直肠癌保肛术后患者对肠道症状的认知程度及自我护理的调查

刘 莎,李 娅,徐 祥 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所细胞生物治疗中心,重庆 400042)

[摘 要] **目的** 调查直肠癌保肛术后患者对肠道症状的认知情况及自我护理现况。**方法** 电话回访240 例直肠癌保肛术3~38 个月后患者,其中男 148 例、女 92 例,年龄均为 30 岁以上,了解患者肠道症状及其自我护理措施。**结果** 多数患者工作生活中有明显的腹胀、腹泻、大便失禁、排便急迫、便秘和排便不尽感等肠道症状,采取相应的自我护理措施后效果不佳。**结论** 护理人员应高度重视患者术后的肠道症状,指导患者选择合理切实的肠道症状自我护理措施,并积极监控患者所实施自我护理措施的有效性。

[关键词] 肠道症状;结直肠癌;保留括约肌;护理

[中图分类号] R473.6;R735.31 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2013)04-0386-02

Awareness of bowel symptoms and self-management strategies in postoperative patients with rectal cancer

LIU Sha, LI Ya, XU Xiang (Center of Cell Biotherapy, Institute of Surgery Research, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To investigate recognition of bowel symptoms and self-management strategies in postoperative patients with rectal cancer. **Methods** Investigated 240 patients aged over 30 years old (148 male and 92 female) were underwent sphincter saving surgery before 3 to 38 months. Occurrence of bowel symptoms and corresponding self-management strategies were investigated by phone calls. **Results** Most of the patients succumbed to symptoms such as abdominal distension, diarrhea, fecal incontinence, defecation urgency, constipation and endless defecate in their daily life. And it is of poor effect though some self-management strategies have been taken. **Conclusion** Nurses should pay more attention to the bowel symptoms that patients complained and give patients suggestions on self-care techniques and monitor the effects.

Keywords: bowel symptoms; colorectal cancer; sphincter saving surgery; nursing

直肠癌的治疗以手术治疗为主,以保留肛门括约肌为优选方案,其中经腹直肠癌前切除骶前吻合保留肛门括约肌手术是首选术式[1-2]。但有相当多的患者遭受着肠道症状的困扰[3-5],在术后 6~9 个月、12 个月、15 个月后出现腹泻、便秘症状[6-9]。此外部分肠功能失控的患者,与腹部临时肠造口有关。而患者对于术后肠道症状持续的时间、造成的影响等相关知识与医护人员有差距,患者自我掌握的肠道功能管理策略有时是没有起到积极作用,甚至是有损健康。本文目的是探讨以往在我院行直肠癌保肛手术的患者术后肠道症状的自我认知情况和自我管理策略,从而为医疗护理提供可靠依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本文的研究对象为在我院做过直肠癌保肛手术后 3~38 个月的患者。纳入调查者均无肿瘤复发且未行姑息治疗,其中男 148 例、女 92 例,年龄均为 30 岁以上,共 240 人符合条件并提供了自己的相关情况和意见。

1.2 方法

采用电话回访方式访问 240 例直肠癌保肛手术患者,收集患者主诉肠道症状对其日常生活的影响以及采取的应对措施。通过询问谈话收集患者大量主观问题,包括患者主诉对肠道症状的认知情况,肠道症状对日常生活的影响,以及采取处理措施等。选用由 Humphreys[10] 等提出的"症状管理办法"来处理数据,将直肠癌保肛术后患者经历的肠道症状的感受分类为:症状感知,症状评估及症状反应。其中症状评估又包括症状产生影响、持续时间和可处理性。症状反应分为:心理、社会、生理 3 个层面。对症状的自我管理从活动、功能、精神三方面进行数据分类处理。

2 结果

2.1 症状经历的感受

2.1.1 肠道症状感知 肠道症状感知即知道肠道症状的发生和存在。21% 的患者表示大小便失禁最难处理,27% 表示便秘是最棘手的症状,43% 表示经历了两个及以上症状,50% 表示排便时疼痛,5% 表示有排便不尽感,11% 表示排便频繁且无法预知,14% 表示排便后用厕纸疼痛,淋浴则疼痛感减轻,3% 表示对食物选择上有困惑,62% 表示肛门排气无法控制。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304016

