

本文引用: 熊 琪, 程顺花. 预见性中医护理联合常规护理对膀胱癌术后膀胱灌注化疗患者的临床疗效[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(8): 1578-1584.

预见性中医护理联合常规护理对膀胱癌术后 膀胱灌注化疗患者的临床疗效

熊 琪¹, 程顺花^{2*}

1. 湖南中医药大学第二附属医院泌尿外科, 湖南 长沙 410005; 2. 中南大学湘雅二医院泌尿外科, 湖南 长沙 410010

[摘要] **目的** 探讨在常规护理基础上进行预见性中医护理干预对膀胱癌术后膀胱灌注化疗患者临床疗效的影响。**方法** 选取膀胱癌术后膀胱灌注化疗患者 100 例, 随机分为对照组与观察组, 每组 50 例。对照组接受常规护理(包括膀胱灌注管理和心理疏导); 观察组在对照组基础上联合预见性中医护理干预系列措施, 两组患者干预周期均为 2 个月。评估两组患者干预前、干预 1 个月和干预 2 个月的膀胱容量、O'Leary-Sant 间质性膀胱炎症状指数(ICSI)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)、失眠严重指数量表(ISI)、简易生活质量量表(SF-36)评分及化疗完成率、不良反应发生率及预后状况等指标变化。**结果** 与干预前比较、干预 1 个月比较、对照组比较, 观察组干预 2 个月膀胱容量均显著增加($P<0.01$)。与干预前相比, 干预 1 个月与干预 2 个月后两组 O'Leary-Sant ICSI、HAMA、HAMD、PSQI、ISI 评分均显著降低($P<0.01$), 且干预 2 个月的上述评分低于干预 1 个月的评分($P<0.01$); 两组 SF-36 评分均升高($P<0.05, P<0.01$), 且干预 2 个月评分高于干预 1 个月的评分($P<0.01$)。与对照组相比, 干预 1 个月及干预 2 个月后的观察组 O'Leary-Sant ICSI、HAMA、HAMD、PSQI、ISI 评分均显著降低($P<0.01$), SF-36 评分升高($P<0.05, P<0.01$)。与对照组相比, 观察组患者在干预 1 个月及干预 2 个月的化疗完成率更高($P<0.05$), 化疗相关不良反应发生率更低($P<0.05$), 遵医行为及预后情况更好($P<0.05, P<0.01$)。**结论** 预见性中医护理干预可在常规护理基础上有效改善膀胱癌术后膀胱灌注化疗患者的生理状态、心理健康及治疗依从性, 具有良好的临床推广应用价值。

[关键词] 膀胱癌; 中医护理; 预见性护理; 膀胱灌注化疗; 膀胱容量; 汉密尔顿焦虑量表

[中图分类号] R273

[文献标志码] B

[文章编号] doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.08.028

Clinical efficacy of predictive Chinese medicine nursing combined with routine care for postoperative intravesical chemotherapy in bladder cancer patients

XIONG Qi¹, CHENG Shunhua^{2*}

1. Department of Urology, The Second Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410005, China;

2. Department of Urology, The Second Xiangya Hospital of Central South University, Changsha, Hunan 410010, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical impact of predictive Chinese medicine (CM) nursing intervention combined with routine care on postoperative bladder cancer (PBC) patients undergoing intravesical chemotherapy. **Methods** A total of 100 PBC patients scheduled for intravesical chemotherapy were enrolled and randomly divided into two groups: a control group and an observation group, with 50 cases in each group. The control group received routine nursing care, including intravesical chemotherapy management and psychological counseling. The observation group received the same routine care supplemented with a series of predictive CM nursing interventions. Both groups underwent a 2-month intervention period. The changes in bladder capacity, O'Leary-Sant interstitial cystitis symptom index (ICSI), Hamilton anxiety scale (HAMA), Hamilton depression scale (HAMD), Pittsburgh sleep quality index (PSQI), insomnia severity index (ISI), short form-36 health survey (SF-36) scores, as well as chemotherapy tolerance, incidence of adverse reactions, medical compliance behavior, and prognosis status were evaluated in the two groups of

