

无缝护理在腹腔镜直肠癌 Miles 术患者中的应用研究

欧毅梅 蒋萍

【摘要】 目的 探讨无缝护理在腹腔镜下直肠癌 Miles 术患者中的应用效果。**方法** 选择本院 2014 年 5 月—2017 年 5 月收治的 100 例行腹腔镜下直肠癌 Miles 术的患者,随机分成无缝护理组、常规组,每组 50 例。**结果** 无缝护理组在术后胃肠功能恢复时间、术后下床时间、进流质食物时间以及住院时间均低于常规组,无缝护理组在术前 1 天、术后 10 天心理上的焦虑状态明显轻于常规组,同样,两组患者在满意度方面也存在显著性差异($P<0.05$)。**结论** 腹腔镜下直肠癌 Miles 术患者采用无缝护理,可显著提高疗效,降低并发症的发生。

【关键词】 腹腔镜; 直肠癌; Miles; 无缝护理

[中图分类号]R473 [文献标识码]A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2018.02.044

Analysis of application effect of seamless care in rectal cancer patients with Miles surgery under laparoscope Ou Yimei, et al. Operation Room, the First Affiliated Hospital Of BengBu Medical College, BengBu 233004, China

【Abstract】 Objective To investigate the application effect of seamless care in rectal cancer patients with Miles surgery under laparoscope. **Methods** 100 cases of rectal cancer that were operated Miles surgery under laparoscope from May 2014 to May 2017, were selected and randomly divided into seamless care group and conventional group, 50 cases in each group. **Results** Recovery time of postoperative gastrointestinal function, postoperative ambulation time, postoperative eating liquid food time and hospitalization time of seamless care group were lower than those of the conventional group. The anxiety Psychology of seamless care group on one day before surgery, ten days after operation significantly lower than the conventional group. At the same time, There was also significant difference in satisfaction between the two groups of patients ($P<0.05$). **Conclusions** The application of seamless care in rectal cancer patients with Miles surgery under laparoscope can improve the clinical efficacy and reduce the incidence of complications.

【Key words】 Laparoscope; Rectal cancer; Miles; Seamless care

结直肠癌是最常见的恶性肿瘤之一^[1-3],严重威胁人们的生活质量和生命健康。近几年,随着生活水平的提高及饮食结构的改变,其发病率和致死率逐渐攀升。根据 2012 年 ESMO 结直肠癌诊疗共识指南^[4],自肛缘至上方 15 cm 的肠管定义为直肠,并以 5cm 长度作为分段单位对直肠进行高位、中位以及低位的划分,肿块位置较低又是我国直肠癌病变的一大特点。低位直肠癌约占据所有直肠癌 70%。手术是根治直肠癌的主要手段。自 1992 年 Kokerling 等^[5]首次成功完成腹腔镜下直肠癌 Miles 手术,经过二十余年的时间,腹腔镜直肠癌手术得到迅速发展。目前,腹腔镜直肠癌手术已被证实安全可行,腹腔镜根治术比开腹根治术更具优势^[6-7]。

无缝护理是美国的一家医疗中心于 1989 年推出的一项全新的护理模式,近几年才引入到国内,并在神经外科、妇产科等领域广泛应用。研究发现,无缝护理可使患者在最佳状态下完成治疗,从而减少了术后并发症的发生。本研究对我院 2014 年 5 月—2017 年 5 月 50 例行腹腔镜下直肠癌 Miles 术患者实施无缝护理,取得了满意效果,现报道如下。

一、资料与方法

1.一般资料:选取本科 2014 年 5 月—2017 年 5 月行腹腔镜下直肠癌 Miles 术患者 100 例,术前均行乙状结肠镜—电子镜检查,病灶距肛门 5cm 以内,无多发病灶,并行组织活检,病理检查为腺癌。将患者随机分成无缝护理组 50 例,男 42 例,女 8 例,年龄 40~75 岁,平均(60.44±7.88)岁。常规护理组 50 例,男 40 例,女 10 例,年龄 41~76 岁,平均(60.24±7.45)岁,两组患者的基本资料无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。所有患者均签订知情同意书,并经本院伦理委员会讨论通过。

