

• 论 著 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 17. 025

直肠癌 Miles 术后应用预见性护理对结肠造口并发症的影响

王双群, 朱雪玲

(重庆市涪陵区人民医院普外科 408099)

摘要:目的 探讨应用预见性护理对直肠癌 Miles 术后结肠造口并发症的预防效果。方法 采集该科 2014 年 2 月至 2016 年 7 月收治的 76 例直肠癌 Miles 手术患者,按随机数字表法分为观察组和对照组,各 38 例。观察组采用预见性护理方式,对照组采用常规护理方式。对 2 组患者结肠造口并发症的发生率及住院时间进行比较。结果 观察组患者造口水肿、出血、造口回缩、造口周围炎、狭窄/脱垂、造口坏死等发生率均低于对照组,住院时间也短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 预见性护理能有效降低直肠癌 Miles 术后结肠造口并发症,并缩短患者住院时间,值得临床推广应用。

关键词:Miles 术; 结肠造口; 预见性护理; 并发症

中图法分类号:R473

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)17-2608-03

Effect of predictive nursing on postoperative complications of colorectal cancer with Miles

WANG Shuangqun, ZHU Xueling

(Department of General Surgery, Fuling District People's Hospital, Chongqing 408099, China)

Abstract: Objective To investigate the effect of foreseeable nursing on the prevention of colostomy complications after Miles operation in rectal cancer. **Methods** A total of 76 patients with rectal cancer who underwent Miles operation from February 2014 to July 2016 were included in the study. They were randomly divided into the observation group and the control group, 38 cases in each group. The observation group adopted the foreseeable nursing mode and the control group adopted the routine nursing. The incidence of colostomy complications and the time of hospitalization were compared between the two groups. **Results** The incidence of stoma edema, bleeding, stoma contraction, stoma inflammation, stenosis/prolapse and stoma necrosis in the observation group were all lower than those in the control group, and the hospitalization time was shorter than that in the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Foreseeable nursing can effectively reduce the complications of colostomy after Miles and shorten the time of hospitalization. It is worthy of clinical application.

Key words:Miles; colostomy; predictive care; complications

直肠癌是最常见的消化系统恶性肿瘤之一,其中低位直肠癌的发病率呈上升趋势^[1]。目前腹部会阴联合切除及永久性乙状结肠末端造口术,即 Miles 手术,是国际上公认的治疗低位直肠癌的主要手术方式。由于此手术使消化道的正常生理结构发生了改变,其相关临床并发症发生率较高,增加患者痛苦^[2]。现应用预见性护理方式,在减少 Miles 术后结肠造口并发症方面取得了一定的效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 2 月至 2016 年 7 月该科收治的直肠癌患者 76 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,各 38 例。对照组患者男 20 例,女 18 例;年龄 29~88 岁,平均年龄(62.2±10.4)岁;Dukes 分期:A 期 16 例,B 期 14 例,C 期 8 例。观察组患者男 17 例,女 21 例;年龄 31~89 岁,平均年龄(61.4±11.6)岁;Dukes 分期:A 期 14 例,B 期 18 例,

C 期 6 例。2 组患者的性别、年龄、Dukes 分期等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:所有 Miles 手术后行乙状结肠或降结肠单腔造口的低位直肠癌患者。排除标准:(1)心脏病。(2)传染病。(3)严重肝肾功能不全。(4)精神异常。(5)不愿意配合治疗者。

1.3 方法 2 组患者均在 Miles 手术造口建立后立即佩戴两件式透明造口袋,以利换药及观察造口^[3]。

1.3.1 对照组护理方法 对照组患者接受常规护理,包括心理护理,术前皮肤及肠道准备,术后病情观察、饮食指导、造口袋使用技术指导等。

1.3.2 观察组护理方法 观察组患者接受预见性护理,即在常规护理的基础上再给予综合性预见护理。(1)营养的补充:禁食期间由深静脉补充高营养物质;造口排气后开始进食,从流质饮食到半流质饮食逐渐

