

• 论 著 •

出院准备服务干预方案在喉癌全喉切除术患者中的应用

肖彬彬¹, 何毅¹, 曾玉书¹, 冉君², 李璐¹, 陈玲¹, 马红梅³

摘要:目的 探讨出院准备服务干预方案在喉癌全喉切除术患者中的应用效果。方法 按照入院时间顺序,对照组和干预组分别纳入 42 例患者。对照组接受喉癌全喉切除术常规护理与出院指导,干预组在此基础上实施出院准备服务干预方案。结果 两组各 40 例患者完成研究。干预组出院准备度、出院指导质量及出院后 30 d 生存质量评分显著高于对照组,干预组出院后 30 d 内并发症及不良事件发生率显著低于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 对喉癌全喉切除术患者实施出院准备服务干预方案,可提高出院指导质量,从而提高患者出院准备度水平及生存质量,降低术后并发症及不良事件的发生。

关键词:喉癌; 全喉切除术; 出院准备服务; 出院指导质量; 出院准备度; 生存质量; 并发症; 外科护理

中图分类号:R473.6;R653 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.16.040

Implementation of discharge planning services in laryngeal cancer patients undergoing total laryngectomy

Xiao Binbin, He Yi, Zeng Yushu, Ran Jun, Li Lu, Chen Ling, Ma Hongmei. Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China

Abstract:**Objective** To evaluate the effectiveness of discharge planning services in patients undergoing total laryngectomy for laryngeal cancer. **Methods** A total of 84 patients scheduled for total laryngectomy for laryngeal cancer were chronologically assigned to either a control group ($n = 42$), receiving routine nursing care and discharge guidance, or an intervention group ($n = 42$), receiving structured discharge planning services. **Results** Forty patients in each group completed the study. Compared to the control group, the intervention group demonstrated significantly higher scores in discharge readiness, quality of discharge guidance, and quality of life during the first 30 days post-discharge (all $P < 0.05$). Additionally, the intervention group had a significantly lower incidence of postoperative complications and adverse events ($P < 0.05$). **Conclusion** Implementing discharge planning services for laryngeal cancer patients undergoing total laryngectomy effectively enhances the quality of discharge guidance, improves discharge readiness and quality of life of patients, and reduces postoperative complications and adverse events.

Keywords:laryngeal cancer; total laryngectomy; discharge planning service; quality of discharge guidance; discharge readiness; quality of life; complication; surgical nursing

喉癌是头颈部常见恶性肿瘤,占全身恶性肿瘤的 1%~5%^[1]。全喉切除术是治疗晚期喉癌和喉癌复发的有效根治手段^[2]。尽管全喉切除术实现了生存率的提高,但术后患者存在吞咽障碍、语言功能丧失、身体意象改变^[3],此外出院后还面临失声、呼吸困难、进食困难、痰液增多、永久性造瘘口及心理适应不良等问题^[4]。随着加速康复外科在临床实践的推广,患者住院时间缩短,学习相关知识、康复锻炼的时间相对减少,导致出院后角色准备不充分,再入院风险增加^[5]。因此,如何指导喉癌全喉切除术患者在短时间内掌握各种居家照护技能,如伤口护理、气管造口护理、颈部理疗等,做好重返社会或居家继续康复的准备尤为重要。出院准备服务(Discharge Preparation Services)是指医务人员从患者入院时即开始对患者进行综合评估,有计划地为患者及家属提供多学科联合的个性化全程医疗照护,促进患者平稳出院、改善出院结局^[6-7]。目前,出院准备服务相关研究在我国

