

基于加速康复理念的 PTCD 术后患者出院准备度现状及影响因素分析

唐丽君¹, 苏晚英¹, 陈金辉¹, 尹进², 方明礼²

1. 湖南省人民医院/湖南师范大学附属第一医院, 湖南 长沙 410005; 2. 湖南省疾病预防控制中心, 湖南 长沙 410005

摘要: **目的** 了解在加速康复理念下肝胆外科行经皮肝穿刺胆管引流术(percutaneous transhepatic choledochus drainage, PTCD)术后患者出院准备度现状及影响因素,为住院患者出院指导提供参考依据。**方法** 采用便利抽样法,运用自设的一般资料调查表、出院准备度量表、出院指导质量量表对湖南省人民医院肝胆外科行加速康复管理路径下的 146 例 PTCD 术后患者进行调查。**结果** 93.8% 的患者表示已做好出院准备,6.2% 的患者则希望再观察几天;出院准备度总分为(175.38±31.49)分,条目均分为(7.97±1.43)分;出院指导质量总分为(164.08±24.86)分,条目均分为(9.12±1.38)分。多元线性回归分析,出院后有可利用医疗资源和出院指导质量是出院准备度的影响因素。**结论** 加速康复模式下,PTCD 术后患者出院准备度处于中等水平,出院指导质量总体得分较高,医护人员应根据患者需求个体化加强出院指导,提高患者出院准备度。

关键词: 加速康复外科;PTCD;出院准备度;出院指导质量;影响因素;健康教育

中图分类号:R472.3 **文献标识码:**B **文章编号:**1006-3110(2022)05-0596-04 **DOI:**10.3969/j.issn.1006-3110.2022.05.020

经皮肝穿刺胆管引流术(percutaneous transhepatic choledochus drainage, PTCD)术后患者多需长期带管康复,出院准备是否充分将直接影响患者居家护理的质量,因此及时了解患者出院准备需求,有利于患者居家康复,提高患者带管生活质量。近年来,加速康复外科理念的兴起和应用研究^[1-4]证实了该模式能够有效缩短住院时间,减少术后并发症的发生,降低非计划再入院次数,提升居家康复的质量。本研究分析了 146 例加速康复理念下肝胆外科行 PTCD 术后患者出院准备度现状及影响因素,为今后该类住院患者出院指导提供参考依据

1 对象与方法

1.1 对象 采取便利抽样法,选取湖南省人民医院 2020 年 9 月—2021 年 1 月肝胆外科收治的 PTCD 术后患者为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②行择期手术,且围手术期行加速康复管理流程的患者;③对本研究知情同意且自愿参与。排除标准:①不能耐受手术或住院期间病情恶化或死亡者;②患有心、肺、肾等严重器质性病变者;③意识不清或精神障碍者;④视听障碍或语言理解能力障碍者。本研究经医院伦理委员会批准,最终纳入研究对象 146 例,患者均知情同意。

作者简介:唐丽君(1981-),女,副主任护师,主要从事外科护理和护理管理工作。

通信作者:苏晚英, E-mail:470266479@qq.com。

1.2 研究工具

1.2.1 一般资料调查表 由课题组成员通过查阅文献及讨论后自行设计,包括年龄、性别、学历、婚姻状况、职业状态、月收入、费用支付方式、来院距离、居住方式、出院去向、有无慢性病、有无出院服药、有无出院带管、有无院外可利用医疗资源、术后住院天数等。

1.2.2 出院准备调查表 该量表为患者自评量表,由 Weiss 等^[5]根据 Meleis 等^[6]的过渡理论编制。包括个人准备状况、疾病知识、院后的应对能力、预期的社会支持等四个维度,共 23 个条目,包括:个人准备状况 7(2~8)个条目、疾病知识 8(9~16)个条目、院后的应对能力 3(17~19)个条目、预期的社会支持 4(20~23)个条目。第 1 个条目为是非题(是否准备好出院返家),不计入总分,其他每个条目按 0~10 的计分方法计分。0 为完全没有或完全不知道;10 表示完全知道或很多,患者依照自身实际情况选择相宜的分数。条目 3 和条目 6 为反向条目,需反向计分。4 个维度之和即为量表的总分,总分越高表明患者的出院准备度越好。量表总的内容效度为 0.85, Cronbach's α 系数为 0.93,各维度 Cronbach's α 系数为 0.85~0.93。本次调查采用 Zhao 等^[7]汉化的量表进行研究。本研究中量表总的 Cronbach's α 系数为 0.864,各维度 Cronbach's α 系数为 0.743~0.932。