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目(81201949)

[收稿日期] 2013-03-13 [修回日期] 2013-03-29

2.1.2 肠道症状评估 肠道症状主要从其影响、持续时间、可处理性三个方面进行评估。肠道症状的影响方面,29% 的患者表示在造口未还纳时生活中所有计划须围绕上厕所习惯制定,有时几乎无法出门,29% 表示出门在外,须确定离自己最近厕所的位置,以便随时清理。肠道症状的持续时间方面,12% 的患者表示保肛术后 24 个月里一直伴有肠道症状,38% 表示术后 6 ~ 12 个月后症状随时间推移有改善迹象,41% 表示造口还纳术后 3 个月内有症状,随时间推移在逐渐减轻,40% 表示术后肠道症状对生活无太大影响。肠道症状的可处理性方面,即肠道症状的可处理性,指的是患者运用预期感知能力来控制肠道症状。56% 的患者表示早期很难控制排便,48% 表示自己大多努力是无效的,46% 表示无法控制肛门排气,64% 表示随着时间推移,可以控制排便。

2.1.3 肠道症状反应 患者对肠道症状的反应包括心理、生理及社会 3 个方面。心理反应:62% 的患者表示因排便不尽感而难过,另有 62% 对肛门排气不可控而感到尴尬,56% 表示因排便的不可预知对社交场合感到恐惧,42% 表示术后 2 ~ 4 周时由于肠蠕动的不规律让他们对未来生活感到焦虑。社会反应:21% 的患者表示应酬时,使用厕所频次远超他人,57% 表示休闲活动受到限制,7% 表示短时间内频繁去厕所影响正常工作,29% 表示自己每天计划是根据上厕所习惯来制定的等。生理反应:18% 的患者表示会形成上厕所惯性思维,尽管没有排便也会去厕所;56% 表示因排便不可控,夜间上厕所次数过多影响睡眠; 59% 表示糟糕的睡眠让他们疲劳不堪,不能正常的开展日间活动;57% 表示原本希望通过手术可以改善身体状况,但发现手术后并没有得以改善。

2.2 患者对症状的自我管理

2.2.1 肠道功能的自我管理 肠道功能自我管理是指患者自身通过控制饮食、使用药物及保护垫等自我护理措施来处理肠道症状。饮食控制:8% 的患者表示避免进食豆类食物和饮用碳酸饮料来控制排气;7% 表示为避免腹泻,禁食甜食;10% 表示吃苹果、香蕉,能够有效控制排便次数在每天 3 ~ 4 次;3% 表示在出席社交活动前会预先控制好食物摄入量,甚至不吃;另有 3% 表示不管吃任何食物对肠道症状的控制有时有效,有时无效。药物控制:17% 的患者表示易蒙停(洛哌丁胺)应对腹泻症状非常有效,8% 表示预防性的使用抗腹泻药物有助于排便管理。使用保护垫:18% 的患者表示在衣服里穿戴保护垫能有效控制大便失禁,8% 表示睡眠时使用护垫能够应付大便失禁,17% 表示经过长时间观察能找到使用护垫的时机,因此不必随时穿戴。

2.2.2 患者与活动相关的自我护理 患者担心在社交场合、休闲活动、工作时,出现大便失禁等症状而采取特殊的预防措施。6% 的患者表示由于上班要乘公共交通工具出行,而不吃早餐;53% 表示参加社交活动时,都必须先确定卫生间的位置;10% 表示每天至少去卫生间 5 ~ 6 次。

2.2.3 精神上的自我护理 许多患者表示通过积极精神替代法来面对可能出现的困扰。42% 的患者表示自我护理的方法就是意念的控制,58% 表示保持积极乐观的态度,有助于处理肠道症状。

3 讨论

以往医护人员关注点多停留在肿瘤切除与否,而对手术较长时间内给患者造成的影响,没有更多的关注和评估。令人欣慰的是,现在有专门从事相关工作的护理人员,我们称之为造口护士,他们能指导患者更好地处理肠道症状,使部分病人的生活质量得以提高。但目前造口护士人员仍非常紧缺,且造口护士把大部分时间贡献给了有肠造口的患者,使得术后那些没有造口但仍遭受了肠道症状的患者没有得到专业的指导和帮助。因此护士应该给予没有造口但仍有肠道症状的患者更多关注,重视保肛术后患者肠道症状经历的感受,耐心倾听患者需求,了解肠道症状对其造成的影响,帮助其选择适合的方法来自我管理[11-13]。