仍处于探索阶段,对喉癌全喉切除术患者出院准备服务的研究较少。本研究将出院准备服务用于喉癌全喉切除术患者,探讨干预效果,为提升出院质量、改善患者治疗结局提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院耳鼻咽喉头颈外科行全喉切除术患者为研究对象。纳入标准:病理诊断确诊喉癌且拟行全喉切除术;病情稳定,预计生存期 ≥ 6 个月;知情同意,自愿参与本研究。排除标准:存在精神疾病或沟通障碍;不知晓病情。根据两样本均数比较的样本量估算公式: $n_1 = n_2 = 2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times \sigma^2 / \delta^2$,取 $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.10$, $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $Z_{\beta} = 1.28$ 。以出院准备度评分为主要评价指标,参考既往文献喉癌术后患者出院准备度评分(183.89 ± 15.36)分^[8],将干预目标设为提高 12 分($\delta = 12$),合并标准差(σ) ≈ 15 ,则 $n_1 = n_2 = 33$,考虑 20%脱落率,则每组需要样本 42 例。将 2023 年 1—6 月收治的 42 例患者设为对照组,2023 年 7—12 月收治的 42 例患者设为干预组,两组各流失 2 例(对照组因患者出院后失去联系,干预组 1 例因病情加重退出、1 例拒绝接受全部干预主题)。最终对照组和干预组各 40 例完成研究。两组患者均为男性,其他一般资料比较见表 1。本研究获得医院临床研究伦理委员会审查同意(WDRY2023-K144)。

作者单位:武汉大学人民医院 1. 耳鼻咽喉-头颈外科 3. 健康管理中心(湖北 武汉,430060);2. 华中科技大学同济医学院附属同济医院肝胆外科

通信作者:马红梅, mahmwhurmh@163.com

肖彬彬:女,本科,主管护师,1152595291@qq.com

收稿:2025-02-10;修回:2025-05-10

表 1 两组一般资料比较

例

组别	例数	年龄		文化程度				吸烟		
		<60 岁	≥60 岁	小学及以下	初中	高中	大专及以上学历	不吸烟	既往吸烟	现在吸烟
对照组	40	22	18	10	17	8	5	4	32	4
干预组	40	23	17	8	14	10	8	7	31	2
统计量		$\chi^2=0.051$		$Z=-1.097$				$\chi^2=1.524$		
P		0.822		0.273				0.467		

组别	例数	饮酒			主要照顾者			肿瘤 TNM 分期			
		不饮酒	既往饮酒	现在饮酒	直系亲属	旁系亲属	其他	I 期	II 期	III 期	IV 期
对照组	40	9	27	4	25	7	8	4	7	9	20
干预组	40	12	25	3	28	4	8	3	6	14	17
统计量		$\chi^2=0.650$			$\chi^2=0.998$			$Z=-0.227$			
P		0.722			0.610			0.821			

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组接受喉癌全喉切除术常规护理和出院指导;住院期间责任护士按常规实施疾病相关知识教育,发放喉癌疾病知识手册,向患者及照顾者讲解全喉造瘘口、气道护理的重要性及观察要点、相关并发症识别和处理方法、康复锻炼方法、日常生活注意事项等;出院时告知患者及其照顾者术后相关注意事项;出院后通过电话或微信实时动态了解患者院外康复情况,每周 1 次,为期 1 个月。干预组在常规护理基础上实施出院准备服务,具体如下。

1.2.1.1 组建多学科干预团队 团队成员共 14 人,其中护士长 1 人、主管医生 3 人、责任护士 6 人、营养师 1 人、心理咨询师 1 人、护理硕士研究生导师 1 人及护理硕士研究生 1 人。共同制订干预方案,其中护士长负责统筹协调,保障干预工作有效落实;主管医生负责病情评估,制订诊疗方案;责任护士负责干预方案具体实施;营养师负责营养评估与饮食指导;心理咨询师负责心理疏导;研究生导师负责干预整体指导;护理硕士研究生负责文献查询以及相关数据的收集、整理、分析等工作。

1.2.1.2 构建干预方案 由护理硕士研究生及 1 名责任护士独立系统检索 PubMed、JBI、EMbase、Web of Science、中国知网、万方数据知识服务平台等国内外数据库,获取与喉癌喉切除术管理及出院准备服务相关的指南、专家共识、证据总结、系统评价等文献。研究团队在参考相关文献^[9-17]的基础上,结合喉癌喉切除术患者实际需求,形成出院准备服务干预方案初稿。邀请耳鼻咽喉头颈外科临床医学、临床护理、护理管理、心理护理领域的 10 名专家进行 2 轮专家咨询,依据专家意见和建议修订干预方案。最后选取符合纳入与排除标准的 14 例喉癌全喉切除患者开展预试验,修订并形成干预方案终稿,见表 2。

