

· 论 著 ·

GCSm 与 GCSt 在急诊创伤患者伤情评估中的信效度比较

孙海洋, 季学丽, 张阳春, 张丽, 黄夕华, 曹恒畅, 马娜

摘要:目的 评价并比较格拉斯哥昏迷评分(GCS)总分(GCSt)与其运动反应评分(GCSm)在急诊创伤患者伤情评估中的信度和效度。方法 选择 GCSt \leq 13 分且 GCSm \leq 5 分的 261 例创伤患者为研究对象。由经过培训的抢救护士和分诊护士分别独立对创伤患者伤情进行 GCS 评分,比较 GCSm 和 GCSt 的评定者间信度。效度分析通过比较 GCSm 和 GCSt 对创伤严重程度评分(ISS) \geq 16 分、急诊死亡的预测价值。结果 GCSm 和 GCSt 的评定者间一致性分别为 0.948、0.986。Bland-Altman 分析显示,GCSm、GCSt 评估值的 95% 的差值点均在 95% 一致性界限内。预测 ISS \geq 16 分时,GCSm 与 GCSt 的灵敏度分别为 75.56%、68.86%,特异度分别为 71.30%、79.17%,AUC 分别为 0.763、0.773(均 $P>0.05$);预测急诊死亡时,GCSm 与 GCSt 的灵敏度分别为 70.00%、70.00%,特异度分别为 65.98%、74.27%,AUC 分别为 0.689、0.703(均 $P>0.05$)。结论 GCSm 和 GCSt 在经过培训后急诊护士间表现出较好的评定者间一致性,GCSm 与 GCSt 比较具有相似甚至更优的灵敏度;GCSm 可成为 GCSt 在创伤患者伤情评估中的潜在替代工具。

关键词:急诊; 创伤; 伤情评估; 格拉斯哥昏迷评分; 信度; 效度; 灵敏度; 特异度

中图分类号:R472.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.17.036

Comparison of the reliability and validity of total Glasgow Coma Scale versus its motor component for the emergency department assessment of traumatic injuries

Sun Haiyang, Ji Xueli, Zhang Yangchun, Zhang Li, Huang Xihua, Cao Hengchang, Ma Na. Emergency Department, The First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China

Abstract: **Objective** To evaluate the reliability and validity of total Glasgow Coma Scale (GCSt) versus the motor component (GCSm) alone for the emergency department assessment of traumatic injuries. **Methods** A total of 261 trauma patients with GCSt \leq 13 and GCSm \leq 5 were selected for the study. GCS scores of the patients were assessed independently by trained resuscitation nurses and triage nurses, and the inter-rater reliability was compared. Validity was determined by comparing the predictive value of the GCSm and GCSt for Injury Severity Score (ISS) \geq 16 and death in the emergency department. **Results** The inter-rater reliability (ICC) for GCSm and GCSt was 0.948 and 0.986, respectively. Bland-Altman analysis showed that both instruments had more than 95% of the points within the 95% limit of agreement. For predicting ISS \geq 16 points, the sensitivity for GCSm and GCSt was 75.56% and 68.86%, the specificity was 71.30% and 79.17%, and the AUC was 0.763 and 0.773, respectively (both $P>0.05$). For predicting death in the emergency department, the sensitivity for GCSm and GCSt was equal at 70.00%, the specificity was 65.98% and 74.27%, and the AUC was 0.689 and 0.703, respectively (both $P>0.05$). **Conclusion** For trauma victims, the GCSm and GCSt show good inter-rater agreement among trained emergency nurses, and GCSm is equivalent to or more sensitive than the full GCS. In view of its simplicity the motor component of the GCS should replace the GCS in assessment of traumatic injuries.

