

28 例老年梗阻性结肠癌合并心血管病患者的围术期护理探讨

贺 玲(辽宁中医药大学附属第四医院, 沈阳 110033)

【摘要】 目的 探讨老年梗阻性结肠癌合并心血管病患者的围术期护理措施及效果。方法 选择 56 例老年梗阻性结肠癌合并心血管病者为研究对象, 所有患者均行外科手术治疗, 根据入院时间先后顺序分为对照组和观察组各 28 例。对照组给予结肠癌手术常规护理, 观察组实施围术期针对性干预护理。结果 手术情况: 观察组肛门自动排气时间、早期进食时间、平均住院时间均明显低于对照组($P < 0.05$); 并发症: 观察组术后发生切口感染、肺部感染、深静脉血栓、肠粘连等并发症发生率明显低于对照组($P < 0.05$); 胃肠疾病生活质量指数(GIQLI): 术后 1、2、4 周时, 观察组 GIQLI 评分明显高于对照组($P < 0.05$)。结论 加强围术期护理干预, 可有效减少术后并发症, 促进患者康复, 提高老年梗阻性结肠癌合并心血管病患者的生活质量。

【关键词】 老年; 心血管疾病; 梗阻性结肠癌; 围术期护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.08.035 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)08-1096-03

梗阻性结肠癌是临床普外科常见的急腹症, 多见于老年人群。持续胃肠减压下根治手术是目前治疗梗阻性结肠癌的主要方法, 手术创伤较大^[1]。老年时期机体各器官功能发生退化, 生理机能减退、免疫力下降, 且多合并心血管等基础性疾病, 术后并发症发生率高, 加大了手术风险^[2]。护理干预就显得尤为重要, 常规护理难以保证护理的时效性与针对性, 护理效果一直受到学者质疑。本文采取随机对照研究的方法, 探讨围术期护理干预对老年梗阻性结肠癌合并心血管病手术患者术后康复、并发症、生活质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 12 月在本院手术治疗的 28 例老年梗阻性结肠癌合并心血管病病者为研究对象, 男 17 例, 女 11 例; 年龄 65~82 岁, 平均(70.25±4.09)岁; 腺癌 27 例(高、中、低分化腺癌分别为 10、11、6 例), 黏液腺癌 1 例; 合并高血压病 12 例, 冠心病 13 例, 心律失常 3 例。另选取 2013 年之前本院收治的 28 例老年梗阻性结肠癌合并心血管病病者作为对照研究。两组患者性别、年龄、结肠癌分型、合并疾病等资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准 入选者均因腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排气排便就诊; 年龄 65~85 岁; 术前经影像学(X 线、B 超、结肠镜)及病理检查, 符合结肠癌并肠梗阻的诊断标准; 心血管病符合 2000 年欧洲心脏病学会(ESC)诊断标准^[3]。本研究报请医院伦理委员会批准, 告知患者研究事项, 且所有患者均签署知情同意书。

1.3 方法 对照组实施结肠癌手术常规护理, 包括术前心理干预、肠道准备、术后抗感染护理、协助患者进行功能恢复训练。观察组给予围术期护理干预。

1.3.1 术前护理 (1)心理护理: 护士应主动和患者及家属交流, 简单告知手术过程, 耐心、细致地说明肠造口的护理方法, 让患者保持足够的心理准备, 鼓励患者以最佳心态积极配合手术, 减少肠造口给患者带来的心理刺激和创伤。(2)全身准备: 术前指导患者完善相关辅助检查, 请心内科专科医生会诊, 综合评估患者脏器功能, 并积极用药处理, 改善心功能, 提高手术耐受性, 保证手术顺利进行。(3)肠道准备: 一旦确诊后立即进行禁食、胃肠减压处理, 术前进行有效的肠道准备, 急诊(入院 48 h 内)手术者在术中采用肠道灌洗, 择期手术者术前 3 d 每晚清洁灌肠、或口服缓泻剂, 术晨清洁灌肠。严格进行肠道准

