]</sup>研究结果支持本研究结论,三组癌痛情况比较,A 组与 B 组疼痛改善明显优于 C 组。中医特色护理通过穴位按摩、穴位敷贴、隔盐灸对患者进行干预,其中穴位按摩疏通经络,平衡阴阳,调和气血,通络止痛。现代医学认为,穴位按摩可增加脑内啡肽的分泌,抑制束旁核与脊髓背角兴奋镇痛系统,提高机体疼痛阈值,发挥镇痛作用。穴位敷贴通过敷贴特定穴位,使药物直达病灶部位,调节机体经络气血,平衡阴阳气血,与阿片类药物联合应用可增强镇痛效果<sup>[18]</sup>。隔盐灸产生的热量具有较高的穿透能力,经人体吸收后,可有效促进血管的扩张,改善血液循环,和中降逆,调节胃肠<sup>[19]</sup>。比较三组患者应激反应和疾病应对方式,B 组患者由于疼痛减轻,不适症状发生率低于 C 组,其干预后心理状态优于 C 组。此外,本研究中 A 组焦虑抑郁状态改善优于 B 组与 C 组,患者更趋向于以积极的正面态

度对待疾病,人文关怀重视患者心理需求,帮助患者正确认识疾病,主动为患者解除疑虑与困扰,从精神和情感上给予支持,提高患者信心。吴丽娜等<sup>[20]</sup>研究结果表明,中医特色护理可有效缓解癌症晚期疼痛,降低负性情绪,提高睡眠质量,本研究结果与其一致。中医特色护理调和气血、镇痛安神,并辅以人文关怀,改善患者心理状态,提高睡眠质量。

综上所述,人文关怀结合中医特色护理可有效改善晚期肝癌患者不适症状,减轻患者癌痛和心理应激,加强积极应对疾病的心理,提高睡眠质量,临床中值得进一步推广应用,造福于广大癌性疼痛患者。

[参考文献]

- [1] 刘磊,韩文豪,陈涛,等.晚期肝癌患者血清转化生长因子 β1 在肝动脉化疗栓塞术前变化及对预后的意义[J].中国普通外科杂志,2018,27(1):94-100.
- [2] Edwards Z,Bennett MI,Blenkinsopp A,et al. A community pharmacist medicines optimisation service for patients with advanced cancer pain:A proof of concept study[J]. International Journal of Clinical Pharmacy,2019,41(3):700-710.
- [3] 刘泽银,张海波,罗英,等.俞云切脉针灸治疗中晚期肝癌的疗效观察[J].广州中医药大学学报,2018,163(1):66-69.
- [4] 中国抗癌协会肝癌专业委员会.原发性肝癌诊断标准[J].中华肝脏病杂志,2000,8(3):135.
- [5] 潘娟,李玲,李和平,等.癌症疼痛规范化治疗与睡眠-觉醒节律的相关性研究[J].重庆医科大学学报,2015,31(8):94-97.
- [6] 吴文源.焦虑自评量表[J].中国心理卫生杂志,1999(增刊):235-238.

(下转第 171 页)

