

- [J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(20): 1365-1376.
- [6] 张丹梅, 熊梅, 李彦章. 心理弹性量表简版在社区老年人中的信效度检验[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2022, 31(4): 942-946.
- [7] 马旻, 艾自胜, 石志道. 一般自我效能感量表在中老年 2 型糖尿病患者中的信度效度检验[J]. 同济大学学报(医学版), 2022, 43(4): 515-520.
- [8] 张帆, 朱树贞, 邓平基. 领悟社会支持量表在国内住院病人社会支持研究中的应用评价[J]. 护理研究, 2018, 32(13): 2048-2052.
- [9] 孙兵, 车晓明. 视觉模拟评分法(VAS)[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(6): 254.

- [10] 张明慧, 邓苗, 徐芙蓉. 髋关节置换术后患者的心理弹性及其与关节功能水平的相关性[J]. 广西医学, 2019, 41(13): 1724-1727.
- [11] 刘晓宇, 陆海英, 单亚维, 等. 全膝关节置换患者术前心理弹性现状及其影响因素分析[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(17): 2102-2108.
- [12] 王欢, 张淑云, 沈翔, 等. 创伤性骨折患者心理韧性的影响因素调查及对创伤后成长的影响分析[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(13): 2579-2582.

(收稿日期: 2023-03-22 修回日期: 2023-07-03)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2023.18.032

## 时机理论下医护一体化延续性护理对结直肠癌术后造口患者康复效果的影响

贺 婷, 左 莹, 钟玉超

江西省萍乡市人民医院普外科, 江西萍乡 337000

**摘要:**目的 研究在时机理论与医护一体化相结合的新型护理模式下结直肠癌术后造口患者康复效果。方法 选取 2018 年 5 月至 2022 年 5 月于该院行结直肠癌术后造口的 155 例患者为研究对象。按随机数字表法将患者分为观察组 78 例和对照组 77 例。对照组采用常规护理模式, 观察组在对照组基础上采用时机理论下医护一体化延续性模式护理。比较两组肠造口患者基本信息量表、状态-特质焦虑量表、造口护理自我效能感量表、结肠造口并发症评估表、造口生活质量量表、满意度表调查情况。结果 经重复测量方差分析显示, 两组状态焦虑评分、特质焦虑评分、自我效能感评分、造口生活质量评分不存在交互效应( $P > 0.05$ ); 出院时、出院后 1 个月、出院后 3 个月状态焦虑和特质焦虑评分均呈下降趋势( $F_{\text{时间}} = 19.687, 21.263, P < 0.001$ ), 且观察组状态焦虑、特质焦虑评分与对照组间差异有统计学意义( $F_{\text{组间}} = 58.371, 49.657, P < 0.001$ ); 出院时、出院后 1 个月、出院后 3 个月自我效能感评分、造口生活质量评分均呈升高趋势( $F_{\text{时间}} = 23.059, 26.710, P < 0.001$ ), 且观察组自我效能感评分、造口生活质量评分与对照组间差异有统计学意义( $F_{\text{组间}} = 45.281, 51.258, P < 0.001$ )。出院后 1、3 个月观察组并发症发生率均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。观察组满意度评分高于对照组( $P < 0.05$ )。结论 时机理论下的医护一体化延续性护理能够有效改善结直肠癌术后造口患者的自护能力与生活质量, 且患者并发症的发生率更低、护理满意度更高, 值得临床推广。

**关键词:** 时机理论; 医护一体化; 延续性护理; 结直肠癌; 造口

中图分类号: R473.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)18-2767-06

结直肠癌手术常需行永久性造口替代原有的肛门来改变原有的排泄途径。但是永久性造口对患者生理、心理、社会和精神问题等方面会产生不良影响<sup>[1-2]</sup>, 不但对患者心理造成严重影响, 而且更易发生并发症<sup>[3-4]</sup>。现阶段的护理存在两方面的不足: 一方面是护理仅仅停留在住院时期, 不能覆盖患者疾病的不同阶段, 缺乏延续性干预; 另一方面是护理仅仅是护士去发挥相应的作用, 而缺少专业的医护一体化联动机制。有学者提出了动态化的护理观点, 即时机理论, 此理论将疾病分为诊断期、稳定期、准备期、调整期、适应期, 不同的时期应有不同的护理措施<sup>[5-6]</sup>。医护一体化的理念由美国护理协会正式提出, 其认为医护一体化是医生和护士之间相互尊重、认同和接受彼此, 并且共同履行的患者的护理责任<sup>[7-8]</sup>。这两种观