[收稿日期] 2024-12-27

[基金项目] 湖南省发展和改革委员会科学研究项目(湘发改投资[2021]212号)。

[通信作者] * 程顺花, 女, 硕士, 副主任护师, E-mail: csh2394@csu.edu.cn。

patients before the intervention, at 1-month and 2-month post-intervention. The intervention effects were then compared. **Results** Compared with the levels before intervention and at 1-month post-intervention, as well as with the control group, the observation group demonstrated a significant increase in bladder capacity at 2-month post-intervention ($P<0.01$). For both groups, scores on ICSI, HAMA, HAMD, PSQI, and ISI decreased significantly at 1-month and 2-month post-intervention compared with the pre-intervention levels ($P<0.01$), with lower scores observed at 2-month than at 1-month ($P<0.01$). Conversely, SF-36 scores increased significantly in both groups over time ($P<0.05$, $P<0.01$), with higher scores at 2-month than at 1-month ($P<0.01$). Compared with the control group, scores on ICSI, HAMA, HAMD, PSQI, and ISI were significantly lower in the observation group at both 1-month and 2-month post-intervention ($P<0.01$), while SF-36 scores were both higher ($P<0.05$, $P<0.01$). Additionally, compared with the control group, the observation group exhibited higher chemotherapy completion rates ($P<0.05$), lower incidence of chemotherapy-related adverse reactions ($P<0.05$), and better treatment compliance and prognosis at both 1-month and 2-month post-intervention ($P<0.05$, $P<0.01$). **Conclusion** Predictive CM nursing interventions can effectively ameliorate physiological status, psychological well-being and treatment compliance in PBC patients undergoing intravesical chemotherapy beyond routine care alone, demonstrating significant clinical applicability.

[**Keywords**] bladder cancer; Chinese medicine nursing; predictive nursing; intravesical chemotherapy; bladder capacity; Hamilton anxiety rating scale

膀胱癌是一种常见的泌尿系统恶性肿瘤,尤其在老年人群中发病率较高,非肌层浸润性膀胱癌(non-muscle-invasive bladder cancer, NMIBC)是最常见的类型^[1]。这种疾病不仅对患者的生活质量造成不良影响,同时也给社会带来了较大的经济负担^[2]。目前,膀胱癌的治疗手段主要包括手术治疗、放疗和化疗^[3]。其中,膀胱灌注化疗作为术后常见的治疗方式,能直接作用于膀胱内残留的肿瘤细胞,显著降低复发率^[4-5]。然而,患者在膀胱灌注化疗期间常出现尿急、尿痛等症状,以及心理焦虑和抑郁情绪,影响治疗依从性和预后效果。因此,探索科学有效的护理干预措施具有重要意义。

研究表明,中医护理在临床实践中具有良好的疗效,尤其是在疾病康复和预防方面的优势更为明显^[6-7]。预见性中医护理干预策略是一种基于中医理论“未病先防、既病防变、瘥后防复”,结合现代医学实践,以预防为主,强调对潜在问题的预测和预防的护理方法^[8]。其中,基于辨证施护的预见性中医护理是指在常规预见性护理的基础上,结合中医辨证,建立中医证候-并发症预测模型,并据此实施中医干预(如耳穴压豆、穴位贴敷、情志调摄等),以优化常规护理的预见精准性。基于辨证施护的预见性中医护理包括全面评估患者的基本信息、病史、家族史、

生活方式、饮食习惯、心理状况、舌象、脉象等,并据此确定患者的证型,然后制订个性化的中医护理方案,从而预防并减少并发症,促进患者康复,改善生活质量。

研究表明,预见性中医护理干预策略在骨折围手术期患者应用后可以明显降低下肢静脉血栓形成^[8]。然而,针对膀胱癌术后化疗患者的预见性中医护理干预策略研究较少,缺乏针对性护理干预的具体研究。因此,本研究拟通过预见性中医护理干预策略,整合中医药治疗优势和现代护理的规范性,改善患者的症状和心理状态,提高患者生活质量及治疗依从性,为优化膀胱癌术后患者护理提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年10月至2024年10月于中南大学湘雅二医院泌尿外科膀胱镜室就诊的膀胱癌术后接受膀胱灌注化疗的100例NMIBC患者,按照随机数字表随机分为对照组与观察组,每组50例。两组患者性别、年龄、病程、膀胱癌分期等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),基线资料具有可比性,详见表1。本研究患者及家属均知情同意且获得中南大学湘雅二医院医学伦理委员会批准(伦理审批号:2022伦审临研021号)。

