

• 护理论坛 Nursing window •

多学科家庭赋权模式在经皮内镜下胃造瘘术后居家疗护中应用效果研究

李 玉, 黄志成, 方海丽, 杨 晶, 牟彩瑕, 王丽娟, 刘彦江, 周秀玲

【摘要】 目的 探讨多学科家庭赋权模式在经皮内镜下胃造瘘术(PEG)后居家疗护中的应用效果。方法 选取 2021 年 1 月至 2023 年 7 月在吉林省肿瘤医院初次接受 PEG 的 86 例患者为研究对象, 随机分为观察组与对照组。对照组实施常规造瘘口护理指导, 观察组采用多学科家庭赋权干预模式。评价比较两组间患者干预后自我护理能力[老年人自我护理力量表(SASE)评分]、健康行为能力[健康行为能力自评量表(SRAHP)评分]、并发症例数、并发症治愈时间的差异。结果 观察组患者干预后自我护理能力[SASE 评分(129.48 ± 5.48)分]比(73.05 ± 12.04)分]、健康行为能力[SRAHP 评分(80.14 ± 1.00)分]比(70.25 ± 7.92)分]显著高于对照组(均 $P < 0.05$), 并发症例数及并发症治愈时间均低于对照组。结论 采用多学科家庭赋权模式实施居家干预, 可提高 PEG 术后患者自我护理能力、健康行为能力, 减少术后并发症, 缩短并发症治愈时间, 适用于术后居家患者。

【关键词】 多学科团队; 家庭赋权; 经皮内镜下胃造瘘术; 居家患者; 并发症; 自我护理能力; 健康行为能力

中图分类号: R473.73 文献标志码: A 文章编号: 1008-794X(2024)-11-1234-05

Application of multidisciplinary family empowerment mode in home care for patients after percutaneous endoscopic gastrostomy LI Yu, HUANG Zhicheng, FANG Haili, YANG Jing, MOU Caixia, WANG Lijuan, LIU Yanjiang, ZHOU Xiuling. School of Nursing, Changchun University of Traditional Chinese Medicine, Changchun, Jilin Province 130117, China

Corresponding author: ZHOU Xiuling, E-mail: 1557736725@qq.com

【Abstract】 **Objective** To discuss the effect of multidisciplinary family empowerment mode in home care for patients after receiving percutaneous endoscopic gastrostomy(PEG). **Methods** A total of 86 patients, who received initial PEG at the Jilin Provincial Cancer Hospital of China from January 2021 to July 2023, were selected for this study. The patients were randomly divided into observation group. The patients of the control group received routine nursing guidance for gastrostomy, while the patients of the observation group received multidisciplinary family empowerment nursing mode. The self-care ability [using self-care ability scale of the elderly(SASE) score], health behavior ability [using self-rating scale of health behavior ability(SRAHP) score], incidence of complications, and healing time of complications were compared between the two groups. **Results** In the observation group the SASE [(129.48 ± 5.48) points vs. (73.05 ± 12.04) points] and the SRAHP [(80.14 ± 1.00) points vs. (70.25 ± 7.92) points] were significantly higher than those in the control group (all $P < 0.05$), the incidence of complications was lower than that in the control group, and the healing time of complications was shorter than that in the control group. **Conclusion** The implementation of multidisciplinary family empowerment nursing mode can improve the self-care ability and health behavior ability of patients after receiving PEG, reduce postoperative complications, as well as shorten the healing time of complications, therefore, this nursing mode is suitable for home patients after receiving PEG.

【Key words】 multidisciplinary team; family empowerment; percutaneous endoscopic gastrostomy;

DOI: 10.3969/j.issn.1008-794X.2024.11.016

作者单位: 130117 吉林长春 长春中医药大学护理学院(李玉、方海丽、杨晶、牟彩瑕、王丽娟、周秀玲); 吉林省肿瘤医院护理部放射科(黄志成、刘彦江)

