

延续性护理对胃肠外科出院患者自我管理能力及康复结局的影响

梁胜南

咸宁市中心医院 湖北 咸宁 437000

【摘要】目的：探讨延续性护理对胃肠外科出院患者的实际影响。方法：整理2024年11月-2025年10月我院接收的86例胃肠外科手术患者的病例资料，按照时间先后顺序分为对照组（43例）和观察组（43例），对照组采取常规出院指导，而观察组采取延续性护理，对比两种护理措施对患者的康复结局、自我管理能力和日常生活质量的实际影响。结果：观察组经延续性护理后的自我管理能力和生活质量评分均高于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组并发症发生率为2.33%、再入院率为2.33%，而对照组上述指标分别为18.60%、16.28%，两组康复结局差异显著（ $P < 0.05$ ）。结论：根据胃肠外科出院患者的实际情况，个性化开展延续性护理模式，有助于提高患者的自我管理能力和预防并控制肠梗阻、感染等并发症风险，降低再入院率，值得推广。

【关键词】：延续性护理；胃肠外科；自我管理能力和康复结局

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.051

受人们的生活习惯、饮食习惯及环境因素等多种因素的影响，胃肠道肿瘤、肠梗阻等胃肠外科常见病发生率逐年攀升^[1]。胃肠外科手术是治疗多种消化系统疾病的重要手段，但因手术部位的特殊性，手术患者需经历较长的康复周期。若住院期间无法提高患者的自我管理能力和日常生活质量，可因引发吻合口瘘、肠梗阻等并发症而影响康复进程。常规出院护理形式为口头指导、书面通知，难以科学提升患者的自护能力，致使康复效果达不到预期。延续性护理是整合医院、社区、家庭等多维度资源的新型护理模式，通过衔接医院与社区护理环节，改善出院患者预后^[2]。基于此，我院特选取86例胃肠外科出院患者开展分组试验，汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究经院内伦理委员会批准，按照时间先后顺序，将2024年11月-2025年10月收治的86例胃肠外科出院患者予以分组，资料如下：对照组男23例，占比为53.49%，女20例，占比为46.51%，年龄（ 58.39 ± 4.92 ）岁，胃癌患者12例，占比为27.91%，结肠癌患者17例，占比为39.53%，其余患者均为直肠癌。观察组男24例，占比为55.81%，女19例，占比为44.19%，年龄（ 58.26 ± 4.81 ）岁，胃癌患者13例，占比为30.23%，结肠癌患者18例，占比为41.86%，其余患者均为直肠癌。两组出院患者一般资料对比，数据无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：（1）符合胃肠外科手术指征；（2）意识清晰，能配合完成量表调查及随访工作；（3）术后病情稳定，具备出院条件；（4）同期未参与类似护理试验。

排除标准：（1）预计生存期不足6个月；（2）合并重要脏器功能障碍；（3）合并精神疾病或心理障碍，无法配合护理干预；（4）中途退出研究或失访者。

1.2 方法

1.2.1 参照组

常规出院指导：出院前1d由责任护士发放出院指导手册，口头讲解居家饮食禁忌、伤口护理方法、复查时间等知识，并于出院后1周内进行常规电话随访，了解患者日常用药、活动情况，叮嘱患者按时复查。

1.2.2 观察组

延续性护理：（1）建立健康档案，由责任护士、营养师等医疗工作者组建护理小组，出院前评估患者病情恢复情况、身体基础状况，并结合患者基础信息建立健康档案。（2）多维随访护理，护理小组成员邀请患者添加胃肠外科微信群聊，每周一、三、五定时推送胃肠外科疾病相关知识，如：居家康复技巧、饮食食谱等。同时，每周二、四开展微信视频随访工作，重点关注患者日常饮食、用药及伤口恢复情况，并耐心解答患者及家属疑问。另外，每周组织社区护士开展上门随访工作，开展对象为行动不便的出院患者，重点观察患者伤口愈合情况。（3）饮食与用药管理，在营养医师的协助下，根据患者实际情况制定饮食方案。术后1-2周以流质、半流质饮食为主，术后3-4周需增加蛋白质、维生素摄入量，而术后1-3个月便可恢复至普通饮食。同时，耐心讲解药物服用时间、不良反应，引导患者通过微信打卡按时、按量服用药物。（4）症状与康复护理，通过5-10min的短视频讲解腹部按摩、热敷、穴位按压技巧，并耐心科普伤口护理方案，正确指导患者观察伤口愈合情况。同时，根据患者的身体素质制定康复训练方案，初期以床上翻身、肢体活动为主，后期根据患者耐受能力，逐步过渡至下床散步、太极拳等温和运动。（5）心理与社会支持，每周针对胃肠外科出院患者开展心理疏导活动，通过电话、微信视频等随访方式，了解患者的心理状态，并积极组织病友互助小组，通过线下交流活动，增强患者康复信心。同时，鼓励家属积极参与至患者的日常护理工作中，通过加强家庭情感支持，为患者构建良好的社会支持系统。