表1 两组患者的一般资料

Table 1 General information of patients in both groups of patients

组别	n	性别(男/女,例)	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,月)	膀胱癌分期/(Ta/T1,例)
观察组	50	38/12	57.0 \pm 5.2	6.2 \pm 2.8	18/32
对照组	50	36/14	55.0 \pm 6.3	6.7 \pm 3.4	15/35
χ^2/Z		0.416	1.730	-0.800	0.650
P		0.519	0.084	0.424	0.420

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 参照《膀胱癌诊断指南(2022版)》^[9]制定入组患者的诊断标准如下:(1)经组织病理学确诊为膀胱尿路上皮癌,符合 NMIBC 分期标准(Ta、T1 或 Tis 期);(2)已行经尿道膀胱肿瘤切除术,术后病情稳定,符合膀胱灌注化疗的临床指征;(3)无明确转移或肌层浸润表现,影像学检查(如 CT、MRI)提示局限于膀胱内病变;(4)一般情况良好,肝肾功能正常,无严重基础疾病影响灌注治疗;(5)无活动性尿路感染、膀胱出血、膀胱穿孔等膀胱灌注禁忌证;(6)患者及家属知情同意,配合接受膀胱灌注化疗及护理干预。

1.2.2 中医诊断 参照《中医内科学》^[10]及《证候类中药新药临床研究技术指导原则》^[11],根据膀胱癌患者的临床表现、舌脉特征及病因病机,临床常见证型主要分为以下 4 种。(1)湿热下注证:主症表现为小便短赤灼热,尿色深黄或夹血,伴有尿急、尿频、尿痛或排尿不畅,下腹胀痛,舌苔黄腻,脉弦数;(2)瘀血内阻证:主症表现为尿血反复,小便涩痛,小腹刺痛,常见舌质紫暗,舌苔薄白,脉弦涩;(3)阴虚火旺证:主症表现为小便不爽,尿血色淡红,腰酸神疲,五心烦热,形体消瘦,盗汗,舌质红绛,舌苔薄黄,脉细数;(4)脾肾亏虚证:主症表现为无痛性血尿,尿少无力,腰膝酸软,小腹下坠,常见舌质淡,舌苔薄白腻,脉沉细。凡符合主症 2 项及以上,伴典型舌脉征象者,可明确诊断。

1.3 纳入标准

(1)符合上述中西医诊断标准;(2)年龄在 18~75 岁;(3)能够正常沟通;(4)自愿参与研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准

(1)合并严重心、肺、肝、肾功能障碍患者;(2)合并精神疾病或认知功能障碍患者;(3)术后化疗过程中出现其他并发症的患者。

1.5 治疗与护理方法

1.5.1 对照组 接受常规护理,包括健康宣教、心理疏导、膀胱灌注操作指导及症状监测等^[12]。

1.5.2 观察组 结合相关研究进展^[13],制定预见性中医护理干预具体措施如下。(1)具体原则。①以中医辨证为基础,针对不同证型患者(湿热下注症、瘀血内阻证、阴虚火旺证和脾肾亏虚证)制订个性化的护理干预方案,实施辨证施护;②以预防为核心,根据患者术前舌脉象及中医辨证分型,结合患者术后

常见问题(尿路感染、膀胱痉挛、免疫力下降等),预测术后可能出现的证候变化(如气血两虚型患者预测疲劳加重,肝郁气滞型预测焦虑风险),并针对预测结果,在症状出现前实施对应中医措施(如气血虚者予艾灸气海、足三里,肝郁者予疏肝解郁耳穴贴压);③以整体调节为手段,综合运用中医饮食护理、外治法、情志护理、健康指导等多种手段,促进患者身心康复。(2)具体内容干预。①中医体质评估:使用中医体质辨识量表,对患者体质类型进行评估,识别潜在风险(如湿热体质患者术后感染概率较高),制订辨证施护方案;②术前饮食护理:如湿热体质,术前 1~2 周可食用清热利湿食材(如绿豆汤、冬瓜薏米粥);气虚体质,术前增加补气健脾食材(如黄芪、山药炖鸡);③中药熏洗:用金银花、蒲公英、黄柏煎汤熏洗会阴部,每日 1 次,预防感染;④艾灸疗法:灌注化疗前后艾灸关元穴、气海穴,每次 20 min,每周 3 次,可有效缓解膀胱痉挛;⑤预见性情志护理干预:使用中医情志疗法对术后可能出现的焦虑、抑郁等心理状态提前干预;⑥患者教育:用通俗易懂的中医理论讲解术后康复的意义,提高患者对中医护理的依从性;⑦穴位贴敷:在关元、命门等穴位使用中药贴敷,温经通络,改善膀胱功能。每日贴敷 1 次,每次 2 h。