点的融合可以弥补现阶段结直肠癌术后造口患者护理的不足, 但关于两种理念相融合的新型护理模式, 国内少见报道。行结直肠癌永久造口的患者术后需长期接受医生与护士的共同治疗、护理, 且不同阶段的护理重点有一定差异性。本研究旨在研究时机理论与医护一体化相结合的新型延续性护理模式对结直肠癌术后造口患者康复效果的影响。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 5 月至 2022 年 5 月于该院行结直肠癌术后造口的 155 例患者为研究对象。按随机数字表法将患者分为观察组 78 例和对照组 77 例。本研究经本院伦理委员会批准, 所有患者及家属均签署书面知情同意书。纳入标准: (1) 结直肠手术后进行永久性结肠造口患者; (2) 年龄在 18~70 岁,

并同意参与并填写问卷者；(3)能够读写并理解问卷者；(4)愿意进行回访,参与有关护理结肠造口的研究计划者<sup>[9]</sup>。排除标准:(1)合并心、脑、肾等重要器官功能缺陷者；(2)存在情绪或认知障碍、不能满足研究要求者<sup>[10]</sup>。

## 1.2 方法

### 1.2.1 对照组

采用常规护理模式。主治医师及责任护士每天一起查房,一起落实治疗、护理措施。术后第 1 天,医生将造口袋贴在患者的吻合口上,护士向患者介绍造口护理知识,告知每日治疗计划,演示更换造口袋的方法,并指导患者参与其中,指导并监督患者肢体功能锻炼。护士对患者进行结肠造口和造口袋的自我护理教育。主管护士进行术后情况观察,给予患者饮食指导、心理指导、肠造口后的基本护理,实施预防造口相关并发症的措施。在患者出院前 1 d,医生为患者和家人提供一份健康自我护理教育计划,就饮食和生活方式、更换造口袋等方面提出建议。

### 1.2.2 观察组

在对照组常规护理的基础上实施时机理论下医护一体化延续性模式护理<sup>[11-12]</sup>。成立医护一体化护理小组,本护理小组由主任医师(组长)1 名、副主任护师(副组长)1 名、主治医师 1 名、主管护师 3 名、造口师 1 名组成。主任医师、副主任护师、主管护师、造口师均具有 10 年以上的专科工作经验。主治医师具有研究生及以上学历,以及 5 年以上专科工作经验。所有人员均接受时机理论下医护一体化护理方案培训。

#### 1.2.2.1 诊断期

(1)入院后由责任护士主动向患者介绍时机理论的特点及医护一体化护理模式的优势,促使患者积极配合治疗、护理工作。(2)主治医师和护士长共同对患者的病情、造口相关认知进行综合评估,护理小组成员一起讨论患者现存或潜在的各种医疗护理问题,同时结合患者的特征(性别、年龄、喜好、文化程度、职业、经济状况等)制订个体化护理方案。

#### 1.2.2.2 稳定期

患者入院诊断明确后至出院前为稳定期,该时期的护理方案如下。(1)强化健康教育:采用专家讲座的形式对患者及家属宣教造口袋的护理要点,之后以小组形式交流学习心得,嘱家属陪同参与,对掌握不到位者再次进行一对一指导,确保患者熟练掌握造口袋护理相关知识。(2)强化心理干预:指导患者根据个人喜好通过记日记、做手工、绘画、阅读书报等转移注意力。(3)造口并发症预防:术后 5~7 d 对患者进行造口扩张训练,1 次/天,操作者应动作轻柔、缓慢,预防造口回缩;术后 8~10 d 每天采用 38℃温开水或温盐水 500~1 000 mL 灌洗造口一次,减少造口周围皮肤炎、造口水肿、造口缺血性坏死。

