文章编号:1000-5404(2011)18-1993-02

经验交流

直肠癌 Miles 术的造口定位与护理

唐佳玉,何玉霞,唐 婕 (635000 四川 达州,四川省达州市中心医院护理部)

[关键词] 直肠癌;Miles 术;造口定位;护理
[中图法分类号] R735.37 [文献标志码] B

经腹会阴联合直肠癌切除左下腹结肠永久性造口手术(Miles)是根治性直肠切除后常用的大便改道手术[1]。由于该术式改变了患者原有的正常生理排便方式,给患者日常生活方式和生活质量带来了不便,并对其生理内环境和心理状态造成较大影响[2]。如何在医疗和护理等方面进行改进,以改善手术成功率,尽可能地减少其不良影响,减轻患者心理压力,改善术后生存质量,具有重要的意义。我院2006年1月至2010年11月 Miles 手术患者120例,通过合理地选择造口位置,加强造口护理,预防造口并发症,指导患者对造口的自我护理,取得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

患者120例,男性72例,女性48例,平均年龄53.2(32~83)岁,患者术前均经纤维结肠镜检查,病检确诊直肠癌,行 Miles 手术。术后出现造口并发症16例,其中造口水肿2例,造口周围皮炎13例,造口狭窄1例,经对症处理均康复。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 患者对异位造口及排便一般都有抵触情绪,主要表现为紧张、恐惧、焦虑,甚至绝望和抑郁[1]。如何加强心理疏导,减轻患者焦虑,树立自信心,成为心理护理的关键。术前管床护士积极主动接触患者,了解其心理状态和忧虑所在,并针对患者的病情,详细说明结肠造口仍是目前直肠癌治疗彻底,且复发率低的最佳治疗方案,并详细地向其讲解造口可能带来的不便和应对措施,指出造口后只要护理得当,不会影响生活质量,以帮助患者正确认识疾病和肠造口。同时让患者的家属积极配合,经常关心、支持和鼓励患者,邀请病情稳定的患者现身说法,帮助他们提高对术后生活质量和社会活动的信心。护理过程中注意避免一切不良刺激,使之能愉快的接受手术治疗。

2.1.2 医患共同参与,确定合适的造口位置 手术前1 d,由手术医师、管床护士与患者及家属根据患者的体型、肿瘤位置等共同进行腹部造口的定位,目的是让患者在半卧位、坐位、站立位、蹲位等不同体位时均能看清造口[3]。造口周围5 cm内的皮肤平坦,健康、无瘢痕,造口不影响患者穿戴衣服。造口位置的确定应向患者做充分的讲解,并取得其理解和认同。

[通信作者] 唐佳玉,E-mail: tangjia200888@163.com

2.1.3 肠道准备 本组患者于术前3 d开始进流质饮食,对有不全性肠梗阻的患者术前3 d给予缓泻剂番泻叶清洁肠道,同时给予甲硝唑0.2 g口服,3次/d,以抑制肠道细菌生长,为了避免热量不足,患者均采取口服肠内营养乳剂。术前晚及术晨行清洁灌肠。

2.2 术后护理

①密切观察造口情况。正常的结肠造口外观为粉红色、湿润,突出皮肤1~2 cm,皮肤和黏膜连接处缝合紧密[4]。术后3 d内局部都有不同程度的青紫和水肿,但一般数天后侧支循环建立,水肿消退。因此手术后管床护士每日应观察造口黏膜的颜色、有无水肿、有无出血或坏死、造口肠段有无回缩等,发现异常情况,及时报告医师,及时处理。本组病例出现造口水肿2例,经用10%高渗盐水湿敷,水肿消除。②造口周围皮肤护理。造口开放前用凡士林纱布外敷造口,造口开放后,每次更换肛袋时,用温开水清洁造口周围皮肤,保持造口周围皮肤清洁,干燥,必要时涂氧化锌软膏保护皮肤。本组病例出现造口周围皮炎13例,通过加强造口周围皮肤护理,局部涂擦红霉素软膏,炎症得到有效控制。③防止造口狭窄。从术后第8天开始,指导患者定期扩张造口:戴上手套或指套,涂上液状石蜡油轻轻插入造口内2~3 cm。扩张时,嘱患者张口呵气,以减轻不适。④教会患者自我护理造口。造口开放后,管床护士利用一切和患者接触的机会,耐心讲解造口护理的知识和技巧,针对不同患者造口的个性特点进行造口护理指导,让患者逐渐掌握造口护理要领与方法,最终达到患者能自我护理造口的目的。

