

叙事医学护理对机器人辅助根治性肾切除术患者术后康复的影响

魏文静, 李嵘, 陈盼盼, 汤医涛, 段小宁, 郭一梅

(空军军医大学第一附属医院肾内科 陕西 西安 710032)

摘要 **目的:** 研究并分析叙事医学护理模式对机器人辅助根治性肾切除术患者术后身心康复的应用与影响。

方法: 采用前瞻性研究方式, 选取 2020 年 2 月—2023 年 6 月于空军军医大学第一附属医院接受达芬奇机器人辅助根治性肾切除术的患者 106 例。采用随机数字表法将其分为对照组 (53 例, 行常规围手术期干预管理) 和观察组 (53 例, 行常规围手术期干预管理 + 叙事医学护理模式)。比较两组患者临床指标、负性情绪、生活质量与并发症发生情况。

结果: 与对照组相比, 观察组术后 48 h 疼痛评分更低, 流管拔除时间、导尿管拔除时间、肛门排气时间、进食时间、首次下床时间、住院天数更短, 住院费用更少 ($P < 0.05$)。焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 评分主体内效应 ($F_{\text{时点}}$ 、 $F_{\text{交互}}$)、主体间效应 ($F_{\text{组间}}$) 比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。术后 5 d 时, 患者 SAS、SDS 评分低于入院时及术前 1 d, 且观察组 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。干预后, 两组患者生活质量综合评定问卷 (GQOLI-74) 各项评分及总分均增加, 且与对照组相比, 观察组 GQOLI-74 各项评分及总分更高 ($P < 0.05$)。与对照组相比, 观察组并发症总发生率更低 ($P < 0.05$)。**结论:** 叙事医学护理模式能够显著提高达芬奇机器人辅助根治性肾切除术患者的康复效率, 改善负性情绪与生活质量, 降低并发症发生率, 值得临床推广。

关键词 叙事医学护理; 机器人辅助手术; 根治性肾切除术; 身心康复

中图分类号 R473.6 R737.11 **文献标识码** A **文章编号** 2096-7721 (2024) 06-1241-07

Effect of narrative nursing on postoperative recovery of patients underwent robot-assisted radical nephrectomy

WEI Wenjing, LI Rong, CHEN Panpan, TANG Yitao, DUAN Xiaoning, GUO Yimei

(Department of Nephrology, the First Affiliated Hospital of Air Force Military Medical University, Xi'an 710032, China)

Abstract **Objective:** To analyze the application effect of narrative nursing on postoperative physical and psychological recovery of patients who underwent robot-assisted radical nephrectomy. **Methods:** A prospective study was conducted on 106 patients who underwent Da Vinci robot-assisted radical nephrectomy in the First Affiliated Hospital of Air Force Military Medical University from February 2020 to June 2023. They were divided into the control group ($n=53$) and the observation group ($n=53$) using a random number table. The control group received routine perioperative intervention, while the observation group received routine perioperative intervention combined with narrative nursing. Clinical indicators, negative emotions, quality of life and complications of patients in the two groups were compared. **Results:** Compared with the control group, the observation group had lower postoperative pain scores at 48 h after surgery, shorter removal time of drainage tube, catheter removal time, anal defecation time, feeding time, first time out of bed, length of hospital stay, and lower hospitalization costs ($P < 0.05$). Comparison of the within-subject effect ($F_{\text{timepoint}}$, $F_{\text{interaction}}$) and between-subject effect ($F_{\text{intergroup}}$) of the self-rating anxiety scale (SAS) and self-

收稿日期: 2024-03-18 录用日期: 2024-04-28

Received Date: 2024-03-18 Accepted Date: 2024-04-28

基金项目: 陕西省重点研发计划项目 (2017ZDXM-SF-045)

Foundation Item: Key R & D Plan Project of Shaanxi Province (2017ZDXM-SF-045)

通讯作者: 郭一梅, Email: 263327168@qq.com

Corresponding Author: GUO Yimei, Email: 263327168@qq.com

引用格式: 魏文静, 李嵘, 陈盼盼, 等. 叙事医学护理对机器人辅助根治性肾切除术患者术后康复的影响 [J]. 机器人外科学杂志 (中英文), 2024, 5 (6): 1241-1247.