#### 1.2.2.3 准备期

患者出院准备期护理方案如下。

(1)医护一体化护理小组共同制订院外康复手册,出院前发放至患者手中,嘱患者及家属回家后自行阅读。(2)主管护师向患者宣教出院后的造口护理知识,如造口袋的自我护理及并发症(造口狭窄、造口脱垂等)的预防,并将患者拉入病友微信群管理群,再次核对患者相关信息,包括家庭住址、联系方式、主要照顾者等,要留患者和至少 1 名家属的联系电话、微信,以提高随访率。(3)造口治疗师给予联系方式如微信和电话等,告知患者随访时间、随访方式、随访的必要性及重要性,并告知患者居家休养期间若遇造口相关问题可通过微信或电话联系。

#### 1.2.2.4 调整期

从出院至出院后 1 个月定义为调整期,护理方案如下。(1)主管护师每周六通过钉钉软件视频会议定期指导患者居家护理相关知识;每日在病友微信群内推送疾病相关的护理文章及励志短文;每隔一周组织一次病友联谊沙龙,倾听病友的诉求,并给予指导帮助。(2)主治医师周二和周五定期发布疾病相关的科普知识,并通过微信或电话定期提醒患者随访。(3)出院 1 个月后造口治疗师定期组织患者集中进行造口相关培训,对于不便到医院参加培训者进行家访,观察造口并发症及指导患者造口护理。

#### 1.2.2.5 适应期

出院后 1~3 个月定义为适应期,护理方案如下。(1)主管护师每月通过微信或钉钉等视频软件定期询问患者有无造口护理方面的问题并及时解答,询问患者回归社会后遇到的心理方面的难题并给予心理开导,搜集患者独立操作造口护理方面的视频资料并对错误的操作予以矫正,随访后将患者家庭护理情况及心理状态整理成文档,汇总并报告主治医师。(2)主治医师根据随访情况,及时制订下一步的康复方案,将患者每个月的恢复情况汇总报告副主任护师。(3)主任医师和副主任护师根据汇总情况,补充、完善每一个患者的家庭护理、心理护理、康复计划方案。(4)造口治疗师继续做好适应期造口自我护理的相关培训工作,落实家访,观察并发症及指导造口护理。

## 1.3 观察指标

### 1.3.1 肠造口患者基本信息量表

包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、医疗保险、月收入、就业情况、手术方式、造口位置、Dukes 分期。

### 1.3.2 状态-特质焦虑量表

该量表包含状态焦虑(S-AI)和特质焦虑(T-AI)两个分量表,各 20 个条目<sup>[13]</sup>。所有条目按 4 个等级进行评分:1 分=几乎没有,2 分=有些,3 分=经常,4 分=几乎总是。两个分量表评分均为 20~80 分,Cronbach'α 系数分别为 0.900、0.880,得分越高焦虑水平越明显。分别于入院时、出院时、出院后 1 个月和出院后 3 个月填写一次量表。

**1.3.3 造口护理自我效能感量表** 该量表包含造口照护自我效能和社交自我效能 2 个维度及 6 个单条目,共 28 个项目<sup>[14]</sup>。所有项目按 5 个等级评分(1 分=不自信,2 分=有点自信,3 分=自信,4 分=更自信,5 分=非常自信)。问卷得分 28~140 分。根据评分结果将患者分为低自我效能感( $\leq 65$  分)、中等自我效能感(66~102 分)和高自我效能感( $\geq 103$  分) 3 个水平。该量表 Cronbach' $\alpha$  系数是 0.970。患者在出院时、出院后 1 个月和出院后 3 个月填写一次量表。

**1.3.4 结肠造口并发症评估表** 造口治疗师诊断造口患者的并发症,包括造口水肿、回缩、粪水性皮炎、造瘘口狭窄等,并在患者出院时、出院后 1 个月和出院后 3 个月做相应记录。

**1.3.5 造口生活质量量表** 参照吴雪等<sup>[15]</sup> 翻译的中文造口患者生活质量量表(Stoma-QOL)进行评估,该量表包括社会交往(6 个条目)、造口袋对患者的影响(6 个条目)、与家属及朋友的关系(5 个条目)和身心状况(3 个条目)4 个维度,共 20 个条目,每个条目 1~4 分评分法,共 20~80 分,得分越高表示生活质量越好。该量表 Cronbach' $\alpha$  系数是 0.893。要求患者在出院时、出院后 1 个月和出院后 3 个月填写一次量表。