3 讨论

影响肠造口患者生命质量的主要因素有造口自我护理情况、有无造口并发症等[5],因此造口位置的选择能否满足患者对造口进行自我护理的需要显得非常重要。本组病例采取术前由手术医师、管床护士与患者及家属共同讨论确定造口的位置,使患者对造口位置选择的目的、意义有所了解和认同,并在不同的体位都能看清造口的位置,方便患者术后自我护理,对提高患者的自护能力起到了积极的作用。同时,术前造口选择在皮肤平整、健康、无瘢痕,不影响患者穿戴衣服的位置,有效地预防和减少了由于造口渗漏、衣服、腰带的摩擦而引起的造口出血、造口周围皮炎、切口感染等并发症发生。

肠造口对患者生理和心理上都是一个沉重的打击,无论术前如何沟通,术后当患者发现肠管外露时都会感到害怕、失落,对于能否顺利恢复会产生严重的怀疑和失去自信心[6]。患者

术后1周内,尤其是发生粪便外溢的现象时患者自我形象紊乱,常会产生一种生不如死的痛苦感[2],因此,及时告诉患者手术成功的消息,耐心的指导患者进行造口护理,术后1周内尽量减少亲戚、朋友探视,同时管床护士在作造口护理时拉上床帘或用屏风遮挡,保护患者隐私,将对帮助患者树立自信心起到积极的作用。

Miles术后患者需要长期甚至是终身贴造口袋来收集粪便,这种排便方式的改变,往往对患者的身心造成一定影响。当发生造口并发症时,会加重患者的焦虑和不安,严重影响患者适应造口后的生活[7]。减少造口并发症可明显提高患者的术后生活质量[3]。本组患者采取手术前医患共同参与的造口定位,加强术前术后的心理疏导,针对每位患者造口的特点采取相应的护理措施,有效地减少了造口并发症的发生。分析13例造口周围皮炎发生的原因:10例是造口打开后,选择的肛袋偏大,患者没有及时更换造口袋,没有掌握粘贴造口袋的技巧,导致粘贴不牢,粪水渗漏到皮肤引起。提示在今后的护理工作中,应充分了解患者的排便次数、大便量、性状等,以选择适合患者的肛袋。在早期由护士亲自帮助患者更换肛袋,以便调整肛袋型号,同时教会患者及家属更换肛袋的时间、方法、皮肤护理的要点。另外3例皮炎患者是由于对接触的底盘过敏,换用另外材质的造口袋,患者的症状得到缓解。

对于造口患者而言,医务工作者的任务就是帮助他们成为一个正常人,使其在心理上健康,并活得有尊严、有价值[8]。造口患者面临的最大的问题是由造口带来的不便所产生的影响,如排便不规律、造口袋渗漏、更换造口袋不便等,掌握造口自我护理方法是提高其生活质量的关键,因此管床护士在患者住院期间,为患者制定目标,采取示范-参与-自我护理的模式,反复对患者进行造口护理指导,及时发现患者在造口护理中存在的问题,及时纠正,从而有效地提高患者的自我护理能力,减少因自护不当带来的护理问题,让患者在自我护理中体会到生存的价值。同时告诉患者通过调整饮食结构,避免辛辣等刺激性食物,防止便秘,生活有规律,建立规律的排便习惯,造口护理得当,同样可以重返社会健康地生活和工作。目前造口治疗师对Miles手术患者的护理干预和健康指导,为患者提供专业的护理服务,将对提升患者的自我护理水平起到更加重要的作用。

参考文献:

[1] 梁葵. 直肠癌Miles术结肠造口的护理进展[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(19): 95-97.