备, 尽量减少肠道细菌量与肠道水肿。

1.3.2 术后护理 (1)基础护理: 患者返回病房后, 持续低流量吸氧并进行心电图监护, 观察生命体征变化。体温升高可导致心率加快, 诱发心绞痛, 当患者体温 $> 38.5^{\circ}\text{C}$ 时, 及时给予降温处理。保持呼吸道通畅, 术后鼓励患者有效咳嗽及深呼吸, 避免肺部感染, 必要时翻身、叩背或行雾化吸入。加强引流管的护理, 保持引流管通畅, 观察引流液的性质、量及颜色并做好记录; 定时挤压引流管, 防止引流管被分泌物及血块堵塞; 术后常持续行胃肠减压, 保持胃管引流通畅, 避免胃及肠道张力过高引发吻合口瘘^[4]。(2)切口和结肠造口护理: 老年患者免疫力下降, 加上梗阻性结肠癌患者常合并营养不良, 术后切口愈合不良及感染率较高。术后应加强切口护理, 保持切口干燥, 如敷料渗血渗液及时更换。行结肠造口术者用无菌纱布保护造口, 造口周围皮肤涂上凡士林^[5]。教会患者及家属正确护理造口, 有效掌握人工肛袋的使用方法。(3)心血管疾病的观察及护理: 老年梗阻性结肠癌合并心血管病病者术后补液速度不宜过快, 最好用输液泵均匀输注, 滴速以每分钟 30~40 滴为宜, 避免加重患者心脏负担; 术后严密观察并正确评估患者疼痛程度, 给予有效的镇痛与镇静处理, 避免疼痛诱发心血管病。心律失常是老年结肠癌患者术后常见的并发症之一, 尤其是合并心血管病病者, 术后极易诱发或加重原有心脏疾病, 甚至发生危及生命的心律失常^[6]。护士人员应严密监测心率、心律、血压变化, 掌握异常心电图的特征, 如血压 $> 160/100$ mm Hg, 出现室性心动过速、心房颤动等异常心电图表现时, 及时通知医生用药处理。

1.4 观察指标

1.4.1 手术情况 包括手术时间、肛门自动排气时间、早期进食时间、平均住院时间。

1.4.2 并发症 包括切口感染、肺部感染、深静脉血栓形成、术后肠粘连等并发症发生率。

1.4.3 生活质量 采用胃肠疾病生活质量指数量表(GIQLI)量表^[7], 包括一般症状、心理健康、社交、躯体症状、性功能、特异性疾病症状 6 维度 36 个条目。每条目赋分 0~4 分, 总分为 144 分。分值越高生活质量越好。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件录入数据并进行统计学分析, 手术情况、GIQLI 等计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 并发症等计数资料两组间比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$

为异有统计学意义。

2 结 果

2.1 手术情况 所有患者均康复出院,无死亡病例。两组手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组肛门自动排气时间、早期进食时间、平均住院时间均明显低于对照组($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	手术时间(h)	肛门自动排气时间(d)	早期进食时间(d)	平均住院时间(d)
观察组	28	3.23±0.54	3.07±0.61	4.12±0.45	9.02±1.26
对照组	28	3.41±0.57	4.65±0.78	6.05±0.76	13.65±1.47
t		1.213	8.443	11.563	12.654
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 术后并发症 观察组术后发生切口感染 1 例,肺部感染

1 例,肠粘连 1 例,并发症发生率为 14.29%,明显低于对照组的 32.14%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	切口感染	肺部感染	深静脉血栓形成	术后肠粘连	并发症发生率
观察组	28	1(3.57)	1(3.57)	0	1(3.57)	3(10.71)*
对照组	28	3(10.71)	3(10.71)	1(3.57)	2(7.14)	9(32.14)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 生活质量评分 术前,两组 GIQLI 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 1、2、4、6 周时,两组 GIQLI 评分明显高于手术前,且观察组术后 1、2、4 周 GIQLI 评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),术后 6 周评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 3。