**1.3.6 满意度表** 患者满意度评定采用 Likert 5 级

评分法,评分 1~5 分(1 分=非常不满意,2 分=不满意,3 分=中性,4 分=满意,5 分=非常满意)。要求患者在出院后 3 个月填写满意度调查表。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理。计数资料以例数、百分率表述,两组间比较采用  $\chi^2$  检验,等级资料比较采用秩和检验;呈正态分布的计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,两组间比较采用独立样本  $t$  检验,组内对比采用配对  $t$  检验,重复测量资料采用重复测量方差分析,事后比较采用 LSD 法。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 一般资料** 两组在性别、年龄、文化程度、婚姻状况、医疗保险、月收入、就业状况、手术方式、造口位置、Dukes 分期等方面差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

**2.2 两组状态焦虑和特质焦虑量表评分比较** 经重复测量方差分析显示,两组状态焦虑、特质焦虑评分不存在交互效应( $P > 0.05$ );出院时、出院后 1 个月、出院后 3 个月两组状态焦虑、特质焦虑评分均呈下降趋势( $F_{\text{时间}} = 19.687, 21.263, P < 0.001$ ),且观察组状态焦虑、特质焦虑评分与对照组间差异有统计学意义( $F_{\text{组间}} = 58.371, 49.657, P < 0.001$ )。见表 2。

表 1 两组基本信息量比较[n(%)或  $\bar{x} \pm s$ ]

组别	n	性别		年龄(岁)	文化程度		
		男	女		小学及以下	初中及高中	大专及以上学历
观察组	78	40(51.28)	38(48.72)	62.79 $\pm$ 6.64	30(38.46)	35(44.87)	13(16.67)
对照组	77	41(53.25)	36(46.75)	64.01 $\pm$ 6.02	28(36.36)	34(44.16)	15(19.48)
$\chi^2$ 或 $t$ 或 $Z$		0.060		-1.198	0.375		
P		0.807		0.233	0.708		

  

组别	n	婚姻状况		医疗保险		月收入(元)		就业状况	
		已婚	未婚/丧偶/离异	有	无	<3 000	$\geq 3 000$	在职	退休
观察组	78	44(56.41)	34(43.59)	60(76.92)	18(23.08)	48(61.54)	30(38.46)	47(60.26)	31(39.74)
对照组	77	46(59.74)	31(40.26)	57(74.03)	20(25.97)	50(64.94)	27(35.06)	49(63.64)	28(36.36)
$\chi^2$ 或 $t$ 或 $Z$		0.177		0.176		0.192		0.188	
P		0.674		0.675		0.661		0.665	

  

组别	n	手术方式		造口位置		Dukes 分期		
		开腹	腹腔镜	结肠造口	回肠造口	A 期	B 期	C 期
观察组	78	17(21.79)	61(78.21)	43(55.13)	35(44.87)	33(42.31)	30(38.46)	15(19.23)
对照组	77	19(24.68)	58(75.32)	45(58.44)	32(41.56)	31(40.26)	33(42.86)	13(16.88)
$\chi^2$ 或 $t$ 或 $Z$		0.180		0.173		0.032		
P		0.671		0.677		0.974		

**2.3 两组造口护理自我效能感量表评分比较** 经重复测量方差分析显示,两组自我效能感得分不存在交

互效应( $P > 0.05$ );出院时、出院后 1 个月、出院后 3 个月两组自我效能感得分均呈升高趋势( $F_{\text{时间}} =$

23.059,  $P < 0.001$ ), 且观察组自我效能感得分与对照组间差异有统计学意义 ( $F_{\text{组间}} = 45.281, P < 0.001$ )。见表 3。

