

价[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(4): 296-298.

[4] 陈桂花. 中医特色疗法联合穴位敷贴治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(11): 1830-1832.

[5] 陈斌燕, 郑聪霞, 杨雁. 小儿推拿疗法联合药物雾化治疗小儿慢性持续期支气管哮喘护理研究[J]. 新中医, 2021, 53(7): 180-183.

[6] 中华医学会儿科学分会呼吸学组, 《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南(2016年版)[J]. 中华儿科杂志, 2016, 54(3): 167-181.

[7] 姜萌. 中药穴位敷贴专项护理小儿支气管哮喘疗效及对免疫功能的影响[J]. 新中医, 2020, 52(10): 150-152.

[8] 金莉, 吴越娣. 小儿平喘方联合西药治疗小儿支气管哮喘急性发作期临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(11): 133-136.

[9] 黎燕婷, 吴翠菊, 邢春暖, 等. 耳尖放血联合多形式心理干预对哮喘患儿康复的影响[J]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2020, 13(5): 672-675.

[10] 袁小霞, 朱瑛. 氧驱动雾化吸入治疗小儿支气管哮喘的临床护理干预策略分析[J]. 贵州医药, 2022, 46(6): 1004-1005.

[11] 苟向华, 高天雪, 魏明杰. 家庭教育-环境改良的延续性护理在小儿哮喘中的应用[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(3): 493-495.

[12] 梅玉霞, 刘小敏, 陆振瑜, 等. 定喘汤联合穴位贴敷对小儿咳嗽变异性哮喘患儿血清骨膜素、sST2 和CC-16 水平的影响[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(4): 532-536.

[13] 任宇哲, 于宙, 陈宏, 等. 芥子防哮喘穴位贴敷联合平喘方治疗小儿哮喘的临床效果[J]. 世界中医药, 2020, 15(21): 3327-3330.

[14] 郝秀丽, 王坤, 闫学平. 穴位贴敷疗法防治小儿支气管哮喘用药取穴规律及疗效影响因素分析[J]. 中医药导报, 2021, 27(5): 182-185.

[15] 刘昕, 宾博平, 周婧, 等. 加减二陈汤联合化痰膏穴位贴敷治疗痰哮证疗效观察及对患儿肺功能、炎性因子、免疫指标的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(6): 71-73.

基于5A护理模式的医护一体化查房 在内镜下黏膜下层剥离手术中应用

陈炜璋 袁莉 李靖玉

(东莞市滨海湾中心医院消化内科, 广东 东莞, 523900)

摘要:目的 探讨与分析基于5A护理模式的医护一体化查房在内镜下黏膜下层剥离手术中的应用价值。方法 选取2021年4月—2022年4月东莞市滨海湾中心医院收治的80例胃肠道肿瘤患者作为研究对象,根据1:1随机分配原则把患者分为5A组与对照组,每组40例。患者均给予内镜下黏膜下层剥离术治疗,对照组给予常规医护一体化查房护理,5A组在对照组的基础上给予5A模式护理,两组患者护理观察时间为3个月,观察与记录患者术后恢复、自我护理能力与心理状况。结果 两组患者的手术时间、术中继发性出血量对比,差异无统计学意义($P>0.05$);5A组患者的术后置管时间、术后住院时间与对照组对比,显著减少($P<0.05$)。5A组患者护理期间的继发性出血、穿孔、感染等并发症发生率为5.00%,与对照组的22.50%相比显著降低($P<0.05$)。护理后两组患者的自我护理能力评分明显高于护理前($P<0.05$),焦虑评分与抑郁评分显著低于护理前($P<0.05$);护理后5A组患者的自我护理能力评分明显高于对照组($P<0.05$),5A组的焦虑评分与抑郁评分显著低于对照组($P<0.05$)。结论 基于5A护理模式的医护一体化查房联合能减少内镜下黏膜下层剥离手术患者护理的置管时间、术后住院时间,降低并发症发生率,也可提高患者的自我护理能力,缓解焦虑与抑郁症状。

关键词:医护一体化查房;5A护理模式;内镜下黏膜下层剥离术;胃肠道肿瘤;自我护理能力

中图分类号:R47 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-8011(2023)-16-0108-04

胃肠道肿瘤是临床常见肿瘤之一,发病率与致死率一直居高不下。随着国内外老龄化社会的逐步推进,胃肠道肿瘤的发病率逐年攀升^[1]。胃肠道肿瘤形成周期比较长,故早期治疗与护理是改善患者预后的关键^[2]。内镜黏膜下层剥离术(Endoscopic submucosal dissection, ESD)为疾病治疗的重要方法,具有操作方便、患者术后恢复快等优势,但是其操作技术风险依然存在,导致患者术后并发症发生率比较高,对于术后护理的要求也相对较高^[3-4]。医护一体化查房是当前比较