Citation: WEI W J, LI R, CHEN P P, et al. Effect of narrative nursing on postoperative recovery of patients underwent robot-assisted radical nephrectomy [J]. Chinese Journal of Robotic Surgery, 2024, 5 (6): 1241-1247.

rating depression scale (SDS) scores showed statistically significant differences ($P<0.05$). At 5 d after surgery, patients' SAS and SDS scores were lower than those at the time of admission and 1 d before surgery, and the SAS and SDS scores of the observation group were lower than those of the control group ($P<0.05$). After intervention, the scores and total scores of comprehensive quality of life assessment questionnaire (GQOLI-74) were both increased in the two groups, and the scores and total scores of GQOLI-74 were higher in the observation group than those in the control group ($P<0.05$). The total incidence rate of complications was lower in the observation group than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Narrative nursing can significantly enhance the rehabilitation efficiency of patients who underwent Da Vinci robot-assisted radical nephrectomy, improve patients' negative emotions and quality of life, and reduce the incidence of complications, which is worthy of clinical promotion.

Key words Narrative Nursing; Robot-assisted Surgery; Radical Nephrectomy; Physical and Mental Rehabilitation

随着现代医学技术的不断发展,机器人辅助根治性肾切除术已经成为治疗肾癌的重要手段^[1]。机器人辅助手术作为一种先进的手术方式,具有创伤小、恢复快、并发症少等优点^[2]。尽管手术技术日益精进,患者在术后仍然面临着身心康复的诸多挑战,不仅关乎患者的生理健康,更与心理状态和生活质量密切相关。因此,如何促进机器人辅助根治性肾切除术患者术后身心康复,已成为医学界关注的焦点。在传统的医学护理模式下,患者往往处于被动接受的状态^[3],缺乏主动参与和沟通,不利于患者术后康复,也难以满足患者的个性化需求。叙事医学护理是一种全新的护理模式,能够关注患者的心理需求和情感体验^[4],提高患者的自我认知和自我管理能力。目前,叙事医学护理被广泛应用于临床中,护理效果较为理想,但其在机器人辅助根治性肾切除术中的护理效果研究较少。鉴于此,本研究纳入106例接受达芬奇机器人辅助根治性肾切除术的患者,旨在通过实证研究,为叙事医学护理在机器人辅助根治性肾切除术患者术后身心康复中的应用提供科学依据,以期推动叙事医学护理在临床实践中的广泛应用,提升整体护理水平和服务质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用前瞻性研究方式,选2020年2月—2023年6月于空军军医大学第一附属医院接受达芬奇机器人辅助根治性肾切除术的患者106例。采用随机数字表法将其分为对照组(53例,行常规围手术期干预管理)和观察组(53例,行常规围手术期干预管理+叙事医学护理模式)。纳入标准:①符合《实用外科学》^[5]关于肾癌的定义,入院后经影像学、病理学检

查确诊;②年龄>18周岁;③视听、言语及认知功能正常;④入组前未有化疗、放疗干预史;⑤肿瘤分期为T₂期,符合根治性肾切除术适应证;⑥单侧病灶;⑦患者及家属了解研究相关内容与利弊,签署知情同意书。排除标准:①合并其他恶性肿瘤,存在自身免疫系统异常;②合并凝血功能异常;③合并其他脏器功能衰竭或异常;④合并心脑血管疾病;⑤不符合手术指征,术中转开腹干预。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性(见表1)。本研究已获医学伦理委员会审批。

1.2 方法 对照组应用常规围手术期护理。术前需向患者充分说明手术流程,以减轻患者紧张情绪。护士要确保术前准备完备。护士与医生在术中紧密配合,确保机器人设备正常运行,及时调整参数,同时密切观察患者生命体征。术后应密切监测患者的恢复情况,及时处理并发症,鼓励患者早期下床活动,促进康复。此外,护士应对患者进行详细的出院指导,包括药物使用、伤口护理和定期复查等。

