

协同护理在结直肠癌患者肠造口后的护理中应用效果分析

吴 静

江苏省南京医科大学附属泰州人民医院 江苏 泰州 225300

【摘要】目的：观察结直肠癌患者肠造口后护理中协同护理的应用效果。方法：选取我院收治的70例结直肠癌肠造口患者为案例，资料收集时间2022年1月-2023年8月，以随机数字表法将患者分成2组，一组35例行常规护理，标为对照组，另一组35例行协同护理，标为观察组，对比两组护理效果。结果：和对照组护理后相比，观察组明显升高ESCA评分、肠造口护理知识掌握评分、QLQ-C30评分，显著降低造口周围皮肤不良情况发生率（ $P<0.05$ ）。观察组社会回归率高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组再入院率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：结直肠癌患者肠造口后，协同护理的应用可让患者及家属掌握更多的肠造口护理知识，提高其自我护理能力，并能减少肠造口周围皮肤变色等不良情况，促进生活质量增强。

【关键词】：结直肠癌；肠造口；协同护理；护理效果

DOI:10.12417/2811-051X.26.05.058

结直肠癌属于消化道恶性肿瘤，发生与不良生活习惯、不健康饮食密切相关，手术是当前治疗此病的主要方法，术后患者生命可有效延长，但由于肠造口使生理自然排泄通道改变，导致极大的影响患者生理和心理，且一旦管理不当，造口并发症可能出现，使生活质量严重降低^[1]。因此，结直肠癌患者肠造口后，应给予良好的护理，以改善预后。常规护理措施较为简单、基础，且针对性不强，护理效果难达预期。协同护理是一种先进的护理模式，国内外均有广泛应用，核心在于多学科团队协同，患者及家属均参与其中，实现信息共享与沟通，从而对患者进行连续、个性化的护理服务，满足实际需求，提高护理效果。协同护理除护理人员给予患者护理外，还注重将患者及家属的主观能动性调动起来，鼓励其积极参与，共同增强护理效果，促进患者预后情况改善，并提高患者自我护理能力^[2]。为了提高护理效果，促进患者康复，提高健康水平，探究一种可行、科学的护理方案至关重要。基于此，本研究筛选符合要求的结直肠癌肠造口患者为参考，观察协同护理对患者影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取70例结直肠癌肠造口患者，收治时间2022年1月-2023年8月，随机数字表法分成2组，一组35例行常规护理，标为对照组，另一组35例行协同护理，标为观察组。对照组男性、女性各为21例、14例，年龄区间在22岁至68岁之间，平均数值（ 42.94 ± 3.36 ）岁，结肠癌12例、直肠癌23例；观察组男性、女性各为19例、16例，年龄区间在21岁至71岁之间，平均数值（ 43.06 ± 3.47 ）岁，结肠癌15例、直肠癌20例。基础资料差异不明显（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）符合诊断标准；（2）均具有明确手术适应症，且肠造口术首次开展；（3）沟通、交流可正常进行；（4）知情同意。

排除标准：（1）易发生远处转移；（2）合并其他恶性肿瘤；（3）重要脏器官严重功能障碍；（4）合并精神疾病；（5）不识字；（6）不配合本次护理。

1.2 方法

对照组护理常规开展，包含告知注意事项，例如造口的清洁、消毒等。指导用药，严格遵医嘱用药，不能私自停药、换药、加减剂量。指导患者健康饮食，注意营养搭配，膳食均衡，多吃新鲜蔬菜与水果，摄入优质蛋白、维生素等。指导更换造口袋，做好示范和动作纠错。对患者进行心理疏导，每天1次，每次10min。

观察组应用协同护理，多学科协同作用，各司其职，充分发挥自己的专业特长，为患者提供优质的护理服务。具体方法如下：

（1）组建护理小组：责任护士、患者、家属均为小组成员，组长由护士长担任；将协同护理方法、作用等介绍给患者及家属，重点讲解患者及家属在护理中的重要性，获取其支持，并激发积极性。

（2）整体评估：肠造口术后，评估患者身体状况，通过交谈对其需求做出了解，同时与家属沟通，明确其对患者的态度，再向家属详细讲解肠造口护理重要性、家属及患者协同护理方法等，使其自觉参与意识被激发出来。

（3）心理护理：积极评估患者心理状态，主动与其沟通、交流，引导其将内心对肠造口的看法表述出来，再给予针对性

疏导；既往成功康复病例可多介绍给患者，激发其康复信心；除语言疏导外，患者心理状态利用多种方法改善，包含听音乐法、深呼吸法、转移注意力法等，缓解不良情绪；鼓励患者家属、朋友等经常探视患者，给予适当的关心与爱护，让患者感受到其情感上的支持，促进治疗信心进一步增强，继而提升依从性；另外，因肠造口改变生理功能，排泄无法自我控制，导致焦虑、羞耻感产生，护理人员应及时评估，并做好心理疏导与指导，使患者尽快使用，缓解不良情绪。

