DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.01.028

③结肠伴发同时原发癌或多发性息肉等病变者。

总之，对于左半结肠癌致肠梗阻的处理应以急诊手术为首选[7]，只要情况允许，应尽量做到一期切除。在一期手术里，结肠次全切除术及术中灌洗一期吻合术均为治疗左半结肠癌致肠梗阻的有效方法。而手术方式的选择应具体情况具体分析，全面衡量，做到安全、有效，及时挽救患者的生命。

参考文献：

[1] Hughes E S, Cuthbertson A M. Subtotal colectomy for obstructing carcinoma of the upper left colon[J]. Dis Colon Rectum, 1965, 8(6): 411-412.
[2] Deen K I, Madoff R D, Goldberg S M, *et al*. Surgical management of left colon obstruction: the University of Minnesota experience[J]. J Am Coll Surg, 1998, 187(6): 573-576.
[3] Dudley H A, Racliffe A G, McGeehan D. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis[J]. Br J Surg, 1980, 67(2): 80-81.
[4] Runkel N S, Hinz U, Lehnert T, *et al*. Improved outcome after emergency cancer surgery for the large intestine[J]. Br J Surg, 1998, 85(9): 1260-1265.
[5] 汪建平，唐远志，董文广. 结直肠癌并急性结肠梗阻的外科处理[J]. 中国胃肠外科杂志，1999，6(2)：79-81.
[6] The Scotia Study Group. Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation[J]. Br J Surg, 1995, 82(12): 1622-1627.
[7] 郁宝铭. 左半结肠癌并急性梗阻的术式选择[J]. 临床外科杂志，2000，3(8)：73-74.

（编辑 张 宁）

文章编号：1000-5404(2003)01-0071-02

个案与短篇

换瓣术后患者不同时期的心理特征及护理对策

Psychological characteristics of patients at different post-valve-replacement periods and the corresponding nursing measures

赵秀芝 （沈阳军区第210医院急诊科，大连 116112）

换瓣术是外科治疗瓣膜病变的重要手段，由于患者病情较重，心功能差，手术风险大，术后恢复缓慢易引起患者的恐惧焦虑等心理障碍而影响换瓣术的成功及术后的心功能恢复。为探讨此类患者的心理特征，我们对50例患者的心理卫生状况进行了动态的测评，并提出有针对性的护理措施。

1 对象和方法

1.1 对象

选取心外科住院需择期行换瓣手术患者50例，具体条件为18岁以上初次手术、小学以上文化程度、思维正常且能与护士进行交流，并同意参加本研究的患者，其中男33例，女17例，年龄(18~58岁)，平均年龄为38岁，无精神症状。

1.2 方法

采用症状自测量表(SCL-90)[1]，分别于手术后3 d(ICU)；术后1个月(此时患者已出院，多数采用书信联系或家访，少数边远地区采用电话联系)；术后3个月(复查时)对患者的心理健康状况进行测评，在评定前向受检者解释评分方法和注意点，力求获得更可靠的结果，结果以 $\bar{x}\pm s$ 表示，并与国内常模进行比较。统计学处理用 t 检验。

2 结果

在术后3 d(ICU)，用SCL-90量表对换瓣手术患者进行测评，结果显示其焦虑和恐惧两因子分别与国内常模相比有显著差异($P<0.01$)。术后1个月时，其躯体化、强迫、抑郁、敌对和精神病性等5项因子分显著高于国内常模组($P<0.01$)。手术后3个月(复查时)，其强迫、人际关系、敌对和偏执等四项因子分显著高于国内常模组($P<0.01$)，见表1。

表1 50例患者SCL-90测评结果与国内常模比较($\bar{x}\pm s$)

项 目	术后3 d	术后1个月	术后3个月	常 模
躯体化	1.40±0.43	1.86±0.70*	1.33±0.46	1.34±0.45
强 迫	1.70±0.60	2.01±0.56*	1.89±0.54*	1.69±0.61
人际关系	1.74±0.72	1.77±0.72	1.97±0.80*	1.76±0.67
抑 郁	1.57±0.68	1.97±0.70*	1.59±0.60	1.57±0.61
焦 虑	2.06±0.65*	1.40±0.42	1.44±0.45	1.42±0.43
敌 对	1.52±0.50	1.85±0.48*	1.76±0.56*	1.50±0.57
恐 惧	1.96±0.59*	1.36±0.48	1.35±0.50	1.33±0.47
偏 执	1.50±0.60	1.56±0.56	1.69±0.47*	1.52±0.60
精神病性	1.38±0.46	1.93±0.60*	1.37±0.48	1.36±0.47

*：$P<0.01$ 与常模比较

3 讨论

在术后3 d患者主要表现为焦虑和恐惧。而在术后1个月，心理反应较为复杂，主要为躯体化、强迫、抑郁、敌对和精神症状等。在术后3个月，患者表现为强迫、人际关系敏感、敌对和偏执等。究其原因，在术后3 d，由于患者主要关注的是心脏功能能否恢复，生命是否能够延续，故表现为焦虑和恐惧；在术后1个月，心脏功能已基本恢复，患者生命的延续成为现实，且各种监护已取消并可轻微活动，患者在欣喜之余，对心功能恢

（下转74页）

作者简介：赵秀芝(1967-)，女，天津市人，主管护师，主要从事临床护理方面的研究。电话：(0411)2494768
收稿日期：2002-06-17；修回日期：2002-09-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