新颖的诊疗方法,能够及时对患者的反馈信息进行调整,并提供专业的指导,从而改善患者的预后,但是其护理的针对性不强,护理质量有待提高^[5]。5A护理模式包括评估、建议、共识、协助、随访等环节^[6]。5A护理模式可提高很多慢性病患者自我管理的能力以及生活质量,但是在内镜下黏膜下层剥离手术的应用还比较少见^[7]。本文具体探讨与分析了基于5A护理模式的医护一体化查房在内镜下黏膜下层剥离手术中的应用价值,目的是促进患者预后的改善,取得了较好效果。现报道如下。

作者简介:陈炜璋(1980—),女,汉族,籍贯:广东省东莞市,本科,主管护师,研究方向:消化护理。

表 1 两组患者一般资料对比

[($\bar{x} \pm s$)/n(%)]

组别	例数	年龄(岁)	身体质量指数(kg/m ²)	肿瘤直径(cm)	病变部位		性别		心率(次/min)
					胃	肠道	男	女	
5A 组	40	54.68 ± 0.68	21.47 ± 1.15	2.67 ± 0.24	22(55.00)	18(45.00)	24(60.00)	16(40.00)	78.46 ± 2.68
对照组	40	54.71 ± 1.38	21.78 ± 0.98	2.69 ± 0.17	21(52.50)	19(47.50)	25(62.50)	15(37.50)	78.64 ± 3.10
<i>t/x²</i>		0.123	1.298	0.430	0.05		0.053		0.278
<i>P</i>		0.902	0.198	0.668	0.823		0.818		0.782

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用随机抽样法选取 2021 年 4 月—2022 年 4 月东莞市滨海湾中心医院收治的 80 例胃肠道肿瘤患者,按照 1:1 随机分配原则把患者分为 5A 组(40 例)与对照组(40 例),两组患者的年龄、性别、身体质量指数、肿瘤直径、病变部位、心率等对比,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。本研究纳入患者对研究内容知晓并签署知情同意书,本研究得到了东莞市滨海湾中心医院医学伦理委员会的批准(批准文号 2939911)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:病理诊断为胃肠道肿瘤,2 cm < 肿瘤直径 < 5 cm;年龄 30 ~ 75 岁;具有内镜手术指征。

排除标准:严重贫血、感染未控制者;凝血功能异常者;生命体征不平稳者;合并精神疾病者;存在胃肠道手术史及难以耐受手术者;入院前 3 个月服用抗凝剂及服用激素者;合并血液系统疾病者。

1.3 内镜下黏膜下层剥离术方法

患者均给予内镜下黏膜下层剥离术治疗,患者在气管插管下行全身静脉麻醉。标记病变部位,采用肾上腺素混合液进行黏膜下注射,切开病变外侧缘黏膜,沿黏膜下剥离病变部位,使用热活检钳电凝创面。沿切缘对病变黏膜下层进行剥离,切除病变送病理检验,应用金属夹关闭,冲洗创面后关腹。

1.4 护理方法

对照组给予常规医护一体化查房护理,查房前积极收集患者的病情与相关诉求,查房时由床位医生与责任护士共同进行,分析与讨论。

5A 组在对照组护理的基础上给予 5A 模式护理,具体措施如下。(1)评估阶段(Assess):收集详细病史资料,完善心电图、B 超及肝肾功能检查等基础检查项目,评估患者全般状况及手术风险。胃肠道肿瘤患者因其年龄、病变部位、病程、就诊经历的特殊性,常存在恐惧焦虑、烦躁不安等不良情绪及敏感、害羞、自卑等心理特点,需持续开展心理疏导服务,提高患者心理免疫力,保障心理健康,有效防范和降低护理风险。(2)建议阶段(Advice):积极给予功能训练指导(打太极、步行、平板运动、爬楼梯等),向患者介绍功能训练对降低术后并发症发生率的意义。护理人员积极与患者接触交流,了解其心理特点及情绪状态,解除患者顾虑,减轻心理负担。(3)达成共识阶段(Agree):对体温、血压、心率、呼吸、