1.6 观察指标

1.6.1 膀胱容量 于干预前、干预 1 个月及干预 2 个月,在患者自然膀胱充盈状态下,通过超声检测观察组和对照组患者膀胱容量。

1.6.2 O'Leary-Sant 间质性膀胱炎症状指数评分 使用 O'Leary-Sant 间质性膀胱炎症状指数(interstitial cystitis symptom index, ICSI)^[14]作为疗效观察的指标,包括尿急、尿频、夜尿和盆腔/膀胱疼痛等 4 项内容。每项评分范围为 0~5 分,总分范围为 0~20 分,分值越高表示患者症状越严重。

1.6.3 焦虑抑郁量表评分 使用汉密尔顿焦虑量表(hamilton anxiety rating scale, HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(hamilton depression rating scale, HAMD)对患者的情绪状态进行评估^[15],两个量表总分均为 0~56 分,分数越高提示焦虑或抑郁程度越严重。

1.6.4 睡眠质量 采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)和失眠严重程度指数(insomnia severity index, ISI)评估睡眠质量^[16],两量表得分均与睡眠障碍程度呈正相关,得分越高提示睡眠质量越差。

1.6.5 生活质量 采用简易生活质量量表(36-item

short form, SF-36)评分,综合评估患者干预前后日常生活质量^[17]。SF-36 又称健康状况调查问卷,涵盖生理功能、社会功能、心理健康等方面,共包括 8 个维度。各分量表根据条目设定的权重进行评分,并将粗积分统一换算为 0~100 分的标准分,得分越高表示生活质量越好。

1.6.6 化疗完成率 通过记录两组患者在干预周期内完成化疗的情况,计算化疗完成率以评估化疗耐受性。具体计算公式如下:化疗完成率(%)=实际完成化疗人数/应完成化疗人数×100%。

1.6.7 不良反应发生率 定期随访管理并及时记录尿频、尿急、尿道疼痛、血尿、排尿困难症状的发生情况,并进行膀胱镜检查以判断膀胱炎症情况。

1.6.8 预后情况 记录两组患者化疗并发症发生情况:包括插管疼痛、膀胱刺激征、胃肠道反应等。

1.6.9 膀胱镜检查图像 干预后统一行膀胱镜检查,由 2 名泌尿外科医师盲法判读黏膜充血、水肿、颗粒样改变及渗出等情况,分歧由第三人裁决;典型图像用于结果对比。

1.7 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析。计量资料用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,组间比较采用 t 检验或重复测量分析;分类变量用百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者膀胱容量比较

干预前,观察组和对照组膀胱容量比较,差异无

统计学意义($P>0.05$)。与干预前、干预 1 个月及对照组比较,观察组干预 2 个月膀胱容量均显著增加($P<0.01$)。详见表 2。

表 2 两组患者膀胱容量比较($\bar{x}\pm s$, mL)

Table 2 Comparison of bladder capacity between the two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, mL)

组别	<i>n</i>	干预前	干预 1 个月	干预 2 个月
观察组	50	185.3±30.2	193.7±28.1	210.5±25.4 ^{###***}
对照组	50	183.5±32.6	185.3±27.2	189.1±30.6

注:与干预前比较,^{##} $P<0.01$;与干预 1 个月比较,^{##} $P<0.01$,与对照组比较,^{**} $P<0.01$ 。

2.2 两组患者 O'Leary-Sant ICSI 评分比较

干预前,两组 O'Leary-Sant ICSI 评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。与干预前相比,干预 1 个月与干预 2 个月后两组 O'Leary-Sant ICSI 评分均显著降低($P<0.01$),且干预 2 个月的 O'Leary-Sant ICSI 评分低于干预 1 个月的评分($P<0.01$)。与对照组相比,干预 1 个月及干预 2 个月后的观察组 O'Leary-Sant ICSI 评分均显著降低($P<0.01$)。详见表 3。

2.3 两组患者 HAMA 和 HAMD 评分比较

干预前,两组 HAMA 和 HAMD 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。与干预前相比,干预 1 个月及干预 2 个月后,两组的 HAMA 和 HAMD 评分均显著下降($P<0.01$),且干预 2 个月后的 HAMA 和 HAMD 评分低于干预 1 个月的评分($P<0.01$)。与对照组相比,观察组同一干预时间的 HAMA 和 HAMD 评分均显著低于对照组($P<0.01$)。详见表 4。