过渡到普通饮食。可采取少量多餐方式摄取高热量、高蛋白食物,以增加患者营养。每周测量体质量 1 次。(2)造口袋使用:使用造口袋前需要先根据造口大小、形状对底盘进行修剪,修剪前先用造口专用标尺测量造口大小,然后在测量的基础上向外放宽 2 mm 进行修剪,修剪完毕后用手指在边沿来回滑动,以检查边沿是否平整,以免割伤造口。采用生理盐水清洁造口和周围皮肤,晾干后,再在造口周围皮肤上涂保护膜和防漏膏,然后稳妥地将造口袋贴好。(3)术后早期鼓励患者下床活动,以利于胃肠功能的早日恢复,以防坠积性肺炎的发生。(4)造口黏膜保护剂的使用:每日使用生理盐水清洁结肠造口后,应用湿润烧伤膏均匀涂抹在造口黏膜表面。(5)造口扩张训练:术后 5~7 d 开始对患者造口行扩张训练,操作者佩戴手套,润滑食指后缓慢地插入患者造口至第 2 指关节位置,并在造口内停留 3~5 min。1 次/天。进行训练时,操作者动作应轻、慢,手指插入瘘口不能太深,以免损伤造口。在整个过程中患者如有不适,应立即停止动作,让其张口呼气,以放松腹肌,降低腹压。(6)造口灌洗:术后 8~10 d 开始用 38 ℃ 左右温开水或温盐水 500~1 000 mL 灌洗造口,采用一次性灌肠袋盛装灌洗液,患者取坐位或卧位,将自制灌洗栓连接在一次性灌肠袋的肛管上,使用液体石蜡涂抹灌洗栓后插入造口,打开灌肠袋开关,调节水流速度

为 50~70 mL/min。灌水完毕后粪便将在 30 min 内自行排出。完毕后清洁干燥造口周围皮肤。此操作每天 1 次,且每天尽量固定在同一时间进行,形成规律排便。

1.4 观察指标 对比 2 组患者并发症发生情况及住院时间。

1.5 统计学处理 采用 SPSS10.0 统计软件进行数据分析,计数资料以例数或百分率表示,使用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

对照组并发症发生率为 71.05%,发生例数为 27 例(其中 10 例发生 2 种并发症,4 例发生 3 种及以上并发症),造口水肿 9 例;出血 6 例;肠管回缩 4 例;造口周围炎 16 例;造口狭窄/脱垂 5 例;造口坏死 3 例。观察组并发症发生率为 47.37%,发生例数为 18 例(其中 7 例发生 2 种并发症,3 例发生 3 种及以上并发症),造口水肿 5 例;出血 2 例;肠管回缩 1 例;造口周围炎 10 例;造口狭窄/脱垂 2 例;造口坏死 1 例。观察组患者造口并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=6.11, P<0.05$)。对照组患者住院 10~15 d 16 例,16~21 d 14 例,22~30 d 8 例;观察组患者住院 10~15 d 24 例,16~21 d 10 例,22~30 d 4 例,观察组患者住院时间短于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=5.17, P<0.05$)。见表 1、2。

表 1 2 组患者并发症发生率结果比较

组别	例数(n)	造口水肿(n)	出血(n)	造口回缩(n)	造口周围炎(n)	狭窄/脱垂(n)	造口坏死(n)	总计[n(%)]
观察组	38	5	2	1	10	2	1	18(47.37)
对照组	38	9	6	4	16	5	3	27(71.05)

表 2 2 组患者住院时间结果比较(n)

组别	例数(n)	10~15 d	16~21 d	22~30 d
观察组	38	24	10	4
对照组	38	16	14	8

3 讨 论

预见性护理是指根据并发症发病先兆、潜在诱因或高危因素采取预防性护理措施对患者进行一定的干预^[4]。预见性护理广泛地应用于高危因素、诱发因素、发病先兆较为明确的疾病和并发症的预防。结肠造口改变了正常排便途径,其并发症发生率较高,一旦发生造口相关并发症,不但增加患者痛苦,甚至威胁患者生命。因此根据结肠造口并发症发生的影响因素,给予针对性的预见性护理,将疾病控制在还未发生状态,非常必要。

