术治疗结肠癌疗效确切。张辉等[4]在对腹腔镜手术与开腹手术治疗乙状结肠癌的研究中发现,2 种手术方法无论是在肿瘤切缘还是淋巴结清扫数目方面均无差别,两者根治效果相似。腹腔镜结肠癌根治术严格遵循肿瘤根治的原则,包括术中对肿瘤肠段的足够范围切除、淋巴组织及相应肠系膜清除及重视对切口的保护等。淋巴结 D3 清扫是在结肠癌根治术中必须完成的,与 D1 淋巴结清扫相比,D3 清扫可显著延长无效生存期[5]。

腹腔镜的优势是视野清楚,对细微的解剖结构均能分辨清楚,降低了手术的难度[6]。目前研究认为腹腔镜下结肠癌根治术在肿瘤切除范围及淋巴结清扫数量上均与开腹手术具有同样的效果[7]。随着腹腔镜技术的不断进步,韧带、腹膜及肠系膜的血管切割止血均可通过超声刀完成,术中出血量少[8]。由于腹腔镜手术术中出血量少、对腹腔干扰小,因此患者术后胃肠功能恢复快,患者下床时间及出院时间均显著减少。NK 细胞具有对肿瘤细胞免疫监视的作用,目前研究认为腹腔镜结肠术可保护 NK 细胞的功能,降低肿瘤的转移风险。

本组结果显示腹腔镜下结肠癌根治术手术时间长于开腹手术,这是由于手术比直肠癌手术解剖结构复杂,操作面多的原因。随着腹腔镜技术的不断进展及操作熟练度的增加,手术时间将会逐渐缩短。综上所述,腹腔镜根治术治疗Ⅱ~Ⅲ期结肠癌临床疗效与开腹手术相当,但对机体损伤小、术后恢复快,且可减少粘连性肠梗阻的发生。

[参考文献]

[1] André T, Boni C, Navarro M, et al. Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial[J]. J Clin Oncol, 2009, 27(19): 3109 - 3116.

[2] 梁 辉,管 蔚,陈国玉. 经脐单孔腹腔镜乙状结肠癌根治术安全性及近期疗效分析[J]. 腹腔镜外科杂志,2012,17(5):353 - 355.

[3] 李洪林,李 波,王 峰. 腹腔镜结肠癌根治性切除术 58 例临床观察[J]. 现代预防医学,2012,39(15):4030 - 4033

[4] 张 辉,李 明,詹天成,等. 乙状结肠癌根治术手辅助腹腔镜与开腹手术围手术期疗效的对比[J]. 中华胃肠外科杂志,2011,14(6):462 - 464.

[5] 袁虎方,张占学,范占彬,等. 改良腹腔镜与开腹结肠癌根治术疗效的对比研究[J]. 河北医科大学学报,2012,33(12):1399 - 1401.

[6] 王志度,蔡观福,林 锋. 腹腔镜中晚期结肠癌根治术的技术特点及短期疗效分析[J]. 实用医学杂志,2009,25(13):2108 - 2109.

[7] 江 弢,孙 晶,裘正军. 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] 何应新,林树文,郭 黎. 腹腔镜下结肠癌根治术的近期临床疗效观察[J]. 中国当代医药,2012,19(20):37 - 38.

(编辑:杨 颖)

舒适护理模式在结肠癌根治术患者中的应用价值

Application value of comfortable nursing model for radical operation of colon carcinoma

易秋岑,周 骏,黄海英 (解放军第 161 医院普通外科,湖北 武汉 430012)

[关键词] 结肠癌根治术;舒适护理;满意度;生存质量
[中图分类号] R735.35;R473.73 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)05-0552-02