表 3 两组患者手术前后 GIQLI 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	术前	术后 1 周	术后 2 周	术后 4 周	术后 6 周
观察组	28	90.50±9.65	103.43±12.17	115.32±13.54	121.03±14.15	125.16±13.58
对照组	28	90.42±9.10	95.64±10.02	101.26±11.02	111.42±11.65	123.17±13.12
t		0.207	2.615	4.262	2.774	0.558
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

3 讨 论

结肠癌是中老年人常见的恶性肿瘤,其中结肠癌致肠梗阻的发生率高达 8%~29%。老年患者各系统、器官功能发生退行性变,对手术创伤的应激能力较差,术后切口感染、肺部感染等并发症的发生率较高;而老年心血管疾病以高血压、冠心病、心律失常为主,梗阻性结肠癌合并心血管疾病患者手术时可能诱发或加重原有的心血管疾病,甚至引起恶性心律失常,危及患者生命安全,风险系数极大^[8]。

围术期护理是现代护理学快速发展的产物,将护理干预贯穿与术前、术中和术后,并针对患者个体差异进行个性化的护理,能提高围术期安全性,促进患者顺利康复^[9]。老年梗阻性结肠癌合并心血管疾病患者起病急、病情重,患者常有严重的焦虑、抑郁、恐惧、悲观及绝望心理,不良心理反应可诱发并加重心律失常、血压升高等心血管疾病,影响手术治疗及康复。因此,应加强老年梗阻性结肠癌合并心血管疾病患者围术期的心理护理干预。术前进行有效的肠道准备是保证手术顺利进行及治疗效果的关键,梗阻性结肠癌患者但不得使用强泻剂如甘露醇、硫酸镁等进行肠道准备,以免加重梗阻症状。梗阻性结肠癌术后常规留置胃肠减压管、尿管及腹腔引流管等,护理人员应妥善固定并分清各管路,加强管道护理,保持各管道通畅,进而促进肠功能的恢复^[10]。本研究结果显示,观察组肛门自动排气时间、早期进食时间及平均住院时间均低于对照组,表明围术期护理能促进患者康复、缩短病程。

老年患者代谢能力降低,易发生切口愈合不良或感染。结肠造口患者密切观察切口有无感染,肠段有无回缩、出血及坏死,依据大便排出通畅程度判断造口有无狭窄,发现问题及时处理。对合并心血管疾病的老年患者术后 1~3 d 常规测定心肌酶谱,必要时行床边心电图检查,及时发现心脏异常表现;尽量避免选用可能引起血压波动和心律改变的药物,以维持窦性心律;Matsumoto 等^[11]研究强调,老年心血管疾病患者术后极易发生心肌缺血,应高度警惕术后突发心悸、胸闷等冠心病的发作表现。生活质量是全面反映患者健康状况的标准,本研究

中,观察组并发症明显低于对照组,术后 1、2、4 周 GIQLI 评分均明显高于对照组。国内外学者也有类似的文献报道^[12-13],提示加强围术期护理能减少术后并发症,促进患者康复,提高老年梗阻性结肠癌合并心血管疾病患者的生活质量,其作用值得临床进一步探讨。

