

# 探讨以造口治疗师为主导的多学科协作诊疗对肿瘤伤口患者生活质量的临床影响

许秋焕 张莹莹

中国人民解放军海军第971医院 山东 青岛 266073

**摘要:** **目的:** 分析肿瘤伤口中实施以造口治疗师为主导的多学科协作诊疗模式的效果。**方法:** 选择70例肿瘤伤口患者作为此次实验对象, 均于2024年2月—2025年2月被我院收治, 以随机数字表法分为参照组与研究组, 每组35例。参照组给予常规诊疗方式, 研究组实施造口治疗师为主导的多学科协作诊疗干预, 评估临床干预效果。**结果:** 并发症发生率比对, 研究组为5.71%低于参照组的22.86%,  $P < 0.05$ ; 干预后, 研究组心理状态优于参照组,  $P < 0.05$ ; 与参照组比较, 研究组伤口愈合情况更优,  $P < 0.05$ ; 2组在干预后的生活质量评分上, 有统计学意义,  $P < 0.05$ 。**结论:** 以造口治疗师为核心, 对肿瘤伤口患者进行多学科协作诊疗干预, 能够减少并发症的发生, 促进伤口的愈合, 改善患者的生活质量。

**关键词:** 造口治疗师; 多学科协作诊疗; 肿瘤伤口; 生活质量

肿瘤伤口是此类患者常见的并发症之一, 特别是中、晚期的肿瘤患者, 这种情况更为常见<sup>[1]</sup>。由于肿瘤侵犯、放化疗不良反应及营养不良等原因, 极易发生伤口愈合不良、感染及出血等情况, 对患者生存品质造成了很大的负面影响。传统肿瘤伤口诊疗一般以单独的科室为主, 缺少多个专业学科的合作, 很难完全适应患者的诊断和治疗需要。造口师是一类具备丰富创伤护理知识与技术的专家, 其在创伤评价、处理及护理上有其独到之处<sup>[2]</sup>。对此, 本实验探索了以造口师为核心的多学科协同诊疗模式, 在肿瘤伤口诊疗中的实施效果, 希望能够进一步改善患者的生活质量。

## 1 资料和方法

### 1.1 基本资料

我院从2024年2月—2025年2月中, 抽取70例肿瘤伤口患者, 按照随机数字表法分为2组, 各35例。入选条件: (1) 病理证实为肿瘤疾病; (2) 合并有肿瘤相关伤口, 大小为2cm\*2cm以上<sup>[3]</sup>; (3) 有清晰的认知能力; (4) 预期生存时间  $\geq 3$  个月。排除条件: (1) 合并严重的心、肝、肾等重要器官损害; (2) 具有心理或认知功能损害; (3) 患者临床资料不完善; (4) 实验中途主动放弃的患者。

参照组: 男17例, 女18例; 年龄为46-76岁, 平均(65.63±4.15)岁; 肿瘤类型: 胃癌10例, 肺癌15例, 结肠癌6例, 其他4例; 伤口面积: 17例2到5cm<sup>2</sup>, 13例5到10cm<sup>2</sup>, 5例 > 10cm<sup>2</sup>。研究组: 男女比为19: 16例; 年龄范围45-76岁, 均值(65.29±4.13)岁; 肿瘤类型: 11

例胃癌, 14例肺癌, 5例结肠癌, 5例其他; 伤口面积: 2-5cm<sup>2</sup>18例, 5-10cm<sup>2</sup>12例, > 10cm<sup>2</sup>5例。2组患者的相关资料比较分析, 无统计学意义, ( $P > 0.05$ ), 有可比性。本研究符合《赫尔辛基宣言》。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

此组按传统的诊治方式进行, 专科医师依据患者病情制订治疗计划, 护士进行伤口换药、病情观察等日常护理工作。通过宣教手册, 视频讲解, 床边口述, 向患者介绍有关肿瘤伤口的常识, 同时还需要进行心理辅导, 积极地和患者进行交流, 让其表达自己的想法, 尽可能地满足患者的合理需要, 并对他们进行安抚和鼓舞, 强化其临床治疗自信心。

#### 1.2.2 观察组

(1) 建立多专业协同护理队伍: 由各科负责人负责, 由护理专家牵头, 由护理、医疗、心理、康复、营养等多专业构成的多学科协同护理队伍。为保证多专业协同的实施, 需要对全体医护人员实施肿瘤伤口有关知识的培训。心理、康复和营养等的工作职责是在本专业范围内制订相应的治疗方案。护理人员对患者的病情进行综合评价, 各项干预措施的执行和疗效评估是临床工作的重要内容。以护士长为领导的护理小组, 对小组合作方式进行日常的管理和监督; 确定1位护理主任作为多学科小组的联系人, 并组建多学科小组的网络, 以便对疾病治疗方案进行分析、讨论和制定。