1.2.3 出院指导质量调查表 由 Weiss 等^[5]于 2007 年编制而成,该量表同样采用 0~10 分的计分法。

包括自我感觉需要的内容(条目 1a~6a)、患者实际获得的内容(条目 1b~6b)以及讲授的技巧(条目 7~18)等 3 个维度共 18 个条目。自我感觉需要内容与患者实际获得内容为相配对的 6 对条目。获得内容与讲授技巧的分数之和为量表总分(范围 0~180),总得分越高表示出院指导质量越佳。本次研究采用王冰花等^[8]汉化的量表,总量表的内容效度指数为 0.980, Cronbach's α 系数为 0.924。各维度的 Cronbach's α 系数为 0.882~0.935。

1.3 资料收集 采用问卷调查法,在患者出院前 4 h 向研究对象解释说明本研究的目的,征得患者同意后,将一般资料调查表、出院准备度量表、出院指导质量量表发放给研究对象自行填写。若患者视力障碍由调查员逐一朗读题目,不理解的条目采用统一中性指导语指导患者填写。本次调查研究共发放问卷 150 份,回收有效问卷 146 份,有效回收率为 97.3%。

1.4 质量控制 问卷当场回收并检查,若发现有漏项或明显逻辑错误者,及时向患者或家属核实,如必要,部分资料可查询医院信息系统,确认无误后再回收,数据采用双人核对录入。

1.5 统计学分析 采用 SPSS 21.0 软件进行统计分析。①研究对象的一般资料及评估量表得分采用频数、构成比(%)、均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)进行描述;②不同特征患者出院准备度得分情况采用 t 检验或方差分析进行比较;③出院准备度、出院指导质量量表得分之间的相关性采用 Pearson 相关分析;④运用多元逐步回归分析患者出院准备度及影响因素,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 患者基本情况 146 例 PTCD 术后患者中男性占 46.6%,女性占 53.4%,其中 45~<60 岁占 45.9%, 18~<45 岁占 25.3%,60~<75 岁占 24.0%,75~ 岁占 4.8%,见表 1。

表 1 研究对象一般资料出院准备度得分情况比较

项目	分类	例(%)	准备度得分($\bar{x}\pm s$)	t 或 F 值	P 值
性别	男	68(46.6)	176.01 \pm 28.85	0.225	0.822
	女	78(53.4)	174.83 \pm 33.80		
年龄(岁)	18~	37(25.3)	171.95 \pm 36.12	0.498	0.684
	45~	67(45.9)	178.13 \pm 31.08		
	60~	35(24.0)	175.31 \pm 28.37		
	≥ 75	7(4.8)	165.83 \pm 25.38		
学历	小学及以下	19(13.0)	176.26 \pm 23.38	0.941	0.422
	初中	39(26.7)	171.38 \pm 37.75		
	高中	41(28.1)	182.00 \pm 31.02		
	大专及以上	47(32.2)	172.57 \pm 28.94		
婚姻状况	未婚	6(4.1)	181.17 \pm 31.29	0.124	0.884
	已婚	135(92.5)	175.24 \pm 31.55		
	其他(离异、丧偶)	5(3.4)	172.40 \pm 36.41		