表 3 两组患者 O'Leary-Sant ICSI 评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

Table 3 Comparison of O'Leary-Sant ICSI scores between the two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

分组	<i>n</i>	时间	尿频	尿急	夜尿	疼痛	总分
观察组	50	干预前	4.56±0.57	4.75±0.52	5.01±0.06	5.03±0.18	19.35±0.86
		干预 1 个月	3.13±0.66	3.32±0.37	3.49±0.34	3.41±0.42	13.92±1.03 ^{###**}
		干预 2 个月	2.11±0.51	2.26±0.48	2.59±0.04	2.26±0.27	9.53±1.24 ^{###***}
对照组	50	干预前	4.67±0.54	4.53±0.42	5.03±0.17	4.97±0.50	19.95±0.97
		干预 1 个月	4.23±0.61	4.36±0.51	4.88±0.31	4.56±0.47	18.12±0.87 ^{##}
		干预 2 个月	3.91±0.58	3.66±0.67	4.46±0.52	3.76±0.61	16.76±1.17 ^{###▲}

注:与干预前比较,^{##} $P<0.01$;与干预 1 个月比较,^{##} $P<0.01$;与对照组比较,^{**} $P<0.01$ 。

表 4 两组患者 HAMA、HAMD 评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

Table 4 Comparison of HAMA and HAMD scores between the two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	<i>n</i>	HAMA 评分			HAMD 评分		
		干预前	干预 1 个月	干预 2 个月	干预前	干预 1 个月	干预 2 个月
观察组	50	19.17±3.19	12.34±3.17 ^{###**}	8.30±2.10 ^{###***}	20.16±2.13	12.75±3.09 ^{###**}	9.10±2.40 ^{###***}
对照组	50	19.75±2.97	14.72±3.88 ^{##}	11.70±3.00 ^{###▲}	19.78±3.44	15.94±2.58 ^{##}	12.50±3.20 ^{###▲}

注:与干预前比较,^{##} $P<0.01$;与干预 1 个月比较,^{##} $P<0.01$;与对照组比较,^{**} $P<0.01$ 。

表 5 两组患者 PSQI 及 ISI 评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)Table 5 Comparison of PSQI and ISI scores between the two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	n	PSQI 评分			ISI 评分		
		干预前	干预 1 个月	干预 2 个月	干预前	干预 1 个月	干预 2 个月
观察组	50	19.23±2.21	13.11±2.51 ^{###**}	8.22±1.98 ^{###***}	24.34±2.33	12.27±1.91 ^{###**}	8.97±2.88 ^{###***}
对照组	50	19.78±2.10	15.65±1.70 [#]	10.82±2.56 ^{##}	24.58±2.14	14.33±2.39 [#]	10.15±3.01 ^{##}

注:与干预前比较,[#] $P<0.01$;与干预 1 个月比较,^{##} $P<0.01$;与对照组比较,^{**} $P<0.01$ 。

2.4 两组患者 PSQI 和 ISI 评分比较

干预前,两组 PSQI 和 ISI 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。与干预前相比,干预 1 个月及干预 2 个月后,两组 PSQI 和 ISI 评分均显著下降($P<0.01$),且干预 2 个月后 PSQI 及 ISI 评分低于干预 1 个月的评分($P<0.01$)。与对照组比较,观察组同一干预时间的 PSQI 和 ISI 评分均显著降低($P<0.01$)。详见表 5。

2.5 两组患者 SF-36 评分比较

干预前,两组 SF-36 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。与干预前相比,干预 1 个月及干预 2 个月后,两组患者 SF-36 评分均升高($P<0.05$, $P<0.01$),且干预 2 个月的 SF-36 评分高于干预 1 个月的评分($P<0.01$)。与对照组相比,观察组同一干预时间的 SF-36 评分升高($P<0.05$, $P<0.01$)。详见表 6。

表 6 两组患者 SF-36 量表评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)Table 6 Comparison of SF-36 scores between the two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	n	干预前	干预 1 个月	干预 2 个月
观察组	50	54.85±6.10	65.90±4.82 ^{##*}	75.29±4.55 ^{###***}
对照组	50	55.60±5.39	57.84±5.94 [#]	62.56±6.61 ^{##}

注:与干预前比较,^{*} $P<0.05$,[#] $P<0.01$;与干预 1 个月比较,^{##} $P<0.01$;与对照组比较,^{*} $P<0.05$,^{**} $P<0.01$ 。