血氧饱和度等生命体征进行严密监测。患者术后予以低流量吸氧,去枕平卧 6 h 后,取舒适卧位。术后 2 d 内严禁下床剧烈活动,继发性出血较多者减少活动或卧床休息。饮食上,先予以流食,逐渐过渡到半流食、普通膳食等。术后保持大便通畅。(4)协助阶段(Assist):积极与患者交流,消除其紧张情绪。遵循适度适量、循序渐进的原则,指导患者行渐进式肺康复训练(缩唇呼吸、腹式呼吸)。(5)随访(Arrange):嘱患者多喝水,多排尿,并观察尿液颜色及排尿情况;术后多食果蔬,忌辛辣刺激性食物;保持大便通畅,忌用力排便。

两组患者护理观察时间为 3 个月,出院后进行微信指导或电话指导观察。

1.5 观察指标

(1)记录两组患者的置管时间、手术时间、术中继发性出血量与术后住院时间。(2)观察与记录患者在护理期间出现的并发症情况,并发症主要为继发性出血、穿孔、感染等。并发症发生率 = 并发症发生率例数 / 总例数 × 100%。(3)患者在护理前后采用核心自我评价量表(Core Self Evaluations Scale, CSES)评定患者的自我护理能力,分数越高,表示自我护理能力越强。(4)患者在护理前、护理 3 个月后采用焦虑自评量表与抑郁自评量表评定患者的焦虑与抑郁情绪,分数越高,焦虑、抑郁情绪越严重。

1.6 统计学处理

采用 SPSS 25.0 统计学软件进行数据分析。自我护理能力评分等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;并发症发生率等计数资料采用 *n*(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 围手术指标对比

两组患者的手术时间、术中继发性出血量对比,差异无统计学意义($P>0.05$);5A 组患者的术后置管时间、术后住院时间与对照组对比显著减少,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者围手术指标对比

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间	术中继发性	术后置管	术后住院时间
		(min)	出血量(mL)	时间(d)	(d)
5A 组	40	111.68 ± 13.85	92.87 ± 2.88	2.27 ± 0.35	6.49 ± 0.26
对照组	40	111.86 ± 12.85	92.76 ± 3.16	4.11 ± 0.38	8.78 ± 0.28
<i>t</i>		0.060	0.163	22.525	37.904
<i>P</i>		0.952	0.871	<0.001	<0.001

2.2 并发症发生率对比

5A 组护理期间的继发性出血、穿孔、感染等并发症发生率为 5.00%，与对照组的 22.50% 相比有显著降低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者护理期间的并发症发生率对比 [n(%)]

组别	例数	继发性出血	穿孔	感染	总发生
5A 组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	2 (5.00)
对照组	40	4 (10.00)	3 (7.50)	2 (5.00)	9 (22.50)
χ^2					5.165
P					0.023

2.3 自我护理能力评分对比

护理后两组患者的自我护理能力评分明显高于护理前，且护理后 5A 组评分显著高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者护理前后自我护理能力评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	护理前	护理后	t	P
5A 组	40	78.66 ± 4.58	104.68 ± 13.05	30.571	<0.001
对照组	40	78.76 ± 5.16	93.55 ± 12.44	14.782	<0.001
t		0.092	3.904		
P		0.927	<0.001		

2.4 焦虑评分与抑郁评分变化对比

两组患者护理后的焦虑评分与抑郁评分显著低于护理前，护理后 5A 组的焦虑评分与抑郁评分显著低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

3 讨论

正常的胃肠道黏膜、癌前病变、早癌、进展期癌这一系列变化所需经历的时间比较长，早期治疗是改善患者预后的关键。内镜下黏膜下层剥离术可根据不同胃肠道肿瘤患者的具体病变情况制订不同的治疗方案，减少对患者的创伤；可一次手术处理多部位病变，具有微创、患者恢复快、切除率高等优势，还可让患者保持正常的胃肠功能，提升患者的生活质量，但是对于护理的要求比较高^[8-9]。本研究显示，两组患者的手术时间、术中继发性出血量对比，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，5A 组患者的术后置管时间、术后住院时间与对照组对比显著减少 ($P < 0.05$)；5A 组患者护理期间的继发性出血、穿孔、感染等并发症发生率为 5.00%，与对照组的 22.50% 相比显著降低 ($P < 0.05$)，说明医护一体化查房联合 5A 护理模式在内镜下黏膜下层剥离术后患者护理的应用能减少术后置管时间、术后住院时间，降低并发症发生率。从机制上分析，5A 护理模式运用综合护理干预措施对内镜下黏膜下