Keywords: emergency; trauma; injury assessment; Glasgow Coma Scale; reliability; validity; sensitivity; specificity

在我国经济飞速发展以及工业化进程日益加剧的背景下,意外事故的发生率也呈现上升趋势。据统计,我国每年因创伤导致的死亡人数超过 40 万,已经跃升成为第五大致死病因^[1]。创伤已经成为青壮年人群死亡的主要原因。为了保障严重创伤患者能够得到更迅速有效的治疗,我国各综合性三级甲等医院相继组建了创伤中心。然而,由于当前我国分级诊疗制度尚未得到全面完善,大量轻中度损伤患者仍涌入创伤中心的急诊室进行救治,无疑给医院急诊救治带

来巨大压力^[2-3]。检伤分类的主要任务在于,通过有效的评估手段迅速识别出不同伤势的患者,进而为其提供相应级别的应急响应和急救处置^[2,4-5]。对严重创伤患者实施多学科创伤团队的救治已被证实是最佳的救治模式^[6-7]。但我国创伤中心对创伤患者的检伤分类使用与非创伤患者同样的急诊预检分诊标准^[8-9],其中针对严重创伤患者判断的条目不够具体和细化。部分研究者基于美国国家创伤分类协议,建立了创伤团队启动的标准^[2]。其中,当格拉斯哥昏迷评分总分(Glasgow Coma Scale, GCS) \leq 13 分时便可启动创伤团队。GCS 从睁眼反应(Eye opening response, E)、语言反应(Verbal response, V)、运动反应(Motor response, M)三个方面对患者进行评估,但在急诊就诊环境中,多个不利因素如颌面部外伤、

作者单位:南京医科大学第一附属医院急诊室(江苏 南京, 210029)

孙海洋:男,本科,护师,1124442090@qq.com

通信作者:张阳春,1044047987@qq.com

收稿:2024-04-18;修回:2024-06-27

气管插管、酗酒等可能导致无法获取完整的 GCS 评分^[10]。同时,在急诊快速初步评估过程中,由于救治时间紧迫、环境相对嘈杂等原因,急诊分诊人员对 GCS 的准确评估亦面临较大挑战。国外学者在院内创伤团队启动标准中提出,GCS 的运动反应评分通过确定患者是否具有遵照指令行动的能力,可作为 GCS 的潜在替代方案^[11-12]。目前我国创伤中心创伤患者伤情评估的临床实践中,尚未有相关研究进行探讨。为此,本研究对 GCS 运动反应评分在急诊创伤患者伤情评估中的预测价值进行研究,以期为更便捷评估提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法选择 2023 年 6 月至 2024 年 3 月在我院急诊初次就诊的创伤患者,纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②有明确外伤史或以外伤为主要的医疗诊断;③GCS 评分 ≤ 13 分且运动反应维度评分 ≤ 5 分;④家属及患者能配合评估。排除标准:①到达急诊已无生命迹象;②外院治疗超过 24 h;③因各种原因无法获得 GCS 评分中的睁眼、语言或运动任一评分。剔除标准:因经济原因或其他原因,主动放弃有效救治措施;缺失其他相关数据,如创伤严重程度评分(Injury Severity Score, ISS)^[13]、住院情况、转归等。本研究已通过医院医学伦理委员会批准(2023-SR-575)。

1.2 方法

1.2.1 选拔、培训与考核护士 分诊护士和抢救室接诊护士具备以下条件:①5 年以上临床工作经验和 3 年以上急诊专科工作经验;②N2 级及以上能级;③接受 GCS 评估的定期培训和考核。参考 GCS 官网(www.glasgowcomascale.org)的视频和文字资料,通过翻译审核后设计 GCS 培训课程。采用集中授课、微课视频、图册以及情景演练等方式对护士进行培训。

1.2.2 GCS 评分 GCS 评估采用国际公认的结构化标准评估方案^[14],即检查、观察、刺激、评分 4 个步骤。包括睁眼反应(评分范围 1~4 分)、语言反应(评分范围 1~5 分)、运动反应(评分范围 1~6 分),总分 3~15 分,分数越低意识障碍越重。本研究中 GCS 总分用 GCS_t 表示,GCS 的运动反应评分用 GCS_m 表示。

1.2.3 资料收集方法 在急诊临床护理信息系统中由课题组自行设计资料调查表,包括 3 个部分。第 1 部分收集患者一般资料(姓名、性别、年龄),就诊时资料(包括就诊时间、就诊卡号、生命体征)、GCS 评分(睁眼、语言、运动分别评分)和分诊资料(分诊判断标准、分诊级别和诊疗区域)。该部分由分诊护士在患者就诊即刻根据患者伤情进行评估判断并记录在分诊信息模块中。第 2 部分收集患者本次就诊的诊疗资料(包括患者进入抢救室的评估资料、收治科室与