(4) 健康教育：肠造口相关知识以多种手段宣教给患者，包含语言讲解、发放宣传手册及图片、播放视频资料等，增进患者了解，肠造口术的必要性、优势等知识重点普及，使患者能正确看待自身的肠造口；因肠造口为永久性，患者出院后的自我护理尤为重要，护理人员健康教育中需融入自我护理认知干预，介绍何为自我护理，细致讲解自我护理的作用与重要性，帮助患者树立正确的自我护理意识，同时向患者普及自我护理技能，促进其自我护理能力逐渐增强。

(4) 造口护理：术后 24h 内，患者皮肤、伤口情况密切关注，造口袋更换时，嘱咐家属在旁观看，护理人员边操作边通俗的讲解，使家属能准确的掌握更换方法，还要介绍造口周围皮肤清洁方法、造口袋裁剪方法、使用造口保护方法等；术后 72h 内，鼓励患者观察、抚摸自身造口，同时将正常情况下造口皮肤的颜色讲解给患者及家属，并指导其正确的护理皮肤保护膜、学会观察黏膜血液循环情况；术后 6d 给患者宣讲造口袋特性、种类、类型等详细情况，指导造口袋清洗方法；术后 8d，造口线拆除；培训患者及家属造口袋护理技能时，在其一定掌握后进行模拟练习，及时指出、纠正发现的问题，确保护理方法熟练的掌握。

(5) 出院指导：出院前 1d，健康档案完善的建立，将出院后的相关注意事项明确告知患者及家属，再次指导如何护理肠造口，同时将肠造口护理手册发放，便于患者居家期间使用，将患者及家属邀入微信群内，给予定期随访，对其造口护理情况、身体恢复情况时刻掌握，嘱咐有问题时及时联系医护人员，必要时返回医院就诊。

1.3 观察指标

调查肠造口护理知识掌握情况，利用本院自制问卷评估，该问卷总分 100 分，分数越高，掌握程度越高。术前、术后 3 个月评估自我护理能力，运用自我护理能力测定量表 (ESCA) 作为评估工具处理，研究维度区间 4 个：包含自我护理技能、自我概念、自我责任感、健康知识水平，总分值区间 172 分，分数高代表能力高。调查生活质量情况，以生活质量调查表 (QLQ-C30 作为工具进行调查，维度包含 5 个：躯体功能、角色功能、社会功能、认知功能、情绪功能，均 100 分满分，得分高表示质量优。观察造口周围皮肤变色、组织增生、侵蚀发生情况。对比社会回归率 (重返工作)、再入院率。

1.4 统计学分析

软件 SPSS22.0，计数 n 和 % 表示， χ^2 检验，计量 ($\bar{x} \pm s$) 表示，t 检验， $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 肠造口护理知识掌握评分及 ESCA 评分

护理前评估，ESCA 评分未见对比差值 ($P > 0.05$)；护理后，观察组各项分值均属于更高一组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组相关评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别(n=35)	观察组	对照组
肠造口护理知识掌握评分	88.71 ± 5.46*	80.57 ± 6.82
ESCA 评分	护理前	69.05 ± 4.68
	护理后	138.52 ± 8.54*

注：与对照组相比，* $P < 0.05$ 。

2.2 QLQ-C30 评分

和对照组比，观察组各维度均属于评分更高一组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 QLQ-C30 评分统计 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别(n=35)	观察组	对照组
躯体功能	82.06 ± 6.99*	71.52 ± 6.48
角色功能	83.93 ± 7.15*	72.33 ± 6.95
认知功能	89.74 ± 7.06*	75.15 ± 7.24
情绪功能	80.3 ± 6.95*	65.66 ± 6.52
社会功能	80.17 ± 7.11*	65.77 ± 6.25

注：与对照组相比，* $P < 0.05$ 。

2.3 造口周围皮肤不良情况

观察组总发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组造口周围皮肤不良情况对比 n (%)

组别	观察组	对照组
n	35	35
变色	2(5.71)	5(14.29)
组织增生	1(2.86)	4(11.43)
侵蚀	0(0.00)	2(5.71)
总发生	3(8.57)*	11(31.43)

注：与对照组相比，* $P < 0.05$ 。

2.4 对比社会回归率、再入院率

观察组社会回归率高于对照组，再入院率低于对照组 ($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组社会回归率、再入院率对比 n (%)

组别	观察组	对照组
n	35	35
社会回归率	35(100.00)*	31(88.57)
再入院率	2(5.71)*	8(22.86)