层剥离术患者进行护理干预，准确把握患者生理、心理特点，更加人性化、全面化，可降低术后并发症发生率，促进患者康复^[10]。5A 护理模式还能够及时对患者的反馈信息进行调整，科学、动态地对患者提供持续性的护理，使广大患者易于接受^[11]。当前有研究显示，5A 护理模式还适用于高龄、合并基础疾病等患者，可持续改善患者的预后^[12]。同时，医护一体化查房以“整体护理”为目标，能让医师与护理人员通过积极的沟通，各自发挥专业特长，使医护密切配合，从而获得患者的更多信任感。

外科根治及淋巴清扫术曾被认为是胃肠道肿瘤的标准手术，但是对患者的创伤比较大，且很多患者术后伴随早饱、胃肠功能紊乱、腹腔粘连等症状，严重降低患者的术后生活质量。内镜下黏膜下层剥离术是一种安全、有效的治疗方法，能提高对于胃肠道肿瘤患者的手术整块切除率及治愈性切除率，降低了复发率、残留率^[13]。在护理过程中，医护一体化查房具有操作简单、经验积累丰富、模式成熟等优势，但是也存在医师沟通不足、护理人员临床诊治过程参与较少等不足，可影响患者的自我护理能力^[14]。本研究中，护理后两组患者的自我护理能力评分明显高于护理前 ($P < 0.05$)，且护理后 5A 组评分显著高于对照组 ($P < 0.05$)，表明医护一体化查房联合 5A 护理模式在内镜下黏膜下层剥离术后患者护理的应用能提高自我护理能力。究其原因，可能是 5A 护理模式具有更好的科学性与可行性，能够持续为患者提供护理及指导，并且其可增强责任护士以及家属在患者自我管理中的作用，提高出院后患者自我管理方案执行率，有利于增强患者的康复信念，实现个体化及精准化护理^[15]。并且，5A 护理模式通过加强院外延续性护理，支持和鼓励患者积极参与决策，可提高患者的护理依从性，提供全方位的健康服务，实现院内院外无缝对接，提高患者的生活质量^[16]。

本研究显示，两组患者护理后的焦虑评分与抑郁评分都显著低于护理前 ($P < 0.05$)，护理后 5A 组的焦虑评分与抑郁评分也显著低于对照组 ($P < 0.05$)，表明医护一体化查房联合 5A 护理模式在内镜下黏膜下层剥离术后患者护理的应用能促进缓解焦虑与抑郁症状。从机制上分析，医护一体化查房联合 5A 护理模式增强了患者参与护理的信心，激发患者的护理意识，通过多形式、多渠道进行护理指导，实现一体化管理，从而缓解患者的焦虑与抑郁情绪^[17-18]。特别是 5A 护理模式可让医护患直接沟通，保证护理计划的顺利实施，及时解决护理过程中遇到的问题，出院后积极指导、监督患者的自我管理，可根据患者具体情况提供康复技术指导及心理疏导，

表 5 两组患者护理前后焦虑评分与抑郁评分变化对比

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	焦虑评分		t	P	抑郁评分		t	P
		护理前	护理后			护理前	护理后		
5A 组	40	53.22 ± 2.68	32.87 ± 3.58	22.981	<0.001	52.52 ± 2.68	30.58 ± 4.15	25.441	<0.001
对照组	40	53.87 ± 3.10	41.09 ± 2.87	10.772	<0.001	52.87 ± 3.17	39.87 ± 3.79	14.025	<0.001
t		1.003	11.330			0.533	10.454		
P		0.319	<0.001			0.595	<0.001		

从而改善患者的预后^[19-20]。本研究由于经费投入太少,分组比较少,且调查的内容也比较少,没有进行生活质量判定,纳入样本数量较少,将在后续研究中进行详细分析探讨。

总之,医护一体化查房联合 5A 护理模式在内镜下黏膜下层剥离术后患者护理的应用能减少术后置管时间、术后住院时间,降低并发症发生率,也可提高患者的自我护理能力,缓解焦虑与抑郁症状。

