

围手术期宣教对日间病房大肠息肉患者术后并发症及满意度的影响

林月, 欧鸥, 吴晓婷 (乐山市人民医院消化内科, 四川乐山 614000)

摘要: 目的 研究围手术期宣教对日间病房大肠息肉患者术后并发症及满意度的影响。方法 选取 2020 年 6 月 30 日前乐山市人民医院收治的 200 例大肠息肉患者为对照组, 选取 2020 年 7 月 1 日~2021 年 2 月 28 日乐山市人民医院日间病房收治的 200 例大肠息肉患者为观察组, 对照组予以常规口头宣教, 观察组使用日间大肠息肉围手术期宣教单进行标准宣教。对比分析两组患者术后出血、穿孔、腹痛、腹胀、腹泻并发症发生率及患者满意度情况。结果 观察组腹痛、腹胀、腹泻并发症发生率均显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者满意度 (95.0%) 显著高于对照组 (80.0%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照组与观察组术后出血、穿孔并发症比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 对日间病房大肠息肉患者使用围手术期宣教单进行标准宣教, 可以有效降低术后腹痛、腹胀、腹泻发生率, 提高患者治疗满意度。

关键词: 围手术期宣教; 日间病房; 大肠息肉; 术后并发症; 满意度

日间手术作为一种新型的诊疗模式在国外备受推崇, 虽然在中国起步较晚, 但是日间手术模式具有住院时间短和住院费用较少等优势, 已经在我国部分大型医院逐渐得到推广和应用^[1]。日间手术工作特点是“短、频、快”。患者在医院的住院时间短, 当天入院完成手术, 24 h 内出院。日间护理工作应随新的医疗手术模式而改变, 形成日间手术护理特有的工作模式^[2]。

肠息肉是指一类从黏膜表面突出到肠腔内的隆起状病变, 没有确定病理性质前统称为息肉。肠息肉常见于 40 岁以上的男性, 临床可有便血、腹泻、腹痛等无特异性的临床表现, 绝大部分是在内镜检查中偶然发现的^[3]。随着结肠镜检查的开展, 大肠息肉的检出率越来越高。大肠息肉作为一种较常见的消化道疾病, 因其病种简单, 肠息肉摘除术日间病房的运营模式具有可行性, 所以符合日间病房诊疗模式的纳入标准^[4]。目前, 临床上日间手术病房病人的宣教方式、方法和内容并不完善, 在前期收治的日间大肠息肉手术患者中, 部分出现了腹痛、腹胀、便血等不同程度并发症。因此, 针对患者医疗安全、提高患者满意度作出相应策略显得尤为重要, 完善日间病房宣教方法及管理是十分有必要的。本研究尝试将住院病房的宣教模式及方法引入日间病房患者围手术期健康宣教中, 并取得满意效果, 现报道如下:

1 对象与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 6 月 30 日前乐山市人民医院收治的 200 例大肠息肉患者为对照组, 选取 2020 年 7 月 1 日~2021 年 2 月 28 日乐山市人民医院日间病房收治的 200 例大肠息肉患者为观察组, 对照组予以常规口头宣教, 观察组使用日间大肠息肉围手术期宣教单进行标准宣教。对照组中男性 120 例, 女性 80 例; 年龄 23~80 岁, 平均年龄 (60.15 ± 15.87) 岁。观察组中男性 112 例, 女性 88 例; 年龄 32~77 岁, 平均年龄 (62.44 ± 14.32) 岁。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P = 0.131$, $P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组采取常规口头宣教, 从术前、术后及出院随访 3 部分进行健康教育, 包括服药、饮食、运动及其他注意事项等方面。

观察组由日间病房专病管理员使用日间大肠息肉围手术期宣教单, 进行一对一标准宣教。宣教单一式两份, 在宣教后由患者和专病管理员共同签字确认, 一份交由医院留底, 一份交由患者自行保管, 保证宣教的有效性及其真实性。患者也可以通过扫描宣教单上面的二维码观看宣教视频, 便于患者多形式、多途径的对手术相关事宜进行了解。具体宣教