观察组在对照组的基础上应用叙事医学护理模式,方法如下。①术前叙事阶段:护理人员应主动与患者沟通,耐心倾听患者的诉求,通过亲切的交流深入了解其内心感受和主要担忧,表示对恐惧和不安的充分理解,并给予积极的回应。这种基于共情的沟通方式,能够让患者感受到真切的关心与支持,从而有效减轻其心理负担。护理人员应使用通俗易懂的语言详细介绍手术的相关知识和关键注意事项,包括手术的详细流程、可能面临的风险以及术后恢复过程等,确保患者能够充分理解手术的各个方面,并积极配合。同时,护理人员还会分享一些其他患者的成功案例和康复经验,以增强患者的手术信心和勇气。在

表 1 两组患者一般资料比较 [$\bar{x} \pm s$, n (%)]
Table 1 Comparison of general data between the two groups of patients [$\bar{x} \pm s$, n (%)]

指标	观察组 ($n=53$)	对照组 ($n=53$)	t/χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	57.81 $\pm$ 10.52	57.04 $\pm$ 10.99	0.370	0.712
体质指数 (kg/m ²)	21.12 $\pm$ 1.14	21.06 $\pm$ 1.18	0.268	0.789
性别			0.164 ^a	0.685
男	33 (62.26)	35 (66.04)	—	—
女	20 (37.74)	18 (33.96)	—	—
肿瘤部位			0.039 ^a	0.844
左侧	31 (58.49)	30 (56.60)	—	—
右侧	22 (41.51)	23 (43.40)	—	—
肿瘤直径 (cm)	4.01 $\pm$ 1.03	3.89 $\pm$ 1.19	0.561	0.576
ASA 分级			0.447 ^a	0.504
Ⅱ 级	41 (77.36)	38 (71.70)	—	—
Ⅲ 级	12 (22.64)	15 (28.30)	—	—
Fuhrman 分级			0.038 ^a	0.846
2 级	27 (50.94)	26 (49.06)	—	—
3 级	26 (49.06)	27 (50.94)	—	—
手术时间 (min)	168.43 $\pm$ 40.10	170.42 $\pm$ 45.60	-0.238	0.813
术中出血量 (mL)	189.72 $\pm$ 20.18	185.08 $\pm$ 19.91	1.192	0.236

注：a. 行 χ^2 检验

术前准备方面，护理人员应指导患者进行必要的术前检查，如血常规、尿常规、心电图等，确保患者身体状况符合手术要求。此外，护理人员还会详细讲解术前饮食、活动等具体的注意事项，确保患者在术前能够保持良好的身体状态。②术中叙事阶段：在患者进入手术室前，护理人员应对手术室进行全面消毒处理，调节至适宜的室温，确保手术过程中无菌操作，减少术后感染的风险，为患者创造一个无菌、舒适的环境。护理人员应仔细核对患者的身份信息，并与手术医生、麻醉师共同确认手术方案，确保手术的准确性和安全性。在手术过程中，应密切关注患者的生命体征，包括心率、血压、呼吸等指标，以及及时发现并处理任何异常情况。同时还需协助医生调整机器人的位置和操作角度，确保手术器械处于最佳工作状态，并与手术团队成员保持紧密沟通，准确传递手术器械和药品，确保手术的顺利进行。手术结束后，护理人员应仔细清点手术器械和药品，确保无遗漏，同时协助医生进行术后包扎和固定，

保持伤口清洁、干燥，以预防术后感染。③术后叙事阶段：护理人员应密切监测患者术后生命体征，包括体温、脉搏、呼吸和血压等，以及时发现异常情况并采取相应的处理措施。定期评估患者疼痛情况，根据其具体需求和身体状况给予适量的镇痛药物，确保患者在舒适的状态下度过术后恢复期。护理人员应主动与患者交流，了解其术后感受和困扰，并提供必要的心理支持，通过温暖的言语和细致入微的关怀，帮助患者缓解术后焦虑和恐惧，增强康复信心。在术后康复方面，护理人员应根据患者恢复情况，制定个性化的康复计划，指导患者适当活动，以促进血液循环和伤口愈合，同时避免长时间卧床导致的并发症。此外，护理人员还应关注患者的饮食和营养摄入，确保其获得足够的营养支持，加速身体恢复。