转归和医疗资源使用情况),其中患者进入抢救室评估资料包括既往史、过敏史、生命体征、瞳孔、GCS 评分、疼痛评分等;收治科室与转归包括急诊死亡(包括预计死亡)、好转离院、自动出院、留院观察、收治专科病房或 ICU 5 种情况;医疗资源使用包括急诊气管插管、心肺复苏、急诊手术等。患者入抢救室的评估资料由抢救室接诊护士在创伤患者进入抢救室后进行评估并记录在抢救护理信息模块中。收治科室与转归以及医疗资源使用情况直接关联我院海泰急诊医疗电子病历系统,通过数据平台中心,利用信息的互联互通进行查询和提取数据。第 3 部分收集 ISS 评分。ISS 评分将人体划分为 6 个区域,由 3 个最严重损伤区域的简明损伤分级(Abbreviated Injury Scale, AIS)值的平方和,即 $ISS = AIS_1^2 + AIS_2^2 + AIS_3^2$,最高分 75 分,分值越高受伤程度越重。该评分系统植入到我院创伤绿色通道单病种管理平台,由急诊医生根据患者的体格检查和影像学检查结果在管理平台点选损伤部位以及损伤程度,再由计算机自动计算各部分分值并汇总获取总评分。严重创伤定义为 ISS 评分 ≥ 16 分^[13],其与病死率有较好的相关性^[15-16]。

1.2.4 资料调取与核查 由经过培训且持有护理硕士学位的护士在急诊临床护理信息系统以及医疗电子病历系统中调取本研究纳入患者的研究数据,并实施数据的匹配与清洗。安排另一名研究人员独立随机提取并检查 20% 数据的准确性。如有疑问或歧义,通过协商解决,确保数据一致。

1.2.5 评价指标

1.2.5.1 GCS_m 和 GCS_t 评定者间的信度 评定者间的信度定义为分诊护士与抢救室接诊护士分别评估 GCS_m 和 GCS_t 的一致程度。创伤患者由分诊护士根据创伤团队启动标准评估后,判断该患者应启动创伤团队并将其分诊至抢救室就诊。抢救室接诊护士在患者入抢救室后立即评估,2 名护士评估间隔时间最长不超过 5 min,分别将评估的 GCS 评分记录在相应的护理信息模块中。

1.2.5.2 GCS_m 与 GCS_t 的效度 效度定义为 GCS_m 和 GCS_t (均使用抢救护理信息模块中的记录)对 ISS 评分 ≥ 16 分、急诊死亡的预测价值,包括灵敏度、特异度等指标。

1.2.6 统计学方法 采用 Medcalc 20.010 软件进行统计分析。服从正态分布的定量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 描述,偏态分布的定量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 描述。定性资料以频数或百分比描述。一致性评价采用组内相关系数(Intraclass Correlation Coefficient, ICC)和 Bland-Altman 分析,并绘制 Bland-Altman 散点图。通过绘制 ROC 曲线并计算 AUC、灵敏度、特异度、约登指数、漏诊率、误诊率、阳性预测值、阴性预测值、阳性似然比、阴性似然比评估 GCS_m 与 GCS_t 对 ISS 评分 ≥ 16 分、急诊死亡的预测价值。检验水准 $\alpha =$

0.05。

2 结果

2.1 急诊创伤患者一般资料 本研究共纳入 261 例创伤患者,男 186 例,女 75 例;年龄 18~94(58.88±15.99)岁。体温 35.2~40.6(36.73±0.59)℃,心率 52~164(85.98±24.70)次/min,呼吸 12~40(19.78±4.73)次/min,收缩压 57~216(137.40±29.75)mmHg,舒张压 30~148(80.75±19.60)mmHg,SpO₂(0.96±0.07)。ISS 评分≥16 分 45 例(17.24%),急诊

表 1 分诊护士与抢救室护士分别评估 GCSm 和 GCSt 的 Bland-Altman 分析

评估项目	差值均数 (95%CI)	P	95%LoA 上限 (95%CI)	95%LoA 下限 (95%CI)	95%LoA 以外 点数(%)	临床评分差值[点(%)]		
						≥1 分	≥2 分	>2 分
GCSm	-0.004(-0.057~0.049)	0.887	0.847(0.757~0.938)	-0.855(-0.945~-0.764)	9(3.45)	9(3.45)	2(0.77)	0(0)
GCSt	-0.038(-0.112~-0.036)	0.308	1.150(1.024~1.277)	-1.227(-1.353~-1.100)	12(4.60)	26(9.96)	12(4.60)	3(1.15)