(2) 诊疗措施的实施: ①心理疗法。告诉患者消极

的情感，如焦虑、抑郁、恐惧等，不但会使患者的睡眠质量下降，而且会使临床症状更加严重。护士要与患者和家人进行有效的交流，使他们能够完全理解患者在治疗过程中的精神烦恼和情感的改变，针对患者的文化水平、性格特征等方面的差异，选择音乐疗法、冥想放松、娱乐活动、同伴教育等方式对其进行干预，同时最大限度地让患者得到家人的支持，每个星期1到2次，每次20-30min。针对消极情感较重的患者，心理医生要全面理解患者的不良情感根源和患者的情感应对能力，积极给予个性化的心理支援和辅导，每周至少1次，每次至少60分钟。②运动干预。适量的身体运动可以有效地防止或减轻患者的一些临床症状，建议其在治疗一星期之内，尽量选择强度不大的活动，如散步、瑜伽等；1星期以后，可以通过慢跑、游泳、跳绳、登山等中等强度的有氧锻炼来逐步加大锻炼的力度。医护人员要注意患者的身体活动状况，并引导其按照自己的爱好、身体素质、耐受能力等进行适当的锻炼。对PS得分大于等于2的患者，采用康复医师和护士共同实施体育锻炼。从第一日起，每天1~2次，每次20~30分钟，持续4周，每次不少于5次。④营养干预。治疗之前，需要对患者的进行PGSGA营养评价，对营养状态良好且评分 ≤ 3分的患者<sup>[4]</sup>，护士会给予营养宣教，并让患者的家人按照患者在治疗后的胃肠功能恢复情况和患者的个人偏好，对患者的膳食进行适当的安排。如果患者在治疗后出现了明显的胃肠道反应，如恶心、呕吐等，可以在医生的指导下，适量地提高饮食的频率和时长，并在医生的指导下使用营养制剂。针对中重度营养不良评定评分 > 3的患者，采用营养师-医师-护士联合实施营养介入，并根据患者日常膳食，制定个性化营养方案，并辅以肠道营养干预。护士应对患者的饮食进行追踪，监督患者每日按时进食，避免由于缺乏足够的营养而导致慢性肾衰竭。

### 1.3 观察指标

1.3.1 对2组在不同诊疗方式的伤口并发症情况进行分析，主要包括出血、感染以及渗液过多。

1.3.2 从伤口愈合时间以及愈合率方面，对伤口愈合

情况进行判定，其标准为：伤口全部上皮化生，未见渗血，未见明显的红、热、痛等并发症。

1.3.3 心理状态：使用SAS量表及SDS量表<sup>[5]</sup>对患者的心理情况进行评定，SAS量表的得分为在50分以上为有焦虑，SDS量表得分在53以上为有抑郁，分数越高，表示患者的心理状态也就越差。

1.3.4 选择ERTCQLQ-C30量表<sup>[6]</sup>对患者的生活质量进行评估，主要包括生理功能、情感功能以及社会功能等内容，共30个条目，每个条目1~4分，功能指标得分较高，说明患者的生活质量也就越好。

### 1.4 统计学分析

采用SPSS28.0软件进行了统计学处理，计量资料和计数资料分以 $(\bar{x} \pm s)$ 、 $(\%)$ 表示，并且采用 $t$ 和 $\chi^2$ 进行了检验，当 $P < 0.05$ 时，表示有统计学意义上的差别。

## 2 结果

### 2.1 两组并发症发生情况比较

经干预，研究组出血等伤口并发症的总发生率为5.71%，明显低于参照组的22.86%，( $P < 0.05$ )。

表1 2组并发症发生率对比[n(%)]

组别	例数	出血	感染	渗液过多	发生率
研究组	35	1 (2.86)	1 (2.86)	0 (0.00)	2 (5.71)
参照组	35	3 (8.57)	3 (8.57)	2 (5.71)	8 (22.86)
$\chi^2$					4.200
$P$					0.040

### 2.2 比对两组伤口愈合情况

分析发现，与参照组比较，研究组的愈合时间更快，整个愈合率更高，( $P < 0.05$ )。

表2 2组伤口愈合情况比较[n( $\bar{x} \pm s$ )] / [n(%)]

组别	例数	愈合时间(天)	愈合率
研究组	35	15.63±2.02	91.43 (32/35)
参照组	35	21.69±2.11	71.43 (25/35)
$\chi^2/t$	/	12.274	4.629
$P$	/	0.000	0.031

### 2.3 比对2组的心理状态

两组患者在干预后的焦虑、抑郁评分下降，研究组的心理改善情况较参照组更优，( $P < 0.05$ )。

表3 两组心理状态对比[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	35	54.63±3.96	38.13±2.09	56.93±4.12	39.05±2.46
参照组	35	54.96±3.78	45.98±2.18	56.78±4.13	46.25±2.27
$t$	/	0.357	15.378	0.152	12.725
$P$	/	0.723	0.000	0.880	0.000