1.2.1.3 实施干预方案 研究生导师制订培训计划,协同护士长和护理硕士研究生负责培训干预人员,共 7 次课,每次 1.5 h。干预人员按照出院准备服

务干预方案实施干预。遵循入院即准备出院的原则,入院 24 h 内多学科团队即对患者进行综合评估,确定患者个性化的医疗护理需求,根据患者具体情况动态调整干预内容的侧重点。

1.2.2 评价方法

1.2.2.1 出院指导质量 采用王冰花等^[18]汉化版出院指导质量量表,包含 3 个维度共 24 个条目,出院前所需内容(6 个条目)、实际获得内容(6 个条目)、指导技巧及效果(12 个条目)。采用 0~10 分计分。量表总分通过计算“实际获得内容”和“指导技巧及效果”2 个维度得分之和来衡量出院指导质量,总分 0~180 分,得分越高,出院指导质量越好。由责任护士于出院前 4 h 进行收集。

1.2.2.2 出院准备度 采用 Zhao 等^[19]汉化版出院准备度量表(The Readiness for Hospital Discharge Scale,RHDS)进行评价。包括 4 个分量表:个人状况(7 项)、知识(8 项)、应对能力(3 项)和预期支持(4 项)。采用 0~10 分计分,总分 0~220 分,分数越高表示出院准备度越好。由护理硕士研究生于出院前 4 h 进行收集。

1.2.2.3 并发症及不良事件 统计两组患者出院后 30 d 内切口及肺部感染、咽瘘等并发症及气管内套管堵塞、气管内套管脱管等不良事件发生情况。并发症在患者门诊复查或通过微信群发送图片经医生判断是否需要门诊复查,由医生确诊。

1.2.2.4 生存质量 采用中国头颈癌患者生命质量测定量表(Quality of Life Instruments for Cancer Patients-Head and Neck Cancer,QLICP-HN)^[20],共 46 个条目,分为共性模块和头颈癌特异模块。共性模块包括 4 个维度共 32 个条目,其中躯体功能(7 个条目)、心理功能(12 个条目)、社会功能(6 个条目)、共性症状及不良反应(7 个条目)。头颈癌特异模块包含 14 个条目。量表条目分为正性条目和负性条目,每个条目采用 Likert 5 级评分法进行评分。各维度内条目之和为粗分,量表粗分满分为 230 分,用极差化方法将粗分转换为标准分,各维度标准分满