注:P 为差值均数比较结果;临床评分差值≥1 分,≥2 分,>2 分存在包含关系。

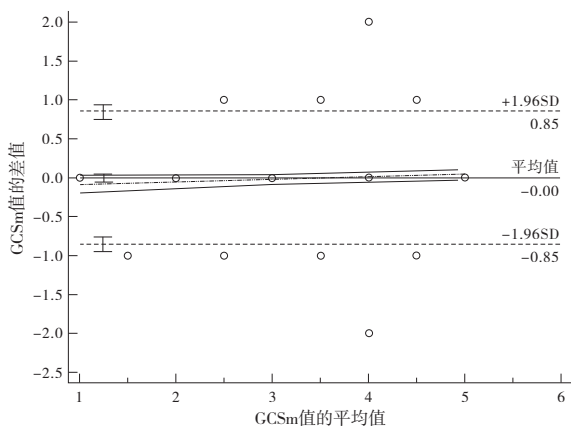


图 1 抢救护士与分诊护士 GCSm 值的 Bland-Altman 图

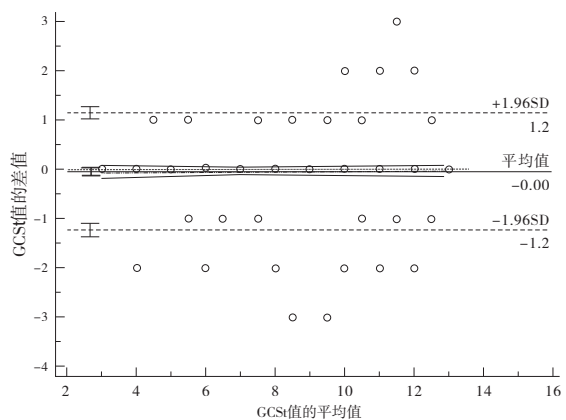


图 2 抢救护士与分诊护士 GCSt 值的 Bland-Altman 图

2.3 效度 GCSm 和 GCSt 预测 ISS≥16 分及急诊死亡的截断值及预测指标比较,见表 2。

3 讨论

3.1 GCSm 与 GCSt 评定者间的信度分析 GCS 在意识减退患者的临床评估和管理中发挥了重要作用。可靠的评分是 GCS 实际应用的基础。一项系统评价显示,不同研究之间 GCS 表现出的可靠性差别较大^[17]。GCS 评分的观察者间可靠性值得怀疑^[18],并

死亡 20 例(7.66%)。

2.2 信度 分诊护士对患者评估显示,GCS_t 评分 3~13(8.85±3.56)分,GCS_m 评分 1~5(3.72±1.33)分;抢救护士对患者评估显示 GCS_t 评分 3~13(8.81±3.57)分,GCS_m 评分 1~5(3.71±1.37)分。分诊护士与抢救护士对 GCS_m 和 GCS_t 评估一致性 ICC 分别为 0.948(0.935,0.959)、0.986(0.982,0.989)。进一步采用 Bland-Altman 分析,见表 1、图 1 和图 2。

可能受到医疗服务提供者的教育和培训、患者的意识水平和使用的刺激类型的影响^[19]。近年来,国内外学者均证实可通过培训和教育提高 GCS 评分的可靠性,但基本集中在重症监护室的环境中^[14,20]。而急诊环境相对嘈杂、抢救的迫切性需要急救人员快速做出评估,可能会更加影响评估结果的准确性和稳定性。本研究采用标准的国际公认的结构化培训方案,定期对急诊护理人员进行培训和考核,对比抢救护士和分诊护士发现,GCS_m 和 GCS_t 的 ICC 均>0.75,相关性优^[21]。