表 8 两组患者化疗相关不良反应发生率比较[例(%)]

Table 8 Comparison of chemotherapy-related adverse reaction rate between the two groups of patients [case (%)]

组别	n	尿频			尿急			尿痛		
		干预前	干预 1 个月	干预 2 个月	干预前	干预 1 个月	干预 2 个月	干预前	干预 1 个月	干预 2 个月
观察组	50	18(36)	25(50)	34(68)	17(34)	26(52)	32(64)	9(18)	19(38)	22(44)
对照组	50	16(32)	28(56)	39(78)	16(32)	31(62)	38(76)	6(12)	29(58)	37(74)
χ^2 值		0.178	0.361	1.268	0.045	1.020	1.714	0.706	4.006	9.301
P 值		0.673	0.548	0.260	0.832	0.313	0.190	0.401	0.045	0.002
组别	n	排尿困难			血尿					
		干预前	干预 1 个月	干预 2 个月	干预前	干预 1 个月	干预 2 个月			
观察组	50	2(4)	1(2)	1(2)	3(6)	4(8)	8(16)			
对照组	50	1(2)	2(4)	1(2)	2(4)	7(14)	9(18)			
χ^2 值		-	-	-	-	1.515	0.298			
P 值		1.000 [△]	1.000 [△]	1.000 [△]	1.000 [△]	0.218	0.585			

注:△Fisher 确切概率法。

2.6 两组患者化疗完成率比较

干预 2 个月后,观察组的化疗周期完成率为 94%;对照组的化疗周期完成率为 82%。两组化疗周期完成率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 7。

表 7 两组患者化疗完成率比较

Table 7 Comparison of chemotherapy completion rate between the two groups of patients

组别	n	完成化疗例数/例	化疗完成率/%
观察组	50	47	94
对照组	50	41	82
χ^2 值			2.367
P 值			0.124

2.7 两组患者化疗相关不良反应发生率比较

干预前,两组患者的化疗不良反应发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组在尿频、尿急、血尿及排尿困难方面的发生率均低于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。在干预 1 个月及干预 2 个月后,观察组患者尿痛的发生率显著低于对照组($P<0.05$)。详见表 8。

2.8 两组患者预后情况比较

干预 1 个月后,观察组患者的并发症发生率为 8%,

表9 两组患者预后情况比较[例(%)]

Table 9 Comparison of prognosis between the two groups of patients [case (%)]

组别	n	插管疼痛		膀胱刺激征		胃肠道反应		总计	
		干预1个月	干预2个月	干预1个月	干预2个月	干预1个月	干预2个月	干预1个月	干预2个月
观察组	50	1(2)	2(4)	1(2)	1(2)	2(4)	3(6)	4(8)	6(12)
对照组	50	3(6)	5(10)	3(6)	5(10)	5(10)	6(12)	11(22)	16(32)
χ^2 值								3.84	5.83
P 值								0.05	0.016

低于对照组患者的并发症发生率 22%, 差异接近统计学意义($P=0.05$)。干预 2 个月后, 观察组并发症发生率(12%)显著低于对照组(32%)($P<0.05$)。详见表9。

2.9 两组患者膀胱镜检查图像对比

对照组患者可见膀胱黏膜明显充血、水肿, 部分区域伴有颗粒样改变和炎性渗出。相较而言, 观察组患者膀胱黏膜表面结构清晰、颜色接近正常, 血管走行规则, 充血及水肿表现显著减轻, 膀胱炎性改变明显缓解。详见图 1。

3 讨论

膀胱灌注化疗是指膀胱肿瘤经尿道切除术后, 通过导尿管将化疗药物直接注入膀胱内的一种局部治疗方法, 其主要目的是清除术后残留微小病灶、预防疾病复发和防止肿瘤进展^[18]。然而, 膀胱灌注化疗虽可清除微小残灶、延缓肿瘤进展, 但化疗药物对膀胱黏膜的直接刺激常导致尿频、尿急、尿痛、膀胱容量下降等刺激症状, 进而影响患者依从性^[19]。因此,