2.方法:所有患者均在气管插管全麻下进行 Miles 术治疗,脐部为腹腔镜观察孔,对照组患者采用常规护理,观察组患者采用无缝护理,具体方法如下:(1)术前护理:患者需行 Miles 手术,行永久性人造肛门造瘘,大便需从左下腹部流出,人体的完整性遭到破坏,导致许多患者感到羞辱,术前患者常有紧张、抵触、恐惧、绝望甚或抑郁的心理,会拒绝外出和社交^[8],甚至拒绝手术治疗。对临床医疗工作的顺利进行造成了很大的困难,因此,优质护理尤为重要,首先了解患者的文化程度,学习能力及其心理状况,通过评估进行针对性指导帮助。术前用通俗易懂的语言向患者及家人耐心讲解手术的目的、必要性。在介绍 Miles 术时,通过实物、图片、模型等对手

术部位,造口功能和意义进行介绍,同时用已接受过 Miles 术的患者现场说法,介绍典型病例,设立病友微信交流论坛等,让患者及家人克服心理压力,减少焦虑心理,消除患者悲观情绪,树立战胜疾病的信心以及树立乐观积极向上的心态,从而完全接受和配合手术。接着,介绍手术室内情况以及手术护士、巡回护士、麻醉医师,和蔼的态度,认真的精神,给患者鼓舞和术前放松的心态。手术前一天巡回护士再次强调术前的禁饮、禁食。(2)术中护理:巡回护士对即将推入手术室的患者报以微笑和轻声安慰,对患者家人告知要耐心等待和请勿焦躁,引导家属积极配合护理,消除家属可能出现的不良情绪。在手术室内对等待的患者给予陪伴,从而保持情绪稳定,防止孤独感和无助感。另外,要保暖防止受凉,麻醉体位摆放时要轻柔。手术医师、洗手护士、巡回护士娴熟配合,保证手术的顺利进行和减少手术时间。对复苏室患者要监测脉搏、血压、血氧饱和度,保持呼吸道通畅,防止呕吐以及呼吸道分泌物造成的窒息。细心呵护,防止因烦躁而导致坠床的发生。(3)术后护理:术后要密切观察患者生命体征改变情况,对患者实施胃肠减压,嘱咐患者禁食,根据医嘱补液,根据术中出血多少,必要时给予输血治疗等。密切注意切口和瘘口处是否出现渗血,保持保持伤口处敷料干燥,避免污染,渗出较多以及有污染可能时,及时更换纱布敷料。密切观察腹腔引流管是否通畅以及引流液的颜色和引流液的量,并作详细的记录。留置持续性胃肠减压管到肠功能恢复,尿道口做好清洁卫生,对导尿管做好护理,防治发生泌尿系感染。鼓励并辅助患者进行翻身,要求 2 小时翻身 1 次,当胃管、导尿管等拔除后,要鼓励并协助患者下床活动,减少或防止褥疮发生,避免肠粘连发生。术后 24 小时内应采用浸有生理盐水的纱布对造瘘口进行清洗和外敷。注意造瘘口肠黏膜的血液循环以及造口是否发生回缩和剧烈疼痛。指导患者术后饮食,主要为清淡易消化的食物,避免进食产气食物。(4)院外随访:术后通过建立医生、护士、患者交流群及每周固定时间的电话随

访,了解患者心理状况和患者家属一起安慰、支持和鼓励患者,避免产生自卑、悲观、绝望心理,鼓励患者掌握肠造口的护理方法和积极参加社交活动,尽快融入社会,以恢复自信,改善生活质量。患者术后 3 个月伤口愈合后可恢复性生活,在性生活之前应检查造口袋粘贴是否牢固,确保不渗漏,同时夫妻之间应相互鼓励,避免厌恶情绪。院外饮食给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化食物。以豆制品类、蛋、鱼为好,还应辅以菜汤、果汁,使大便稍干燥,便于清洁处理。避免进食太稀和粗纤维食物,注意饮食卫生,防止腹泻。定期扩肛,防止狭窄。

