

CICARE 沟通模式联合健康教育在机器人辅助结肠癌手术患者中的效果

唐源, 刘霞

(重庆医科大学附属大足医院普外科 重庆 402360)

摘要 **目的:** 探索 CICARE 沟通模式联合健康教育在机器人辅助结肠癌手术患者中的护理效果。**方法:** 前瞻性选取于 2022 年 6 月—2023 年 7 月收治的 104 例达芬奇机器人辅助结肠癌手术患者, 根据随机数字表法分为两组, 对照组 52 例采用常规护理干预, 观察组 52 例采用 CICARE 沟通模式及健康教育干预, 比较两组患者护理效果。**结果:** 观察组下床活动时间、肠蠕动恢复时间、肛门排气时间、胃管拔除时间、住院时间均短于对照组 ($P<0.05$)。干预后两组患者自我护理能力量表 (ESCA) 各项评分及总分、Morisky 用药依从性问卷-8 (MMAS-8) 评分、医学应对方式问卷 (MCMQ) 面对评分、护理满意度评分高于干预前, 且观察组 ESCA 各项评分及总分、MMAS-8 评分、MCMQ 面对评分、护理满意度评分高于对照组 ($P<0.05$)。干预后两组患者 Piper 疲乏量表 (PFS) 各项评分及总分、MCMQ 屈服及回避评分低于干预前, 且观察组 PFS 各项评分及总分、MCMQ 屈服及回避评分均低于对照组 ($P<0.05$)。观察组术后并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$)。**结论:** 对机器人辅助结肠癌手术患者进行 CICARE 沟通模式联合健康教育干预, 能够加速术后康复, 提高患者自我护理能力和依从性, 减轻癌因疲乏感, 提高护理满意度和护理质量。

关键词 CICARE 沟通模式; 健康教育; 机器人辅助手术; 结肠癌; 护理

中图分类号 R473.73 **文献标识码** A **文章编号** 2096-7721 (2025) 02-0313-06

Effect of the CICARE communication model combined with health education in patients undergoing robot-assisted surgery for colon cancer

TANG Yuan, LIU Xia

(Department of General Surgery, The Affiliated Dazu's Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 402360, China)

Abstract **Objective:** To explore the nursing effect of CICARE communication model combined with health education in patients undergoing robot-assisted surgery for colon cancer. **Methods:** 104 patients who underwent Da Vinci robot-assisted surgery for colon cancer from June 2022 to July 2023 were prospectively selected and divided into the control group ($n=52$) and the observation group ($n=52$) using a random number table. Patients in the control group received conventional nursing, while the observation group were given CICARE communication model combined with health education. The nursing effect was compared between the two groups of patients. **Results:** The time to out-of-bed mobilization, intestinal peristalsis recovery time, anal exhaust time, gastric tube removal time, and length of hospital stay were all shorter in the observation group than those in the control group ($P<0.05$). The exercise of self-care agency scale (ESCA) item scores and total scores, Morisky medication adherence questionnaire-8 (MMAS-8) scores, medical coping modes questionnaire (MCMQ) confronting scores, and nursing satisfaction scores were higher after intervention in the two groups than those before intervention, and the above scores were higher in the observation group than those in the control group ($P<0.05$). The Piper fatigue scale (PFS) item scores and total scores, and MCMQ surrender and avoidance scores were lower after intervention in the two groups than those before intervention, and they were lower in the observation group than those in the control group ($P<0.05$). The incidence of postoperative complications in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** The CICARE communication model combined with health education can accelerate postoperative recovery, improve patients' self-care ability and adherence, alleviate cancer-caused fatigue, and improve nursing satisfaction and quality in patients who underwent robot-assisted surgery for colon cancer.

Key words CICARE Communication Model; Health Education; Robot-assisted Surgery; Colon Cancer; Nursing

基金项目: 重庆市大足区科技发展项目 (DZKJ, 2017ACC1009)

Foundation Item: Science and Technology Development Project of Dazu District, Chongqing (DZKJ, 2017ACC1009)

引用格式: 唐源, 刘霞. CICARE 沟通模式联合健康教育在机器人辅助结肠癌手术患者中的效果 [J]. 机器人外科学杂志 (中英文), 2025, 6(2): 313-318.