通信作者: 周秀玲 E-mail: 1557736725@qq.com

home patient; complication; self-care ability; health behavior ability

经皮内镜下胃造瘘术(percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG)是一种临床应用广泛的肠内通路技术,与传统造瘘手术相比创伤小、时间短、并发症少,可为无法经口进食患者长期提供营养支持^[1-4]。PEG 术后患者需带管居家生活,期间进食方式发生根本改变,会严重影响患者及家属生活质量,所以必须采取有效的居家护理指导,以减少术后不良结果对患病家庭的影响。PEG 术后患者造瘘口及造瘘管需要自我护理,但患者常见病因有昏迷、肿瘤致上消化道梗阻、中晚期神经运动障碍等,自我护理能力受限,这增加了疾病恢复难度,甚至会二次入院^[5-6]。多学科家庭赋权是赋予照顾者居家护理主动权,通过将院内优质资源下沉方式,激发患者及照顾者面对疾病的自信,提升其疾病管理能力,从而实现改善生存质量的目标^[7-8]。

1 材料与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 1 月至 2023 年 7 月在吉林省肿瘤医院接受初次 PEG 的 86 例患者为研究对象,采用随机数字表法将患者分为观察组与对照组,每组各 43 例。患者纳入标准:①符合《X 线和 CT 引导下经皮穿刺胃造瘘术专家共识(2022 年版)》^[9] 诊断标准;②预计生存期>3 个月;③具备基础听说读写能力;④自愿参与研究并签署知情同意书。患者排除标准:①非初次 PEG;②手术后 3 个月内再次入院;③造瘘处有伤口或疝修补伤口。照顾者纳入标准:①年龄 18 岁以上;②每周照顾患者时间不少于 3 d;③能使用手机或数码相机拍摄照片。照顾者排除标准:①患有严重心脑血管疾病或行动受限;②存在精神疾病症状或痴呆。

1.2 研究方法

对照组:出院前医师给予瘘口换药、指导瘘管注食、演示水囊换水,护士进行胃造瘘管护理及饮食指导宣教并告知出现无法处理的特殊情况立即返院。观察组:在对照组基础上,采用多学科家庭赋权干预模式,具体措施如下:①建立多学科团队。团队包括手术医师、造口专科护士、营养师、心理咨询师。护士协助心理咨询师对出院家庭进行访谈,收集家庭需求的同时对其进行心理评估及指导;手术医师及造口专科护士根据访谈提供的赋权家庭个性资料

制订干预方案;营养师分阶段指导患者合理饮食;多学科团队定期召开线上会议,了解赋权家庭的问题及需求,并及时制订个性化解决方案。②制订 PEG 术后居家患者干预方案。以家庭赋权干预模式理论框架为基础,相关专家共识^[9]为指导,从信息赋权、知识赋权、决策赋权三大方面制订干预方案。总干预时长为 3 个月,以多学科线上视频会议作为主要干预形式。多学科家庭赋权模式干预方案见表 1。

表 1 多学科家庭赋权模式干预方案

项目	干预主题	干预目的	干预内容
信息赋权	情感表达	全面了解病情、表达心声的权利	①对话:患者出院前医护人员主动与赋权家庭进行沟通,耐心为其全面介绍患者病情;②倾听:鼓励赋权家庭成员说出心声、表达负面情绪;③共享:根据对话、倾听阶段所收集的信息,对赋权家庭存在的问题进行整理、分析、反馈
	共享信息	将家庭个性评估反馈给多学科团队	
	学习知识	掌握疾病知识的权利	①解除思想限制:通过访谈及视频会诊对选定的照顾者进行宣教,使其关注患者内在感受,协助患者提升治愈疾病信念,同时消除自身对照顾知识和技能缺乏的顾虑,以提升照护信念,提高照顾结果期待。②解除技术限制:通过视频现场教学,对照顾者进行瘘口及瘘管护理的现场操作讲解,告知其注意事项,并保证每一照顾者操作合格。③解除知识限制:患者出院后推送胃造瘘管护理手册,以图片和简短文字为主,向赋权家庭详细介绍胃造瘘管居家干预内容和方法,包括使用造瘘管前后为防止堵塞,进行温开水冲洗;>30 min 方可再次注食;保持造口皮肤干燥,每日聚维酮碘消毒;适当推进卡扣及拉出造瘘管,防止胃液渗出;每 3 周更换水囊。采用视频及图片形式对术后可能出现的轻微并发症及严重并发症进行展示,并讲解处理方法
决策赋权	科学决策共同进步	参与疾病护理、制订干预计划的权利	①患者出院 7 d 内,与赋权家庭进行线上会议 1 次,检查居家护理现状,指出问题,鼓励式指导;②对处于不同时期患者,给予针对性的阶段性指导;③鼓励照顾者讲出困惑,提出诉求,并由多学科团队给予专业解答;④根据会议中收集的现存问题,为患者设立个性化合理目标,如 1 周内学会如何配置营养液、2 周后积极参加社交活动等