参考文献

[1] 李佳,王东旭.早期胃癌患者内镜治疗的近期疗效、安全性及远期生存质量分析[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(2):204-206.
[2] 戎龙,蔡云龙,年卫东,等.国内单中心早期胃癌外科切除与内镜黏膜下剥离术疗效比较[J].中华胃肠外科杂志,2018,21(2):190-195.
[3] 罗林,夏洪芬.夹瓣法辅助胃肿瘤内镜黏膜下剥离的安全性和有效性研究[J].四川医学,2022,43(5):462-466.
[4] 马上吉,郑扬,张晓洁,等.钛夹联合尼龙绳牵引用于早期胃角癌内镜黏膜下剥离术的效果观察[J].中国医药导报,2022,19(11):119-122.
[5] 王玥,葛贤秀,邓雪婷,等.辅助牵引在胃内镜黏膜下剥离术中的研究现状[J].中华消化杂志,2022,42(5):357-360.
[6] 璩辉,丁云,夏超.内镜黏膜下剥离术治疗不同浸润深度早期胃癌的疗效及预后的影响[J].河北医学,2022,28(6):918-924.
[7] 李微,陈晓莉,翁乙花.内镜黏膜下剥离术治疗未分化型早期胃癌的近远期疗效[J].临床和实验医学杂志,2022,21(5):491-494.
[8] 张真铭,包郁,赵锐,等.内镜黏膜下剥离术在合并进展期头颈部癌的早期食管癌及癌前病变中的初步探索[J].肿瘤预防与治疗,2022,35(4):354-360.
[9] 罗忆泓,叶博天,汪学非,等.胃癌非根治性ESD切除对追加腹腔镜

胃癌根治术围手术期并发症的影响[J].中国临床医学,2022,29(1):47-52.
[10] 周璇,李洪,冯志杰,等.内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌非治愈性切除相关危险因素分析[J].河北医科大学学报,2022,43(7):787-791.
[11] 王剑舒,毛涛,李晓宇,等.早期胃癌患者98例经内镜黏膜下剥离术eCuraC-2级切除后的临床结局[J].中华消化杂志,2022,42(6):402-405.
[12] 刁晓丽,叶美玲,王禾.内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌术后复发相关危险因素分析[J].现代肿瘤医学,2022,30(7):1264-1268.
[13] 叶洁桐,季雪良,武群燕,等.不同年龄及部位消化系统疾病内镜黏膜下剥离术后并发症的发生风险比较[J].中国内镜杂志,2022,28(6):53-58.
[14] 丁超,杜宝峰,陈梅红,等.胃上部与胃中下部早期癌的临床病理特征比较研究[J].中国肿瘤外科杂志,2022,14(1):82-88.
[15] 高蕊,张秋艳.内镜下黏膜剥离术与内镜黏膜下切除术治疗早期胃癌的疗效比较[J].癌症进展,2022,20(1):67-70.
[16] 蒲文凤,张涛,张彦,等.内镜下黏膜剥离术和内镜下黏膜切除术治疗早期II型食管胃交界处肿瘤的疗效对比[J].西部医学,2022,34(11):1665-1668.
[17] 阎冬,王颜斌,李文.经口圈套器牵引辅助下内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌患者的临床疗效及对炎症因子和预后的影响[J].癌症进展,2022,20(11):1148-1150,1154.
[18] 霍江波,牛应林,于淑霞,等.内镜黏膜下剥离术在早期胃癌患者中的长期疗效研究[J].中国内镜杂志,2022,28(8):54-58.
[19] 付凤琴,林晓露,程辉,等.eCura评分系统在早期胃癌内镜非治愈性切除后治疗策略选择中的应用价值[J].中华消化内镜杂志,2022,39(1):53-59.
[20] 鲍雯,刘枫,韩威,等.胃内镜黏膜下剥离术后疤痕的研究现状和治疗进展[J].胃肠病学和肝病学杂志,2022,31(3):251-255.

持续护理质量改进对门诊预检分诊准确率及满意度的影响分析

王金凤

(山东省东明县中医医院门诊部,山东 菏泽,274500)

摘要:目的 探讨门诊预检分诊采用持续护理质量改进方法进行干预后对护理满意度以及准确率的影响。方法 选取2018年3月—2021年5月在山东省东明县中医医院就诊的70例患者作为研究对象,采用随机数表法分为对照组和研究组,每组35例。对照组采用一般门诊预检分诊方式进行干预,研究组采用持续护理质量改进方式完成门诊预检分诊干预,比较两组患者误诊漏诊率、分诊准确率、问诊时间、护理满意度、护理质量评分。结果 研究组患者误诊漏诊率显著低于对照组,分诊准确率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组患者问诊时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组患者护理总满意度显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组尊重患者、分诊环境、服务态度、制度健全以及护理效果评分显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 持续护理质量改进方式的有效应用,可显著提高门诊预检分诊工作质量,有效降低误诊漏诊率,显著提升分诊准确率,有效缩短问诊时间,提高护理满意度,显著提升护理质量,值得临床应用。

关键词: 门诊预检分诊;持续护理质量改进;分诊准确率;护理满意度;护理质量

中图分类号: R473 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-16-0111-04