参考文献

- [1] 肖体现,吴锋,郑建丰. 外科手术在老年结直肠癌合并肠梗阻患者中的运用分析[J]. 中国医药导刊,2015(2):208-209.
- [2] 张茵华. 一例大肠多原发癌术后造口并发伤口感染的护理[J]. 中华现代护理杂志,2014,20(29):3773-3774.
- [3] Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism; the task force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC)[J]. Eur Heart J, 2008, 29(18): 2276-2315.
- [4] Bouassida M, Chtourou MF, Hamzaoui L, et al. Clinicopathological characteristics, therapeutic features and post-operative course of colorectal cancer in elderly patients [J]. J Clin Diagn Res, 2014, 8(1): 77-79.
- [5] 曹琚. 57 例老年结肠癌并发肠梗阻患者围手术期护理分析[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(12): 1188-1189.
- [6] 袁联文, 周建平. 老年心血管系统病理生理改变及常见心血管疾病围手术期处理[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(2): 97-99.
- [7] Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, et al. Gastrointestinal quality of life index: development, validation and application of a new instrument [J]. Br J Surg, 1995, 82(2): 216-222.
- [8] 王辉艳, 董杰. 32 例老年梗阻性结肠癌合并心血管疾病病人

的围术期护理[J]. 全科护理, 2013, 10(3): 637-638.

[9] 康常艳. 老年梗阻性结肠癌合并心血管疾病 22 例围术期护理经验[J]. 吉林医学, 2014, 35(26): 5970.

[10] 付连英. 老年结肠癌并发肠梗阻患者围手术期护理干预分析[J]. 中国伤残医学, 2012, 20(7): 109.

[11] Matsumoto T, Nishina T, Mizuta M, et al. Phase II study of first-line chemotherapy with uracil-tegafur plus oral leucovorin in elderly (≥ 75 years) Japanese patients with metastatic colorectal cancer: SGOSG-CR0501 study[J]. Int J Clin Oncol, 2015, 20(1): 111-116.

[12] 陈旭霞, 金锡尊, 邵芬娣, 等. 肠道支架在结肠癌性梗阻术前肠道准备中的应用及护理[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(11): 1055-1056.

[13] Reshef A, Hull TL, Kiran RP. Risk of adhesive obstruction after colorectal surgery: the benefits of the minimally invasive approach may extend well beyond the perioperative periodraloxifene[J]. Surg Endosc, 2013, 27(5): 1717-1720.

(收稿日期: 2015-10-25 修回日期: 2016-01-15)

• 临床探讨 •

睡眠护理干预对老年谵妄患者临床症状影响效果研究

蒲雨笙(四川大学华西医院老年医学中心/干部医疗科, 成都 610041)

【摘要】 目的 探讨睡眠护理干预对老年谵妄患者临床症状的改善效果。方法 选取 60 例老年谵妄患者随机分为睡眠护理干预组和对照组, 每组各 30 例。对照组进行常规护理干预, 睡眠护理干预组在常规护理的基础上再给予睡眠护理干预, 对比两组患者干预前后的谵妄量表分析系统(CAM-CR)评分、睡眠潜伏期时长、总睡眠时间, 并比较两组患者的临床疗效。**结果** 干预前, 两组患者的 CAM-CR 评分差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预后, 两组患者的 CAM-CR 评分均显著改善($P < 0.01$), 且睡眠护理干预组患者的 CAM-CR 评分显著优于对照组($P < 0.01$)。睡眠护理干预组的治疗有效率显著高于对照组($P < 0.05$)。干预前, 两组患者的睡眠潜伏期时长、总睡眠时间差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预后, 两组患者的睡眠潜伏期显著缩短($P < 0.01$), 总睡眠时间显著延长($P < 0.01$); 且睡眠干预组患者的睡眠潜伏期显著短于对照组($P < 0.01$), 总睡眠时间显著长于对照组($P < 0.01$)。**结论** 睡眠护理干预可显著缩短谵妄患者的睡眠潜伏期, 延长总睡眠时间, 改善其 CAM-CR 评分, 提高治疗有效率。

【关键词】 睡眠; 护理; 谵妄

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.08.036 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)08-1098-02