3.评价指标:(1)焦虑自评量表(SAS)评分标准,采用 Zung 设计的 SAS 进行评定。该量表由 20 个条目组成,均采用 1~4 分的四级评分法,A、B、C、D 对应 1、2、3、4 分,其中 1~5 项,主要为焦虑、害怕及不幸预感等心理感受;6~10 项主要为躯体疼痛、心悸等症状;11~15 项主要是头昏、呼吸困难;16~20 项主要是尿频及多汗等症状。相加得出粗分,再乘以 1.25 算出总分,分数越高,说明焦虑程度越重^[9]。总分 100 分,分四个等级进行评估,正常 0~50 分,轻度 50~59 分,中度 60~69 分,重度 70~100 分。该量表是分析患者主观症状的临床工具,效度较高。(2)护理满意度则采用我院自制问卷调查量表进行调查,共包含护理技能、服务态度、病房环境、仪容仪表四方面,每项 25 分,共 100 分,分为 4 个等级,即非常满意:95~100 分,比较满意:85~94 分,满意:75~84 分,不满意:0~74 分。

4.统计学处理:数据分析采用 SPSS 18.0 软件处理,计量资采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料采用百分比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$,为差异有统计学意义。

二、结果

1.术后恢复情况比较:观察组患者术后胃肠功能恢复时间、术后下床时间、进食流质食物时间及住院时间显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后恢复情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术后胃肠功能恢复时间(h)	术后下床时间(h)	进食流质食物时间(h)	住院时间(d)
无缝护理组	50	48.34±7.35	64.62±14.11	52.90±10.22	7.39±0.98
常规护理组	50	70.02±10.26	91.56±15.47	91.16±16.25	11.76±2.04
<i>t</i> 值		12.15	9.07	14.1	13.64
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.两组患者 SAS 评分比较:观察组患者术前 1 d、术后 10 d 显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者 SAS 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术前 1 d	术后 10 d
无缝护理组	50	39.40±8.23	29.01±2.26
常规护理组	50	58.83±7.31	45.15±4.30
<i>t</i> 值		12.47	23.27
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05

3.两组护理满意度比较:观察组满意度显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

讨论 Miles 手术即经腹会阴联合直肠癌切除术,适用于距肛门 5 cm 以下的直肠癌。该术式由于不能保留肛门括约

肌,需要手术切除肛门以及在左下腹作一个永久的乙状结肠造瘘,改变了患者排便习惯。术后患者会出现心理、排便习惯、排便异常以及造口处皮肤、黏膜等异常改变,对患者的心理影响非常巨大,同时对肠造口患者术后护理难度同样加大给患者造成巨大的生理心理负担。而良好的护理对减轻患者痛苦,确保手术的成功起着重要的作用。出院后的优质的后续护理,对减少患者及家人的心理焦虑,提高生活质量,提升患者满意度有着不可替代的作用。

临床研究发现,患者从住院到回归家庭的转换期间,往往面临着不良事件发生的巨大风险^[10-11],因此,加强过渡期间的护理成为研究的重点。

无缝护理被定义为患者从医院到家庭的安全平稳的过

渡。无缝护理服务模式是按照护理计划,为患者提供不间断护理,形成跨医院、社区与家庭之间的护理服务新模式。高质量的护理服务贯穿于疾病的急性发作期、恢复期和康复期,形成了一个闭合的完整护理网络。无缝护理的开展减少了患者从医院到社区、家庭过渡期间可能存在的缺陷。其中,保持护理的连续性是最关键的,也是护理专业人士所倡导的护理哲学的核心,通常被称之为优质护理的关键因素^[12]。

从医院到家庭的平稳过渡也是改善患者术后预后的关键,许多研究已经关注了患者从医院到家庭的角色转换,并聚焦于出院计划或术后干预上,研究发现,平稳过渡能够改善患者的预后和减少非计划性再入院^[13-15]。目前,无缝护理模式已经广泛应用于临床,减少了患者治疗过程中的不良反应,提高了护理满意度^[16-18]。