结肠癌是常见的消化系统肿瘤,手术治疗是根治性治疗措施之一。结肠癌手术创伤大,手术创伤及应激给患者带来各种不适,严重影响了术后恢复。舒适护理是力争使患者在生理、心理、社会及灵魂上均达到最愉快的状态的整体性、个体化的有效护理模式之一,近年来广泛应用于临床护理的各个环节[1]。然而,舒适护理并没有固定的模式,在结肠癌手术患者中的应用报道较少。本文总结了结肠癌手术患者舒适护理的实施方案,对比分析其对患者满意度程度、术后胃肠功能恢复情况及生活质量的影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010 年 1 月至 2013 年 3 月我院行实施舒适护理干预的结肠癌根治术患者 68 例作为实验组,其中男性 42 例,女性 26 例,年龄 54 ~ 78 岁,平均年龄(67.8 ± 13.2)岁。其中肿瘤位于乙状结肠 21 例,左半结肠 18 例,横结肠 12 例,右半结肠 17 例。同时,2007 年 1 月至 2009 年 12 月行常规外科护理的结肠癌根治术患者 56 例作为对照组,其中男性 38 例,女性 18 例,年龄 56 ~ 80 岁,平均年龄(68.2 ± 14.8)岁。其中肿瘤位于乙状结肠 18 例,左半结肠 14 例,横结肠 10 例,右半结肠 14 例。所有病例诊断依据病史、电子结肠镜检查及病理学检查证实为进展期结肠癌,手术均在全麻下行开腹手术。两组患者年龄、性别构成、肿瘤部位及手术方式均无显著差异,具有可比性。

1.2 舒适护理方法

主要从以下几个方面着手:①环境舒适护理,患者入院时热情接诊,合理安排病房,病房布置要整洁、安静、温馨,尽量安排在病情相对稳定、或实施相同手术的患者,便于患者之间相互沟通和鼓励。②术前舒适护理,术前对患者进行心理评估,了解患者家庭背景、受教育程度、患者病情、手术情况、术后并发症情况

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305045
[收稿日期] 2013-07-12 [修回日期] 2013-07-25

等。向患者讲解手术前的注意事项,协助患者做好术前各项准备。术前清淡少渣饮食。手术当日禁食,术前 2 h 清洁灌肠,对需要留置胃管、胃肠减压的患者,按时执行。③术后舒适护理,术后安排护士及时接诊,协助转至病房,交待术后注意事项。指导患者保持正确的体位。根据术后病情轻重指导功能恢复性训练。疼痛的舒适护理:合理应用镇痛泵或镇痛药物,可让患者收听音乐、观看电视节目等转移患者的注意力,提高患者痛阈等,最大范围地减少患者疼痛。留置胃管的舒适护理:记录胃管的留置长度,记录引流液量和性质,防止反流、误吸。社会舒适护理:了解患者社会需求和担忧,合理安排探视。

1.3 观察指标

采用自制患者护理满意度调查评估表评价患者满意度,分为满意、基本满意、不满意。生活质量评定采用 SF-36 评定量表进行评分,该量表涉及躯体功能、躯体角色、机体疼痛、一般健康状况、生命力、社会功能、情感角色、心理健康 8 个维度,分别记录各维度的平均得分。记录术后肛门排气时间、进食时间及下床活动时间。

1.4 统计学方法

采用 SPSS12.0 统计软件,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,$P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者护理质量满意度调查

实验组 68 例患者中满意 66 例,基本满意 2 例,不满意 0 例,满意率(97.1%)。对照组 56 例患者中满意 48 例,基本满意 4 例,不满意 4 例,满意率(85.7%)。两组相比,实验组满意率显著高于对照组($\chi^2=5.330$,$P=0.021$)。

2.2 两组患者术后功能恢复情况

实验组术后肛门排气时间为(22.6 ± 11.2)h,较对照组(32.8 ± 12.6)h,显著缩短($P<0.05$);实验组术后进食时间(24.8 ± 11.6)h,较对照组(34.2 ± 12.8)h,显著缩短($P<0.05$);实验组下床活动时间(38.6 ± 16.8)h,对照组(46.2 ± 20.4)h,两组相比差异显著($P<0.05$)。