1.3 评价指标

①自我护理能力:通过老年人自我护理能力量表(self-care ability scale for the elderly, SASE)^[10],对两组患者干预前后自护概念水平、自护责任感、自

护技能水平、自护知识水平等方面能力进行评估。该量表共设置 43 个条目,均采用 Likert 5 级计分法,总分 172 分,Cronbach α 系数为 0.82,信效度较好,分数越高患者自我护理能力越强。

②健康行为能力:是术后居家患者疾病恢复的重要能力,临床常使用健康行为能力自评量表(self-rated abilities for health practices scale, SRAHP)^[11]对慢性病居家患者及术后恢复期患者进行评估。该量表包括营养认知、心理安适、运动状态、健康责任等方面,共设置 28 个条目,总分 112 分,Cronbach α 系数为 0.95,信效度良好,分值越高则生活质量越高。

③并发症例数及并发症治愈时间:收集两组患者居家期间瘘口感染、导管阻塞及导管脱落等相关并发症发生例数及并发症治愈时间等资料,进行统计学分析。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 27.0 软件完成统计学分析,计量资料以均数 \pm 标准差描述,组间比较用 t 检验;计数资料以频数、构成比表示,比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料比较

86 例患者中观察组有 1 例失访,最终纳入 42 例;对照组有 4 例失访,最终纳入 39 例。对照组男女比例为 29:10,年龄(64.7 \pm 5.2)岁;食管恶性肿瘤 17 例,下咽恶性肿瘤 7 例,脑梗死 5 例,脑出血 3 例,肌肉萎缩 7 例。观察组男女比例为 26:16,年龄(65.7 \pm 5.6)岁;食管恶性肿瘤 18 例,下咽恶性肿瘤 8 例,脑梗死 2 例,脑出血 4 例,肌肉萎缩 10 例。两组间性别、年龄、疾病类型比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。

对照组赋权人员男女比例为 12:27,年龄(56.5 \pm 4.2)岁;受教育程度:初中及以下 25 例,高中及以上 14 例;居住地:城市 25 例,农村 14 例。观察组照顾者男女比例为 11:33,年龄(58.1 \pm 4.3)岁;受教育程度:初中及以下 28 例,高中及以上 14 例;居住地:城市 22 例,农村 20 例。两组间性别、年龄、学历、居住地比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。

2.2 自我护理能力得分比较

两组患者干预前 SASE 得分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后观察组 SASE 得分显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者自我护理能力得分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	干预前	干预后
对照组	75.55 \pm 6.84	73.05 \pm 12.04
观察组	73.07 \pm 5.27	129.48 \pm 5.48
t 值	-1.857	1.728
P 值	0.067	<0.01

2.3 健康行为能力得分比较

两组患者干预前 SRAHP 比较差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后观察组 SRAHP 得分显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者健康行为能力得分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	干预前	干预后
对照组	29.86 \pm 5.18	70.25 \pm 7.92
观察组	27.86 \pm 4.48	80.14 \pm 1.00
t 值	-1.916	6.170
P 值	0.059	<0.01

2.4 并发症例数比较

两组患者术后居家并发症例数调查显示,观察组发生例数少于对照组,见表 4。

2.5 并发症治愈时间比较

两组患者在发生同类型并发症情况下治愈时间比较,以造瘘口感染为例,观察组并发症治愈时间为(2.42 \pm 1.16) d,明显低于对照组(4.17 \pm 1.34) d,差异有统计学意义($t = -3.419, P = 0.002$)。

表 4 两组患者并发症发生数比较(n)