* 基金项目: 乐山市科技计划项目 (编号: 20 SZD138)。

内容如下。

(1) 手术前宣教。①饮食准备：术前1 d的晚餐在20:00前进行，应进食低渣/低纤维饮食，如稀饭、面条等易消化的食物，手术当日早上禁食水，保持空腹直至手术完毕。②高血压、甲状腺疾病等长期服药的患者，手术当日晨用一小口水服药，其余药物均暂停。③肠道准备：行肠镜检查的病人按照下面的方法服用肠道准备药物，进行肠道准备。肠镜患者服药方法：复方聚乙二醇电解质散2盒和二甲基硅油2盒+温水2000 mL，搅拌均匀，在1 h内喝完，直至排出清水样便。④物品准备：去除身上所有物品，包括戒指、手链、项链、耳环、手表、发夹、假发以及假牙等。女性请擦掉口红，如有松动的牙齿，请提前告知。⑤去手术室前：请排尽大小便，穿病员服，等待中央运输工人来接。⑥家属等待：患者进入内镜中心后，家属请在家属等待区耐心等待。

(2) 手术中宣教。密切配合医生摆放合适体位，放松心情。如有不适，及时告知医生。

(3) 手术后宣教。①胃肠镜检查结束后，患者进入复苏室等待复苏，待患者意识清醒后，由家属陪同方可离开至消化内科病区接受下一步治疗。②医生无特殊说明，术后禁食6 h，术后6 h后进食低温流质饮食，无不适12 h后进食软食，少食胀气食物如牛奶、豆制品、卷心菜、土豆等，2周内避免饮酒，避免刺激、粗糙的食物。③除注意饮食外，还应注意术后适当卧床休息，减少运动，1周避免剧烈活动。术后6 h内不驾车、不做高空危险性作业，避免剧烈活动、屏气动作和长时间热水浴，预防出血。④肠镜检查患者术后观察大便颜色，保持大便通畅，多喝水，防止大便摩擦创面或致焦痂脱落出血，防止用力排便。⑤术后如出现腹部剧烈疼痛或便血，请及时到医院就诊。⑥遵医嘱定期到医院复查。

(4) 出院及随访。①经医生评估符合出院指征者到主管医生处签字后，再到护士站办公护士处领取结账单，办理出院手续。②病理结果将于3个工作日后完成，请耐心等待。③术后1周内会进行电话随访，并反馈病理结果，请配合随访并在最后1次随访时完成满意度的评价。

1.3 观察指标

(1) 并发症的判定。①术中出血诊断标准：指即大肠息肉内镜下切除过程中，发生持续时间 ≥ 1 min的出血。迟发性出血诊断标准：分为大量出血和少量出血。大量出血指大肠息肉内镜下切除术后患者有大量便血，血常规提示血红蛋白水平下

降 > 2 g/dl，并且需要内镜下止血；少量出血指大肠息肉内镜下切除术后自限性的出血，血常规提示血红蛋白水平较前下降，可以药物保守治疗。②穿孔：直接穿孔是指手术过程中经内镜证实有明确的肠壁缺损，并可见腹腔内器官或腹膜及脂肪组织；迟发性穿孔是指手术期间无穿孔，术后出现腹膜炎，行腹部X线或CT检查提示穿孔。③腹痛、腹泻、腹胀：术后有新出现消化道症状，并症状持续3d以上。

(2) 满意度的判定。采取电话回访法，从入院前预约流程、日间手术住院期间、出院手续办理流程、出院后随访4个方面进行评分，并询问患者应该改进的地方。对比两组患者的满意度，分值0~100分： ≥ 95 分为非常满意； > 90 分为满意；85~90分为一般，80~84不满意； < 80 分为非常不满意。满意度 = (非常满意 + 满意) $\div 200 \times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

应用SPSS 26.0软件对临床资料进行统计分析，计数资料用(%)表示，行 χ^2 检验，计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，行 t 检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后出血发生率比较

两组患者术后出血率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，见表1。

组别	总数	出血	无出血	出血率
对照组	200	3	197	1.5%
观察组	200	2	198	1.0%
χ^2				0.203
P				0.653

2.2 两组患者穿孔发生率比较

两组患者穿孔发生率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，见表2。

组别	总数	穿孔	无穿孔	穿孔率
对照组	200	1	199	0.5%
观察组	200	0	200	0.0%
χ^2				1.003
P				0.317

2.3 两组患者术后腹痛发生率比较

观察组患者腹痛发生例数显著少于对照组，两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)，见表3。

表3 两组腹痛情况比较 (n)

组别	总数	腹痛	无腹痛	腹痛率
对照组	200	42	158	21%
观察组	200	18	182	9%
χ^2				11.294
<i>P</i>				0.001