- [7] 张亭亭,蒋运兰,席凡捷,等.新型多功能护理理疗组合卧具在压疮护理中的应用[J].护士进修杂志,2015,30(24):2277-2279.
- [8] Ozdemi HK.A prevention of pressure ulcers:A descriptive study in a 3 intensive careunitsin turkey[J].J Wound Ostomy Contin Nurs,2008,35(3):293-300.
- [9] 穆鑫馨,王俊杰.人性化护理干预结合湿性愈合疗法在乳腺癌压疮患者中的应用效果[J].中华全科医学,2017,15(1):157-159.
- [10] 齐冬梅.高龄骨折患者预防压疮的临床护理[J].医药卫生,2016,3(15):303-304.
- [11] 杨文君,牟女,于绍霞,等.院外带入压疮脑卒中患者的主要照顾者压疮防治知识及照顾行为的调查[J].中华现代护理杂志,2016,22(8):1097-1100.
- [12] 王咏梅.健康教育对骨折患者康复结局的影响[J].中国现代医生,2017,55(10):145-147
- [13] 刘秀英,黄小屏,吴翠慧,等.院外带入压疮的发生原因及护理干预分析[J].辽宁医学杂志,2017,31(2):50-52.
- [14] 陈玲玲,段晓侠,丁梅,等.预见性护理对预防长期卧床老年患者压疮的效用分析[J].实用临床护理学杂志,2017,43(2):23.
- [15] 董娟.当代护士居家压疮患者照顾者的现状分析及对策[J].当代护士,2018,25(3):1-2.
- [16] 顾燕敏,陈飞英,陈施清.一种组合型气垫尿便盆的设计与应用体会[J].护理与康复,2018,17(12):104-106.
- [17] 黎春华,吴武,李健,等.改进的新一代卧便器临床应用体会[J].中国普外基础与临床杂志,2010,17(2):209.
- [18] 钟路蓉.预防高龄患者压疮形成的护理干预措施研究[J].基层医学论坛,2019,23(9):1216-1217.
- [19] 邹云莲,徐亚青,郑建娣.心理护理及健康教育在糖尿病肾病患者中的效果观察[J].中国现代医生,2018,56(28):154-157.
- [20] 张廷亮.论反面教育[J].现代教育论丛,2007(9):83-86.
- [21] 郑宋宋,徐亚青,陈竹君.情景模拟在 2 型糖尿病患者健康教育中的应用效果[J].中国现代医生,2018,56(28):152-155.
- [22] 婉平,张美英,夏黎瑶,等.卵巢癌患者化疗间隙期血象监测依从性调查分析及护理干预[J].中国现代医生,2018,56(5):131-134.
- [23] 蒋琪霞,刘云.成人压疮预测和预防实践指南[M].南京:东南大学出版社,2009:23-59.
- [24] 朱秀梅,杨纪美,朱艳蓉.压疮护理小组在外科压疮预防中的作用[J].中外医学研究,2015,13(6):79-80.

(收稿日期:2020-12-10)

(上接第 167 页)

- [7] 舒良.自评抑郁量表[J].中国心理卫生杂志,1999(增刊):194-196.
- [8] 刘赛赛,单岩,张琳,等.腹膜透析早期患者疾病适应现状及其影响因素分析[J].现代预防医学,2017,44(22):180-183.
- [9] 杨群草,郝楠,康小云.结直肠癌化疗患者主观睡眠质量与心理弹性的相关性分析[J].中华现代护理杂志,2018,24(4):383-388.
- [10] Alberts NM, Gagnon MM,Stinson JN.Chronic pain in survivors of childhood cancer:A developmental model of pain across the cancer trajectory[J]. Pain,2018,159(10):1-4.
- [11] 彭巍,蒋益兰,邓湘生,等.中医综合治疗方案联合 TACE 治疗中晚期原发性肝癌的临床观察[J].中医药导报,2018,24(18):28-31.
- [12] 金娟,朱守林,高静,等.尊严疗法联合心理干预对终末期原发性肝癌患者负性情绪和生活质量的影响研究[J].实用肝脏病杂志,2018,21(5):805-806.
- [13] 梁丹,王紫璇,赵雪君,等.原发性肝癌癌性疼痛的中西医治疗进展[J].中国中医急症,2019,28(11):2054-2056,2068.
- [14] 巫瑞,党莹,张芸,等.中医特色护理对肺癌患者生活质量与负性情绪及自我效能感影响[J].四川中医,2019,30(11):77-78.
- [15] 赵华.四君子汤联合雷替曲塞和奥沙利铂治疗晚期肝癌的疗效及对免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(15):1630-1633.
- [16] 王哲,钟姣,曹勇.人文关怀对老年肝癌晚期患者精神状态、疼痛程度及患者满意度的改善作用[J].老年医学与保健,2018,24(5):497-499.
- [17] 刘春风.人文关怀护理及心理干预对乳腺癌患者康复信念的影响分析[J].中华肿瘤防治杂志,2018,25(2):174-175.
- [18] 胡珊,赵井苓,张静,等.中医多途径综合护理对宫颈癌术后患者心理、自我护理能力及护理满意度的影响[J].中国医药导报,2019,30(13):171-174.
- [19] 杜亚青,李向英,张静,等.“止痛散”穴位贴敷联合三阶梯止痛法治疗中重度癌性疼痛临床观察[J].河北医药,2018,40(4):594-596.
- [20] 吴丽娜,姜桂春,肖丽萍.中医情志护理对改善肝癌患者疼痛程度及负性情绪的应用效果[J].辽宁中医药大学学报,2019,36(5):88-92.

(收稿日期:2020-12-18)