表 2 两组状态-特质焦虑量表评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	状态焦虑			
		入院时	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月
观察组	78	50.52 ± 8.68	36.67 ± 7.05 <sup>a</sup>	33.10 ± 5.28 <sup>ab</sup>	30.03 ± 4.68 <sup>abc</sup>
对照组	77	52.07 ± 8.16	41.34 ± 6.26 <sup>a</sup>	36.61 ± 5.71 <sup>ab</sup>	33.61 ± 4.29 <sup>abc</sup>
$F_{\text{组间}}/P_{\text{组间}}$		58.371 / < 0.001			
$F_{\text{时间}}/P_{\text{时间}}$		19.687 / < 0.001			
$F_{\text{交互}}/P_{\text{交互}}$		2.569 / 0.082			

  

组别	n	特质焦虑			
		入院时	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月
观察组	78	47.20 ± 5.64	40.28 ± 5.01 <sup>ad</sup>	37.20 ± 4.26 <sup>abd</sup>	34.26 ± 4.01 <sup>abcd</sup>
对照组	77	46.13 ± 6.11	43.16 ± 5.37 <sup>a</sup>	40.03 ± 4.82 <sup>ab</sup>	37.32 ± 3.74 <sup>abc</sup>
$F_{\text{组间}}/P_{\text{组间}}$		49.657 / < 0.001			
$F_{\text{时间}}/P_{\text{时间}}$		21.263 / < 0.001			
$F_{\text{交互}}/P_{\text{交互}}$		3.128 / 0.079			

注: 与同组入院时对比, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与同组出院时对比, <sup>b</sup> $P < 0.05$ ; 与同组出院后 1 个月对比, <sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

表 3 两组造口护理自我效能感评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月
观察组	78	78.02 ± 5.22	89.40 ± 7.86 <sup>a</sup>	102.58 ± 9.36 <sup>ab</sup>
对照组	77	75.75 ± 6.83	82.56 ± 6.24 <sup>a</sup>	90.02 ± 8.53 <sup>ab</sup>
$F_{\text{组间}}/P_{\text{组间}}$		45.281 / < 0.001		
$F_{\text{时间}}/P_{\text{时间}}$		23.059 / < 0.001		
$F_{\text{交互}}/P_{\text{交互}}$		2.971 / 0.072		

注: 与同组出院时对比, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与同组出院后 1 个月对比, <sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

**2.4 两组并发症发生率比较** 出院时, 两组并发症发生率差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。出院后 1、3 个月观察组并发症发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组并发症发生率比较 [ $n$ (%)]

组别	n	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月
观察组	78	3(3.85)	6(7.69)	7(8.97)
对照组	77	4(5.19)	15(19.48)	17(22.08)
$\chi^2$		1.365	4.597	5.084
P		0.963	0.032	0.024

**2.5 两组造口生活质量评分比较** 经重复测量方差分析显示, 两组造口生活质量得分不存在交互效应 ( $P > 0.05$ ); 出院时、出院后 1 个月、出院后 3 个月两组造口生活质量评分均呈升高趋势 ( $F_{\text{时间}} = 26.710, P < 0.001$ ), 且观察组造口生活质量评分与对照组间差异有统计学意义 ( $F_{\text{组间}} = 51.258, P < 0.001$ )。见

表 5。

表 5 两组造口生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	出院时	出院后 1 个月	出院后 3 个月
观察组	78	43.02 ± 7.22	47.40 ± 6.86 <sup>a</sup>	58.58 ± 7.36 <sup>ab</sup>
对照组	77	40.75 ± 6.83	44.56 ± 6.24 <sup>a</sup>	55.02 ± 6.53 <sup>ab</sup>
$F_{\text{组间}}/P_{\text{组间}}$		51.258 / < 0.001		
$F_{\text{时间}}/P_{\text{时间}}$		26.710 / < 0.001		
$F_{\text{交互}}/P_{\text{交互}}$		3.272 / 0.067		

注: 与同组出院时对比, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与同组出院后 1 个月对比, <sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