低蛋白血症患者,当血液中蛋白水平过低时,血液中的水分会渗透进入组织间隙,进而引发肠造口水肿,所以改善患者的营养状态非常重要;湿润烧伤膏

具有祛腐生肌,减轻水肿,改善微循环,保持黏膜湿润的特点,对肠造口起到了有效的保护作用,能减少造口充血、水肿的发生^[5]。本研究对照组患者造口水肿发生 9 例,观察组 5 例,说明改善患者营养状况和造口黏膜表面涂抹保护剂对预防结肠造口充血水肿具有临床效果。陆元基等^[6]认为腹内压增大是造成造口脱垂的独立危险因素,所以避免腹内压增大的因素非常有必要。本研究患者早期下床活动能促进胃肠功能早日恢复,以利于患者尽早恢复排气、排便,从而减轻腹胀。因为早期下床活动能使腹腔内容物下降,膈肌下降,空气进出肺脏的含量增加,使呼吸幅度大而有力,有利于肺功能康复,促进全身状况改善,通过实施早期下床活动,降低肺部感染发生率,避免患者因咳嗽导致腹内压增加^[7]。贾伟等^[8]研究证实,造口扩张训练也是预防造口狭窄和脱垂的有效方法,且造口扩张训练作为一种轻柔的机械性刺激,可促进局部血液循环,从而减少造口水肿和坏死的发生。本研究对照组发生造口狭窄/脱垂 5 例,造口回缩 4 例,观察

组分别为 2 例和 1 例,说明预防腹内压增高,造口扩张训练能有效降低造口狭窄/脱垂、肠管回缩的风险。造口袋底盘修剪过大会使造口周围的皮肤大量暴露,使造口分泌物或粪便与皮肤直接接触,导致造口周围炎。如果底盘修剪过小,不仅会使造口受伤还会压迫造口,导致造口缺血、缺氧,发生坏死。黄木兰等^[9]研究报道,结肠造口灌洗给患者提供了一种有效的结肠造口康复训练方法,通过灌洗可明显降低排便次数,消除或减轻结肠造口异味,减少造口周围皮肤刺激的发生率。本研究对照组患者发生造口周围炎 16 例,造口坏死 3 例,观察组分别为 10 例和 1 例,说明掌握造口袋使用方法及造口灌洗能有效预防造口周围炎及造口坏死的发生。本研究通过针对结肠造口并发症发生的危险因素,采取了一系列的预见性应对措施,使并发症发生率明显降低,患者住院时间也明显缩短,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,预见性护理使护理工作由被动变主动,护理人员对患者的病情观察和护理更全面、更细微,针对性更强^[10]。预见性护理不仅能有效减少直肠癌 Miles 术后结肠造口并发症的发生率,缩短住院时间,还能提升护士的职业成就感,值得临床应用推广。

参考文献

[1] 魏青,朱蓓,王永媛. 结肠造口灌洗及口服微生态制剂对

肠造口患者肠道菌群及生活质量的影响[J]. 中国现代医学杂志,2016,26(12):63-66.

[2] 李世拥. 低位直肠癌保肛术应重视的若干问题[J]. 中华外科杂志,2007,45(17):1153-1155.

[3] 钱惠玉,徐文亚,翁亚娟. 结肠造口灌洗对直肠癌 Miles 术后患者生活质量的影响[J]. 中华护理杂志,2014,49(7):786-791.

[4] 樊雪芹. 预见性护理对腹腔镜下结直肠癌手术患者术后谵妄的影响[J]. 实用临床医药杂志,2015,19(6):59-61.