Citation: TANG Y, LIU X. Effect of the CICARE communication model combined with health education in patients undergoing robot-assisted surgery for colon cancer[J]. Chinese Journal of Robotic Surgery, 2025, 6(2): 313-318.

通讯作者 (Corresponding Author): 刘霞 (LIU Xia), Email: 946128390@qq.com

结肠癌是我国发病率较高的恶性肿瘤，经数据统计^[1]，其发病率位居我国恶性肿瘤第5位，由于早期症状不明显，多数发现时已为中晚期，目前外科手术是主要治疗方式之一^[2]。随着科学飞速发展和微创领域不断拓宽，机器人辅助手术逐渐在临床推广，其能够弥补传统腹腔镜操作器械灵活性、视野局限等不足，拓展了大型手术的延伸发展^[3]。然而，机器人辅助手术属于新型技术，大部分患者及家属缺乏相关认知，导致术前出现焦虑、不安、紧张等情绪，不仅会影响患者生理功能及睡眠质量，还会导致手术进展受到影响，故需注重术前护理指导^[4-5]。CICARE沟通是一种以流程为导向的沟通方式，最早推广于美国医疗机构，能够通过环环相扣、循序渐进的沟通，加快人文理论知识转化，有助于护患术前交流，缓解患者焦虑、恐惧感^[6]。健康教育能够提高患者对疾病的认知，减轻术前焦虑感^[7]。然而，目前关于CICARE沟通模式联合健康教育的报道较少，尤其是用于术前访视中，效果仍处于探索阶段，基于此，本文进一步分析联合干预优势以及在机器人辅助结肠癌手术患者中的作用效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 前瞻性选取2022年6月—2023年7月收治的104例机器人辅助结肠癌手术患者作为研究对象，根据随机数字表法分为对照组和观察组，每组52例。纳入标准：①符合结肠癌诊断标准^[8]；②年龄>18岁；③均行达芬奇机器人辅助手术，符合手术适应证；④预计生存时间超过3个月；⑤具有听、说、读、写沟通能力；⑥签署知情同意书。排除标准：①合并其他恶性肿瘤者；②合并意识障碍者；③合并严重脏器功能受损者；④合并凝血系统疾病、免疫系统疾病者。退出标准：①中途接受其他手术治疗者；②放弃本研究者；③中途出现严重并发症，难以继续观察者；④中途出现严重抵触情绪者。本研究符合《赫尔辛基宣言》伦理审查。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）。

1.2 方法 对照组采用常规护理指导。在手术前1 d探访患者，了解患者心理状态、病情及特殊事件，根据手术访视记录单进行护理指导，并做好简单沟通，让患者做好心理准备。

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

指标	观察组 ($n=52$)	对照组 ($n=52$)	χ^2/t 值	P 值
性别			0.163	0.687
男	31 (59.62)	33 (63.46)		
女	21 (40.38)	19 (36.54)		
年龄 (岁)	53.32 $\pm$ 4.17	53.86 $\pm$ 4.56	0.625	0.533
病程 (月)	13.33 $\pm$ 3.28	13.78 $\pm$ 4.44	0.606	0.546
体重 (kg)	62.74 $\pm$ 4.49	62.19 $\pm$ 4.53	0.647	0.519
受教育年限 (年)	10.58 $\pm$ 2.58	10.77 $\pm$ 2.67	0.374	0.709
肿瘤分期			0.231	0.631
I 期	12 (23.08)	10 (19.23)		
II 期	22 (42.31)	23 (44.23)		
III 期	18 (34.62)	19 (36.54)		
手术类型			0.269	0.604
右半结肠切除术	10 (19.23)	8 (15.38)		
直肠切除术	22 (42.31)	23 (44.23)		
左半结肠切除术	20 (38.46)	21 (40.38)		

观察组采用CICARE沟通模式及健康教育，内容如下。①组建干预小组：由专科责任护士、主治医师、护理组长、心理学专家、肿瘤专家组成干预小组。为了便于CICARE沟通模式的顺利开展，需由护理部组织开展专业知识培训，每周1次，每次1~2 h，培训内容主要包括手术患者心理特点、换位思考原则、非语言沟通、沟通相关心理学知识、CICARE沟通方式、护士礼仪等内容，在开展前可对不同年龄段、不同病种患者进行模拟训练，并在进入临床前统一考核，考核通过者方可进入。②沟通流程：根据CICARE沟通模式，结合手术特点、护理行为规范，建立沟通流程。CICARE沟通的核心内涵是“以患者为中心”，沟通方式以流程为导向。接触（Connect，C）是指称呼对方喜欢的称谓，确定身份，问候患者，注意保持微笑，保持眼神接触。介绍（Introduce，I）是指护理人员的自我介绍，向患者介绍自身职务、姓名，为了减轻患者心理压力，还需提前介绍手术相关流程和整个过程。沟通（Communicate，C）是指告知患者将要做什么、为什么需要手术、围手术期需要配合事项等内容。询