[2] 唐卫, 谭春祁, 左朝晖, 等. 直肠癌Miles术后结肠造口的临床研究[J]. 结直肠肛门外科, 2009, 15(6): 375-377.

[3] 程芳, 许勤, 戴晓冬. Miles术后永久性结肠造口早期造口异常的观察与护理[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(4): 373-374.

[4] 吴燕, 颜美琼, 徐建鸣, 等. 造口治疗师对Miles术后患者实施护理干预的效果[J]. 上海护理, 2010, 10(2): 21-24.

[5] 胡锦秀. 直肠癌Miles手术后结肠造口的护理[J]. 安徽医学, 2010, 31(3): 274-275.

[6] 戴晓冬, 李华珠, 杨宁琍. 51例Miles术后造口并发症的原因分析与护理[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(9): 799-800.

[7] 韦瑞丽, 李丽, 左萍, 等. 造口患者自我护理状况及健康需求研究进展[J]. 结直肠肛门外科, 2010, 16(4): 254-256.

[8] 张莓, 曾慧韵, 何淑敏. 造口治疗师对Miles手术患者护理干预及健康指导[J]. 国际医药卫生导报, 2010, 16(7): 879-881.

(**收稿**:2011-06-23;**修回**:2011-07-24)

(编辑 吴培红)

(上接1990页)

3 讨论

胃转流术后禁食期间应供给适量的葡萄糖维持机体水、电解质和氮的平衡;葡萄糖用量不少于100~150 g/d,胰岛素与葡萄糖比例按1 U:(4~6) g计算,依血糖变化改变滴速,维持血糖在安全范围;适当补充脂肪1.0~1.5 g/(kg·d),氨基酸1.5 g/(kg·d),监测血糖每4 h 1次。既要控制高血糖,也要防止发生低血糖。胃转流手术后由于消化道重建改变了正常的解剖生理关系,饮食要循序渐进。术后第2天消化道碘水造影,证明无吻合口漏,可给予流质饮食,第7天半流质饮食,术后1个月内仍需半流质饮食,1个月后可给予普通饮食,但需细嚼慢咽,少食多餐,每日4~5餐,逐渐适应正常饮食,以低糖、高蛋白饮食为主,主食以大米、白面、玉米面等淀粉类食物为主,副食可选择豆制品、鱼、鸡、牛奶等补充氨基酸,控制碳水化合物的摄入。糖尿病行胃转流术后由于饮食摄入量不足可能出现体质量减轻、贫血、腹泻、骨质疏松等营养不良并发症,指导患者注意饮食调节是提高疗效的关键,应注意补充多维片、钙剂、叶酸制剂。

参考文献:

[1] 韩冰, 张宏光, 周晨光, 等. 老年糖尿病性下肢动脉硬化闭塞症的外科治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(6): 536-538.

[2] 张新国, 杨学军. 手术治疗2型糖尿病的突破性进展[J]. 武警医学, 2004, 15(12): 883-884.

[3] 张新国, 杨学军, 徐红, 等. 胃转流手术治疗2型糖尿病胰岛素抵抗改变的临床研究[J]. 武警医学, 2007, 18(4): 309-310.

[4] Lakdawala M A, Bhasker A, Mulchandani D, *et al*. Comparison between the results of laparoscopic sleeve gastrectomy and laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in the Indian population: a retrospective 1 year study [J]. Obes Surg, 2010, 20(1): 1-6.

[5] Pournaras D J, Osborne A, Hawkins S C, *et al*. Remission of type 2 diabetes after gastric bypass and banding: mechanisms and 2 year outcomes[J]. Ann Surg, 2010, 252(6): 966-971.

(**收稿**:2011-04-11;**修回**:2011-06-21)

(编辑 龙 亮)