谵妄是一种较常见的脑器质性精神障碍, 在住院患者中的发病率为 15%~20%, 在老年住院患者中高达 60%^[1]。其临床主要症状有感染、跌伤、压疮、严重行为紊乱、冲动伤人^[2]。目前, 主要采用精神药物治疗和原发疾病的针对治疗, 但临床疗效并不显著, 且有些精神药物可能会引起致命性心律失常等严重不良反应^[3]。护理干预对于谵妄症的治疗具有重要意义。研究表明, 谵妄症患者普遍存在睡眠障碍, 而睡眠障碍可能降低机体的免疫力, 不利于谵妄患者的治疗^[4]。因此, 为了探讨睡眠护理对谵妄患者的疗效影响, 本文进行了相关研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院老年科 2013 年 6 月至 2015 年 6 月收治的 60 例老年谵妄患者, 均符合《美国精神障碍诊断与统计手册》有关谵妄症的诊断标准, 将其按照数字表法随机分为睡眠护理干预组和对照组, 每组各 30 例。排除标准: 药物滥用者; 伴有肿瘤、癫痫、脑外伤者; 痴呆患者, 或认知功能障碍者; 肝、肾功能严重障碍者; 伴有其他精神疾病者。其中男 37 例, 女 23 例; 年龄 60~85 岁, 平均(66.7±5.3)岁; 原发疾病类型: 51 例脑血管疾病, 9 例感染。两组患者在性别、年龄及原发疾病类型等一般资料方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组护理进行常规护理干预, 睡眠护理干预组再给予睡眠护理干预。常规护理: 从患者入院时开始制定针对性强的护理计划, 需协助其快速熟悉病房环境, 讲解随后的具体生活方式。每间隔 0.5~1.0 h 监测并记录脉搏、体温、血压、呼吸频率及氧饱和度等生命指标, 若病情稳定可适当延长间隔时间。饮食应以高蛋白、高热量、高维生素为宜, 需少量慢

速进行, 根据患者的情况可采用喂食、鼻饲及静脉注射营养物质等方式, 需留意是否有吞咽反射以免发生噎食。保持呼吸畅通, 必要时采用雾化吸入、服用稀释痰液药物等方法促进排痰, 避免口咽分泌物进入支气管或气管中。每天使用温开水棉球清洁口腔, 防止感染的发生。加强巡视, 以免走失。睡眠护理干预: 了解患者的文化背景及性格特点后, 向患者及家属做好宣教工作, 讲解疾病相关知识, 解释各种治疗的方法和目的, 最大限度地减轻患者的恐惧心理。保证患者有充足的睡眠, 创造安静、整洁、舒适的睡眠环境。休息时间减弱光线, 减少人员走动, 治疗集中, 操作时动作轻柔, 必要时可以根据医嘱使用镇静药物帮助睡眠。每周举行 3 次有关睡眠卫生知识、促进睡眠心理疗法及药物应用原则等内容的健康睡眠讲座。先观察留意患者的睡眠习惯, 记录并总结其不良习惯, 随后进行逐项不良习惯的纠正。夜间减少饮水量、减少日间睡眠时间。启用刺激控制程序法: 让患者自我感觉有睡意时才上床准备睡觉, 若上床 15 min 后仍未入睡则马上起床, 进行适当的放松活动, 如洗澡, 看书, 听听轻松、愉悦的音乐, 再次有睡意时才上床, 重复上述程序直至成功入睡。嘱咐患者躺床时需放空思维, 不要胡思乱想。从而建立持久睡眠-觉醒的时间规律, 打破失眠-唤醒-失眠的恶性循环。叮嘱并监督患者按时起床, 白天尽量不睡觉或下午 3:00 以前进行小段时间的午睡, 严格遵守作息规律。

1.3 观察指标 观察并对比两组患者干预前后的谵妄量表分析系统(CAM-CR)评分、睡眠潜伏期时长、总睡眠时间, 并比较两组患者的临床疗效。

1.4 疗效标准 采用 CAM-CR 减分率评估疗效, 减分率为治疗前后 CAM-CR 评分差值与治疗前 CAM-CR 评分的比值。