**2.6 两组护理满意度比较** 观察组满意度平均得分为 (4.15 ± 0.21) 分, 高于对照组的 (3.97 ± 0.45) 分, 差异有统计学意义 ( $t = 3.198, P = 0.002$ )。

### 3 讨 论

**3.1 时机理论下医护一体化延续性护理的优势** 时机理论下医护一体化延续性护理改变了传统护理模式下被动、单一、片面化的护理格局, 取而代之的是主动、多元、延续性的护理方案。此方案的实施, 使疾病的动态发展与医、护主动效能相结合。从而开创了一种不同疾病时期医、护工作能交织延续的新局面。

**3.2 时机理论下医护一体化延续性护理对患者焦虑情绪的改善作用** 笔者认为传统的护理模式存在如下局限: 首先, 护理概念局限。传统的护理往往只是注重疾病的技术护理, 而缺乏对患者心理方面的护理。其次, 护理成员局限。传统护理中往往只是注重护士本身的参与, 而忽略了医生、医技人员的重要性。

第三,护理地点局限。传统的护理服务往往只是局限在医院这一范围,而忽视了护理因地制宜的延续性。本研究中的护理模式相比传统护理模式具有以下优点:首先,心理护理在本护理模式中是贯彻始终的。多项研究证明,患者的焦虑和抑郁等不良心理因素可以通过有针对性的心理干预得到改善,从而对术后生活质量的改善起到积极作用<sup>[16-17]</sup>。从本研究中也可以看出,两组患者状态焦虑、特质焦虑评分差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),不同时间点状态焦虑、特质焦虑评分差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),焦虑、特质焦虑评分无交互效应( $P > 0.05$ )。其次,医护一体化模式下医生、护士紧密结合共同协作,大大提高了护理工作的有效性及针对性,实现了医护合作共赢的局面。第三,在时机理论下,延续性护理这一目标得以完全实现。延续性护理着眼于疾病的不同时期,因此护理的时间和地点都发生了转变。时间上从入院时到出院时,延续到疾病的不同时期。地点上也从单纯医院内护理延续到家庭中,从而实现了医院—家庭护理的有机结合。对于肿瘤患者而言,从诊断期开始,便产生了心理上的压力<sup>[18-19]</sup>。随着疾病诊疗的动态发展,这种压力会逐渐放大,从而使患者在心理上产生诸如焦虑、抑郁等不良情绪。而接受永久性肠造口的患者,不但有一般肿瘤患者的心理负担,还要面对自我身体形象、排便功能、异味等一系列的改变,因此其心理承受的压力会更加突出<sup>[20-21]</sup>。而相比于传统护理模式,本研究中时机理论下医护一体化延续性护理使患者焦虑水平降低。这主要得益于不同疾病时期的个性化心理干预措施。

**3.3 时机理论下医护一体化延续性护理对患者自我效能感的改善作用** 美国心理学家提出了自我效能的概念,并将其定义为“人们在组织和实施过程中实现特定成就目标的能力和信念”<sup>[22-23]</sup>。作为评估自我护理、社会自信和能力的工具,自我效能感在肠造口患者的研究中扮演着重要的角色。本研究中,两组间造口护理自我效能感评分差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),不同时间点造口护理自我效能感评分差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),造口护理自我效能感评分无交互效应( $P > 0.05$ )。笔者认为这主要与新护理模式下更加注重心理护理有关,在本研究中除了常规的心理疏导外,还创新地引入了病友联谊或沙龙活动,帮助患者走出自我封闭的误区,建立良好的康复信念。

**3.4 时机理论下医护一体化延续性护理对患者并发症、生活质量及护理满意度的影响** 肠造口并发症严重制约了造口患者的社会活动,影响了患者的日常生活,影响了患者与家人的关系,降低他们的生活质量。本研究中,观察组与对照组相比,结肠造口并发症明显减少。并发症的减少主要得益于以下几方面:一是医护紧密结合,对并发症的防治方面不留死角;二是

