

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.24.032

以自我效能为核心的护理路径对胃肠肿瘤术后肠造口患者生活质量的影响

刘小平,姜萍,童辉群,汪红英

江西省九江市第一人民医院肿瘤科,江西九江 332001

摘要:目的 探讨以自我效能为核心的护理路径运用于胃肠肿瘤术后肠造口患者中的价值。方法 选择 2020 年 11 月至 2021 年 8 月于该院就诊的 80 例胃肠肿瘤术后肠造口患者,按随机数字表法分成两组,每组 40 例。研究组实施以自我效能为核心的护理路径,对照组开展常规护理。护理前后对两组抑郁[抑郁自评量表(SDS)]、焦虑[焦虑自评量表(SAS)]、自我效能、自尊、生活质量[生活质量评估量表(SF-36)]进行评分,统计两组并发症(造口缺血、造口水肿、造口回缩、造口出血)情况,比较两组护理结果。结果 护理前两组 SDS、SAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),护理后研究组评分均低于对照组($P<0.05$)。护理前两组自我效能评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),护理后研究组评分均高于对照组($P<0.05$)。研究组并发症发生率为 10.00%,低于对照组的 27.50%,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理前两组自尊评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),护理后研究组评分均高于对照组($P<0.05$)。护理前两组 SF-36 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),护理后研究组评分均高于对照组($P<0.05$)。结论 以自我效能为核心的护理路径效果显著,能够消除患者负性情绪,提升自我效能感及自尊感,并发症少,同时可改善患者生活质量。

关键词:肠造口;自我效能;胃肠肿瘤术;护理路径**中图分类号:**R473.73**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2022)24-3434-04

胃肠肿瘤作为临床较为多见的肿瘤类型,在我国的患病率呈现日渐升高趋势,早期患者并无典型症状,一旦发展至中晚期后,可出现恶心、呕吐、腹痛及发热等症状,直接危及患者身体健康与生活质量^[1]。近几年,随着医疗水平与低位吻合技术的完善发展,腹腔镜被广泛运用于胃肠肿瘤的治疗中,例如低位结直肠癌根治术后,大部分患者可成功保肛,但仍有部分患者需携带永久性肠造口,其主要改变粪便排泄的出口,直接增加患者精神压力,并降低日常生活质量,导致预后不良^[2-3]。对此,临床认为选择合适的护理措施对术后康复具有重要意义,同时可稳定患者情绪,促进生活质量提升。其中以自我效能为核心的护理路径作为新型护理方式,自我效能表示人在特定情境下对自身能否成功完成某项行为的主观判断,对患者思维模式及应对术后并发症问题的影响极大。自我效能是影响生活质量的重要因素,且是患者对机体健康所展现的信念与具备的功能,可在一定程度上决定健康行为,并对治疗及康复效果造成极大影响^[4-5]。若能够对胃肠肿瘤手术患者进行以自我效能为核心的护理路径,可显著改善患者自我管理能力和对病情恢复提供保障^[6]。对此本研究展开试验,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2020 年 11 月至 2021 年 8 月于本院就诊的 80 例胃肠肿瘤术后肠造口患者,按随机数字表法分成两组,每组 40 例。研究组男 23 例,女

17 例;年龄 38~72 岁,平均(50.69±2.34)岁;病程 1~7 年,平均(4.26±1.05)年;体质量指数在 21~25 kg/m²,平均(23.57±0.58)kg/m²;对照组男 20 例,女 20 例;年龄 36~74 岁,平均(50.77±2.56)岁;病程 1~9 年,平均(4.93±1.12)年,体质量指数在 20~25 kg/m²,平均(23.90±0.44)kg/m²。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准^[7]:(1)符合疾病诊断标准,经病理检验确诊者;(2)初次接受胃肠肿瘤手术且同时进行肠造口者;(3)患者及亲属签署同意书者;(4)生活可自理者;(5)小学及以上文化者,存在一定理解、配合能力;(6)出院后可定期来院复查者;(7)经本院伦理委员会批准者。排除标准:(1)存在手术禁忌证者;(2)合并其他严重疾病影响研究者;(3)存在精神异常或者情感异常等精神疾病者;(4)中途退出试验者。

1.2 方法 研究组:选择以自我效能为核心的护理路径。(1)制作并发放《肠造口护理手册》,并定期组织学习课堂,为患者及亲属普及造口相关知识。组织成立线上学习小组,每周定期发送造口护理基础知识,并指导患者亲自参与造口护理工作,如造口袋的选择、清理、更换,造口周围皮肤的护理,以及并发症的预防和处理等。(2)指导患者建立造口护理日记,每日记录造口情况(形式包含文字、图片等),及时与专家组成员沟通,以便获得专业指导。(3)间隔 2 周开展 1 次护理心得交流会,鼓励患者及时提出自我护理过程中出现的问题,并组织大家积极探讨解决。鼓