并发症	对照组	观察组	χ^2 值	P 值
术后第 1 个月				
造瘘口感染	21	9	9.113	0.003
导管阻塞	1	0	1.090	0.296
导管脱落	0	0	-	-
术后第 2 个月				
造瘘口感染	8	7	0.198	0.656
导管阻塞	3	1	1.215	2.700
导管脱落	1	0	1.090	0.296
术后第 3 个月				
造瘘口感染	3	1	1.215	0.270
导管阻塞	6	1	4.331	0.037
导管脱落	4	0	4.530	0.033

3 讨论

PEG 术后常规的出院指导及线上随访一定程度上能够帮助患者了解瘘口及瘘管护理知识,但此类患者多伴有严重原发病,若单纯对其本人进行造瘘相关知识培训指导,后期往往会因为操作不当引起严重不良后果^[12]。因此,该类患者必须要由家庭成员进行配合照护,协助患者激发治愈疾病信念,帮助患者提高疾病相关知识和居家护理技能^[13-14]。本研究显示,干预后观察组自我护理能力水平显著

高于对照组,这证明多学科赋能干预可以改善患者自我护理能力。一方面多学科成员通过全面信息收集深入了解患者及照顾者,及时共享信息,掌握每个家庭个性化需求,提供专业且及时的干预;另一方面医护人员采取主动沟通方式,关注患者及照顾者心理,解除其居家照顾顾虑,并通过视频会诊实施有效评估,同时给予专业护理操作指导,以此提高赋能家庭治疗疾病信心及参与疾病管理积极性。

刘丽等^[15]研究提出,赋能管理人员健康教育知识掌握情况高于普通患者。本研究中观察组健康行为能力水平显著高于对照组,原因可能是出院后患者仍然能够获得院内优质资源服务,增加了患病家庭对护士的信任,并愿意接受护理人员传授的疾病护理知识,如造瘘口护理意义、并发症预防等。对于患者及照顾者遇到的健康问题,多学科成员均能给出相应解决措施,从而提高了赋能家庭配合度,激发了照顾者照顾患者的责任意识,同时获得专业造瘘护理技能,更好地帮助患者提高健康行为能力^[15]。

目前国内外关于造瘘患者护理研究报道较多,但有些操作规范仍未形成同质化标准,因此增加了居家护理难度^[16-18]。PEG 术后并发症分为严重和轻微型,严重并发症如出血发生率为 1.2%,腹膜炎发生率为 0.5%,若出现需即刻返院治疗^[19],而轻微并发症如瘘口周围感染发生率高达 45%^[20],且会严重影响患者舒适度、依从性及生活质量^[5]。因此,在 PEG 居家患者干预中指导患者识别严重并发症,处理轻微并发症尤为重要。本研究结果显示,观察组患者并发症(瘘口感染、导管阻塞及导管脱出)发生例数及治愈时间均显著低于对照组,其原因为采用多学科视频会议的方式对患者及照顾者进行指导较常规微信群指导、电话随访等形式能更直观真实地了解患者造口护理现状,并即时纠正其护理过程中存在的问题。对于可能出现或已出现的并发症,在循证医学证据指导下给予预防及解决措施,降低其再次入院风险。由表 4 可看出,两组造瘘口感染出现多集中于术后第 1 个月,说明居家管理初期两组均缺乏经验,但是观察组发生例数明显低于对照组,原因为术后 7 d 内多学科团队主动进行视频会诊,及时解决居家照护中出现的问题,以此减少感染发生。导管阻塞及导管脱落情况发生多出现于术后第 3 个月,多与患者及照顾者造瘘管护理不当有关,本干预方案中多学科团队在不同时期会主动提醒患者及照顾者该阶段注意事项,有效避免了因居家护理不当引起的并发症。

综上所述,多学科家庭赋能干预模式的应用,是将优势医疗服务资源下放到院外,为患者及照顾者提供专业的健康指导。但本研究由于干预时间较短,未能发现长期问题。未来需要进一步延长干预时间,继而形成具有临床推广价值的居家护理干预模式。

[参考文献]