Bland-Altman 分析认为,应该至少有 95% 的差值位于该一致性界限以内,并且与专业上可接受的界限值比较,如果一致性界限在临床上可接受,则可以认为两评定者之间一致性较好,可以互换^[22]。本研究进一步采用 Bland-Altman 分析发现,GCS_m 和 GCSt 的 95% 的差值均位于该一致性界限以内,可见经过定期培训考核后的急诊护士可以保证 GCS 评估的可靠性。相关研究者指出,对 GCS 来说,不同人评估结果完全一致的要求可能过于苛刻,因为这些量表中 1 分或 2 分的差异在临床上是可以接受的^[23]。本研究中临床评分差值≥1 分的点 GCS_m 占 3.45%,GCSt 占 9.96%;差值≥2 分的点 GCS_m 占 0.77%,GCSt 占 4.60%,可见 GCSt 的可靠性低于 GCS_m,这与以往的研究结果一致^[17,23]。GCSt 要求对 3 个组成部分进行评估,便引入了 3 个潜在观察变化的来源^[17]。此外,与运动反应(1~6 分)相比,GCSt 有更多可能的评分选项(3~15 分),这意味着更有可能出现分歧。

3.2 GCSm 与 GCSt 的效度分析 本研究结果显示,无论是在 ISS 评分≥16 分还是在急诊死亡情况的预测价值方面,与 GCSt 相比,GCS_m 的特异度降低,但灵敏度增加。Reith 等^[24]对 54 069 例颅脑损伤患者进行 GCS 评分及其组成部分对出院死亡率的不同影响发现,在 GCSt 3~7 分的范围内,观察到运动得分

稳步上升(从 1 到 5),睁眼和语言得分很低;GCS_t 7~12 分,运动部分呈现出一个高原阶段。本研究选择的是 GCS_t ≤ 13 分且 GCS_m ≤ 5 分的伤情较重患者,其运动反应评分相对于睁眼、语言评分在 GCS 总分中占主导地位,由此可见在严重创伤患者中,低分值是由运动反应的状态决定的^[24]。因此,与 GCS_t 比

较,尽管 GCS_m 的特异度可能较低,但它仍然具有相似的灵敏度。这表明单项运动评分对于发现患者的不良结局同样敏感。通过牺牲一些特异度来获得类似的敏感度,可以更快速地识别高危患者,从而采取及时的治疗措施。

表 2 GCS_m 与 GCS_t 各预测指标比较

终点事件	评估项目	截断值(分)	约登指数	灵敏度(%)	特异度(%)	阳性似然比	阴性似然比	阳性预测值(%)	阴性预测值(%)	AUC(95%CI)	P
ISS ≥ 16	GCS _m	3	0.469	75.56	71.30	2.63	0.34	35.4	93.3	0.763(0.707,0.813)	0.543
	GCS _t	5	0.481	68.86	79.17	3.31	0.39	40.8	92.4	0.773(0.717,0.822)	
急诊死亡	GCS _m	3	0.360	70.00	65.98	2.06	0.45	14.6	96.4	0.689(0.629,0.745)	0.372
	GCS _t	5	0.443	70.00	74.27	2.27	0.40	18.4	96.8	0.703(0.643,0.757)	

此外,GCS_m 克服了 GCS 的许多限制^[12]。在某些情况下无法评估完整的 GCS,如气管插管或颌面部外伤的患者无法接受语言分量表评估,眼部外伤的患者无法接受睁眼分量表评估,但他们仍可接受单项的运动评估。GCS_m 相对于 GCS_t 更为简单,只涉及到患者的运动反应,减少了对其他方面的评估,使评估过程更加快捷和实用。特别是在紧急情况下,简单且快速的评估对于迅速做出决策至关重要。使用单项运动评分作为总分的替代工具可以简化评估过程,并且可能更容易应用于不同的医疗场景,包括急救现场、医院急诊室和转运过程中。这样的便利性可以促进更广泛的使用和实施。

4 结论

本研究通过比较 GCS_m 和 GCS_t 在创伤患者伤情评估中对 ISS ≤ 16 分和急诊死亡的效能比较,结果显示,GCS_m 的灵敏度和可靠性略优于 GCS_t,且其简单性、实用性和便利性使其可成为 GCS_t 在创伤患者伤情评估中启动创伤团队的潜在替代工具。但本研究来自单中心的创伤中心,且样本量较小,需要开展更大规模、更广泛的研究,以及对不同亚组的进一步分析,以更好地理解总分和单项运动评分之间的差异,并确认单项运动评分作为替代工具的有效性。

参考文献:

[1] 陈翔宇,刘红升,向强,等.创伤失血性休克中国急诊专家共识(2023)[J].中国急救医学,2023,43(11):841-854.