问 (Ask, A) 是指询问患者需要什么、担心什么。回答 (Respond, R) 是指对患者提出的要求、问题进行适当反馈。离开 (Exit, E) 是指礼貌问候, 感谢患者配合, 强调明日会全程陪伴手术, 建立护患信任。③术前访视培训: 全面评估患者心理状态和需求, 以患者需求为中心, 融合罗森塔尔效应, 遵守 CICARE 原则, 根据患者心理状态和性格特点进行相应的沟通, 通过心理暗示、激励、情绪引导等方式缓解患者内心压力, 并根据患者配合度给予充分的赞扬、肯定、鼓励, 同时, 还需传递期望, 促使患者保持良好心理状态, 列举以往成功案例, 激发患者对术后康复的期待和信心。④健康教育: 由小组成员共同拟定关于结肠癌健康知识的评估量表, 获得专家评价后广泛用于临床。评估量表均为选择题, 内容包括结肠癌检查配合事项、饮食注意点、生活方式、疾病相关知识等, 由患者根据自我认知进行填写, 护理人员根据患者问卷结果制定专属、针对的健康宣教计划, 目的在于强化患者对疾病认知, 提高自我护理能力。

1.3 观察指标 ①比较两组患者下床活动时间、肠蠕动恢复时间、肛门排气时间、恢复普食时间、胃管拔除时间、住院时间。②比较两组患者干预前与干预后 (出院前 1 d) 的各项量表评分。自我护理能力量表 (Exercise of Self-care Agency Scale, ESCA) [9] 由 Kearney 编制而成, 以自我护理理论为框架, 包括 4 个维度共 43 个条目, 分数越高表示自我护理能力越好。Piper 疲乏量表 (Piper Fatigue Scale, PFS) [10] 由 Piper 学者在 1989 年编制而成, 包括 4 个维度共 27 个条目, 分数越高表示癌因性疲乏越严重。Morisky 用药依从性问卷-8 (Morisky Medication Adherence Scale-8, MMAS-8) [11] 由

Morisky 提出, 在 MMAS-4 基础上发展而来, 共 8 个条目, 分数越高表示患者依从性越好。医学应对方式问卷 (Medical Coping Modes Questionnaire, MCMQ) [12] 由 Feifel 学者于 1987 年提出, 包括屈服、回避、面对 3 个维度共 20 个条目, 分数越高表示对该维度倾向越明显。根据本院实际情况拟定护理满意度评估量表, 主要评估患者对护理态度、人文关怀、护理质量、周围环境等满意度情况, 总分 100 分, 分数越高表示满意度越高。③比较两组患者术后并发症, 包括感染、出血、非切口疼痛等。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 22.0 软件计算数据, 计数资料用例数 (百分比) [$n(\%)$] 表示, 行 χ^2 检验; 计量资料用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行独立样本 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后恢复效果 两组患者恢复普食时间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组下床活动时间、肠蠕动恢复时间、肛门排气时间、胃管拔除时间、住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.2 ESCA 评分 干预前两组患者 ESCA 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 ESCA 各项评分及总分均高于干预前, 且观察组 ESCA 各项评分及总分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.3 PFS 评分 干预前两组患者 PFS 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 PFS 各项评分及总分均低于干预前, 且观察组 PFS 各项评分及总分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 2 两组患者术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

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

指标	观察组 ($n=52$)	对照组 ($n=52$)	t 值	P 值
下床活动时间 (d)	4.15 ± 2.65	6.65 ± 2.22	5.258	<0.001
肠蠕动恢复时间 (d)	3.39 ± 2.14	5.58 ± 2.33	5.091	<0.001
肛门排气时间 (d)	2.69 ± 1.29	3.85 ± 1.33	4.481	<0.001
胃管拔除时间 (d)	3.86 ± 1.78	4.86 ± 1.39	3.395	<0.001
恢复普食时间 (d)	5.65 ± 2.65	6.33 ± 2.78	1.282	0.203
住院时间 (d)	14.29 ± 3.62	17.79 ± 3.36	5.116	<0.001