2.4 两组患者术后腹泻发生率比较

观察组患者腹泻发生例数显著少于对照组, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表4。

表4 两组腹泻情况比较 (n)

组别	总数	腹泻	无腹泻	腹泻率
对照组	200	25	175	12.5%
观察组	200	10	190	5.0%
χ^2				7.045
<i>P</i>				0.008

2.5 两组患者术后腹胀发生率比较

观察组患者腹胀发生例数显著少于对照组, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表5。

表5 两组腹胀情况比较 (n)

组别	总数	腹胀	无腹胀	腹胀率
对照组	200	45	155	22.5%
观察组	200	19	181	9.5%
χ^2				12.574
<i>P</i>				< 0.001

2.6 两组患者满意度比较

观察组患者满意度显著高于对照组, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表6。

表6 两组满意度情况比较 (n)

组别	总数	非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意	满意率
对照组	200	102	58	28	12	6	80%
观察组	200	156	34	6	3	1	95%
χ^2							20.571
<i>P</i>							< 0.001

3 讨论

大肠息肉是中、老年人群常见的疾病, 患者临床症状不典型, 常以腹泻、腹痛、便血、便秘交替出现, 大多在行肠镜检查时被发现。近年来, 内镜下息肉切除技术日趋成熟, 也是治疗结肠直肠息肉较为安全有效的方法, 同时还可以减少结肠直肠癌发病率。随着健康意识的不断增强, 重视健康体检的健康人群筛查出息肉也越来越多, 传统住院模式

不仅费用高, 还大大的浪费了医疗资源。在此基础上, 日间病房对比传统住院模式来说, 可以缩短住院天数, 减轻患者负担, 同时提高床位使用率以及节约医保费用, 已逐渐成为人们的首选。但这种术后即回家的治疗模式, 容易使患者接受全面术后健康宣教的时间和质量出现明显下降, 增加了并发症发生率, 使患者满意度下降。无论是临床路径的要求, 还是在“以患者为中心”的现代整体护理模式中, 护理宣教都是重要且不可缺少的一环, 临床健康教育的覆盖率应该达 100%。

研究表明, 内镜下创伤性的操作方式在切除病变的同时, 也存在其不可避免的并发症, 最常见的包括出血、穿孔等, 其中又以出血最为常见。不同息肉生长部位出血风险不相同, 升结肠和回盲部发生术中出血风险最大, 可能与内镜到达该部位时肠道内壁对镜身摩擦吸附面积增大、镜身成袢导致力被部分抵消或延时, 以及肠蠕动等原因, 操作无法精细化有关。右半结肠组织较疏松, 肠壁薄, 黏膜下注射时易渗漏或膨胀不全致抬起不佳, 治疗时易损伤黏膜下层或肌层导致术中出血, 同时增加迟发性出血风险。直肠术中和迟发性出血风险均较高, 可能与直肠血管黏膜较丰富和出血更易被发现有关, 粪便和气体引起直肠壁频繁收缩舒张, 钛夹脱落增加迟发性出血风险。无蒂型随息肉直径增加出血风险加大, 可能与手术创面大小有关。这些研究结果表明, 术后出血、穿孔与息肉生长部位、形态、手术操作精细化及手术创面大小关系密切, 与本研究成果相符。

综上所述, 对日间病房大肠息肉患者使用日间大肠息肉围手术期宣教单进行标准宣教, 可以减少部分术后并发症的发生, 并提高患者满意度。但此研究仅在乐山市人民医院开展, 且乐山地区为彝族民众重要居住地, 存在样本量不足、地区文化差异不同、人种不同、单中心等局限性, 所得结论尚需通过多中心研究进一步验证。

参考文献

- [1] 陈相军, 宋应寒, 陈敏, 等. 四川大学华西医院日间手术质量和安全管理规范 [J]. 华西医学. 2019, 34(2): 155-158.
- [2] 戴燕, 马洪升. 日间手术护理发展现状 [J]. 华西医学. 2015, 30(5): 801-803.
- [3] 龙思丹, 季双双, 姚树坤. 肠息肉患者的人口学特征与生活习惯研究进展 [J]. 中国中西医结合消化杂志. 2020, 28(4): 319-322.
- [4] 张玉娟, 贺彩玲. 肠息肉内镜摘除术日间手术临床护理路径的应用及效果评价 [J]. 中国药物与临床. 2018, 18(11): 2070-2071.