分均为 100 分,评分越高说明患者生活质量越高。 卷的方式进行调查。
责任护士于患者出院后 30 d 通过微信发送电子问

表 2 喉癌全喉切除术患者出院准备服务干预方案

干预时间	干预目标	干预内容	干预工具
入院至术前 1 d	了解疾病相关知识,建立互信关系,提前疏导增信心	①管床医生使用喉解剖模具向患者讲解相关知识,包括解剖结构及功能、手术方式、术后康复情况等;②责任护士向患者介绍病区环境及干预方案,确定患者个性化的医疗护理需求并给予合理满足,建立互信关系;③心理疏导:缓解患者对疾病治疗的顾虑与担忧,促进患者心理适应	喉癌疾病知识手册、解剖模具
术前 1 d	完善术前准备,提高依从性,增强照护意识	①完善术前准备并给予常规术前健康教育;②初步认识全喉造瘘口:责任护士根据全喉术后康复指导手册结合模具,向患者及家属讲解全喉造瘘口及气道护理的要点,引导患者及家属触摸模具,鼓励患者提问;③树立自我管理意识;④心理疏导;⑤开展术后肩颈功能锻炼操(握拳运动、旋腕屈肘运动、后伸探背运动、摸耳运动、梳头旋肩运动,由研究生拍摄演示,总时长为 10 min)健康教育,使患者提前熟悉术后康复锻炼步骤	全喉术后康复指导手册、全喉切除术前用物准备清单、解剖模具、肩颈功能锻炼操视频
手术当天	接纳自我,减轻心理压力,颈肩功能操助康复	①常规手术交接及术后护理指导;②心理疏导:针对患者全喉切除术造成的自我形象紊乱及不能讲话给予相应心理疏导,指导使用全喉患者术后症状表达卡或写字板表达内心感受,同时告知患者后期可通过电子喉或发音训练改善语言功能,指导患者采用转移注意力、听音乐、正念冥想等方式减轻不适感;③颈肩功能锻炼操:术后 6 h,责任护士评估患者情况,通过视频播放鼓励患者参与,此阶段为握拳运动,3 次/d,3~5 min/次	全喉切除术后症状表达卡、颈肩功能锻炼操视频
术后 1~2 d	早期活动促康复,了解全喉造瘘口及气道护理,做好鼻饲饮食营养管理	①常规护理:评估伤口敷料、全喉造瘘口、套管通畅情况;指导患者有效咳嗽排痰,按需予以吸痰,保持气道通畅;②口腔护理:使用软毛牙刷/无乙醇漱口水漱口,3~4 次/d;③指导非语言沟通技巧:如使用症状表达卡、写字板或手机等表达想法和感受,同时嘱照护者及时响应;③全喉造瘘口及气道护理:指导患者及照顾者了解全喉造瘘口及气道护理的重要性;④术后饮食过渡及营养管理主题宣教(20 min):包括饮食方式、营养选择、营养管理要点及注意事项等;⑤颈肩功能锻炼操:旋腕屈肘运动,3 次/d,3~5 min/次;⑥关爱宣讲会(30 min):患者想照护者做的一件小事(由患者自诉,5 min);照护者为患者做的一件小事,由照护者自诉(5 min);心理咨询师分析患者可能出现的心理问题,并分享应对方法(20 min)	全喉术后康复指导手册、写字板/纸笔、颈肩功能锻炼操视频
术后 3~4 d	掌握全喉造瘘口及气道护理,解除照护顾虑	①气道造瘘口护理:结合解剖模具,分步操作示范,讲解气管切开护理要点及更换内套管过程;②技能训练:一对一自我管理指导,让患者及照护者亲身反复练习,并采用回授法及时纠正;③颈肩功能锻炼操:督促患者后伸探背,3 次/d,3~5 min/次	气管切开护理视频、解剖模具、颈肩功能锻炼操视频
术后 5 d	知晓并识别并发症,提升自我管理	①并发症警示教育:选用防水耐磨 PVC 卡片,正面标注患者基本信息,背面详细列出常见并发症(包括图及文字),放置床旁显眼位置;责任护士面对面讲解、现场演示,让患者了解如何对照卡片识别并发症症状及如何快速反应,同时,鼓励患者及家属提问,确保完全掌握;②颈肩功能锻炼操:摸耳运动,3 次/d,3~5 min/次;③居家气道护理核查表使用方法宣讲会(15 min):核查表内容主要包括气管切开后部位的观察,如切口有无红肿、渗血、渗液等情况;气切护理次数及完成程度;套管内壁的清洁度;内套管及系带的松紧度,口腔护理的完成度;有无痰液堵塞;吸痰的及时性等	并发症识别卡、颈肩功能锻炼操视频,居家气道护理核查表
术后 6~7 d	评估方案,及时调整;生活指导,早日回归	①每天根据患者情况实时评估干预方案实用性,及时调整,多学科联动;②生活指导:责任护士根据全喉切除术后康复指导手册指导患者饮食(进食方式及种类选择)、日常生活相关注意事项,鼓励患者习惯使用文字方式表达疑惑,答疑解惑,并通过对患者提问查漏补缺;③颈肩功能锻炼操:梳头旋肩运动,3 次/d,3~5 min/次;④整理患者的基线资料,总结反馈患者的术后恢复情况	全喉切除术后康复指导手册、颈肩功能锻炼操视频
预出院(出院前 1~2 d)	互动讨论,查漏补缺,顺利完成出院过渡	①多学科团队对患者进行综合评估,确认患者符合出院标准;②研究者总结干预活动,对患者进行鼓励和表扬,发放喉罩等小礼物奖励;③责任护士告知患者出院日期,与患者及家属互动讨论需求,康复功能锻炼相关知识及护理技能等;④完善患者的临床资料及完成量表的发放与收集;⑤院外居家气道护理宣讲(10 min);⑥发放居家气道护理核查表及并发症识别卡,责任护士核查患者及家属的掌握情况	居家气道护理核查表
出院当天	确保患者安心出院	①责任护士向患者介绍出院后可利用的社会资源,推荐关注科室公众号、加入随访微信群;②通过“无喉者”病友协会,提供情感支持及康复经验,同时肯定患者现阶段的康复效果;③出院转介:告知转介信息,将联系信息填入院外护理咨询卡,让患者安心出院	电话或微信,院外护理咨询卡
出院后	了解居家现状及风险防范风险	①院外随访:出院后 1 个月内,每周至少 1 次随访,根据患者居家照护情况,增加随访次数;②及时评估患者有无出现并发症或再入院风险;③定期复查	电话或微信