2.3 生存质量对比

术后对两组患者生存治疗进行 SF-36 量表评分,结果发现实验组 SF-36 量表中除机体疼痛评分显著低于对照组外,其余各个项目评分均显著高于对照组(表 1)。

表 1 患者 SF-36 量表评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	躯体功能	躯体角色	机体疼痛	一般健康状况	生命力	社会功能	情感角色	心理健康
实验组	68	86.18 ± 4.48 *	63.47 ± 3.16 *	46.36 ± 3.62 *	56.23 ± 3.84 *	78.23 ± 4.18 *	89.26 ± 7.12 *	72.16 ± 4.68 *	85.28 ± 7.76 *
对照组	56	72.36 ± 3.16	46.23 ± 2.22	68.26 ± 4.43	36.23 ± 2.08	62.39 ± 3.46	72.16 ± 4.36	56.28 ± 3.23	53.28 ± 3.16

*:与对照组相比,$P<0.05$

3 讨论

舒适护理的宗旨是使患者能够在心理、生理、社会及灵魂上均保持一种愉快的状态,将舒适护理的理念运用于临床护理的各个环节,更好地体现了以人为本,提高了护理的内涵和质量[2-3]。结肠癌患者及其家属往往存在“恐癌”心理,并且,结肠癌根治术需全麻下开腹手术,创伤较大,给患者生理、心理及社会方面均带来巨大的不适。研究指出舒适护理应用于结肠癌根治术围手术期患者,可以提高患者手术耐受力,缩短切口愈合时间及住院时间,减少并发症的发生[4],并且增强了患者对术后化疗的耐受能力。

结肠癌根治术患者的舒适护理主要包括以下要点,首先要为患者提供一个舒适的就医环境,让患者在整个就医过程中感到温暖、舒适。同时要尊重患者及家属的知情同意权,如患者家属要求避免向患者透露病情,应和患者家属达成一致,减少患者的担忧和恐惧。其次是术前舒适护理,主要包括术前详细了解患者的心理状态,针对性进行心理疏导,缓解患者术前焦虑、紧张、担忧等不良心理,稳定患者情绪,增强患者的自信和勇气。术前做好各项准备工作,各项操作应严格按照护理操作常规执行,如灌肠动作轻柔,灌肠液适当加温,保证术野肠道清洁。对需要胃肠减压患者事先向患者讲解下胃管注意事项,取得患者配合,动作要迅速、轻柔。另外,术后的舒适护理也是结肠癌根治术患者舒适护理的重点,术后指导患者保持正确体位,指导功能恢复性训练,要鼓励患者尽早床下活动,促进下肢血液循环,防止静脉栓塞,恢复胃肠道蠕动功能。术后疼痛是影响患者舒适度的重要因素,因此,术后应注重疼痛的舒适护理。另外术后要进行合理的饮食指导,减少患者腹胀、腹痛等不适。同时进行社会舒适护理,满足患者的社会需求,为患者排忧解难。

本组资料显示舒适护理能够提升结肠癌根治术患者的满意度由 85.7% 升高至 97.1%,并且缩短了术后肛门排气时间、术后进食时间及下床活动时间,有助于术后功能恢复。为了探讨舒适护理对结肠癌根治术患者生存质量的影响,我们采用 SF-36 量表分析了两组患者的生存质量,结果发现舒适护理缓解患者的疼痛,提高了患者术后生存质量。

[参考文献]

[1] March A, Mccormack D. Nursing theory-directed healthcare: modifying Kolcaba's comfort theory as an institution-wide approach[J]. Holist Nurs Pract, 2009, 23(2): 75 - 80.

[2] 周银玲,宋丽华,孙立波,等. 舒适护理的研究现状与展望[J]. 中华现代护理杂志, 2008, 14(17): 1923 - 1924.

[3] 罗巧玲,王明菊,李 雪. 舒适护理在内镜下逆行性胰胆管造影检查中的应用[J]. 局解手术学杂志, 2012, , 2(2): 201 - 202.

[4] 武 娇,陈晓平. 舒适护理对老年结肠癌术后化疗患者癌因性疲乏评分指标的影响[J]. 中国老年保健医学, 2010, 8(6): 83 - 84.

(编辑:周小林)