本研究结果显示,无缝护理组患者在术后胃肠功能恢复时间、术后下床时间、进食流质食物时间及住院时间显著低于常规护理组($P<0.05$),这与无缝护理服务舒缓了患者术前紧张心理、增强了战胜疾病的信心密切相关。无缝护理能有效地降低直肠癌患者对手术前的焦虑、恐惧以及术后的心理障碍等负性情绪($P<0.05$),有助于患者术后恢复,提高了患者的满意度($P<0.05$),跨越了医生、护士与患者之间交流的鸿沟,减少了相关医疗矛盾的产生。

综上所述,对直肠癌 Miles 术患者实施无缝护理,在护理风险管理中具有显著的临床应用价值,改善了护理工作质量,完善了护理操作规范。同时,也减少了护理风险事件及手术相关并发症的发生率,增加了患者和手术医生对手术室护理工作的满意度,促进患者康复,和谐医护、医患关系,值得在临床上应用和普及。

表 3 两组护理满意度比较 $n(\%)$

组别	例数	非常满意	比较满意	满意	不满意	护理满意度
无缝护理组	50	4	37	7	2	96
常规护理组	50	1	21	12	16	68
χ^2 值						11.44
P 值						<0.05

注:满意率=(非常满意+满意+比较满意)/总例数 $\times 100\%$

参 考 文 献

[1] Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016 [J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(1): 7-30.
[2] Siegel R, Desantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014

[J]. CA Cancer J Clin, 2014, 64(2): 104-117.
[3] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015 [J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132.
[4] Schmoll HJ, Van Cutsem E, Stein A, et al. ESMO Consensus Guidelines for management of patients with colon and rectal cancer. a personalized approach to clinical decision making [J]. Ann Oncol, 2012, 23(10): 2479-2516.
[5] Köckerling F, Gastinger I, Schneider B, et al. Laparoscopic abdominoperineal excision of the rectum with high ligation of the inferior mesenteric artery in the management of rectal carcinoma [J]. Endosc Surg Allied Technol, 1993, 1(1): 16-19.
[6] 王仁辉, 温宜清, 邓浩财. 腹腔镜与开腹结直肠癌根治术的远期疗效比较 [J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2012, 4(1): 21-25.
[7] 江钺, 孙晶, 裴正军. 腹腔镜与开放手术治疗结肠癌的远期疗效比较 [J]. 复旦学报(医学版), 2011, 38(3): 211-215.
[8] 覃惠英, 尤黎明. 家庭护理干预对提高肠造口病人生活质量的影响 [J]. 中华护理杂志, 2005, 40(6): 418-421.
[9] 汪向东, 刘希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册增订版 [M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 235-237.
[10] Heggstad T. Do hospital length of stay and staffing ratio affect elderly patients' risk of readmission? A nation-wide study of Norwegian hospitals [J]. Health Serv Res, 2002, 37(3): 647-665.
[11] Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital [J]. Ann Intern Med, 2003, 138(3): 161-167.
[12] Mainous AG 3rd, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? [J]. Am J public Health, 1998, 88(10): 1539-1541.
[13] Fisher L, Weihs KL. Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease [J]. J Fam Pract, 2000, 49(6): 561-566.
[14] Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, et al. Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial [J]. JAMA, 2000, 284(22): 2877-2885.
[15] Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission? [J]. N Engl J Med, 1996, 334(22): 1441-1447.
[16] 柴仕红. 无缝护理模式在小儿外科手术护理中的应用分析 [J]. 实用临床护理学杂志, 2017, 2(5): 16-17.
[17] Jie SQ, Liang X, Hong P, et al. Application of seamless care service with multidisciplinary diagnosis and treatment in patients with gestational diabetes [J]. Int J Clin Exp Med, 2015, 8(9): 16688-16693.
[18] 陈静. 手术室全程无缝护理干预对患者应激反应的影响分析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(2): 250-251.

(收稿日期: 2017-12-25)

(本文编辑: 赵丹)