注：与对照组相比，* $P < 0.05$ 。

3 讨论

目前，临床治疗结直肠癌时，主要方案为病灶彻底切除后再行肠造口术，术后复发率可有效降低，使患者生存时间明显延长。不过研究发现，肠造口术后不仅有较多的并发症，且日常的造口护理工作涉及的内容繁多，患者出现排便功能改变后可能出现心理异常变化，诸多因素均产生干扰，造成负面影响^[3]。国内部分文献显示，肠造口后护理干预优质的、科学的开展可促进患者自我护理能力提高，同时能使术后并发症有效的减少，有助于生存质量升高^[4]。因此，结直肠癌患者肠造口后良好护理方案的探索对其预后及生活质量改善尤为重要。

随着不断提高医疗水平，要求医疗服务质量标准到全新的高度，传统护理模式难以达到预期的目标，并且护理服务不再局限于传统的病症需求方面，还要对患者心理需求、生理需求等充分关注，始终坚持以人为本，将人性化、个体化的护理服务提供给患者^[5]。研究表明，常规护理的主导者为护理人员，无论是知识宣教，或是护理操作，患者均处于被动接受地位，尽管院内护理效果较为稳定，但出院后会暴露出诸多的不足，如缺乏足够的自护能力、造口维护效果出现降低等，可能造成预后受到影响^[6]。协同护理是一种新型护理方法，其主导者转

变为患者，护理人员通过适当方法将患者及家属的主动性、积极性激发出来，让其参与到护理中，亲自实施各项护理，最终使患者自我护理能力显著提高^[7]。协同护理通过多学科协作对患者的需求进行全面覆盖，减少护理遗漏，提高护理效果，对患者进行健康教育、赋能，提高其管理技能水平，减少对护理人员的依赖，增强主动性，可以优化医疗资源，形成良好的护患关系，由此一来，即使出院，患者及家属仍有能力实施专业护理，预防不良情况的发生。

本研究显示，观察组护理 ESCA 评分、肠造口护理知识掌握评分均显著高于对照组，说明协同护理可让患者掌握更多的肠造口护理知识，提高其自我护理能力。分析原因，协同护理模式下，护理人员会先普及协同护理知识，获取患者及家属支持，也帮助其树立自我护理意识，同时注重患者及家属认知的干预，让其能正确的、乐观的面对自身疾病及生理上的改变，以积极方式应对术后的生活；同时，护理过程中，护理人员注意协同患者及家属实施造口护理，且造口护理能力的培训循序渐进的开展，可保证患者及家属准确的掌握造口护理方法，最终提高自我护理能力^[8]。本研究发现，相比对照组，观察组护理显著升高 QLQ-C30 评分，提示协同护理有助于改善预后，提升患者生活质量，这是因为此护理方法能有效提升患者的主观能动性，激发出其内在动力，对于相关护理安排，患者更愿意遵从，由此使临床症状减轻，也保证造口后续良好的维护，最终促进生活质量提升^[9]。另外，观察组肠造口周围皮肤不良情况也明显少于对照组，说明协同护理有助于降低术后并发症发生几率，这与患者自护能力良好、可有效实施造口维护密切相关。观察组社会回归率高于对照组，再入院率低于对照组，说明协同护理在肠造口后患者中应用具有很高的社会效益。

综上，结直肠癌患者肠造口后护理时，应用协同护理有助于增强其自我护理能力，减少相关并发症，促进预后及生活质量改善，值得推广。

参考文献：

- [1] 农桂旋,苏锦绣,韦凤.协同护理模式对于提高结直肠癌患者结肠造口自护能力的效果研究[J].中国社区医师,2023,39(15):135-137.
- [2] 张羽.协同护理模式对直肠癌术后结肠造口患者自我效能及生活质量的影响[J].临床普外科电子杂志,2022,10(04):91-94.
- [3] 章海华,张承广,盛俊霞.多学科合作协同护理在结肠造口患者中的应用效果观察[J].现代实用医学,2022,34(09):1227-1228.
- [4] 朱晓丽.协同护理模式下早期运动干预对腹腔镜结直肠癌手术患者术后恢复的影响[J].中国肛肠病杂志,2022,42(05):64-66.
- [5] 俞静,周小娟.协同护理模式对结直肠癌患者术后造口并发症的发生率及自我护理能力的影响[J].名医,2022,(06):156-158.
- [6] 安可九,王娜,李景景.协同护理联合认知干预对结直肠癌病人结肠造口后的影响研究[J].全科护理,2022,20(08):1088-1091.
- [7] 赵玉杰.协同护理对结直肠癌患者结肠造口后护理效果影响[J].黑龙江中医药,2020,49(06):404-405.
- [8] 胡琳琳,吴小品,陈倩.协同护理模式对结直肠癌患者结肠造口术后自护能力及生活质量的影响[J].河南医学研究,2020,29(12):2271-2273.
- [9] 何海燕.协同护理对结直肠癌患者结肠造口后护理效果及自我护理能力的影响[J].智慧健康,2019,5(12):164-165.