1.3 观察指标 ①比较两组患者护理干预后的临床指标，如术后 48 h 疼痛评分、导管拔除时间、肛门排气时间、进食时间、首次下床时间、住院时间等。以视觉模拟评分量表（Visual

Analog Scale, VAS) 评价患者疼痛程度, 共 0~10 分, 分数越高表示疼痛越剧烈。②比较两组患者干预前后的负性情绪, 其中应用焦虑自评量表 (Self-rating Anxiety Scale, SAS) 评价焦虑程度, 量表共 20 项, 每项 1~4 级评分, 临界值为 50 分, 高于 50 分表示存在焦虑, 分数越高表示焦虑程度越严重; 应用抑郁自评量表 (Self-rating Depression Scale, SDS) 评价抑郁程度, 量表共 20 项, 每项 1~4 级评分, 临界值为 53 分, 高于 53 分, 表示存在抑郁, 分数越高表示抑郁程度越严重。③比较两组患者干预前后的生活质量, 应用生活质量综合评定问卷 (Quality of Life Comprehensive Assessment Questionnaire, GQOLI-74) 进行评估, 共 4 个维度, 每个维度 100 分, 分数越高表示生活质量越理想。④比较两组患者护理干预后的并发症情况, 如腹胀、腹痛、术后出血、肺部感染、切口感染、发热等。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析, 计数资料以例数 (百分比) [n (%)] 表示, 进行 χ^2 检验; 符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验, 两组多时点比较采用重复测量方差分析, 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床指标 与对照组相比, 观察组术后 48 h 疼痛评分更低, 引流管拔除时间、导尿管拔除时间、肛门排气时间、进食时间、首次下床时间、住院天数更短, 住院费用更少, 差异有统计学

意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.2 负性情绪 SAS、SDS 评分主体内效应 ($F_{\text{时点}}$ 、 $F_{\text{交互}}$) 和主体间效应 ($F_{\text{组间}}$) 比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), SAS、SDS 评分均有随时间变化趋势, 且组别不同而有所差异。同组患者不同时点 SAS、SDS 评分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 术后 5 d 时, 患者 SAS、SDS 评分低于入院时及术前 1 d; 入院时, 两组患者 SAS、SDS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 术前 1 d、术后 5 d 时, 观察组 SAS、SDS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.3 生活质量 干预前, 两组患者 GQOLI-74 各项评分及总分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组患者 GQOLI-74 各项评分及总分均增加, 且与对照组相比, 观察组 GQOLI-74 各项评分及总分更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.4 并发症发生率 与对照组相比, 观察组并发症总发生率更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

3 讨论

根治性肾切除术是一种治疗肾癌的手术方式^[6], 能够有效地清除肿瘤, 减少复发的风险, 提高患者生存率。机器人手术系统具有更高的灵活性和精确度, 能够更好地控制手术操作, 减少肾脏缺血时间^[7], 从而更好地保护肾脏功能。此外, 达芬奇机器人手术系统还能够减少医生

表 2 两组患者临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of clinical indicators between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组 ($n=53$)	对照组 ($n=53$)	t 值	P 值
术后 48 h 疼痛评分 (分)	2.49 ± 0.80	3.58 ± 0.77	-7.175	<0.001
引流管拔除时间 (d)	5.09 ± 1.20	6.83 ± 1.27	-7.250	<0.001
导尿管拔除时间 (d)	2.13 ± 0.73	3.19 ± 0.71	-7.535	<0.001
肛门排气时间 (h)	28.66 ± 5.47	36.79 ± 5.23	-7.822	<0.001
进食时间 (h)	29.19 ± 5.34	38.72 ± 4.93	-9.548	<0.001
首次下床时间 (h)	30.15 ± 4.13	39.11 ± 6.07	-8.888	<0.001
住院天数 (d)	9.89 ± 1.88	11.55 ± 1.60	-4.900	<0.001
住院费用 (万元)	3.78 ± 0.32	4.01 ± 0.39	-3.322	0.001