这里强调的是,我们不仅仅要在术后做好患者肠道症状自我护理的相关指导,消除其负面心理影响,更应该在术前就做好患者的心理护理,对患者进行指导,普及相关知识,让其有充分的思想准备,最好以书面的形式向其介绍和讲解术后可能会出现的肠道症状,同时帮助患者制定合理饮食计划,控制肠道症状。由于患者对食物进行选择性摄入,可能会导致营养失衡,因此还应根据营养专家意见向患者提供更加全面的饮食信息,保证营养均衡。对使用药物控制症状的(如预防性的应用缓泻剂等),应该告知患者不恰当的肠道给药会导致不必要的副作用。护士应预先告知患者有关药物的正确使用方法,以协助合理排便管理。对于经历持续性肠道症状的患者,护士应积极探索多种联合方案帮助解决,同时还需对患者行心理指导,使其保持积极乐观的精神状态面对困扰。护士还应积极参与评估患者管理的方案是否有效,如定期访问患者,了解方案实施效果,帮助患者提高术后生活质量。

[参考文献]

[1] Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013[J]. CA Cancer J Clin, 2013, 63(1): 11 - 30.

[2] Lavery IC, Lopez-Kostner F, Fazio VW, et al. Chances of cure are not compromised with sphincter-saving procedures for cancer of the lower third of the rectum[J]. Surgery, 1997, 122(4): 779 - 784.

[3] Guren MG, Eriksen MT, Wiig JN, et al. Quality of life and functional outcome following anterior or abdominoperineal resection for rectal cancer [J]. Eur J Surg Oncol, 2005, 31(7): 735 - 742.

[4] Inoue Y, Kusunoki M. Resection of rectal cancer: a historical review[J]. Surgery Today, 2010, 40(6): 501 - 506.

[5] Vironen JH, Kairaluoma M, Aalto AM, et al. Impact of functional results on quality of life after rectal cancer surgery[J]. Dis Colon Rectum,

(下转第 390 页)

核菌素试验可能阴性,因此常规的结核相关实验室检查通常无法明确胰腺病变性质[2]。B 超、CT 等能提示囊实性或实性不均质低密度肿块,边缘规则或不规则,壁厚薄不一,偶见钙化影,常有周围淋巴结肿大,且多呈低密度。但与胰腺囊腺癌或胰腺炎相比不具特异性,亦不能明确诊断[5,9-10]。

胰腺结核的确诊需依靠术前活检或手术探查获取的病理诊断[2,11-12]。术前超声、CT、内镜超声(EUS)引导下的细针抽吸活检以及抗酸杆菌(ABF)涂片有助于明确诊断,并可与胰腺恶性肿瘤鉴别[11-12]。但因操作失败或取材少导致病理假阴性等因素,FNA 对 50% 病例仍不能明确诊断[12],而多次 FNA 可能会提高诊断率。曾有报告 EUS-FNA 诊断成功率可达 76.2%(16/21)[11],本组对 8 例患者 11 次 FNA 的结果是 63%(5/8)的病例获得确诊。胰腺结核术前诊断率非常低,大部分需要手术从而获得病理诊断[2-5],分析其原因与术前诊断未考虑或怀疑胰腺结核有直接关系[2]。对部分高度怀疑但无法确诊的胰腺结核病例,给予抗结核药物的诊断性治疗也是一种可取和有效的方法。

因此,临床诊断中高度怀疑胰腺结核是提高诊断率的关键,尤其是对年轻的胰腺肿瘤患者。手术的目的是明确诊断、解决并发症。一旦术中确诊胰腺结核,若无胆道及胃肠道梗阻等合并症,即可终止手术。

[参考文献]

[1] Yang XY, Li YP, Mei YW, et al. Time and spatial distribution of multidrug-resistant tuberculosis among Chinese people, 1981 – 2006: a systematic review[J]. Int J Infect Dis, 2010, 14(10): e828 – e837.