[2] 张阳春,季学丽,张丽,等.创伤团队启动标准在急诊预检分诊中的信效度研究[J].护理学杂志,2021,36(19):39-43.

[3] 谈在祥,吴松婷,陈雨晴.三级公立医院急诊危重病人滞留成因及其管理对策[J].中国医院管理,2021,41(2):42-46.

[4] 张阳春,季学丽,张丽,等.江苏省省级创伤中心创伤团队启动标准的构建[J].护理学杂志,2022,37(16):31-35.

[5] 黄辉,安文红,刘欢,等.五级分诊标准信息系统的信效度研究[J].护理学杂志,2020,35(13):23-26.

[6] Maliziola C, Frigerio S, Lanzarone S, et al. Sensitivity and specificity of trauma team activation protocol criteria in an Italian trauma center: a retrospective observational study[J]. Int Emerg Nurs, 2019, 44: 20-24.

[7] Linder F, Holmberg L, Bjorck M, et al. A prospective stepped wedge cohort evaluation of the new national trauma team activation criteria in Sweden: the TRAUMALERT study [J]. Scand J Trauma Resusc Emerg Med, 2019, 27(1): 52.

[8] 刘文书. 2018 版专家共识之急诊预检分诊分级标准对急诊危重患者预后评估价值的研究[D]. 沈阳: 中国医科大学, 2020.

[9] 中华护理学会急诊专业委员会, 浙江省急诊医学质量控制中心. 急诊预检分级分诊标准[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2016, 11(4): 338-340.

[10] Selioutski O, Auinger P, Siddiqi O K, et al. Association of the verbal component of the GCS with mortality in patients with encephalopathy who are not undergoing mechanical ventilation [J]. Neurology, 2022, 98(5): e533-e540.

[11] Kupas D F, Melnychuk E M, Young A J. Glasgow Coma Scale motor component ("patient does not follow commands") performs similarly to total Glasgow Coma Scale in predicting severe injury in trauma patients [J]. Ann Emerg Med, 2016, 68(6): 744-750. e3.

[12] Brown J B, Forsythe R M, Stassen N A, et al. Evidence-based improvement of the National Trauma Triage Protocol: the Glasgow Coma Scale versus Glasgow Coma Scale motor subscale [J]. J Trauma Acute Care Surg, 2014, 77(1): 95-102.

[13] Baker S P, O'Neill B, Haddon W Jr, et al. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care [J]. J Trauma, 1974, 14(3): 187-196.

[14] Bajaj J, Rathore S, Parihar V, et al. Teaching Glasgow Coma Scale assessment by videos: a prospective interventional study among surgical residents [J]. J Neurosci Rural Pract, 2020, 11(3): 381-384.

[15] 吴彦坤, 王联群, 温志超, 等. 重症创伤评分系统的研究进展 [J]. 中国急救医学, 2022, 42(11): 1008-1012.

[16] 邓陶. 创伤评分相关指数对创伤患者预后分析[D]. 南昌:南昌大学, 2021.

[17] Reith F C, Van den Brande R, Synnot A, et al. The reliability of the Glasgow Coma Scale: a systematic review[J]. *Intensive Care Med*, 2016, 42(1): 3-15.

[18] Gujjar A R, Jacob P C, Nandhagopal R, et al. Full outline of UnResponsiveness score and Glasgow Coma Scale in medical patients with altered sensorium: interrater reliability and relation to outcome[J]. *J Crit Care*, 2013, 28(3): 316. e1-316. e3168.

[19] Reith F C, Synnot A, van den Brande R, et al. Factors influencing the reliability of the Glasgow Coma Scale: a systematic review[J]. *Neurosurgery*, 2017, 80(6): 829-839.

[20] 王艳新, 袁媛, 徐明, 等. 标准化培训流程对护士评定格

拉斯哥昏迷评分可靠性的影响[J]. *中国卒中杂志*, 2023, 18(9): 1001-1005.

[21] 乔舰. 组内相关系数的理论基础及建模应用[J]. *统计与信息论坛*, 2016, 31(11): 44-48.

[22] 萨建, 刘桂芬. 定量测量结果的一致性评价及 Bland-Altman 法的应用[J]. *中国卫生统计*, 2011, 28(4): 409-411, 413.

