

● 医学护理 ●

引用:邹燕蕾,关碧,康唯熙,付晓玉,马礼芊. 医院-社区-家庭一体化护理模式对直肠癌术后肠造口患者的影响[J]. 湖南中医杂志,2022,38(1):86-88.

医院-社区-家庭一体化护理模式 对直肠癌术后肠造口患者的影响

邹燕蕾,关碧,康唯熙,付晓玉,马礼芊

(成都市第五人民医院,四川 成都,611130)

[摘要] 目的:研究直肠癌术后肠造口患者实施医院-社区-家庭一体化护理的效果。方法:将直肠癌术后行永久性结肠造口的 200 例患者随机分为观察组与对照组,每组各 100 例。观察组实施医院-社区-家庭一体化护理模式干预,对照组给予围术期常规护理干预。比较 2 组并发症发生情况,健康调查简表(SF-36,包括情绪角色、躯体角色、肢体疼痛、活力、躯体功能、社会功能、精神健康及总体健康)评分以及护理满意度。结果:干预后,2 组均出现造口狭窄、造口旁疝、造口回缩及造口周围皮肤刺激性皮炎,并发症发生率为 10.00%(10/100),低于对照组的 27.00%(27/100),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。出院 1 个月后 2 组 SF-36 评分较出院当天均升高,且观察组高于对照组($P < 0.01$)。观察组护理满意度为 97.00%(97/100),高于对照组的 78.00%(78/100),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论:对直肠癌术后肠造口患者实施医院-社区-家庭一体化护理模式有利于降低并发症的发生率,提高生活质量及护理满意度,适用于造口患者出院后的延续护理。

[关键词] 直肠癌;肠造口;医院-社区-家庭一体化护理模式

[中图分类号] R248.2, R269.571+.5 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.01.026

直肠癌的发病率占恶性肿瘤第三位,仅次于胃癌和肺癌^[1]。近年来,随着生活方式和饮食结构的改变,我国直肠癌发病率每年增加 4.2%,且逐渐趋向年轻化^[2]。在直肠癌中,低位直肠癌约占 75%,临床治疗多采用腹会阴联合径路根治术(Miles 术),该术式同时切除患者肿瘤和肛门,术后患者排便需经过腹壁造口来实现,即产生永久性结肠造口^[3]。对于肿瘤距离肛门边缘不足 5 cm 的患者,只有将肛门切除才能完全清除肿瘤细胞,术后 5 年生存率可达到 90%以上,但其生理、心理及社会功能都会发生较大的变化^[4]。肠造口患者术后易发生造口并发症,需要长期接受治疗,常奔波于医院和家庭,带来较多的不便^[5]。笔者对直

肠癌术后肠造口患者实施医院-社区-家庭一体化护理模式,取得了满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取自 2019 年 1 月至 2020 年 10 月于我院行永久性肠造口术后的出院患者 200 例。其中男 106 例,女 94 例;平均年龄(62.05 ± 5.50)岁;文化程度:初中及以下 113 例,高中及以上 87 例;婚姻状况:已婚 174 例,未婚 26 例;家庭月收入:3000 元以下 58 例,3000 元及以上 142 例;接受术后治疗(放疗、化疗)131 例,无术后治疗 69 例;有合并症(高血压病、高脂血症、糖尿病)58 例,无合并症 142 例。将其随机分为观察组和对照组,每组各 100 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意

基金项目:四川省护理学会资助项目(H18023)

第一作者:邹燕蕾,女,副主任护师,研究方向:伤口造口及普外科护理

通讯作者:关碧,女,主任护师,研究方向:护理管理,E-mail:714402632@qq.com

义($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2 纳入标准 1)确诊为直肠癌且经麦氏术后行永久性造口;2)年龄20~80岁;3)意识清楚,能配合完成本研究,自愿签署知情同意书。

1.3 排除标准 1)合并心、脑、肝、肾等重要脏器疾病;2)合并严重内分泌、造血系统等疾病。

2 干预方法

2.1 观察组 给予医院-社区-家庭一体化护理模式干预。1)组建护理服务小组。由本院直肠科主任医师1名、造口治疗师1名、住院责任护士1名、社区医护人员4名及家庭门诊护理中心专科护士2名组成医院-社区-家庭一体化护理服务小组。

2)医院护理。①鼓励行结肠造口手术患者之间多进行交流,尤其是让已行造口术患者对即将行造口术患者进行心理开导,分享自我护理方法、心路历程等,有利于提高其信心,从而积极配合治疗^[6];②定期举办联谊会,造口治疗师对患者进行造口检查及处理,并针对如何选择造口用品及其相关护理知识等问题提供咨询解答。3)社区护理。