## 2.4 比较两组生活质量

研究组干预后的各项生活指标评分,如生理功能等

均高于参照组, ( $P < 0.05$ )。

表4 2组生活质量比对[ $n(\bar{x} \pm s)$ ]/分

组别	例数	生理功能		情感功能		社会功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	35	52.36±7.12	72.63±6.65	57.26±7.15	76.93±6.28	58.63±7.69	78.26±6.45
参照组	35	52.46±7.13	65.25±6.02	57.36±7.89	70.32±6.18	58.49±7.45	69.58±6.16
<i>t</i>	/	0.059	4.867	0.056	4.438	0.094	5.758
<i>P</i>	/	0.953	0.000	0.956	0.000	0.925	0.000

## 3 讨论

肿瘤伤口的诊疗涉及医学,护理,心理,康复,营养等各个方面,单靠一个或一个专科是不够的。多学科协同的护理模式是基于整体治疗的整体服务模式,核心是以造口治疗师为指导,为患者的个性化需要提供指导,小组成员通过分工协作,实现患者的整体化、全程化、专业化的多学科协同治疗<sup>[7]</sup>。造口治疗师不仅是小组各成员间的纽带,同时也是患者和医护队伍间的沟通渠道,对多学科合作具有重要意义。

分析本次实验结果,2组干预后的心理状态改善,生活质量评分提高,组间数据比较分析,有统计学意义,  $P < 0.05$ 。提示以造口师为主的多学科协同诊治方式可显著提高患者的生存质量。造口师是一名专门的伤口护理人员,它可以准确地评价肿瘤伤口并给予个体化的治疗,减轻伤口疼痛、渗液等症状,进而改善患者的生理机能<sup>[8]</sup>。与此同时,肿瘤医师、营养师、心理治疗师等多学科合作小组的成员可以从肿瘤治疗、营养支持、心理干预等角度为患者进行全方位的诊断和治疗,解除患者的顾虑,改善患者的情感功能、社会功能及认知功能<sup>[9]</sup>。

此次结果证实,研究组与参照组相比,前者伤口恢复速度更快。主要是因为造口师具备较强的创伤管理能力,可针对创伤的各个时期及特征,制订个体化的护理方案,例如清洗液、敷料及换药次数等,以营造有利于创面恢复的有利条件。在此基础上,利用多个专业合作小组,实现对感染等不良情况,从而加速创面修复。本次研究发现,与参照组比较,研究组的并发症更少,  $P < 0.05$ 。以造口治疗师为主导的多学科协作诊疗措施的实施,可以通过严密的伤口观察与及时的处置,可以及早发现伤口感染、出血、渗液过多等情况,并对其进行适当的护理,如敷料调整、抗生素应用、压迫止血等,以防止术后并发症的发生<sup>[10]</sup>。

综上,将以造口治疗师为主导的多学科协作诊疗这

种模式,实施到肿瘤伤口患者的临床干预中,不仅能够降低并发症的发生率,还可以改善伤口愈合情况,减轻心理压力,从而进一步提高患者的生活质量。

## 参考文献

- [1]刘峰.低位直肠癌根治术联合预防性回肠造口I期开放术的临床疗效观察[J].大医生,2025,10(10):50-52.
- [2]丁国盛,李旺林.肠道支架治疗梗阻性结直肠癌的治疗现状[J].广州医药,1-7.
- [3]王振军,赵克,张忠涛,纪智礼,叶春祥.结直肠癌导致急性肠梗阻外科治疗中国专家共识(2025版)[J].中国实用外科杂志,2025,45(4):370-377.
- [4]任雪娇,姜楠,秦宇,鞠洋,宿丽杰,初广宇.早期肠造口术在直肠癌术后吻合口漏治疗中的临床疗效[J].北华大学学报(自然科学版),2025,26(2):235-240.
- [5]李瓚,周义,梁鹏.不同分期低位直肠癌患者行腹腔镜预防性回肠造口术后造口永久化发生率的比较及原因分析[J].腹腔镜外科杂志,2025,30(1):43-48.
- [6]韩霞,杨翠丽,朱庆娟,张琼,曹景源.激励护理对肿瘤术后永久性肠造口患者心理状态、自我护理能力及满意度的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(23):145-148.
- [7]樊婕,温肖玲,邝嘉恩,钟柳云.基于问题导向的护理干预对伤口造口患者心理状态及并发症发生率的影响[J].慢性病学杂志,2024,25(11):1653-1656.
- [8]关萍,王慕蕴,杨苗苗.多学科协作式延续性护理在直肠癌造口术后的应用效果观察[J].中国肛肠病杂志,2024,44(10):67-70.
- [9]张茜茜,丁瑞芳.肛管鳞癌新辅助放疗后侵犯阴道合并肝转移1例的多学科协作护理[J].中国乡村医药,2024,31(13):71-72+75.
- [10]赵娜,郑海平.多学科协作延续性合理用药规范对直肠癌造口预后分析[J].世界临床药物,2022,43(4):488.