励康复情况好、经验丰富的患者分享自己的经验,帮助其他患者弥补不足,增加经验和自信心。(4)间隔 2 周进行 1 次一对一交流,形式包含线上或者线下面对面的方式,以患者实际情况及意愿选择交流方式。对于自我护理能力较差者予以针对性指导,通过言语的建议、引导、解释使患者意识到自我管理的重要性。了解患者心理感受及疑问,给予心理疏导和安慰,解答患者疑问,同时鼓励患者家属积极学习造口护理知识,创建良好的家庭氛围,改善患者的负性情绪,增强自信心。

对照组:选择常规护理,其中包含对患者进行肠造口常规护理,并定时查房,提供日常护理等。

1.3 观察指标 (1)采用焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评估患者抑郁、焦虑程度,<50 分为无抑郁、焦虑;50~<60 分为轻度抑郁、焦虑;60~<70 分为中度抑郁、焦虑;>70 分为重度抑郁、焦虑^[8]。(2)护理前后进行自我效能评分,包含沟通能力、角色功能、症状管理、情绪控制 4 项,每项满分为 10 分,分值越高表示自我效能感越强^[9]。该量表总体 Cronbach's 系数为 0.942,4 个维度的 α 系数值均>0.85,折半信度系数为 0.928,信度和效度较好。(3)统计两组并发症(造口缺血、造口水肿、造口回缩、造口出血)情况。(4)护理前后进行自尊评分,包含外表自尊、行为自尊、社会自尊、自尊总分 4 项,满分在 20~80 分,分值越高自尊感越强^[10]。该量表总体 Cronbach's 系数为 0.926,4 个项目的 α 系数值均>0.85,折半信度系数为 0.915,信度和效度较好。(5)引用生活质量评估量表(SF-36)评估患者生活质量,包含生理职能、总体健康、生理机能、躯体疼痛、情感职能、精神健康、活力、社会功能,各项满分为 100 分,分值越低表示生活质量越差^[11]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件进行数据处理和分析,呈正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数和百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 SDS、SAS 评分比较 护理前两组 SDS、SAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后研究组 SDS、SAS 评分均低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组自我效能评分比较 护理前两组自我效能评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后研究组自我效能评分高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组并发症比较 研究组并发症发生率为 10.00%,低于对照组的 27.50%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 1 两组 SDS、SAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	SDS 评分		SAS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	40	65.89±7.24	44.16±5.20	69.31±8.22	41.89±4.36
对照组	40	66.02±7.11	63.45±6.03	68.76±8.04	57.68±5.04
t		0.081	15.322	0.303	14.985
P		0.936	0.001	0.763	0.001

2.4 两组自尊评分比较 护理前两组自尊评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后研究组自尊评分均高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

2.5 两组 SF-36 评分比较 护理前两组 SF-36 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后研究组 SF-36 评分高于对照组($P<0.05$)。见表 5。

表 2 两组自我效能评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	沟通能力		角色功能		症状管理		情绪控制	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	40	4.23±1.40	8.14±0.71	4.60±1.53	8.67±0.89	4.51±1.50	8.90±0.67	4.09±1.36	9.01±0.33
对照组	40	4.45±1.47	7.06±0.95	4.78±1.59	7.21±1.24	4.66±1.55	7.51±0.88	4.15±1.38	8.47±0.82
t		0.685	5.759	0.516	6.050	0.440	7.948	0.196	3.864
P		0.495	0.001	0.607	0.001	0.661	0.001	0.845	0.001

表 3 两组并发症比较[n(%)]

组别	n	造口缺血	造口水肿	造口回缩	造口出血	总计
研究组	40	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	4(10.00)
对照组	40	3(7.50)	3(7.50)	2(5.00)	3(7.50)	11(27.50)
χ^2						4.021
P						0.045

表 4 两组自尊评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	外表自尊		行为自尊		社会自尊		自尊总分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	40	18.23±5.47	24.76±2.03	18.41±5.66	23.90±1.87	15.72±4.03	21.34±2.67	50.39±7.58	67.69±8.21
对照组	40	18.51±5.38	20.55±3.19	18.37±5.89	19.56±2.94	15.91±4.11	17.25±3.01	51.02±7.36	59.44±8.01
t		0.231	7.042	0.031	7.878	0.209	6.429	0.377	4.549
P		0.818	0.001	0.975	0.001	0.835	0.001	0.707	0.001