为患者建立出院登记卡,登记相关情况并整理临床数据资料,注明所在社区及社区医院的相关信息,每周日由门诊专科护士和造口治疗师在社区医院开展工作,同时对患者进行知识宣讲,并邀请直肠科医师随诊。并采用电话、邮件、互联网、专家讲座等方式对4名社区医护人员进行直肠癌麦氏术护理、肠造口皮肤护理、康复指导等相关知识的培训^[7]。4)家庭护理。①选择与患者亲近且学习理解能力较强的1名家属作为家庭护理协管员,登记其联系方式,以便后期电话随访并建立良好的协作关系;②采用“看”“讲”“示”“练”四字教育法指导家属与患者更换造口袋的方法、技巧及相关护理措施。“看”:通过看视频、幻灯片等方式学习更换造口袋;“讲”:护士讲解更换造口袋过程中相关注意事项;“示”:护士示范造口袋更换过程;“练”:家属及患者在护士指导下进行练习^[8];③向其发放造口知识健康教育手册,讲解预防造口并发症的护理措施及指导家庭日常生活注意事项;④采用医院自行设计调查表引导患者及家属陈述,护士应培训其掌握相关护理知识至合

格为止^[9];⑤每周进行1次电话回访,了解患者造口和情绪变化,采取相应的护理干预,并填写电话回访记录单。

2.2 对照组 给予常规围术期护理干预。包括术前宣教、术后心理疏导、造口护理知识指导及出院指导等,并嘱咐患者出院后1个月来院复查。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)观察肠造口并发症发生情况,如造口狭窄、旁疝、回缩等。2)采用健康调查简表(SF-36)评估患者出院当天与出院1个月的生活质量,包括情绪角色、躯体角色、活力、肢体疼痛、躯体功能、社会功能、精神健康、总体健康8个维度,总分100分,分值越高则生活质量越好^[2]。3)采用本院自制护理表调查患者对护理的满意度,包括非常满意、基本满意及不满意。

3.2 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件对数据进行处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,行 t 检验;计数资料以率(%)表示,行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 干预结果

3.3.1 2组肠造口并发症发生情况比较 干预后,并发症发生率观察组为10.00%,低于对照组的27.00%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。(见表1)

表1 2组肠造口并发症发生情况比较[例(%)]

组别	例数	造口狭窄	造口旁疝	造口回缩	造口周围皮肤刺激性皮炎	总发生
观察组	100	3(3.00)	2(2.00)	2(2.00)	3(3.00)	10(10.00)
对照组	100	6(6.00)	5(5.00)	7(7.00)	9(9.00)	27(27.00)
χ^2 值						9.584
P 值						<0.01

3.3.2 2组干预后不同时间节点SF-36评分比较 出院当天,2组SF-36(情绪角色、躯体角色、肢体疼痛、活力、躯体功能、社会功能、精神健康及总体健康)评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);出院1个月,2组各维度评分较出院当天均明显提高,且观察组各维度评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表2)

3.3.3 2组护理满意度比较 护理满意度观察组为97.00%,高于对照组的78.00%,2组比较,差异具有统计学意义($P<0.01$)。(见表3)

表2 2组干预后不同时间节点 SF-36 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	情绪角色	躯体角色	肢体疼痛	活力	躯体功能	社会功能	精神健康	总体健康
观察组	100	出院当天	43.81±7.52	36.79±6.11	51.29±5.54	32.98±5.28	47.27±7.25	36.40±6.18	51.64±8.45	44.95±5.60
		出院1个月	69.37±5.45	71.78±4.20	72.38±4.77	67.78±5.43	68.25±5.96	68.55±4.35	75.40±9.14	70.80±6.59
对照组	100	出院当天	44.10±8.45	35.28±6.36	50.38±6.23	34.01±3.85	47.12±8.34	35.48±7.40	52.83±6.52	43.87±6.28
		出院1个月	60.86±7.18	56.24±5.35	66.32±5.92	58.83±4.94	60.24±6.38	53.37±5.87	68.62±7.98	62.58±7.21
t_1/P_1			0.256/0.798	1.712/0.088	1.211/0.227	1.576/0.117	0.136/0.892	0.954/0.341	1.115/0.266	1.284/0.201
t_2/P_2			9.441/<0.01	22.847/<0.01	7.971/<0.01	12.192/<0.01	9.174/<0.01	20.777/<0.01	5.588/<0.01	8.415/<0.01
t_3/P_3			27.522/<0.01	47.192/<0.01	28.849/<0.01	45.948/<0.01	22.354/<0.01	42.541/<0.01	19.099/<0.01	29.891/<0.01
t_4/P_4			15.115/<0.01	25.220/<0.01	18.758/<0.01	39.629/<0.01	12.495/<0.01	18.940/<0.01	15.323/<0.01	19.568/<0.01