表 3 两组患者 ESCA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of ESCA scores between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

指标		观察组 (n=52)	对照组 (n=52)	t 值	P 值
健康教育水平	干预前	27.85 ± 3.32	27.41 ± 3.55	0.624	0.534
	干预后	42.86 ± 3.44 ^a	35.58 ± 3.32 ^a	11.057	<0.001
自护技能	干预前	22.21 ± 2.39	22.68 ± 3.48	0.785	0.434
	干预后	34.48 ± 3.32 ^a	28.77 ± 2.84 ^a	9.433	<0.001
自我责任感	干预前	14.11 ± 2.53	14.53 ± 2.65	0.854	0.395
	干预后	20.22 ± 2.84 ^a	17.78 ± 2.21 ^a	4.788	<0.001
自我概念	干预前	16.77 ± 2.31	16.54 ± 2.25	0.515	0.608
	干预后	25.33 ± 2.61 ^a	21.41 ± 2.29 ^a	8.075	<0.001
总分	干预前	80.96 ± 8.46	81.19 ± 9.83	0.128	0.898
	干预后	122.85 ± 9.59 ^a	103.52 ± 8.20 ^a	11.040	<0.001

注：与同组干预前比较，^a $P<0.05$

表 4 两组患者 PFS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of PFS scores between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

指标		观察组 (n=52)	对照组 (n=52)	t 值	P 值
认知	干预前	4.15 ± 0.25	4.22 ± 0.34	0.428	0.670
	干预后	2.15 ± 0.65 ^a	3.35 ± 0.44 ^a	7.872	<0.001
感觉	干预前	4.25 ± 0.12	4.36 ± 0.35	1.122	0.264
	干预后	2.23 ± 0.32 ^a	3.32 ± 0.41 ^a	11.550	<0.001
情感	干预前	4.39 ± 0.33	4.48 ± 0.21	0.195	0.846
	干预后	2.14 ± 0.25 ^a	3.67 ± 0.33 ^a	24.258	<0.001
行为	干预前	4.27 ± 0.33	4.39 ± 0.21	1.856	0.066
	干预后	2.33 ± 0.17 ^a	3.61 ± 0.35 ^a	18.630	<0.001
总分	干预前	17.10 ± 1.14	17.40 ± 1.05	1.429	0.156
	干预后	8.77 ± 1.31 ^a	14.23 ± 1.47 ^a	19.965	<0.001

注：与同组干预前比较，^a $P<0.05$

2.4 MCMQ 评分 干预前两组患者 MCMQ 各项评分比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)；干预后两组患者面对评分升高，屈服、回避评分降低，且观察组面对评分高于对照组，屈服、回避评分低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 5。

2.5 MMAS-8 及护理满意度评分 干预前两组患者 MMAS-8 及护理满意度评分比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)；干预后两组患者 MMAS-8 及护理满意度评分高于干预前，且观察组 MMAS-8 及护理满意度评分高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 6。

2.6 术后并发症 观察组术后出现感染 1 例，并发

症发生率为 1.92% (1/52)；对照组术后出现吻合口漏 2 例，肠梗阻 2 例，感染 2 例，腹腔内出血 1 例，并发症发生率为 13.46% (7/52)，两组患者术后并发症发生率比较，差异有统计学意义 ($\chi^2=4.875$, $P=0.027$)。

3 讨论

结肠癌是消化道常见恶性肿瘤，好发于直肠与乙状结肠交界处，发病与社会活动方式、饮食结构、生活方式改变有关^[13]。据数据统计^[14]，结肠癌发病率、死亡率均呈上升趋势，当前关于结肠癌发病机制虽尚未明确，但外科手术仍是最佳治疗方式。达芬奇机器人手术系统更加小巧和高效，拥有 3D 高清视觉，

表 5 两组患者 MCMQ 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)
Table 5 Comparison of MCMQ scores between the two patient groups ($\bar{x} \pm s$)