1.3 观察指标

(1) 自我管理能力: 参照自我管理力量表 (SDMS), 围绕饮食管理、用药依从、症状应对、自我护理 4 个维度予以评估, 总计 20 个条目, 每个条目 1-5 分, 总分 100 分, 分数越高表明自我管理能力越强^[3]。

(2) 康复结局: 统计两组患者术后并发症发生率、再入院率。

(3) 生活质量: 参照健康状况调查问卷 (SF-36), 围绕精力状态、情感功能等维度予以评估, 总分 100 分, 分数越高表明生活质量越好^[4]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS28.0 统计学软件录入数据并分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验, 计数资料以 [n (%)] 表示, 行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 SDMS 评分对比

护理后, 观察组 SDMS 评分高于参照组 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1 两组 SDMS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

观察指标	时间点	观察组(n=43)	参照组(n=43)	t 值	P 值
饮食管理	护理前	12.38 ± 2.72	12.04 ± 2.28	0.452	0.685
	护理后	21.52 ± 1.27	18.62 ± 1.43	9.634	<0.001
用药依从	护理前	13.94 ± 2.61	13.29 ± 2.65	0.568	0.632
	护理后	22.21 ± 1.23	18.27 ± 1.81	8.574	<0.001
症状应对	护理前	13.45 ± 2.34	13.73 ± 2.23	0.146	0.971
	护理后	21.93 ± 1.18	17.54 ± 1.19	7.956	<0.001
自我护理	护理前	14.62 ± 2.19	14.22 ± 2.53	0.245	0.743
	护理后	22.90 ± 1.41	19.17 ± 1.04	8.096	<0.001
总分	护理前	56.21 ± 2.52	56.53 ± 2.62	0.521	0.894
	护理后	86.42 ± 1.37	73.86 ± 1.06	8.674	<0.001

2.2 两组康复结局对比

观察组并发症发生率、再入院率均低于参照组 ($P < 0.05$), 详见表 2。

表 2 两组康复结局对比 [n (%)]

组别	观察组	参照组	χ^2	P
例数	43	43		

并发症发生率	1(2.33)	8(18.60)	10.387	<0.001
再入院率	1(2.33)	7(16.28)	9.034	<0.001

2.3 两组 SF-36 评分对比

护理后, 观察组 SF-36 评分高于参照组 ($P < 0.05$), 详见表 3:

表 3 两组 SF-36 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	时间点	观察组(n=43)	参照组(n=43)	t 值	P 值
精力状态(分)	护理前	52.85 ± 4.14	52.14 ± 4.27	0.256	0.432
	护理后	78.31 ± 3.26	68.27 ± 3.53	12.852	<0.001
情感功能(分)	护理前	54.34 ± 4.56	54.26 ± 4.16	0.396	0.541
	护理后	79.26 ± 3.64	67.10 ± 3.29	11.045	<0.001
社会功能(分)	护理前	54.28 ± 4.28	54.24 ± 4.41	0.341	0.653
	护理后	78.64 ± 3.73	68.51 ± 3.60	12.752	<0.001
健康状况(分)	护理前	54.37 ± 4.84	54.32 ± 4.23	0.135	0.573
	护理后	76.53 ± 3.12	66.54 ± 3.64	10.674	<0.001
心理机能(分)	护理前	52.59 ± 4.36	52.78 ± 4.17	0.983	0.247
	护理后	77.03 ± 3.28	67.82 ± 3.63	12.576	<0.001