- [1] Toh YE, Yoneda K, Nishihara K. Percutaneous endoscopic gastrostomy for enteral nutrition: a 5-year clinical experience with 324 patients[J]. *Minerva Gastroenterol Dietol*, 2019, 65: 20-29.
- [2] 黄志成, 张 帅, 郑 君, 等. 以中心静脉导管辅助胃腔充气后 CT 引导下经皮穿刺胃造瘘术[J]. *中国介入影像与治疗学*, 2023, 20: 536-539.
- [3] Liu H, Jiao J, Zhu M, et al. Nutritional status according to the short-form mini nutritional assessment (MNA-SF) and clinical characteristics as predictors of length of stay, mortality, and readmissions among older inpatients in China: a national study [J]. *Front Nutr*, 2022, 9: 815578.
- [4] 中华医学会肠外肠内营养学会老年营养支持学组. 中国老年患者肠外肠内营养应用指南(2020)[J]. *中华老年医学杂志*, 2020, 39: 119-132.
- [5] 李玉莲, 莫 伟, 刘欢欢, 等. 延续护理对经皮经肝穿刺胆管引流术后出院患者并发症影响的 Meta 分析[J]. *介入放射学杂志*, 2023, 32: 1014-1019.
- [6] 余雅琴, 何静婷, 罗 洋, 等. 成人经皮胃造瘘护理研究进展[J]. *护理研究*, 2020, 34: 2356-2359.
- [7] 刘 蕾, 张曼莉, 周福君, 等. 家庭赋能方案在慢性阻塞性肺疾病患者主要照顾者中的应用效果研究[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2021, 42: 718-722.
- [8] 宋 娜, 李丹丹, 高 磊. 基于个体化健康教育的延续性护理在急性胰腺炎患者中的应用[J]. *齐鲁护理杂志*, 2021, 27: 20-22.
- [9] 中国抗癌协会肿瘤消融治疗专业委员会. X 线和 CT 引导下经皮穿刺胃造瘘术专家共识(2022 年版)[J]. *介入放射学杂志*, 2022, 31: 846-851.
- [10] 郭丽娜, 刘 堃, 郭启云, 等. 中文版老年人自我护理能力量表的信效度研究[J]. *中华护理杂志*, 2015, 50: 1009-1013.
- [11] 胡蕴筠, 周兰姝. 中文版健康行为能力自评量表的信效度研究[J]. *中华护理杂志*, 2012, 47: 261-262.
- [12] 王秋香, 李 丽, 李智岗, 等. DSA X 线透视下经皮胃造瘘术在肿瘤患者营养治疗中的应用[J]. *介入放射学杂志*, 2020, 29: 811-814.
- [13] 黄 甜. 基于赋能理论的护理干预在预防性肠造口患者自我管理中的应用[D]. 衡阳: 南华大学, 2020.
- [14] 张秀波. 基于赋能理论的延续性护理对高血压性脑出血患者日常生活活动能力的影响[J]. *当代护士(中旬刊)*, 2020, 27: 7-9.
- [15] 刘 丽, 黄祥忠, 高福磊, 等. 赋能管理模式在¹²⁵I 粒子植入术

- 后放射防护中的效果研究[J]. 介入放射学杂志, 2024, 33: 82-85.
- [16] 周洲薇, 阮春燕, 王亚利, 等. 以舒适为基础的延续性护理干预用于经皮冠状动脉介入术后患者效果分析[J]. 介入放射学杂志, 2021, 30: 952-955.
- [17] 徐寅, 王玲, 王忠敏, 等. TIPS 术后集束化延续性护理管理方案的构建[J]. 介入放射学杂志, 2021, 30: 832-836.
- [18] 陈夏瑜, 周竞奋, 华海应. 美国延续性护理模式发展现状及对我国的启示[J]. 护理研究, 2021, 35: 3293-3297.
- [19] McClave S, Chang W. Complications of enteral access[J]. Gastrointest Endosc, 2003, 58: 739-751.
- [20] Cherian P, Blake C, Appleyard M, et al. Outcomes of radiologically inserted gastrostomy versus percutaneous endoscopic gastrostomy[J]. J Med Imaging Radiat Oncol, 2019, 63: 610-616.

(收稿日期: 2024-01-31)

(本文编辑: 谷珂)

欢迎投稿 欢迎订阅 欢迎刊登广告
《Journal of Interventional Radiology》
网址: www.cjir.cn
邮箱: jrfjsxzz@vip.163.com