指标		观察组 (n=52)	对照组 (n=52)	t 值	P 值
屈服	干预前	8.52 ± 1.55	8.65 ± 1.47	0.439	0.662
	干预后	4.85 ± 2.52 ^a	6.85 ± 2.22 ^a	4.294	<0.001
回避	干预前	14.52 ± 2.11	14.63 ± 2.45	0.245	0.807
	干预后	8.95 ± 2.15 ^a	11.44 ± 2.37 ^a	5.611	<0.001
面对	干预前	16.65 ± 2.32	16.78 ± 2.84	0.256	0.799
	干预后	27.89 ± 2.47 ^a	24.13 ± 2.77 ^a	7.306	<0.001

注：与同组干预前比较，^aP<0.05

表 6 两组患者 MMAS-8 及护理满意度评分比较 ($\bar{x} \pm s$)
Table 6 Comparison of MMAS-8 and nursing satisfaction scores between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

指标		观察组 (n=52)	对照组 (n=52)	t 值	P 值
MMAS-8 评分	干预前	3.86 ± 1.75	3.57 ± 1.33	0.812	0.419
	干预后	6.65 ± 1.42 ^a	5.31 ± 1.33 ^a	5.049	<0.001
护理满意度评分	干预前	76.63 ± 3.21	76.21 ± 3.44	0.644	0.524
	干预后	92.75 ± 2.62 ^a	86.41 ± 2.55 ^a	12.457	<0.001

注：与同组干预前比较，^aP<0.05

能够改善术中视野质量，提高手术的成功率和精准度。但部分患者对手术不了解，会增加术前焦虑感，再加上癌痛的折磨，会增加忧虑，从而加大手术风险，故需注重术前护理，减轻围手术期应激反应，提高手术成功率^[15-16]。术前访视是护理工作的重要组成部分，常规术前护理虽然能够让患者更好地准备手术，提高手术成功率，但缺乏针对个体差异的个性化指导，护理效果不佳^[17-19]。

CICARE 沟通通过一系列术前流程干预，能够建立信赖的护患关系，减轻心理负担。健康教育通过有组织、有计划、有系统的教育活动，用于术前访视中，能够提高患者对疾病和手术的认知，提高配合依从性^[20]。本研究结果显示，观察组 PFS 各项评分及总分、MCMQ 屈服及回避评分低于对照组，ESCA 各项评分及总分、MCMQ 面对评分、MMAS-8 评分、护理满意度评分高于对照组，说明 CICARE 沟通模式联合健康教育能够增强患者信心和自我管理能力，提高患者对疾病的认知和应对能力，降低癌因性疲乏，减轻焦虑、紧张、抑郁等情绪，从而提高护理满意度，与朱琳学者^[21]结果相似。究其原因，一方面是 CICARE 沟通模式不仅能够改变或调整患者的心态、情绪、观念、认知，使患者主动积极地配合护理和诊疗过程，从而营造良好护患氛围、提高患者依从性和满意度，还能够提供程序框架，

以保证护理模式的针对性、科学性、合理性，提高护理质量^[22-23]；另一方面是术前健康教育不仅能够树立健康观念，帮助患者了解手术、疾病相关保健知识，从而减轻内心压力，提高患者自我认知和自我护理能力，将手术风险降至最低，还能够介绍手术过程、必要性、术后注意事项等，以帮助患者更好地接受手术^[24]。此外，本研究结果显示，观察组下床活动时间、肠蠕动恢复时间、肛门排气时间、胃管拔除时间、住院时间均短于对照组，术后并发症发生率低于对照组，与郑晓蓝等人^[25]结果相似，进一步说明 CICARE 沟通模式联合健康教育在患者术后康复中发挥着重要作用，能够减轻患者对手术和麻醉的恐惧感，提高对疾病和手术的认知，从而促进术后康复，降低术后相关并发症发生概率。

综上所述，CICARE 沟通模式联合健康教育应用于结肠癌术前护理中，保证了护理模式的针对性、科学性，能够提高患者自我护理能力和依从性，减轻癌因疲乏感，增加护理满意度，提高护理质量。但本研究纳入样本量较少，日后需通过扩大样本，多中心进一步研究、验证。

利益冲突声明：本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明：唐源负责设计论文框架，起草论文，论文撰写，研究过程实施，数据收集，统计学分析，绘制图表；刘霞负责拟定写作思路，指导撰写文章并最后定稿。