续表 1

项目	分类	例(%)	准备度得分($\bar{x}\pm s$)	t 或 F 值	P 值
职业状态	在职	50(34.2)	175.68 \pm 29.42	0.027	0.994
	离/退休	37(25.3)	175.05 \pm 30.98		
	失业	20(13.7)	176.90 \pm 31.47		
	其他	39(26.7)	174.54 \pm 35.53		
家庭月收入(元)	≤ 1000	29(19.9)	179.21 \pm 29.90	0.180	0.910
	1000~	30(20.5)	173.87 \pm 33.41		
	3000~	33(22.6)	174.88 \pm 36.44		
	≥ 5000	54(37.0)	174.48 \pm 28.61		
居住方式	独居	6(4.1)	176.50 \pm 23.16	0.562	0.691
	与配偶	63(43.2)	174.52 \pm 31.94		
	与子女	14(9.6)	187.21 \pm 20.80		
	与配偶子女	56(38.4)	173.30 \pm 33.00		
费用支付方式	其他	7(4.8)	175.14 \pm 41.06	0.242	0.867
	公费	4(2.7)	168.50 \pm 21.44		
	自费	21(14.4)	176.52 \pm 33.64		
	医保	120(82.2)	175.23 \pm 31.63		
居住地距医院距离(米)	商业保	1(0.7)	198.00 \pm 0.00	1.064	0.366
	≤ 3000	10(6.8)	191.30 \pm 14.78		
	3000~	12(8.2)	171.33 \pm 40.89		
	5000~	34(23.3)	171.82 \pm 25.30		
出院去向	≥ 10000	90(61.6)	175.50 \pm 33.38	1.343	0.264
	回家	142(97.3)	176.10 \pm 31.32		
	社区医院或康复所	3(2.1)	150.33 \pm 37.87		
	其他	1(0.7)	149.00 \pm 0.00		
有无其他慢病	无	109(74.7)	177.35 \pm 32.13	1.297	0.197
	有	37(25.3)	169.59 \pm 29.17		
有无出院服药	无	74(50.7)	172.32 \pm 35.02	-1.192	0.235
	有	72(49.3)	178.53 \pm 27.29		
有无院外可用医疗资源	无	77(52.7)	172.22 \pm 32.56	-1.285	0.201
	有	69(47.3)	178.91 \pm 30.09		
有无出院带管	无	113(77.4)	176.06 \pm 30.91	0.480	0.632
	有	33(22.6)	173.06 \pm 33.81		
术后住院天数(d)	1~5	81(55.5)	171.96 \pm 32.14	1.12	0.34
	6~10	36(24.7)	176.64 \pm 35.86		
	11~15	20(13.7)	186.05 \pm 22.22		
	≥ 16	9(6.2)	177.44 \pm 20.76		

2.2 PTCD 术后患者出院准备度得分情况 PTCD 术后患者出院准备度总分为(175.38 \pm 31.49)分,不同特征患者出院准备度评分差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 1。各维度得分详情见表 2,条目 1 回答“是”的研究对象有 137(93.8%)。所有条目得分排序发现最低得分的依次为:条目 3“您如何描述今天的身体疼痛和不舒服的情形”(6.55 \pm 2.04)分、条目 5“您如何描述今天的活力”(6.59 \pm 3.25)分、条目 16“您知道出院返家后,您社区中有哪些服务或资讯可以使用”(6.59 \pm 5.10)分。

表 2 PTCD 术后患者出院准备度现状

项目	条目数	总得分($\bar{x}\pm s$)	条目均分($\bar{x}\pm s$)	排序
自身状况	7	53.08 \pm 11.51	7.58 \pm 1.64	4
疾病知识	8	61.99 \pm 19.67	7.75 \pm 2.46	3
出院后应对能力	3	25.99 \pm 4.79	8.66 \pm 1.60	1
可获得社会支持	4	34.32 \pm 6.73	8.58 \pm 1.68	2
出院准备度得分	22	175.38 \pm 31.49	7.97 \pm 1.43	-

2.3 PTCD术后患者出院指导质量现状及其与出院准备度的相关分析 PTCD术后患者出院指导质量总分为(164.08±24.86)分,各维度得分情况见表3。Pearson相关分析表明:PTCD术后患者的出院准备度总分与出院指导质量总分呈正相关($r = 0.487$, $P < 0.001$)。

表3 PTCD术后患者出院指导质量现状

项目	条目数	总得分($\bar{x} \pm s$)	条目均分($\bar{x} \pm s$)	排序
需要内容	6	52.38±11.95	8.73±1.99	2
获得内容	6	51.52±13.59	8.59±2.26	3
讲授技巧	12	112.56±14.23	9.38±1.19	1
出院指导质量总分	18	164.08±24.86	9.12±1.38	—

2.4 PTCD术后患者出院准备度的多因素分析 以出院准备度总分为因变量,选择出院指导质量总分以及年龄、月收入、出院后有无可利用医疗资源等不同特征以及考虑到可能会影响出院准备度的变量作为自变量,自变量赋值见表4。多元线性回归分析结果显示,出院后有无可利用医疗资源和出院指导质量是出院准备度得分的影响因素,见表5。

表4 自变量赋值方式

自变量	赋值
职业状态	以在职为参照设置哑变量;X1=离退休(0,1);X2=失业(0,1);X3=其他(0,1)
年龄(岁)	18~<45=1;45~<60=2;60~<75=3;≥75=4
学历	小学及以下=1;初中=2;高中=3;大专及以上=4
性别	女=1;男=2
婚姻状况	已婚=1;未婚=2;其他=3
月收入(元)	<1 000=1;1 000~<3 000=2;3 000~<5 000=3;≥5 000=4
居住方式	独居=1;与配偶=2;与子女=2;与配偶及子女=3;其他=4
费用支付方式	自费=1;医保=2;商业保险=3
居住地距医院距离(m)	<3 000=1;3 000~<10 000=2;≥10 000=3
有无其他慢性病	无=1;有=2
有无出院服药	无=1;有=2
有无出院带管	无=1;有=2
术后住院天数(d)	<5=1;6~10=2;11~15=2;≥16
出院去向	回家=1;社区医院或康复所=2;养老院=3;其他=4
出院后有无可利用医疗资源	无=1;有=2
指导质量总分	原值代入