表 3 两组患者负性情绪比较 ($\bar{x} \pm s$)
Table 3 Comparison of negative emotions between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

指标	SAS (分)		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	SDS (分)		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
	观察组 (<i>n</i> =53)	对照组 (<i>n</i> =53)			观察组 (<i>n</i> =53)	对照组 (<i>n</i> =53)		
入院时	60.21 ± 5.18	61.13 ± 5.95	-0.853	0.396	58.79 ± 4.11	58.13 ± 4.47	0.792	0.430
术前 1 d	53.19 ± 3.76 ^a	57.11 ± 4.04 ^a	-5.178	<0.001	51.17 ± 3.93 ^a	54.68 ± 3.98 ^a	-4.570	<0.001
术后 5 d	45.17 ± 3.81 ^{ab}	48.06 ± 3.87 ^{ab}	-3.869	<0.001	46.43 ± 3.57 ^{ab}	49.77 ± 3.95 ^{ab}	-4.572	<0.001
<i>F</i> _{时点}	660.157		—	<0.001	409.400		—	<0.001
<i>F</i> _{组间}	7.638		—	0.001	9.869		—	0.002
<i>F</i> _{交互}	11.749		—	0.001	21.216		—	<0.001

注：入院时相比，^a*P*<0.05；与术前 1 d 相比，^b*P*<0.05

表 4 两组患者生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$)
Table 4 Comparison of quality of life between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

指标		观察组 (<i>n</i> =53)	对照组 (<i>n</i> =53)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
躯体	干预前	55.06 ± 4.34	55.15 ± 4.87	-0.105	0.916
	干预后	70.15 ± 5.12 ^a	64.60 ± 5.73 ^a	5.256	<0.001
物质生活	干预前	56.57 ± 4.03	55.49 ± 5.15	1.197	0.234
	干预后	71.72 ± 6.07 ^a	65.89 ± 5.93 ^a	5.006	<0.001
心理	干预前	56.40 ± 4.02	56.11 ± 4.77	0.352	0.725
	干预后	70.21 ± 5.77 ^a	63.17 ± 4.45 ^a	7.037	<0.001
社会功能	干预前	59.72 ± 3.62	60.11 ± 4.50	-0.500	0.618
	干预后	78.45 ± 5.68 ^a	68.49 ± 5.76 ^a	8.971	<0.001
总分	干预前	227.75 ± 13.57	226.87 ± 14.96	0.320	0.750
	干预后	290.53 ± 18.17 ^a	262.15 ± 18.64 ^a	7.938	<0.001

注：干预前相比，^a*P*<0.05

表 5 两组患者并发症发生情况比较 [*n* (%)]
Table 5 Comparison of the occurrence of complications between the two groups of patients [*n* (%)]

指标	观察组 (<i>n</i> =53)	对照组 (<i>n</i> =53)	χ^2 值	<i>P</i> 值
腹胀、腹痛	1 (1.89)	2 (3.77)	—	—
术后出血	1 (1.89)	2 (3.77)	—	—
肺部感染	0 (0.00)	1 (1.89)	—	—
切口感染	0 (0.00)	2 (3.77)	—	—
发热	0 (0.00)	1 (1.89)	—	—
总发生率	2 (3.77)	8 (15.09)	3.975	0.046

的疲劳和辐射暴露，提高手术效率和安全性。但有创手术还需配合护理干预，传统的围手术期护理通常只关注患者的生理需求，而忽略了心理和社会支持^[8]，在围手术期护理中引入叙事医学护理模式可以弥补这一不足。叙事医学护理模式是一种以患者为中心的护理模式，强调

关注和理解患者的故事和经历。通过倾听和理解患者的故事和经历，护理人员可以更好地了解患者的需求和问题，提供更加个性化和全面的护理服务。滕静等人^[9]研究表示，机器人辅助根治性肾切除术患者应用叙事医学护理后能够促进患者在术后快速康复。本研究对达芬奇