[23] Gill M R, Reiley D G, Green S M. Interrater reliability of Glasgow Coma Scale scores in the emergency department[J]. *Ann Emerg Med*, 2004, 43(2): 215-223.

[24] Reith F C M, Lingsma H F, Gabbe B J, et al. Differential effects of the Glasgow Coma Scale Score and its Components: an analysis of 54,069 patients with traumatic brain injury[J]. *Injury*, 2017, 48(9): 1932-1943.

(本文编辑 宋春燕)

中晚期低位直肠癌造口患者自我厌恶现状及影响因素分析

杨洁¹, 黄定凤¹, 冯丽娟², 唐斟¹, 张小月¹, 张博雅¹

摘要:目的 了解中晚期低位直肠癌造口患者自我厌恶现状及影响因素,为制订针对性干预提供参考。**方法** 采用一般资料调查表、自我厌恶量表、灵性量表、造口护理自我效能量表和领悟社会支持量表对 221 例中晚期低位直肠癌造口患者进行调查。**结果** 中晚期低位直肠癌造口患者自我厌恶得分(33.52±8.40)分。多元线性回归分析显示,造口并发症、灵性健康、造口护理自我效能和领悟社会支持水平是中晚期低位直肠癌造口患者自我厌恶的影响因素(均 $P < 0.05$),可以解释 83.6% 的变异量。**结论** 中晚期低位直肠癌造口患者自我厌恶处于中等偏上水平,护理人员应制订针对性的造口护理方案以减少造口并发症,提高患者造口护理自我效能、灵性健康水平和社会支持,以降低患者的自我厌恶水平。

关键词: 直肠癌; 造口; 自我厌恶; 灵性健康; 造口护理自我效能; 社会支持; 造口并发症

中图分类号: R473.73; R735.3+7 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.17.040

Level and factors associated with self-disgust in clinical stage II or III low-rectal cancer patients with a stoma

Yang Jie, Huang Dingfeng, Feng Lijuan, Tang Zhen, Zhang Xiaoyue, Zhang Boya. Department of Abdominal Radiotherapy, Hubei Cancer Hospital, Wuhan 430079, China

Abstract: **Objective** To determine the level and factors associated with self-disgust in clinical stage II or III low-rectal cancer patients with a stoma, and to provide reference for targeted intervention. **Methods** A total of 221 patients were invited to complete a battery of questionnaires, including a demographic questionnaire, the Questionnaire for the Assessment of Self-Disgust, the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being, the subscale of the Stoma Self-efficacy Scale (Stoma Care SE), and the Perceived Social Support Scale. **Results** The sample scored (33.52±8.40) for self-disgust. Multiple linear regression analysis showed that stoma complications, spiritual health, stoma care self-efficacy and perceived social support were factors influencing self-disgust (all $P < 0.05$), which could explain 83.6% of the total variance. **Conclusion** The self-disgust of low-rectal cancer patients with a stoma is at moderate to slightly high level. Nursing staff should provide targeted stoma care to prevent stoma complications, and improve patients' spiritual health, stoma care self-efficacy, and social support, in an effort to decrease their self-disgust.

Keywords: rectal cancer; stoma; self-disgust; spiritual health; stoma care self-efficacy; social support; stoma complications

作者单位: 1. 湖北省肿瘤医院腹部放疗一病区(湖北 武汉, 430079); 2. 华中科技大学同济医学院附属同济医院肿瘤科

杨洁: 女, 硕士, 护师, 750185300@qq.com

通信作者: 黄定凤, 2463124730@qq.com

科研项目: 湖北省卫生健康委 2023-2024 年度科研项目 (WJ2023F027); 湖北省肿瘤医院 2024 年度护理科研项目 (2024-HLY9-9)

收稿: 2024-04-28; 修回: 2024-06-25

结直肠癌是癌症患者死亡的第二大常见原因,且结直肠癌发病率呈现逐年上升趋势,预计到 2035 年,中国居民罹患直肠癌后的死亡比例可达全球直肠癌患者人数(250 万)的 30%^[1-2]。其中,中低位直肠癌的发生率较高,约为直肠癌总发病率的 70%,且 56% 的患者在确诊时已处于中晚期^[3-4]。因此,大部分患者在治疗时需行肠造口术以永久性或临时性替代肛