表5 PTCD术后患者出院准备度的多元线性回归分析($n = 146$)

变量	b	S_b	b'	t 值	P 值
常量	109.190	25.710		4.247	0.000
出院后有无可利用医疗资源	10.619	4.834	0.169	2.197	0.030
出院指导质量总分	0.611	0.094	0.482	6.503	0.000

注: $R^2 = 0.306$, $F = 5.947$, $P = 0.000$ 。

3 讨论

3.1 加速康复理念模式下PTCD术后患者的出院准备度处于中等水平 本次调查的研究对象出院准备度条目均分为(7.97±1.43)分,相比满分为10分的条目均分处于中等水平。本研究中,对“是否准备好出院回家”的回答中,93.8%(137例)的研究对象认为自己已做好出院准备。与Weiss等^[5]对147例内外科的住院患者(93.0%的患者认为已做好出院准备)和Jones等^[9]对结肠直肠癌术后患者(90%的人表示已做好出院准备)进行的调查一致,高于罗羽鸥等^[10]对184例肝癌患者的调查结果(80.4%患者做好出院准备);与同为加速康复理念指导下的研究相比,肺癌患者88.65%的患者做好出院准备^[11],直肠癌患者80%已做好出院准备^[12]。可能与研究对象疾病种类有关,本次研究中包含PTCD术后患者,但并非都是癌症患者,癌症患者可能会面对更大的经济和心理压力。此外,对量表的四个维度条目均分排序发现,自身状况和疾病知识维度得分偏低,与杨婕等^[13]研究结果一致。因此,患者在出院时对自己身体状况和所获的疾病知识情况并不理想,尤其是较偏僻地区的患者,对出院后医疗资源更是忧心,可能与加速康复理念有关。术后加速康复专家共识指出:在达到出院指征^[14],如患者生活基本自理,体温正常;疼痛缓解或口服止痛药能较好控制;可正常进食,大小便通畅;切口愈合良好、无感染(不必等待拆线)等即可出院。但此时患者体力尚未完全恢复,且受传统思维术后应该多卧床休息的影响,患者对于加速康复管理缺乏足够理解,且肝胆外科手术复杂,术中时间较长,部分患者出院时会带管回家。同时受我国医疗资源分布现状影响,基层医疗资源利用率不高,且相对缺乏,患者对基层的医疗服务可信度不高^[15-16],导致疾病知识得分不高。因此,应进一步优化基层医疗资源,健全三级诊疗机制,加强区域医疗机构帮扶,提高出院服务满意度^[2]。

3.2 加速康复理念模式下PTCD术后患者出院准备度的影响因素分析

3.2.1 出院后有无可利用医疗资源 本研究显示,出院时患者在出院后有无可利用医疗资源是出院准备度的影响因素。可能的原因有:加速康复模式下患者达到出院指征^[14]即可出院,是医护人员从专业知识角度出发对患者身体状况的判断,并未考虑到患者自己对自我身体状况的评判,肝胆手术复杂,受传统思维术后理应多卧床休息的影响以及基层卫生服务质量的影响,患者对自己掌握的疾病知识缺乏足够自信,对基层地方卫生服务可信度不高^[15-16],更倾向于信赖三级大

医院的治疗与指导。出院后有无可利用医疗资源不仅影响到出院后对疾病的应对能力和康复进程^[17],也会影响患者心理康复。因此,医护人员在评价患者是否能够出院时,应考虑到患者自身的感受,做好患者的心理健康宣教,为患者充分介绍基层医疗资源信息,借助互联网医院和新媒体做好院后的延续护理。医疗机构应该加强区域帮扶,让优质的医疗资源下沉到基层卫生机构。

3.2.2 出院指导质量 本研究显示,出院指导质量与PTCD术后患者出院准备度呈正相关关系,是影响患者出院准备度的重要因素,与其他学者研究结果一致^[13,18-19]。出院准备是对患者离开医疗机构进一步康复的安全性的预测^[21]。尽管各项研究^[2-3]证实加速康复可以减少术后并发症、降低住院费用,增加患者满意度,但受技术要求和传统文化影响,部分患者仍然心存疑虑,因此,在缩短住院时间的同时要保证医疗质量。出院宣教是整体护理重要的组成部分,是保证患者出院后进一步康复的前提。因此,医护人员在进行出院宣教后一定要确认患者或家属是否完全理解和掌握知识重点,可借助互联网+护理新技术做好患者延续护理,提高患者出院准备度,减少非计划住院次数。