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行统计分析。计数资料及等级资料采用频数描述,组间比较分别采用 χ^2 检验、秩和检验。计量资料服从正态分布以 $(\bar{x}\pm s)$ 描述,组间比较采用 t 检验;不服从正态分布以 $M(P_{25},P_{75})$ 描述,组间比较采用秩和检验。两组术后并发症及不良事件发生率计算相对危险度(Risk Ratio,RR)。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

表 3 两组出院指导质量评分比较					分, $M(P_{25},P_{75})/\bar{x}\pm s$
组别	例数	出院指导质量总分	所需内容	实际获得内容	指导技巧及效果
对照组	40	123.00(112.50,136.00)	50.53±2.08	43.73±15.56	80.43±8.90
干预组	40	137.50(134.25,142.00)	45.18±2.04	46.20±5.91	92.52±2.89
统计量		$Z=-4.738$	$t=11.637$	$t=0.940$	$t=8.177$
P		<0.001	<0.001	0.352	<0.001

表 4 两组出院准备度评分比较					分, $M(P_{25},P_{75})/\bar{x}\pm s$	
组别	例数	个人状态	知识	应对能力	预期性支持	总分
对照组	40	54.65±2.28	50.10±1.84	22.00(21.00,24.00)	26.83±2.22	153.80±3.92
干预组	40	57.53±2.85	57.90±1.81	24.00(23.00,25.00)	31.00±2.31	170.13±4.63
统计量		$t=4.984$	$t=19.135$	$Z=-3.645$	$t=8.247$	$t=17.023$
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 5 两组出院后 30 d 内并发症及不良事件发生情况比较						例次
组别	例数	切口及肺部感染	气管黏膜损伤	咽痿	气管内套管堵塞	总发生
对照组	40	5	5	7	4	21
干预组	40	2	2	4	1	9

注:两组术后并发症及不良事件总发生例次比较,RR=0.429,95%可信区间(CI)0.225~0.818。

3 讨论

3.1 出院准备服务干预可提高出院指导质量和患者出院准备度水平 表 4 显示,干预组出院准备度总分及各维度评分显著高于对照组(均 $P<0.05$),表明出院准备服务干预可提高喉癌全喉切除术患者出院准备度水平,与喻磊等^[21]在口腔癌患者中的研究结果相似。本研究通过文献查询、专家函询形成干预方案,保证了干预方案的科学性及可实施性,同时也使护理工作有据可依。出院准备服务遵循入院即准备出院的理念,在患者入院后即进行综合评估,根据患者情

表 6 两组出院后 30 d 生存质量评分比较						分, $\bar{x} \pm s$
组别	例数	心理功能	躯体功能	社会功能	共性症状与不良反应	特异模块
对照组	40	45.25±8.67	50.25±6.68	52.78±6.81	53.90±7.02	58.23±8.28
干预组	40	57.78±8.43	61.25±8.43	68.73±9.55	70.55±9.29	78.63±7.68
t		6.551	6.469	8.596	9.044	11.424
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3.2 出院准备服务干预可降低并发症及不良事件发生率 本研究结果显示,干预组与对照组相比,术后

2 结果

- 2.1 两组出院指导质量评分比较** 见表 3。
- 2.2 两组出院准备度评分比较** 见表 4。
- 2.3 两组出院后 30 d 内并发症及不良事件发生情况比较** 见表 5。
- 2.4 两组出院后 30 d 生存质量评分比较** 见表 6。