参考文献

- [1] Zamel O N, Inocian E P, Alshehry A S, et al. Quality of life among breast and colon cancer patients before and after first-cycle chemotherapy[J]. J Holist Nurs, 2021, 39(2): 116–125.
- [2] 刘庆荣, 贾晋莉, 何小东. 基于 ERAS 理念的手术室护理在 4K 腹腔镜结肠癌根治术中的应用[J]. 护理实践与研究, 2023, 20(4): 613–616.
- [3] 冯新新, 张海伟. 达芬奇辅助左半结肠癌根治全腔内重叠侧侧吻合术的护理配合[J]. 中国微创外科杂志, 2023, 23(9): 718–720.
- [4] 尹薇. 围术期快速康复护理对腹腔镜结肠癌切除术后手术结局、疼痛及胃肠功能的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(7): 1281–1283.
- [5] 陈丽明, 康小云. NBASS-APS 疼痛管理模式联合个性化心理护理对结肠癌合并急性肠梗阻手术患者术后心理状态及疼痛控制的影响[J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(21): 3907–3910.
- [6] Delisle M, Fitch M, Nagaratnam K, et al. Factors influencing cancer survivors' experiences with follow-up cancer care: results from the pan-Canadian experiences of cancer patients in transition study survey[J]. Support Care Cancer, 2022, 30(11): 9559–9575.
- [7] 宋亚平, 郭玉梅, 卢林芝. 全媒体健康教育在首次接受无痛结肠镜检查人群中应用效果评价[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(21): 2489–2493.
- [8] 中国抗癌协会, 中国抗癌协会大肠癌专业委员会. 中国恶性肿瘤整合诊治指南—结肠癌部分[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2022, 11(1): 1–12.
- [9] 刘延锦, 余溯源, 郭丽娜, 等. 汉化修正版自我护理能力评估量表用于成年人群中的信效度研究[J]. 重庆医学, 2018, 47(33): 4266–4269.
- [10] Piper B F, Dibble S L, Dodd M J, et al. The revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer[J]. Oncol Nurs Forum, 1998, 25(4): 677–684.
- [11] Morisky D E, Ang A, Krousel-Wood M, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting[J]. J Clin Hypertens(Greenwich), 2008, 10(5): 348–354.
- [12] 沈晓红, 姜乾金. 医学应对方式问卷中文版 701 例测试报告[J]. 中国行为医学科学, 2000, 9(1): 18.
- [13] Senft J D, Brück B B, Poß-Doering R, et al. Need for nursing care after laparoscopic and open colorectal cancer surgery: a claims data analysis in German primary care[J]. Langenbecks Arch Surg, 2022, 407(7): 2937–2944.
- [14] 龚阳, 陈淑瑜, 刘萍, 等. 叙事护理对结肠癌手术患者机体康复、心理韧性及自我效能感的影响[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2021, 13(1): 70–74.
- [15] Selby K, Sedki M, Levine E, et al. Test performance metrics for breast, cervical, colon, and lung cancer screening: a systematic review[J]. J Natl Cancer Inst, 2023, 115(4): 375–384.
- [16] 顾洁, 孙守正. 加速康复外科护理应用于结肠癌围手术期对护理质量及患者自理能力的干预作用[J]. 山西医药杂志, 2022, 51(7): 832–834.
- [17] Hodges S S. A single-center retrospective chart review to determine whether the presence of comorbidities affects colon cancer screenings in African Americans[J]. Gastroenterol Nurs, 2020, 43(1): 40–52.
- [18] 阳霞, 吴若梅, 林秀梅. Teach-back 理论健康教育对结肠癌术后患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(18): 18–21.
- [19] 刘祝容, 丘运红, 杨志丽, 等. CICARE 流程化沟通管理对老年呼吸内科患纠纷的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(9): 137–139.
- [20] 沈红, 雷舒. 基于 5 个框架回授法的健康教育对结肠癌化疗患者的干预效果[J]. 成都医学院学报, 2023, 18(4): 515–519.
- [21] 朱琳. CICARE 沟通模式在提高门诊老年患者护理服务满意度中的应用[J]. 贵州医药, 2022, 46(5): 839–840.
- [22] 方梅, 阴玥, 郭婷婷. 基于 CICARE 沟通模式的激励性护理对神经内科患者下床活动依从性及跌倒恐惧心理的影响[J]. 海南医学, 2023, 34(7): 1024–1027.
- [23] 尹文静, 朱蓓, 张曙, 等. 基于 CICARE 沟通模式的动机性访谈在中青年炎症性肠病患者中的应用[J]. 河北医药, 2023, 45(13): 2060–2064.
- [24] 张茜. 围术期三步护理模式对结肠癌患者手术耐受、身心应激及手术结局的影响[J]. 护理实践与研究, 2022, 19(3): 428–433.
- [25] 郑晓蓝, 徐碧文, 翟秉金, 等. CICARE 沟通模式配合缩短禁饮禁食时间对妇科腹腔镜手术患者康复的干预效果[J]. 护理实践与研究, 2023, 20(2): 250–255.