机器人辅助根治性肾切除术患者行应用叙事医学护理干预,取得了理想效果。

首先,叙事医学护理模式对达芬奇机器人辅助根治性肾切除术患者术后恢复具有积极的影响。机器人辅助根治性肾切除术虽然具有许多优势,但术后患者仍需采取护理措施以达到快速康复^[10]。专业的护理可以帮助患者缓解术后不适,减少并发症,降低疼痛程度^[11]。本研究结果显示,与对照组相比,观察组术后48 h疼痛评分更低,住院费用更低,康复时间显著缩短。分析原因为,叙事医学护理模式注重聆听与理解个体的故事和经验,使患者感受到被关心和尊重,降低焦虑和紧张情绪,可以减轻对疼痛的敏感性,进而减轻患者术后疼痛。同时,叙事医学护理模式通过鼓励患者积极参与康复过程,促进患者的自我管理能力,使其更早期地进行适当活动,从而加速术后恢复速度。此外,该模式也强调了医护人员与患者的紧密合作与沟通,确保了治疗与护理的连贯性和有效性,使得整个恢复过程更为顺畅,从而达到了缩短住院时间的效果。

其次,叙事医学护理模式能够改善达芬奇机器人辅助根治性肾切除术患者术后负性情绪。负性情绪是指患者感到焦虑、沮丧、恐惧、愤怒等不良情绪^[12-13]。术后患者可能会因为手术创伤、疼痛、恢复时间等因素而感到焦虑和不安,还可能会因为对手术结果的不确定性和对疾病未来的担忧而感到沮丧和恐惧。改善负性情绪对患者的影响非常重要。本研究结果显示,与对照组相比,观察组干预后的负性情绪得到更为显著的缓解。分析原因为,叙事医学护理模式注重为患者提供个性化的护理服务,根据患者的具体情况和需求,护理人员能够制定针对性的护理计划,提供个性化的心理干预措施,帮助患者更好地应对术后负性情绪。

再次,叙事医学护理模式可以提高达芬奇机器人辅助根治性肾切除术患者术后生活质量。患者在术后康复期可能会失去工作或社交活动^[14],提高生活质量可以帮助患者更好地回归社会,重新获得工作和社交能力,提高社会地位和自

尊心^[15]。本研究结果显示,与对照组相比,观察组干预后的生活质量评分显著提高。主要原因是,叙事医学护理模式注重提高患者的自我管理能力,通过教育和指导,帮助患者掌握健康知识和技能,从而更好地管理自身健康,提高术后生活质量。

最后,叙事医学护理模式能够减少达芬奇机器人辅助根治性肾切除术患者术后并发症。机器人辅助根治性肾切除术虽然是一种微创手术,但仍然会对患者造成一定的手术创伤,术后可能会出现一些并发症^[16-17]。降低并发症发生率可以减少患者的痛苦和不适,提高患者生活质量。本研究结果显示,与对照组相比,观察组并发症总发生率更低。分析原因为,叙事医学护理模式通过倾听患者的声音,能更好地了解患者的需求和担忧,从而提供更加个性化的护理^[18]。这种关注和理解有助于建立信任关系,使患者更愿意与医护人员沟通自己的身体感受和状况,从而帮助医护人员及时发现患者术后可能出现的问题或并发症前兆,并迅速采取干预措施,防止并发症的发生或减轻其严重程度。此外,叙事医学护理模式还鼓励患者积极参与治疗和康复过程,通过教授患者和家属术后护理和康复知识,可以增强患者的自我管理能力,使其更好地照顾自己,降低并发症发生风险。虽然观察组发生2例术后并发症,但与护理方式无直接关系,术后出血可能与手术创面较大、感染或者术中损伤等有关^[19],而腹胀腹痛可能与麻醉药物作用、长期卧床导致胃肠蠕动减慢或者患者自身胃肠功能紊乱有关^[20-21]。常规护理的针对性不强,因此患者术后并发症更多。