表 5 两组 SF-36 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	生理职能		总体健康		生理机能		躯体疼痛	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	40	61.58±6.77	87.23±3.16	65.33±7.24	90.10±2.54	62.45±6.37	85.26±3.04	63.99±5.74	82.76±2.41
对照组	40	61.90±6.52	80.64±4.21	65.81±7.60	83.61±3.78	62.88±6.70	79.35±4.12	64.21±5.85	77.59±3.01
t		0.215	7.918	0.289	9.013	0.294	7.300	0.170	8.480
P		0.830	0.001	0.773	0.001	0.769	0.001	0.866	0.001

组别	n	情感职能		精神健康		活力		社会功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	40	73.45±5.28	93.05±1.02	71.06±5.49	92.01±1.34	70.59±5.31	91.04±1.45	67.45±5.70	92.21±1.13
对照组	40	73.10±5.49	85.77±2.16	71.68±5.11	84.39±2.01	70.88±5.20	85.69±2.02	67.23±5.61	82.69±2.50
t		0.291	19.275	0.523	19.950	0.247	13.608	0.174	21.946
P		0.772	0.001	0.603	0.001	0.806	0.001	0.862	0.001

3 讨 论

近些年,虽然我国对肠造口护理的重视程度逐渐提升,但对于肠造口患者的自理能力仍未重视,通常是由护理人员与患者家属承担大部分肠造口患者的护理工作,而患者自身对其肠造口的护理机会较少,从而导致出院后出现自我护理能力较差的现象,加上大部分患者缺少对自我护理的了解,无法有效应对造口护理中存在的问题^[12-13]。有研究指出,肠造口患者的自我护理能力在 1 年之内随着术后时间的延长而不断增加,但在一年后随着时间推移而趋于稳定^[14]。另外有报道显示,对出院后的肠造口患者进行随访,发现其自我护理能力较差,尤其是自我护理知识与技巧方面评分较低^[15]。由此可见,尽早选择合理有效的护理方案至关重要,在促进患者病情快速康复上意义重大。

以往临床多选择常规护理进行干预,仅包含造口管理、定期查房及日常护理等,效果较为局限,难以发挥显著效果^[16]。随着临床不断深入研究,发现以自我效能为核心的护理路径效果更好,其中认为自理能力是个人通过有目的的行为得到保证生存与发展的能力。由于大部分肠造口患者的粪便排泄出口发生变化,不仅给日常生活带来诸多不便,同时可能提升其精神压力,直接限制其社会活动,最终降低患者生活质量^[17-18]。若患者自我效能较差,其容易过度担忧排泄物渗漏、大便异位等情况,给患者社会交往带来极大影响。除此之外,自我护理能力较差的患者,出现

肠造口及周边皮肤的并发症风险较高^[19]。对此,若能够在自我效能的基础上开展护理路径,可显著提升护理水平,稳定患者情绪,提升其自我效能感,纠正错误行为与认知,为病情早日好转提供指导。但目前临床以自我效能为核心的护理路径与胃肠肿瘤相关的报道较少,本研究对此展开试验,结果显示:护理前两组 SDS、SAS、自我效能、自尊、SF-36 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),护理后研究组评分均优于对照组($P < 0.05$);研究组并发症发生率低于对照组($P < 0.05$),证实以自我效能为核心的护理路径可预防严重并发症的发生,并缓解焦虑、抑郁情绪,改善患者自尊及自我效能感,以此提升生活质量。在以自我效能为核心的护理路径中,主要通过健康教育方式提升患者认识能力,使其熟练掌握造口护理的相关知识。同时经过心理疏导,有效稳定患者情绪,使其积极配合护理,并增强其信心,有助于自我效能感提升,为术后自我护理及病情快速恢复提供保障^[20]。由此可见,以自我效能为核心的护理路径的效果更好,值得推广。

综上所述,以自我效能为核心的护理路径效果突出,可促进负性情绪消失,提升自我效能感及自尊感,减少并发症,改善生活质量。

参考文献

- [1] 钟玉娟,徐结芳,黄艳萍. 胃肠道肿瘤患者自我效能对阿帕替尼不良反应的影响研究[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(17): 125-127.