收稿日期: 2024-03-26

编辑: 张笑嫣

(上接 312 页)

- [15] Uday K, Pavan J, Zaid A A, et al. A systemic review and Meta-analysis of laparoscopic surgery versus open surgery for gallbladder cancer[J]. Indian Journal of Surgical Oncology, 2022, 15(Suppl 2): 218–225.
- [16] 陈亚进, 张磊. 综合治疗时代腹腔镜手术在胆囊癌治疗中的应用价值[J]. 中国实用外科杂志, 2023, 43(11): 1237–1241.
- [17] Cho J K, Kim J R, Jang J Y, et al. Comparison of the oncological outcomes of open versus laparoscopic surgery for T2 gallbladder cancer: a propensity-score-matched analysis[J]. Journal of Clinical Medicine, 2022, 11(9): 2644.
- [18] 洪德飞. 开展局部进展期胆囊癌根治术的理性思考原则[J]. 中国实用外科杂志, 2023, 43(11): 1241–1244.
- [19] 吕田润, 李富宇. 胆囊癌治疗可否迈入微创时代[J]. 外科理论与实践, 2021, 26(2): 174–178.
- [20] 包旭, 宋天强. 如何合理选择胆囊癌的外科治疗[J]. 肝胆外科杂志, 2021, 29(5): 333–337.
- [21] 张鹏娟, 崔大朋, 张星月, 等. 快速康复外科学护理联合延续性护理对胆囊癌患者预后及 CA125 蛋白、miR-196a 的影响[J]. 河北医药, 2021, 43(5): 784–787.
- [22] Joshi R, Thomas M, Patkar S, et al. Impact of enhanced recovery pathway in 408 gallbladder cancer resections[J]. HPB, 2022, 24(1): 47–56.
- [23] 刘兴微, 张芳, 吕秋霞. 精细化流程管理在胆囊癌手术患者中的应用效果及对手术室管理工作效率的影响[J]. 癌症进展, 2022, 20(14): 1509–1512.
- [24] Choi S H, Rim C H, Shin I S, et al. Benefit of adjuvant radiotherapy for gallbladder cancer: a comparability-based meta-analysis[J]. Hepatology International, 2022, 16(3): 712–727.
- [25] 邹吉, 陈晓波, 董仁华, 等. 胆囊切除联合肝组织楔形切除和区域淋巴清扫治疗胆囊癌患者疗效研究[J]. 实用肝脏病杂志, 2022, 25(4): 599–602.
- [26] Yuza K, Sakata J, Hirose Y, et al. Outcome of radical surgery for gallbladder carcinoma according to TNM stage: implications for adjuvant therapeutic strategies[J]. Langenbeck's Archives of Surgery, 2021, 406(3): 1–11.
- [27] 冯艳坤, 陈治军. 后路腰方肌阻滞与肋缘下腹横肌平面阻滞在腹腔镜胆囊切除术后镇痛中的效果对比[J]. 中国内镜杂志, 2022, 28(4): 43–48.
- [28] 郑甜甜, 李丽. 以干预结果为导向的多学科延续模式在胆囊癌根治术患者中的应用效果[J]. 癌症进展, 2022, 20(15): 1555–1558.
- [29] 典凤丽, 王雪梅, 夏俊杰. 阶段性康复联合治疗性沟通对胆囊癌患者术后心理状态及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(11): 1511–1514.
- [30] 潘可芳, 夏登枝. 心理教育干预对腹腔镜胆囊切除术后急性疼痛、焦虑和生活质量的影响[J]. 中国医药导报, 2022, 19(23): 186–189.

收稿日期: 2024-01-18

编辑: 崔明瑞