综上所述,与常规护理相比,叙事医学护理存在一定的优势,可提升达芬奇机器人辅助根治性肾切除术患者康复效率,改善负性情绪与生活质量,降低并发症发生率,更加有效地与患者沟通,提高手术配合度和术后恢复质量。然而,该护理方式也存在不足,如可能增加护士的工作量,对护士的沟通技巧和专业知识的较高要求等。展望未来,叙事医学护理可结合

高科技医疗设备，如智能监测仪器等，提高护理效率和质量，并针对老年患者等特殊群体制定更为个性化的护理方案。加强护士的培训和技能提升也是确保叙事医学护理持续发展的关键。本研究选择的样本量有限，期望今后扩大样本量以进行更深入地研究。

利益冲突声明：本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明：魏文静、李嵘负责设计论文框架，起草论文，论文撰写；陈盼盼、汤医涛负责研究过程实施，数据收集，统计学分析，绘制图表；段小宁、郭一梅负责拟定写作思路，指导撰写文章并最后定稿。

参考文献

- [1] Bekku K, Kawada T, Yanagisawa T, et al. Role of lymphadenectomy during primary surgery for kidney cancer[J]. *Curr Opin Urol*, 2023, 33(4): 294–301.
- [2] 仲崇琳, 徐军美, 嵇富海, 等. 超高龄患者腹腔镜肾癌根治术的麻醉与围术期管理[J]. *中华麻醉学杂志*, 2021, 41(11): 1290–1293.
- [3] 马强, 雷星辉, 江永浩, 等. 后腹腔镜肾癌根治术对 T2 期肾癌患者围术期指标、肾功能及免疫功能的影响[J]. *解放军医药杂志*, 2021, 33(10): 29–32.
- [4] 金璐, 陈峭峰. 叙事护理对全膀胱切除术后尿流改道腹壁造口患者焦虑及抑郁负性情绪的影响[J]. *现代泌尿生殖肿瘤杂志*, 2021, 13(2): 111–113.
- [5] 石金鑫. 实用外科学[M]. 人民卫生出版社, 1992: 4090.
- [6] 邓心琦. 经腹腔镜肾癌根治术对患者围术期指标、胃肠道功能恢复及预后的影响[J]. *实用医院临床杂志*, 2021, 18(6): 99–101.
- [7] Fujii Y, Tzeng C W, Chiang Y J, et al. Incidence of lymph node metastases and impact of radical surgery for duodenal neuroendocrine tumors[J]. *J Surg Res*, 2021, 268(12): 419–431.
- [8] Stewart G D, Klatte T, Cosmai L, et al. The multispecialty approach to the management of localised kidney cancer[J]. *Lancet*, 2022, 400(10351): 523–534.
- [9] 滕静, 赵艳丽, 余丹, 等. 叙事医学护理模式对机器人辅助肾癌根治术患者术后康复效果的影响[J]. *国际护理学杂志*, 2021, 40(22): 4176–4179.
- [10] 李媛媛, 聂婷婷, 胡洁琼. 叙事医学对老年慢性肾脏病患者的干预效果[J]. *河北医药*, 2023(24): 3830–3833.
- [11] Yanagisawa T, Schmidinger M, Kawada T, et al. Radical nephrectomy after immune checkpoint inhibitors for metastatic renal cell carcinoma[J]. *Eur Urol Focus*, 2023, 9(2): 275–277.
- [12] 刘侃, 张融. 后腹腔镜肾根治性切除术中肾标本取出方法的探索[J]. *国际泌尿系统杂志*, 2022, 42(1): 53–56.
- [13] 李琳, 杨彩平, 靳珂. 基于优化理念的干预模式在肾癌根治术患者围术期中的应用效果[J]. *癌症进展*, 2023(19): 2197–2200.
- [14] 赵小磊, 李松, 常俊锴, 等. 后腹腔镜下肾癌根治术对患者炎症反应指标、肾功能指标、肿瘤标志物的影响[J]. *癌症进展*, 2021, 19(12): 1246–1249, 1268.
- [15] Ochoa-Arviso M, García-Campa M, Santos-Santillana K M, et al. Renal functional and cardiovascular outcomes of partial nephrectomy versus radical nephrectomy for renal tumors: a systematic review and meta-analysis[J]. *Urol Oncol*, 2023, 41(3): 113–124.
- [16] 金明, 甄书青, 王彦巧, 等. 超声引导下胸椎旁神经阻滞和竖脊肌平面阻滞应用于肾癌根治术的镇痛效果比较[J]. *国际泌尿系统杂志*, 2022, 42(4): 623–627.
- [17] Cerrato C, Patel D, Autorino R, et al. Partial or radical nephrectomy for complex renal mass: a comparative analysis of oncological outcomes and complications from the ROSULA (Robotic Surgery for Large Renal Mass) Collaborative Group[J]. *World J Urol*, 2023, 41(3): 747–755.
- [18] 王远龙, 刘建洪, 孙懿, 等. 肾细胞癌患者根治术后 2~3 期急性肾损伤发生危险因素研究[J]. *微创泌尿外科杂志*, 2021, 10(5): 331–334.
- [19] HUANG J W, SU R P, ZHANG C J, et al. Comparative analysis of salvage partial nephrectomy versus radical nephrectomy after the failure of initial partial nephrectomy[J]. *Urol Oncol*, 2023, 41(10): 434.e17–434.e25.
- [20] 罗辰颖, 黄媛媛, 庄君龙. 网络健康干预应用于机器人辅助腹腔镜下肾癌根治术后免疫治疗的效果观察[J]. *国际泌尿系统杂志*, 2022, 42(3): 470–473.
- [21] LIN W H, YANG Z G, YAN L, et al. Comparison of partial nephrectomy and radical nephrectomy for cystic renal cell carcinoma: a SEER-based and retrospective study[J]. *Sci Rep*, 2023, 13(1): 8052.