注: t_1/P_1 值—2组出院当天比较; t_2/P_2 值—2组出院1个月比较; t_3/P_3 值—观察组组内比较; t_4/P_4 值—对照组组内比较。

表3 2组护理满意度比较[例(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意
观察组	100	69(69.00)	28(28.00)	3(3.00)	97(97.00)
对照组	100	32(32.00)	46(46.00)	22(22.00)	78(78.00)
χ^2 值					16.503
P 值					<0.01

4 讨 论

据相关统计,永久性结肠造口术后并发症达到20%以上,严重影响患者的生活质量^[10]。因此,加强患者出院后护理,对减少造口并发症、提高患者生活质量至关重要。近年来,医院-社区-家庭一体化护理模式是针对慢性疾病患者的一种新兴护理模式。该护理模式可充分调动家庭和社会的力量,对患者进行无缝隙护理,有利于提高临床治疗效果。目前,该护理模式已广泛应用于脑瘫、糖尿病、冠心病等慢性疾病,并取得了满意的效果。乔莉娜等^[11]研究显示,将护理工作延续至出院后,可为患者提供连续性的健康教育、心理护理及用药指导。李卡等^[12]针对肿瘤患者结合社区医疗服务开展一体化护理服务,有效地提高了肿瘤患者生活质量。

本观察结果显示,2组均出现造口狭窄、旁疝、回缩及周围皮肤刺激性皮炎等,并发症发生率观察组为10.00%,低于对照组的27.00%,2组比较,差异具有统计学意义($P<0.01$)。其原因可能是通过专业的护理干预减少了大便对周围皮肤的刺激,从而有效预防和降低了并发症的发生,该研究结果与彭翠娥等^[13]的结果相似。

出院后1个月逐渐突显了医院-社区-家庭一体化护理模式的优越性。本研究结果显示,观察组情绪角色、躯体角色、肢体疼痛、活力、躯体功能、社会功能、精神健康及总体健康等生活质量评分均高于对照组,且护理服务满意率为97.00%,高于对照

组的78.00%。其原因可能是患者出院后经医院、社区护理人员和家属三方协作下,专业化的护理得到了有效延续,患者的生活质量得到了提高,故提升了患者对护理服务的满意度。

参考文献

- [1] 周花仙,瞿春华,瞿海红. 腹壁造口病人出院后造口管理模式的研究现状[J]. 护理研究,2016,30(32):3980-3983.
- [2] 李苗苗,温肇霞. 医院-社区-家庭一体化护理模式对造口病人生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2015,21(4):33-34.
- [3] 韩舒,陆连芳,方萌萌,等. 肠造口医院-社区-家庭护理模式59例效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2016,22(2):14-16.
- [4] 吕颀,田淑红. 以家庭为中心护理模式对造口病人并发症发生情况的影响[J]. 护理实践与研究,2017,14(9):59-61.
- [5] ZHAO Y, WONG FK. Effects of a postdischarge transitional care programme for patients with coronary heart disease in China: A randomised controlled trial[J]. J Clin Nurs, 2009, 18(17):2444-2455.
- [6] 张六一,王建才,李晶,等. 肠造口病人社区护理现状及护理需求调查分析[J]. 中国全科医学,2013,16(48):1273-1275.
- [7] 张莉红,何雪浓,覃壮玲. 医院-社区-家庭一体化护理干预对颅脑损伤病人康复的影响[J]. 护理研究,2015,7(10):1271-1272.
- [8] 曹学文,周杰. 医院-社区-家庭护理干预模式对造口术后病人生活质量的影响[J]. 天津护理,2017,25(1):36-37.
- [9] 罗红,任道琼,谭静,等. 医院-社区-家庭一体化PICC维护网络模式的构建与实施[J]. 护理学杂志,2013,28(14):16-18.
- [10] 郑阿芬,汪少艳,陈苏萍. 一体化管理在结肠切除病人回肠造口的应用研究[J]. 医院管理论坛,2017,34(12):25-27.
- [11] 乔莉娜,金鲜珍,廖春艳,等. 医护一体化护理模式在肠造口患者全程护理中的应用研究[C]//中华医学会,中国医药教育协会. 2015临床急重症经验交流第二次高峰论坛,北京:中华医学会,中国医药教育协会,2015:1.
- [12] 李卡,黄明君,郭晶,等. 医院-社区-家庭一体化合作管理模式在造口护理中的发展与应用[J]. 中国护理管理,2013,13(1):98-100.
- [13] 彭翠娥,王卫红,谌永毅,等. 医院-社区-家庭健康照护模式在老年肿瘤病人康复护理中的应用[J]. 护理研究,2014,28(5):1715-1717.

(收稿日期:2021-01-11)