况实施个性化的疾病知识指导,提升患者院外康复训练及自我护理技巧,这在一定程度上增加了出院准备时间,帮助患者树立及早做好出院准备的意识^[22-23]。另外,干预方案在术前即向患者强调自我管理的重要性及益处,树立患者的自我管理意识,改变了以往按患者治疗进程而固化的常规护理服务模式。同时,责任护士向患者讲述成功案例,提升积极心态,根据全喉切除术后康复指导手册结合解剖模具向患者讲解全喉造痿口、气道护理重要性及其护理要点,引导患者及家属触摸,反复练习,促进其更早心理适应。此外,并发症识别卡、颈肩功能锻炼操视频、居家气道护理核查表等可以帮助患者获得更多信息,干预更加有效。本研究在出院准备服务实施过程中开展多种健康教育活动,应用多样化的健康教育工具,使用回授策略^[24]等,有助于帮助患者更好地理解内容,确保掌握疾病相关自护技巧,增强了院外应对能力及居家自我保健能力,最终显著提升出院指导质量,进而有助于提高出院准备度。

并发症及不良事件的 RR 为 0.429,且 95%CI 不包括 1,表明出院准备服务干预可在一定程度上降低喉癌

全喉切除术后患者出院 30 d 内并发症及不良事件发生率。与熊丹莉等^[25]研究结果一致。出院准备服务干预方案在术前即引导患者及家属熟悉解剖模具,知晓喉部结构及功能,增加对全喉造瘘口及气道护理相关并发症的认识;术后应用图文并茂的并发症识别卡,采用回授法让患者进行识别,给予及时纠正强化,确保教会患者及家属排除隐患,尽早识别,促进自我管理。出院前,多学科团队对患者进行综合评估,确认患者符合出院标准,发放居家气道护理核查表,指导其正确使用。另外,通过加入“无喉者”病友协会和微信群,关注公众号,不仅可及时反馈居家康复情况,防范风险,还可提供情感支持及康复经验。多项研究表明,有计划的出院准备和护理过渡,50%的并发症是可避免的^[26-27]。本研究对患者出院后可能出现的相关问题提前进行针对性干预指导,从而改善了出院结局,另外,按需给予的延续性随访,确保了患者在离开医疗环境后仍然得到持续的健康照护。

3.3 出院准备服务干预可提高患者术后生存质量

本研究显示,出院准备服务干预提高了喉癌全喉切除术后患者生存质量,与彭翠娥等^[28]研究结果相一致。生存质量是一个多维的概念,包括身体、功能、心理和社会福祉^[29],已成为评估恶性肿瘤患者疗效的新标准。此外,相关研究显示,全喉切除对喉癌患者生存质量产生的影响是深远的,除了恶性肿瘤造成的重大心理和生理创伤外,还承担着独特的负担^[29-30]。这些独特的负担包括沟通障碍、躯体形象受损等,严重影响患者的生活方式和社会功能,给患者造成一系列的心理障碍。出院准备服务干预强调全程心理疏导,在一定程度上降低了喉癌全喉切除术后患者对癌症和术后形象紊乱等应激事件的感知水平,改善了患者焦虑抑郁等负性情绪。另外通过多学科团队整体干预的方式,将同类患者通过“无喉者”微信群集中在一起,增加共情感,更利于患者之间互相交流和沟通。在实施干预方案的过程中及时了解患者对全喉造瘘口的顾虑与担忧,纠正错误认知,讲述成功案例,提升积极心态,促进心理适应。每周至少 1 次标准化随访,根据患者居家照护情况,增加随访次数,及时的随访和沟通会使其顺利完成由医院到家庭的过渡,从整体上提升生存质量。

4 结论

本研究显示,出院准备服务干预在喉癌全喉切除手术患者中的实施,有助于提高出院指导质量,从而提高患者的出院准备度,降低术后并发症及不良事件,提高术后生存质量。本研究为类实验研究,样本量较小且来自 1 所医院,可能影响研究结果的代表性;此外,本研究未能对患者干预前生存质量进行评估,可能影响对生存质量基线水平的判断。后续研究将采用严谨的随机对照研究设计,适当延长随访时间,进

一步验证干预的有效性。此外,随着证据不断更新,应进一步完善干预方案内容。

参考文献:

- [1] 韩杰,席淑新.耳鼻咽喉头颈外科护理与操作指南[M].北京:人民卫生出版社,2019:101.
- [2] Hoffmann T K. Total laryngectomy: still cutting-edge? [J]. Cancers, 2021, 13(6): 1405.
- [3] Wulff N B, Dalton S O, Wessel I, et al. Health-related quality of life, dysphagia, voice problems, depression, and anxiety after total laryngectomy [J]. Laryngoscope, 2022, 132(5): 980-988.
- [4] Wong J, Quinones W, Altman K W. Progressive hoarseness and laryngeal obstruction in an elderly man [J]. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg, 2022, 148(9): 881-882.
- [5] 李真,梁和静,郭淑丽,等.加速康复外科精准护理研究进展[J].四川大学学报(医学版),2023,54(4):717-720.
- [6] Rahpeima E, Bijani M, Karimi S, et al. Effect of the implementation of interdisciplinary discharge planning on treatment adherence and readmission in patients undergoing coronary artery angioplasty [J]. Invest Educ Enferm, 2022, 40(2): e08.
- [7] Hu R, Gu B, Tan Q, et al. The effects of a transitional care program on discharge readiness, transitional care quality, health services utilization and satisfaction among Chinese kidney transplant recipients: a randomized controlled trial [J]. Int J Nurs Stud, 2020, 110: 103700.
- [8] 黄晓琳,莫福琴,欧子苗,等.466例喉癌术后患者出院准备度现状及影响因素分析[J].护理学报,2018,25(9):44-47.
- [9] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会.中国临床肿瘤学会(CSCO)头颈部肿瘤诊疗指南 2019 [M].北京:人民卫生出版社,2019:13-15.
- [10] Cohen E E, LaMonte S J, Erb N L, et al. American Cancer Society Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline [J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(3): 203-239.
- [11] Homer J J, Fardy M J. Surgery in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines [J]. J Laryngol Otol, 2016, 130(S2): S68-S70.
- [12] 任振虎,陈铭韬,吴汉江,等.头颈肿瘤围术期静脉血栓栓塞症防治中国专家共识[J].中国口腔颌面外科杂志,2024,22(1):1-9.
- [13] 王成硕,程雷,刘争,等.耳鼻咽喉头颈外科围术期气道管理专家共识[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2019,26(9):463-471.
- [14] 雷倍美,李珍,谢常宁,等.头颈部肿瘤患者吞咽功能促进策略的证据总结[J].中华护理杂志,2023,58(1):85-89.
- [15] 汪晖,王颖,刘于,等.住院患者出院计划关键任务的证据总结[J].中华护理杂志,2020,55(9):1412-1419.
- [16] 中国老年护理联盟.老年患者出院准备服务专家共识(2019版)[J].中华护理杂志,2020,55(2):220-227.
- [17] Lockwood C, Mabire C. Hospital discharge planning: evidence, implementation and patient-centered care [J]. JBI Evid Synth, 2020, 18(2): 272-274.
- [18] 王冰花,汪晖,杨纯子.中文版出院指导质量量表的信效度测评[J].中华护理杂志,2016,51(6):753-756.
- [19] Zhao H, Feng X, Yu R, et al. Validation of the Chinese-

Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale on patients who have undergone laryngectomy[J]. J Nurs Res,2016,24(4):321-328.

[20] 罗家洪,万崇华,孟琼,等.中国头颈癌生命质量测定量表 QLICP-HN 的研制与考评[J].现代预防医学,2007,34(21):4023-4025.

[21] 喻磊,田思维,余晓林,等.基于适时模式的出院准备服务在口腔癌患者中的应用[J].护理学杂志,2023,38(22):28-31.

[22] 潘兰,刘东英,张振香,等.腹腔镜结直肠癌手术患者出院准备服务干预方案的制订与实施[J].护理学杂志,2020,35(14):1-5.

[23] Forsmo H M, Pfeffer F, Rasdal A, et al. Pre- and post-operative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery[J]. Int J Surg,2016,36(Pt A):121-126.

[24] Oh E G, Lee J Y, Lee H J, et al. Effects of discharge education using teach-back methods in patients with heart failure:a randomized controlled trial[J]. Int J Nurs Stud,2023,140:104453.

[25] 熊丹莉,潘路晨,杨赛,等.出院准备计划在老年肠造口患者中的应用研究[J].护理学杂志,2023,38(19):100-104.

[26] Nina O, Arild N, Bruun W T, et al. Post-discharge complications in frail older patients after surgery for colorectal cancer[J]. Eur J Surg Oncol,2018,44(10):1542-1547.