综上,在加速康复理念下PTCD术后患者出院准备度处于中等水平。患者出院后有无可利用医疗资源和出院指导质量是其影响因素。医护人员在进行出院指导时应考虑患者自身感知状况,提高出院指导质量,让患者及家属充分了解地方基层医疗卫生资源信息,增加患者出院返家康复的信心。

参考文献

[1] Zhao JH, Sun JX, Gao P, et al. Fast-track surgery versus traditional perioperative care in laparoscopic colorectal cancer surgery: a meta-analysis[J]. BMC Cancer, 2014, 14(1): 607-631.

[2] Li M, Zhang J, Gan TJ, et al. Enhanced recovery after surgery pathway for patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2018, 54(3): 491-497.

[3] Liu B, Liu S, Wang Y, et al. Neurosurgical enhanced recovery after surgery (ERAS) programme for elective craniotomies: are patients satisfied with their experiences? A quantitative and qualitative analysis[J]. BMJ Open, 2019, 9(11): e028706.

[4] Teigen NC, Sahasrabudhe N, Doulaveris G, et al. Enhanced recovery after surgery at cesarean delivery to reduce postoperative length of stay: a randomized controlled trial[J]. Am J Obstet Gynecol, 2020,

222(4): 372. e1-372. e10.

- [5] Weiss ME, Marianne E, Linda B, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients[J]. Clin Nurse Spec, 2007, 21(1): 31-42.
- [6] Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory[J]. ANS Adv Nurs Sci, 2000, 23(1): 12-28.
- [7] Zhao H, Feng X, Yu R, et al. Validation of the Chinese version of the Readiness for Hospital Discharge Scale on patients who have undergone laryngectomy[J]. Nurs Res, 2015, 24(4): 321-328.
- [8] 王冰花, 汪晖, 杨纯子. 中文版出院指导质量量表信效度测评[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(6): 752-755.
- [9] Jones D, Musselman R, Pearsall E, et al. Ready to go home? Patients' experiences of the discharge process in an enhanced recovery after surgery (ERAS) program for colorectal surgery[J]. Gastrointest Surg, 2017, 21(11): 1865-1878.
- [10] 罗羽鸥, 任秋平, 杨小玲, 等. 肝癌术后患者出院准备度及其影响因素分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2020, 27(10): 1249-1253.
- [11] 杨梅, 牛铃莉, 郑娥, 等. 基于加速康复外科理念肺癌患者出院准备度与出院指导质量现状及相关性分析[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2019, 26(9): 905-909.
- [12] 贺育华, 杨婕, 蒋理立, 等. 加速康复外科模式下结直肠癌患者出院准备度与出院指导质量现状调查[J]. 护理学杂志, 2019, 34(10): 17-19.
- [13] 杨婕, 贺育华, 蒋理立, 等. 加速康复外科模式下结直肠癌患者出院准备度现状及影响因素分析[J]. 中国护理管理, 2018, 18(12): 1617-1621.
- [14] 白雪莉, 梁廷波. 肝胆胰外科术后加速康复专家共识(2015版)[J]. 临床肝胆病杂志, 2016, 32(6): 1040-1045.
- [15] 王俊豪, 贾婉文. 中国医疗卫生资源配置与利用效率分析[J]. 财贸经济, 2021, 24(2): 20-35.
- [16] 董玉静, 李葆华, 万巧琴, 等. 脑卒中患者出院准备度和出院后可利用资源调查研究[J]. 中国护理管理, 2013, 13(5): 91-93.
- [17] Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis[J]. J Adv Nurs, 2017, 73(11): 2547-2557.
- [18] Knier S, Stichler JF, Ferber L, et al. Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge[J]. Rehabil Nurs, 2015, 40(1): 30-39.
- [19] 李娟, 田冰洁, 余姝彦, 等. 肝胆外科患者出院准备度与出院指导质量的相关性研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(15): 28-31.
- [20] Rochefort CM, Rathwell BA, Clarke SP. Rationing of nursing care interventions and its association with nurse-reported outcomes in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional survey[J]. BMC Nurs, 2016, 15(1): 46-53.

收稿日期: 2022-02-08