在时机理论下,通过不同疾病阶段的信息反馈,不断优化和调整护理方案,从而更加有针对性地解决患者的问题。近 30 年来,对患者生活质量的研究引起了人们的关注,形成了国际研究热点。有学者认为,监测肠造口患者的生活质量有助于医生为患者安排适当的治疗和做出护理决策,使患者获得更好的生活质量和康复效果<sup>[24-25]</sup>。本研究中,与常规护理相比,新模式下的护理提高了患者出院后 1 个月和 3 个月的生活质量,且护理满意度较高。此外,最有用和最受欢迎的服务是在线社交工具微信和钉钉,医护人员和患者可以通过视频进行交流,而且更实时、更高效、更便捷。

综上所述,与常规护理相比,时机理论下的医护一体化延续性护理能够有效改善结直肠癌术后造口患者的自护能力与生活质量,且患者并发症的发生率更低、护理满意度更高,值得临床推广。

## 参考文献

- [1] 马昕璐,毛学惠,赵继明,等.永久性肠造口患者延续护理服务需求调查与分析[J].中华现代护理杂志,2020,26(6):789-793.
- [2] 张宽新,屈清荣,石佩玉,等.叙事疗法对永久性肠造口患者病耻感影响的研究[J].中华护理杂志,2019,54(8):1125-1129.
- [3] 刘海艳.医护一体化在重症监护室机械通气病人早期康复中的应用研究进展[J].全科护理,2020,18(31):4284-4287.
- [4] 曾燕.基于信息化的延续性护理在永久性肠造口患者中的应用现状[J].天津护理,2020,28(5):626-628.
- [5] 张小芳,金瑜,吴雅芳.以时机理论为基础的康复训练对行 PCI 的不稳定性心绞痛患者心功能与生活质量的影响[J].中华全科医学,2018,16(4):671-674.
- [6] 潘贵春,骆锦和,林壮国,等.时机理论对焦虑性抑郁症患者护理的影响效果[J].护理实践与研究,2018,15(14):148-150.
- [7] 王晓雷,黄小勇,杨霖,等.医护一体化诊疗模式的应用效果[J].解放军护理杂志,2018,35(3):66-68.
- [8] 赵文芳,曹文学,王红霞.医护一体化模式的研究进展[J].全科护理,2017,15(33):4130-4133.
- [9] 中国研究型医院学会护理分会.成人肠造口皮肤黏膜分离护理专家共识[J].中国研究型医院,2022,9(5):9-12.
- [10] 中国医师协会肛肠医师分会造口专业委员会,中国医师协会肛肠医师分会,中华医学学会外科学分会结直肠外科学组,等.中低位直肠癌手术预防性肠造口中国专家共识:2022 版[J].中华胃肠外科杂志,2022,25(6):471-478.
- [11] 汪少华,石晶,李丽,等.医护一体化快速康复理念在结直肠癌围手术期护理中的应用[J].结直肠肛门外科,2017,23(增刊 1):130.
- [12] 赵东征,孙继红,刘丽.时机理论导向的“4T”阶段干预策略对小儿肠造口术后家属疾病不确定感及应对方式的影