[2] Liu Q, He Z, Bie P. Solitary pancreatic tuberculous abscess mimicking pancreatic cystadenocarcinoma: a case report[J]. BMC Gastroenterol, 2003, 3: 1.

[3] Weiss ES, Klein WM, Yeo CJ. Peripancreatic tuberculosis mimicking pancreatic neoplasia[J]. J Gastrointest Surg, 2005, 9(2): 254 – 262.

[4] Singh DK, Haider A, Tatke M, et al. Primary pancreatic tuberculosis masquerading as a pancreatic tumor leading to Whipple's pancreaticoduodenectomy. A case report and review of the literature[J]. JOP, 2009, 10(4): 451 – 456.

[5] Tan KK, Chen K, Liau KH, et al. Pancreatic tuberculosis mimicking pancreatic carcinoma: series of three cases[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2009, 21(11): 1317 – 1319.

[6] 刘全达,周宁新,张文智,等. 区域性门静脉高压症的诊治[J]. 中华消化杂志, 2005, 23(3): 131 – 133.

[7] Fenkel JM, Spodik M, Singu BS, et al. Tubercular pancreatic abscess presenting as fever and cystic pancreatic lesion with endoscopic management[J]. Dig Dis Sci, 2010, 55(7): 2118 – 2120.

[8] Rana SS, Bhasin DK, Srinivasan R, et al. Distinctive endoscopic ultrasound features of isolated pancreatic tuberculosis and requirements for biliary stenting[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2012, 10(3): 323 – 325.

[9] To'o KJ, Raman SS, Yu NC, et al. Pancreatic and peripancreatic diseases mimicking primary pancreatic neoplasia[J]. Radiographics, 2005, 25(4): 949 – 965.

[10] Nagar AM, Raut AA, Morani AC, et al. Pancreatic tuberculosis: a clinical and imaging review of 32 cases[J]. J Comput Assist Tomogr, 2009, 33(1): 136 – 141.

[11] Song TJ, Lee SS, Park do H, et al. Yield of EUS-guided FNA on the diagnosis of pancreatic/peripancreatic tuberculosis[J]. Gastrointest Endosc, 2009, 69(3 Pt 1): 484 – 491.

[12] DCruz S, Sachdev A, Kaur L, et al. Fine needle aspiration diagnosis of isolated pancreatic tuberculosis. A case report and review of literature[J]. JOP, 2003, 4(4): 158 – 162.

(编辑:余汇洋)

(上接第 387 页)

2006, 49(5): 568 – 578.

[6] Schmidt CE, Bestmann B, Küchler T, et al. Prospective evaluation of quality of life of patients receiving either abdominoperineal resection or sphincter-preserving procedure for rectal cancer[J]. Ann Surg Oncol, 2005, 12(2): 117 – 123.

[7] Grumann MM, Noack EM, Hoffmann IA, et al. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer[J]. Ann Surg, 2001, 233(2): 149 – 156.

[8] Lewis WG, Martin IG, Williamson ME, et al. Why do some patients experience poor functional results after anterior resection of the rectum for carcinoma? [J]. Dis Colon Rectum, 1995, 38(3): 259 – 263.

[9] Jehle EC, Haehnel T, Starlinger MJ, et al. Level of the anastomosis does not influence functional outcome after anterior rectal resection for rectal cancer[J]. Am J Surg, 1995, 169(1): 147 – 152.

[10] Humphreys J, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, et al. The UCSF School of nursing symptom management faculty group, the theory of symptom management[M]. 2nd edition. New York: Springer Publishing Company, 2008: 145 – 158.

[11] 梁天伟,卢永刚,孙 轶,等. 86 例超低位直肠癌保肛手术的临床分析[J]. 局解手术学杂志, 2011, 20(1): 30 – 31.

[12] 谢 畅. 直肠癌保肛术后吻合口瘘的护理研究[J]. 健康大视野, 2013, 21(1): 110.

[13] 杜丹凤. 低位直肠癌保肛术后吻合口瘘的护理[J]. 医学信息, 2012, 25(4): 168.

(编辑:魏 源)