- [2] 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/CD].消化肿瘤杂志(电子版),2021,13(1):70-74.
- [3] ZHANG Y,XIAN H T,YANG Y,et al. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma:a descriptive,cross-sectional study[J].J Clin Nurs,2019,28(15/16):2880-2888.
- [4] 王佳慧,李凯,王爱平.自我效能理论在肠造口患者自我管理行为中的应用效果评价[J].中国医科大学学报,2019,48(11):1041-1044.
- [5] 皇冬梅,卢明,申瑶,等.行动导向宣教联合 Orem 护理系统在直肠癌术后永久性结肠造口患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(23):3166-3169.
- [6] 杨丽慧.基于行动研究实践理论的健康教育对直肠癌造口患者自我效能和自护能力的影响[J].护理实践与研究,2020,17(7):86-88.
- [7] 俞士卉,胡少华,祝青青,等.胃肠肿瘤术后患者社会支持与自我管理效能感的相关性分析[J].中华现代护理杂志,2018,24(12):1425-1428.
- [8] 路立华,李凤君,冯红喜.人性化护理干预对晚期肿瘤患者化疗后并发症及胃肠道不良反应的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(6):1091-1093.
- [9] 李晓娟,关碧,王慧,等.基于时机理论的综合性护理干预对胃肠道肿瘤患者疗效及术后并发症的影响[J].河北医药,2021,43(21):3338-3342.
- [10] 郝小娜.分阶段护理模式对胃肠肿瘤术后患者营养水平及预后的影响[J].贵州医药,2021,45(3):499-501.
- [11] ZHANG X,GAO R,LIN J L,et al. Effects of hospital-family holistic care model on the health outcome of patients with permanent enterostomy based on the theory of timing it right' [J]. J Clin Nurs, 2020, 29 (13/14): 2196-2208.
- [12] 范小莉,陈蓉,肖蔓,等.快速康复外科护理在老年胃肠道肿瘤患者围手术期的应用[J].西南国防医药,2020,30(2):125-127.
- [13] 芦婷婷,刘敬,冯月亮.综合护理干预对晚期肿瘤患者化疗所致胃肠道反应及睡眠质量的影响研究[J].中华肿瘤防治杂志,2018,25(增1):287-289.
- [14] 吴光峰,林金凤,黄凤,等.综合性护理干预对胃肠道恶性肿瘤化疗患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(3):110-111.
- [15] 曹妙云,郑梅.护理干预对老龄患者胃肠道肿瘤术后深静脉血栓形成的影响[J].血栓与止血学,2019,25(2):309-310.
- [16] 朱宇,吴丹,万符君.预见性护理用于胃肠道肿瘤患者围手术期深静脉血栓形成的预防效果[J].血栓与止血学,2018,24(5):884-885.
- [17] 韩明霞,高森,惠小娟.多方案护理干预在胃肠道肿瘤患者术后下肢深静脉血栓形成防治中的临床价值[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(8):1017-1019.
- [18] LI O M,WU L J,HUANG Y L,et al. Nursing care for infants after enterostomy:experience with 483 cases over a 5-year period[J].J Nurs Manag,2019,27(8):1614-1619.
- [19] 邵申申,李玉梅.胃肠肿瘤术后老年患者肠内营养耐受性循证护理流程的应用[J].湖北医药学院学报,2021,40(2):208-210.
- [20] 颜江云,林建安,林惠玲,等.信息技术在腹腔镜胃肠肿瘤术后患者延续性护理中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(6):716-719.

(收稿日期:2022-03-06 修回日期:2022-08-20)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.24.033

咪达唑仑联合氟马西尼用于悬雍垂腭咽成形术麻醉苏醒期的有效性与安全性观察

欧 锋,井立说[△]

陕西省安康市中医医院麻醉科,陕西安康 725000

摘要:目的 探讨咪达唑仑麻醉联合患者苏醒期使用氟马西尼对悬雍垂腭咽成形术(UPPP)麻醉苏醒期的有效性与安全性。**方法** 选取 2019 年 1 月至 2021 年 1 月该院 80 例 UPPP 患者作为研究对象,随机分为观察组(咪达唑仑麻醉联合患者苏醒期使用氟马西尼)与对照组(丙泊酚麻醉),每组 40 例。比较两组血流动力学变化情况、麻醉相关指标、不良反应发生率。**结果** 与入室时比较,两组诱导后、插管即刻、拔管即刻平均动脉压(MAP)、心率(HR)降低($P < 0.05$),但两组各时刻 MAP、HR 比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);观察组自主呼吸恢复、呼唤睁眼、拔管时间均短于对照组,警觉/镇静评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 咪达唑仑麻醉联合患者苏醒期使用氟马西尼应用于 UPPP 患者,有利于缩短患者麻醉苏醒期自主呼吸恢复时间及拔管时间,安全、可靠,可予以推广。

关键词:咪达唑仑; 氟马西尼; 悬雍垂腭咽成形术; 麻醉苏醒期; 自主呼吸恢复时间; 不良反应

中图分类号:R614.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)24-3437-04

悬雍垂腭咽成形术(UPPP)在临床上主要应用于 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)的治

[△] 通信作者,E-mail:jls13571443982@163.com。