3.3 术后并发症的防治

本组部分病人术后有胸部膨胀感、胸痛，但多较轻微，常在1周内缓解，对疼痛较剧烈者，应早期镇痛处理。此外，对狭窄严重者，置入支架前先行食管狭窄段扩张可明显地减轻术后上述不适。术后应严密观察，警惕肿瘤穿破血管而致难以抢救的大出血。避免进食大块、带长粗纤维食物和冷食物以防止支架堵塞和移位，若被食物堵塞，可在食管镜下吸引或用异物钳取出。若支架发生移位，采用加置支架、早期食管镜下调整位置等方法一般可使食管再次通畅，张祖艮等[6]报道采用回收器支架取出再置治疗，具有较好的效果。

3.4 放置支架术后仍应进行放疗、化疗、中药等辅助综合治疗，以期提高治疗效果

本组43例术后进行了上述治疗，生存期6～14个月(平均9.4个月)，与文献[7,8]报道基本一致。

参考文献：

[1] Bartelsman J F, Bruno M J, Jensema A J, *et al*. Palliation of patients with esophagogartric neoplasms by insertion of a covered expandable modified Gianturco-Z endoprosthesis: experiences in 153 patients [J]. Gastrointest Endosc, 2000, 51(2): 134－138.

[2] Sanyika C, Corr P, Haffejee A. Palliative treatment of oesophageal carcinoma-efficacy of plastic versus self-expandable stents [J]. S Afr Med J, 1999, 89(6): 640－643.

[3] Funami Y, Tokumoto N, Miyanchi H, *et al*. Improvement of oral ingestion in patients with inoperable esophageal cancer treated with radiotherapy, chemotherapy and insertion of a self-expanding nitinal stent [J]. Dis Esophagus, 1999, 12(4): 289－293.

[4] 程贵余，张汝刚，方德康，等. 金属支架治疗食管狭窄的价值[J]. 中华胸心血管外科杂志，2000，16(5)：258－260.

[5] 刘变英. 食管支架的研制现状及应用[J]. 山西临床医药，2000，9(4)：286－288.

[6] 张祖艮，胡晓民，王锦德. 金属内支架回收器的实验研究和临床应用[J]. 实用放射学杂志，2000，16(1)：53－54.

[7] 张伯生，姬曙光，刘阳晨，等. 应用带膜支架治疗晚期食管癌贲门癌[J]. 中华胸心血管外科杂志，2000，16(5)：261－263.

[8] Shimi S M. Self-expandign metallic stents in the management of advanced esophageal cancer: a review[J]. Semin Laparosc Surg, 2000, 7(1): 9－21.

(编辑 郭建秀)

(上接71页)

复的结局以及对术后有无劳动能力，生活质量的下降，经济上的负担等，使患者出于心理上的彷徨期，“自我”概念常会受到威胁，心理斗争十分激烈，因而患者多处于否认、冲突和病态依赖心理，此其心理问题最为复杂，故突出表现为躯体化、强迫、抑郁、敌对和精神性因子分增高，如不加以正确的心理引导，将会影响患者心功能的恢复。术后3个月，患者经过3个月的治疗和康复，大多数患者心脏功能的恢复已成定局，心理也由极度伤痛转为理智接受现实，由于换瓣术的个体之间有一定的差异，心脏功能恢复过程中有时也会遗留一些不同程度的功能障碍，患者对未来生活、工作和人际交往考虑较多，故心理活动仍然十分激烈，很多患者易产生自卑和多疑心理，故强迫、人际关系、敌对和偏执因子分较高。

4 护理对策

4.1 围手术期心理护理

术前即介入心理治疗及健康教育，从而增加患者对换瓣手术国内治疗现状的了解，对患者进行支持性或保障性心理治疗，有针对性的做好心理护理，例如，借助病房存活手术病例进行现身说教，帮助患者树立信心，积极配合手术治疗。在术后准确理解病人的各种生理和心理需求给患者以安全感并耐心解释每一项治疗的必要性，给患者消除紧张、焦虑情绪，使其主动配合手术后各项治疗，保证手术的成功。

4.2 术后1个月的心理护理

术后1个月时为促进心功能的进一步恢复，针对此期患者的心理特征，积极进行健康教育[2]，患者由于缺乏有关心脏手术治疗及康复的基本知识以及长期患病所致的沉重的经济负担，加之对手术的恐惧或未来生活质量的下降疾病的痛苦等，多数患者会产生心理障碍，直接影响患者的身心健康[3]。

4.3 术后3个月心理护理

经3个月的治疗和康复，心功能的恢复已基本成为定局，积极引导患者克服自卑心理。根据患者家庭、工作背景及性格特点等情况，予以行为治疗，使患者正确面对现实，尽快重返社会和工作岗位。

4.4 注意事项

虽然患者心理特点具有“阶段性”，但是各期心理特征不是截然分开的，而是各有交错重叠，因而在心理护理过程中，应特别注意心理治疗的连续性和衔接性，紧紧抓住患者的心理变化规律，采取个别对待方式，进行特殊护理。

关键词：换瓣术；SCL-90；护理
中图法分类号：R493 文献标识码：B

参考文献：

[1] 王征宇. 症状自测量表(SCL-90)[J]. 上海精神医学，1984，2(2)：69－72.

[2] 王新莉，薛卫斌，张赤铭. 心脏外科实施健康教育的体会[J]. 解放军护理杂志，1999，16(6)：45－46.

[3] 范珊红. 风心病瓣膜置换术患者围术期心理反应及护理对策[J]. 解放军护理杂志，2001；18(2)：39－40.

(编辑 薛国文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net