如何减轻灌注后不良反应, 缓解患者心理负担, 提高患者依从性, 显得尤为重要。

本研究采用随机对照试验设计, 客观评估了在常规护理基础上实施预见性中医护理干预对膀胱癌术后膀胱灌注化疗患者的影响。研究结果显示, 预见性中医护理通过多维度综合干预, 不仅显著提高了患者的膀胱容量这一生理指标, 还有效缓解了患者在膀胱灌注化疗期间出现的尿急、尿痛等膀胱刺激症状, 改善了患者整体生理状态。同时, 与对照组相比, 观察组 HAMA、HAMD、PSQI、ISI 评分降低及 SF-36 评分显著升高, 提示预见性中医护理对提升膀胱癌术后膀胱灌注化疗患者得到日常生活质量具有积极意义。由此可见, 预见性中医护理干预可改善患者生理性症状及心理状态, 提高生活质量, 进而平衡心肾、宁心安神, 达到身心同调的作用。这种双重作用体现了预见性中医护理的整体化和个体化干预优势, 为提升患者的治疗依从性和长期预后提供了参考。

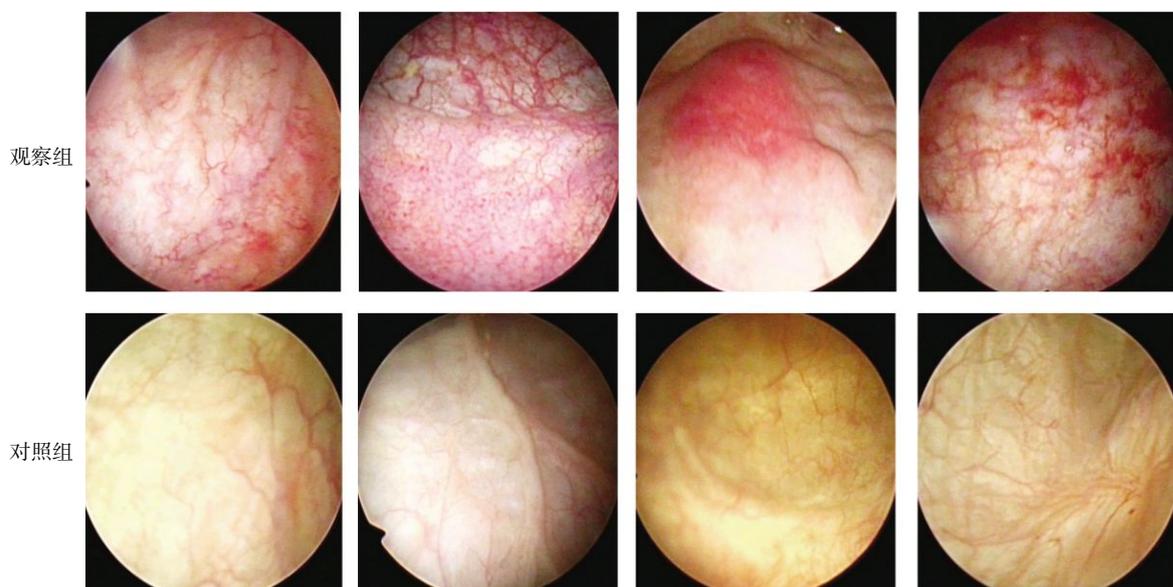


图1 两组患者膀胱镜检查图像对比

Fig.1 Comparison of cystoscopic images between the two groups of patients

化疗耐受性和治疗依从性是膀胱癌术后患者管理的重要挑战。研究结果显示,预见性中医护理干预可有效减少膀胱灌注化疗过程中出现的相关并发症,其中胃肠道不适及尿痛改善最为突出^[9]。通过中医活血化瘀药调理和西医风险管理的结合,观察组患者的化疗完成率明显提高,减少了因不良反应导致的治疗中断。这一发现对临床实践具有重要意义,表明预见性中医护理干预能够改善患者的治疗体验,减少治疗中断,从而优化治疗效果。

预见性中医护理在本研究中融入目标管理理论,对患者进行分层健康教育与动态随访,帮助其准确理解治疗流程,按时接受膀胱灌注并配合宣教。结果显示,观察组在按时就诊、完成随访和主动反馈等具体行为上总体优于对照组,为进一步提高临床疗效奠定了基础。由此可见,该护理模式既能改善局部不适,又能增强患者自我管理能力和为医护团队提供了协同、高效的护理支持。

本研究提示,辨证施护的预见性中医护理可通过“温经散寒、活血通络”“清热解毒、利湿通淋”及“心身并调”多途径、多靶点协同作用,减轻化疗相关局部损伤和心理应激,促进机体整体康复。此外,本研究采用两组对照设计,即常规护理组与常规护理联合预见性中医护理组,虽在一定程度上验证了联合干预措施的有效性,但未设置单纯中医护理干预组,因此无法明确观察到的干预效果是来自中医护理本身,还是其与常规护理的协同作用。未来研究可采用三臂设计(常规护理/单纯中医护理/常规+中医护理),以进一步明确中医预见性模块的独立贡献。

参考文献

[1] 郑荣寿, 陈 茹, 韩冰峰, 等. 2022 年中国恶性肿瘤流行情况分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2024, 46(3): 221-231.