- 响[J]. 临床研究, 2020, 28(4): 186-187.
- [13] 程长, 何嘉悦, 余吟吟, 等. 中文版状态-特质焦虑量表的测量等值性研究[J]. 中国临床心理学杂志, 2021, 29(1): 68-73.
- [14] 刘梅玉, 曲彦, 管芝玲, 等. 造口护理管理自我效能量表的汉化及信效度检验[J]. 护理研究, 2020, 34(23): 4145-4148.
- [15] 吴雪, 金晓燕, 尚少梅, 等. 造口病人生活质量量表中文译本的信度、效度分析[J]. 中国护理管理, 2011, 11(7): 23-25.
- [16] ORIVE M, ANTON-LADISLAO A, LÁZARO S, et al. Anxiety, depression, health-related quality of life, and mortality among colorectal patients: 5-year follow-up[J]. Support Care Cancer, 2022, 30(10): 7943-7954.
- [17] ESTRUP S, KJER C K, VILHELMSEN F, et al. Health-related quality of life, anxiety and depression and physical recovery after critical illness: a prospective cohort study [J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2022, 66(1): 85-93.
- [18] 龚海燕, 万霞, 刘秀霞. 奥瑞姆护理干预在肠造口中的应用效果评价[J]. 中国卫生标准管理, 2019, 10(8): 128-130.
- [19] 黄凤凤, 郑美花, 王璐祯, 等. 永久性肠造口病人自我概念与生活质量相关性研究[J]. 循证护理, 2019, 5(10): 917-920.
- [20] 李晓红, 王慧敏, 袁红梅, 等. 人文关怀联合病友互动模式对肿瘤科患者心理状态的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(9): 1608-1610.
- [21] 辛丹. 慢性病轨迹模式在结直肠癌造口患者中的应用探讨[J]. 当代护士(下旬刊), 2021, 28(2): 82-84.
- [22] JOSFELD L, KRÜGER L, BÜNTZEL J, et al. Self-efficacy in relation to the use of complementary and alternative medicine, lifestyle choices and cancer aetiology [J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2022, 148(10): 2707-2715.
- [23] 郑丽娜, 刘丽, 董万里. 肠造口患者生活质量与疾病感知的相关性[J]. 河南医学研究, 2020, 29(15): 2753-2755.
- [24] 赖叶琼. 肠造口护理中延续性护理对改善并发症及自我护理的效果[J]. 中国医药科学, 2020, 10(9): 122-125.
- [25] 李帆影, 张尚华, 刘珍, 等. 肿瘤患者心理干预法的研究概况[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(6): 159-162.

(收稿日期: 2023-01-10 修回日期: 2023-07-21)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 18. 033

## 奥美拉唑钠联合双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗急性胃肠炎的临床效果

胡 勇, 杨 霞, 熊贤军

新余钢铁集团有限公司中心医院消化内科, 江西新余 338000

**摘要:**目的 观察奥美拉唑钠联合双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗急性胃肠炎(AGE)的临床效果。方法 选取 2019 年 1 月至 2022 年 5 月该院收治的 81 例 AGE 患者作为研究对象, 按随机数字表法将其分为对照组(41 例)和观察组(40 例)。对照组予以双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗, 观察组予以奥美拉唑钠联合双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗。对比两组临床疗效、临床症状缓解时间、微炎症指标[肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-8(IL-8)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)]水平及不良反应发生情况。结果 观察组总有效率较对照组高, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组腹泻、腹痛、恶心呕吐症状缓解时间均较对照组短, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗 2 周, 观察组 TNF- $\alpha$ 、IL-8、IL-6 水平均较对照组低, IL-10 水平较对照组高, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 两组间不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 AGE 患者采用奥美拉唑钠联合双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗效果较好, 可缓解临床症状, 调节微炎症指标水平, 且安全性好。

**关键词:**急性胃肠炎; 奥美拉唑钠; 双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊; 微炎症指标

**中图分类号:** R57

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2023)18-2772-03

急性胃肠炎(AGE)作为消化内科常见疾病, 多因细菌、病毒等感染所致, 容易引发腹泻、腹痛等症状, 若不及时治疗, 会导致脱水、酸碱失衡, 甚至威胁患者生命安全<sup>[1]</sup>。目前, AGE 的治疗主要以药物为主, 其中双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊为常用肠道益生菌, 该药物可调节肠道菌群, 促使蛋白质、水溶性维生素吸收, 增强肠黏膜功能, 从而改善腹泻症状<sup>[2]</sup>。但临床研究发现, 双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊单一治疗效果达不到预期, 联合其他药物可取得更好的治疗效果<sup>[3]</sup>。奥美拉唑钠为常用质子泵抑制剂, 可减少胃酸

分泌, 改善胃内 pH, 且可保护胃肠黏膜<sup>[4]</sup>。鉴于此, 本研究旨在观察奥美拉唑钠联合双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗 AGE 的临床效果。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2019 年 1 月至 2022 年 5 月本院收治的 81 例 AGE 患者作为研究对象, 按随机数字表法分为对照组(41 例)和观察组(40 例)。对照组: 男 23 例, 女 18 例; 年龄 19~56 岁, 平均(37.84±5.69)岁; 病程 3~34 h, 平均(18.41±3.67)h; 食物中毒 13 例, 生冷刺激 11 例, 暴饮暴食 11 例, 其他 6 例。