编辑：张笑嫣

(上接 1240 页)

- [10] 蔡妮, 金咏梅, 赵滨, 等. 综合性护理干预预防甲状腺术后颈过伸脑循环紊乱综合征的效果及对患者情绪、术后舒适度的影响研究[J]. *贵州医药*, 2022, 46(8): 1320–1321.
- [11] 史荣亮, 张婷婷, 王宇, 等. 达芬奇 Xi 机器人在单侧腋窝入路免充气甲状腺手术中的临床应用分析[J]. *中国癌症杂志*, 2023, 33(11): 1018–1025.
- [12] 李雪琴, 李温霞, 孙星星, 等. 心理护理干预对甲状腺手术患者负面情绪的效果[J]. *国际精神病学杂志*, 2023, 50(5): 1230–1232.
- [13] 马晓华, 魏塞, 白玉洁. 疼痛和情绪管理在胆管癌手术患者中的效果分析[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2020, 27(1): 89–92.
- [14] Donat L E C, Reynolds J, Bublit M H, et al. The effects of a brief mindfulness-based intervention on pain perceptions in patients with

chronic pelvic pain: a case series[J]. *Case Rep Womens Health*, 2022. DOI: 10.1016/j.crwh.2021.e00380.

- [15] 于庆霞. 综合护理对甲状腺手术全身麻醉患者不良情绪及疼痛影响[J]. *中国药物与临床*, 2021, 21(11): 1994–1995.
- [16] 王雅琳, 刘辉, 武亮, 等. 综合性护理干预预防甲状腺术后颈过伸脑循环紊乱综合征效果及对术后不适的影响[J]. *现代中西医结合杂志*, 2021, 30(22): 2492–2495.
- [17] 王丽. 疼痛个性化管理模式对晚期肺癌患者疼痛控制效果及负性情绪的影响[J]. *中国药物与临床*, 2020, 20(13): 2286–2288.
- [18] 千冬维, 刘静, 程彦英. 术前系统护理干预对甲状腺患者术前焦虑水平和术后疼痛感知的影响[J]. *山西医药杂志*, 2020, 49(3): 355–357.

编辑：赵敏