[2] VAN HOOOSTRATEN L M C, VRIELING A, VAN DER HEIJDEN A G, et al. Global trends in the epidemiology of bladder cancer: Challenges for public health and clinical practice[J]. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 2023, 20(5): 287-304.

[3] LOPEZ-BELTRAN A, COOKSON M S, GUERCIO B J, et al. Advances in diagnosis and treatment of bladder cancer[J]. *BMJ*, 2024, 384: e076743.

[4] WONG C H, KO I C, LEUNG D K, et al. Safety and efficacy of immediate hyperthermic intravesical chemotherapy following

transurethral resection of bladder tumour (I-HIVEC)[J]. *European Urology Oncology*, 2024, 7(6): 1171-1174.

- [5] CHEMI J, VILLOLDO G M. Should continuous bladder irrigation be recommended when single instillation of intravesical chemotherapy cannot be used after transurethral resection in low-risk non-muscle invasive bladder cancer?[J]. *Bladder*, 2023, 10: e21200002.
- [6] 邝锦娟. 恶性肿瘤化疗患者应用预见性中医护理的效果研究[J]. *饮食保健*, 2020(38): 210.
- [7] 王成志, 王碧清. 对接受化疗的恶性肿瘤患者进行预见性中医护理的效果观察[J]. *当代医药论丛*, 2020, 18(6): 280-281.
- [8] 刘伟娟. 预见性中医护理干预预防下肢骨折术后并发静脉血栓效果分析[J]. *中外医学研究*, 2014, 12(20): 93-94.
- [9] 国家癌症中心, 国家肿瘤质控中心膀胱癌质控专家委员会. 中国膀胱癌规范诊疗质量控制指标(2022 版)[J]. *中华肿瘤杂志*, 2022, 44(10): 1003-1010.
- [10] 张伯礼, 吴勉华, 林子强. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 378.
- [11] 黄 蓓. 《证候类中药新药临床研究技术指导原则》发布[J]. *中医药管理杂志*, 2018, 26(21): 107.
- [12] 中山大学肿瘤防治中心, 中国抗癌协会护理委员会. 膀胱癌膀胱灌注全流程管理护理专家共识[J]. *中华现代护理杂志*, 2024, 30(32): 4341-4347.
- [13] 栾燕芬, 李德琼, 石朝玉, 等. 膀胱癌患者膀胱灌注化疗的中医护理[J]. *云南中医中药杂志*, 2015, 36(2): 92-93.
- [14] LEE J W, HAN D Y, JEONG H J. Bladder pain syndrome treated with triple therapy with gabapentin, amitriptyline, and a nonsteroidal anti-inflammatory drug[J]. *International Neurology Journal*, 2010, 14(4): 256-260.
- [15] ITAI T, AMAYASU H, KURIBAYASHI M, et al. Psychological effects of aromatherapy on chronic hemodialysis patients[J]. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2000, 54(4): 393-397.
- [16] NIU S Z, WU Q, DING S L, et al. Comparison of three measures for insomnia in ischemic stroke patients: Pittsburgh sleep quality index, insomnia severity index, and Athens insomnia scale[J]. *Frontiers in Neurology*, 2023, 14: 1118322.
- [17] 吴建贤, 张松东. SF-36 量表在腰椎间盘突出症非手术治疗中的应用现状[J]. *中华临床医师杂志(电子版)*, 2016, 10(1): 116-120.
- [18] KATO T, NOMURA K, KONDO F, et al. Analysis of Japanese patients treated with or without long-term epirubicin plus Ara-C intravesical instillation therapy for low-grade superficial bladder cancer[J]. *The Scientific World Journal*, 2015, 2015: 325305.
- [19] 秦 琳, 吴 静, 袁慧婷, 等. 临床护理路径在膀胱癌患者术后膀胱灌注化疗中的应用效果[J]. *泌尿外科杂志(电子版)*, 2024, 16(4): 75-78.