[27] Hyde L Z, Al-Mazrou A M, Kuritzkes B A, et al. Readmissions after colorectal surgery: not all are equal[J]. Int J Colorectal Dis,2018,33(12):1667-1674.

[28] 彭翠娥,李赞,周波,等.出院准备服务在乳腺癌术后乳房重建者中的应用研究[J].中国实用护理杂志,2018,34(5):331-336.

[29] Firkins J, Hansen L, Driessnack M, et al. Quality of life in "chronic" cancer survivors:a meta-analysis[J]. J Cancer Surviv,2020,14(4):504-517.

[30] 赵晓燕.559 例喉癌的手术治疗与预后分析[D].济南:山东大学,2020.

(本文编辑 宋春燕)

• 论 著 •

乳腺癌患者身体接受度量表的汉化及信效度检验

田亚杰¹,郑晓娜¹,韩智培²,赵贤¹,荆华¹,魏亚楠¹

摘要:**目的** 汉化乳腺癌患者身体接受度量表,并检测其信效度,为测量乳腺癌患者身体接受度提供更为个性化的工具。**方法** 基于 Brislin 翻译模型将乳腺癌患者身体接受度量表翻译成中文。采用便利抽样法,选取郑州市 3 所三甲医院 417 例乳腺癌患者进行问卷调查,检测量表的信效度。**结果** 探索性因子分析共提取 6 个特征值>1 的公因子,累计方差贡献率 71.645%;验证性因子分析显示, $\chi^2/df=1.110$,RMSEA=0.016,GFI=0.969,CFI=0.996,IFI=0.996;条目水平的内容效度指数为 0.875~1.000,量表水平的内容效度指数为 0.941。总量表 Cronbach's α 系数为 0.885,重测信度为 0.963。**结论** 中文版乳腺癌患者身体接受度量表具有较好的信效度,可以用于评估乳腺癌患者的身体接受度。

关键词: 乳腺癌; 身体接受度; 身体意象; 量表; 汉化; 信度; 效度

中图分类号: R473.6;R737.9 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.16.045

Cross-cultural adaptation and reliability and validity of the Body Acceptance Scale for Breast Cancer Patients

Tian Yajie, Zheng Xiaona, Han Zhipai, Zhao Xian, Jing Hua, Wei Yanan, Breast Surgery Ward Three, Breast Disease Hospital, Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou 450003, China

Abstract:**Objective** To translate the Body Acceptance Scale for Breast Cancer (BAS-BC) into simplified Chinese, and test its reliability and validity, aiming to provide a more specific tool for measuring body acceptance in breast cancer patients. **Methods** The BAS-BC was translated into Chinese according to Brislin's Translation Model. Then a convenience sample of 417 breast cancer patients were selected from 3 tertiary hospitals in Zhengzhou to test the reliability and validity of the Chinese version of the BAS-BC. **Results** Six common factors with an eigenvalue greater than 1 were identified by exploratory factor analysis, accounting for 71.645% of the total variance. Confirmatory factor analysis showed that the six-factor structure of the scale fitted well to the dataset ($\chi^2/df=1.110$, RMSEA=0.016, GFI=0.969, CFI=0.996, and IFI=0.996). The item-level content validity index (CVI) were between 0.875 and 1.000, and the scale-level CVI was 0.941. The overall Cronbach's α coefficient was 0.885, and the test-retest reliability was 0.963. **Conclusion** The Chinese version of the BAS-BC is reliable and valid for assessing body acceptance of breast cancer patients.

Keywords: breast cancer; body acceptance; body image; scale; Chinese translation; reliability; validity

作者单位:河南省人民医院乳腺病医院 1. 乳腺外科三病区 2. 乳腺外科二病区(河南 郑州,450003)

通信作者:魏亚楠,1548146349@qq.com

田亚杰:女,硕士,主管护师,2802825845@qq.com

科研项目:河南省医学科技攻关计划项目(LHGJ20240012)

收稿:2025-03-16;修回:2025-05-20

2022 年全球癌症数据显示,乳腺癌在全球女性的发病率和病死率均居首位,严重威胁女性健康^[1]。乳腺癌及其治疗会破坏患者身体外在形象,负面的身体形象会影响患者身心健康,严重影响其人际关系和社会功能^[2-3],降低生活质量,因而,接受身体改变是