3 讨论

由于胃肠外科手术患者存在手术切口、造口或吻合口, 需要持续观察伤口愈合情况, 并落实造瘘袋更换、造口周围皮肤清洁等护理工作。若患者及家属缺乏专业知识及护理技能, 将因护理不当而引发感染、渗漏等并发症, 影响康复进程。常规出院指导多为发放宣教手册, 口头讲解注意事项, 整体宣教时间有限, 部分患者可因自身接收能力弱而难以正确执行饮食、用药及康复护理措施, 致使康复结局不佳。研究发现, 观察组护理后的 SF-36 评分、SDMS 评分高于参照组 ($P < 0.05$), 表明延续性护理应用价值显著。实际上, 延续性护理是将院内护理延伸至社区和家庭的新型护理模式, 可通过连续性护理措施确保患者的饮食、活动等照护需求得到满足。其中, 根据患者的恢复状态调整健康教育内容, 可提高患者对于自身病情的正确认知, 从被动接受治疗转变为主动管理健康, 以此实现自护能力提升目的。同时, 考虑患者出院后常遇到疼痛、心理焦虑等问题, 为避免患者因无助感而放弃自我管理, 延续性护理要求医疗工作者根据患者实际情况建立健康档案, 通过病友互助小组、专题讲座、微信群聊等方式, 为患者提供实时咨询与干预, 从而增强自我管理信心。延续性护理还要求对家属同步开展宣教与指导活动, 通过引导家属增强家庭情感支持, 以此减轻患者照护负担。部分患者可因自身病情、担心预后而产生焦

虑、抑郁情绪，为避免患者出现社交回避问题，延续性护理要求医疗工作者在护理期间全程贯彻人文关怀理念，通过心理疏导、情感支持，帮助患者逐步回归家庭与社会角色，以此实现生活质量提高目的。

研究发现，观察组并发症率、再入院率均低于参照组（ $P<0.05$ ），说明延续性护理可改善胃肠科出院患者的康复结局。由于胃肠外科出院患者在康复期间易诱发吻合口漏、腹腔感染等不良事件，延续性护理要求医疗工作者个性化建立健康档案，通过定期开展电话、微信随访，早期识别并处理并发症先兆，可避免轻症进展为重症。同时，部分患者因认知不足而存在饮食不规律、康复锻炼中断、药物漏服等问题，延续性护理要求医疗工作者在康复期间严格落实健康宣教指导工作，通

过增强患者的遵医行为，确保营养支持、功能锻炼等工作顺利开展。尤其是胃肠外科患者可因焦虑、抑郁等情绪影响康复积极性，延续性护理要求打通医院、社区、家庭协作渠道，通过线上线下相结合的随访模式，实时了解患者的康复进展，并借助饮食与药物的个性化指导，帮助患者培养良好生活习惯。与此同时，根据患者耐受能力调整康复护理服务，可帮助患者正确应对不适症状，在提高机体免疫力的基础上降低再入院率，以此实现改善患者康复结局的目的，与黄鑫^[5]的研究结果一致。

综上所述，围绕胃肠外科出院患者开展延续性护理服务，有助于提高患者的自我管理能力和自我管理能力，降低并发症和再入院风险，并提高日常生活质量，值得推广。

参考文献：

- [1] 李娜娜,韩希芬.延续性护理在老年结直肠癌患者术后的应用[J].新疆医学,2025,55(08):1014-1017+1037.
- [2] 范花,邢健红,王蒙蒙,等.肠造口患者生活质量与延续性护理需求的纵向研究[J].当代护士(下旬刊),2025,32(05):117-123.
- [3] 陶欢欢,李文晓.基于微信的延续性护理对胃癌根治术出院患者恢复和并发症的影响[J].山西医药杂志,2024,53(24):1885-1889.
- [4] 朱攀.延续性护理在结直肠癌肠造口患者中的应用进展[J].医药前沿,2024,14(17):21-23.
- [5] 黄鑫,张香梅.延续性护理对胃癌患者出院后希望水平及生活质量和康复水平的影响[J].黑龙江中医药,2024,53(01):223-225.