[5] 文华,陈建梅,贺莲香. 湿润烧伤膏在人工肛门黏膜处理中的应用[J]. 中国现代医学杂志,2004,14(9):129-130.

[6] 陆元基,支巧明,匡玉庭,等. 回结肠造瘘术后发生造口脱垂的相关危险因素分析及预防措施[J]. 浙江临床医学,2016,18(11):2066-2067.

[7] 芮祖琴,李雷,龚菊霞. 术后早期下床活动在开胸手术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2016,22(2):9-11.

[8] 贾伟,王利锋. 造瘘口扩张训练对减少 Miles 手术后人工肛门并发症的作用观察[J]. 中国普通外科杂志,2014,23(1):136-138.

[9] 黄木兰,陈冰清,陈洁红,等. 结肠灌洗对造口病人生活质量的影响[J]. 护理研究,2006,20(4):326-327.

[10] 贺月琴. 预见性护理措施对脑卒中患者发生肺部感染的影响[J]. 实用心脑血管病杂志,2011,19(11):1987-1988.

(收稿日期:2018-04-21 修回日期:2018-06-24)

(上接第 2607 页)

明,化学氧化法 TB、DB 对于脂血的抗干扰能力一般,随脂血干扰浓度上升而降低,或能在一定程度上说明以上现象的发生机制。

综上所述,日立 7180 生化分析仪应用国内生化试剂,抗干扰性能较好,试验结果能反映标本不同浓度的溶血、脂血、黄疸干扰物对各生化项目的干扰情况,对提高临床判断的准确性及相关检验检测方法的研究具有参考意义。将来可能对仪器结合相关研究结果进行开发,使仪器能自动辨别血清的黄疸浓度是否对项目造成影响,并提供自动复查或自动复查提示,极大地降低检测的差错率。

参考文献

[1] 国家食品药品监督管理局. YY/T 0654-2008 全自动生化仪[S]. 北京:中国标准出版社,2009:2.

[2] 王治国. 临床检验方法确认与性能验证[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:241.

[3] 金鹤成. 三酰甘油、尿酸试剂盒抗还原性干扰能力的评价[J]. 上海医学检验杂志,2001,16(2):111-112.

[4] 李强. AU680 全自动生化分析仪的抗干扰性能评价[J]. 国际检验医学杂志,2012,33(22):2753-2754.

[5] 张静静,张雯佳,曾磊,等. 迈瑞 BS480 全自动生化分析仪

性能评价[J]. 实用医学杂志,2015,31(11):1852-1854.

[6] 刘沛. 肌酸激酶同工酶 CK-MB 试剂盒抗干扰性能的评估[J]. 中国医药指南,2016,14(22):166-167.

[7] 虞莹,孙竹华. 溶血对心肌酶谱测定指标的干扰和影响[J]. 检验医学与临床,2012,9(4):467-468.

[8] 刘磊. 外周静脉不同采血方法对血标本溶血的影响探讨[J]. 临床医学研究与实践,2016,1(21):151-152.

[9] 李燕燕,张云. 急诊检验不合格标本的分类统计及原因分析[J]. 检验医学与临床,2016,13(23):3426-3428.

[10] 周垚,韩刚,季佳雯,等. 序贯高速离心消除脂血对常规生化项目检测干扰的效果评价[J]. 南通大学学报(医学版),2017,37(5):409-412.

[11] FUTATSUGI A, HIDAKA E, KUBOTA N, et al. Abnormal serum total protein measurement by lipoprotein-X in an infant with biliary atresia[J]. Rinsho Byori, 2015, 63(11):1271-1276.

[12] 张厚毅,黄友敏,卢志明,等. 消除重度脂血、溶血、黄疸对人血清生化检测干扰的研究进展[J]. 医学检验与临床,2007,18(3):89-93.

[13] 渠建军. 高脂血症患者血清总胆红素水平的临床探讨[J]. 中国医药导报,2012,9(8):154-155.

(收稿日期:2018-03-25 修回日期:2018-05-28)