

[3] 冯金华,杨婕,胡艳杰,等. 医护一体模式在结直肠癌患者加速康复围手术期管理中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(21): 1573-1577.

[4] 王俊莉,付显芬,甘秀妮,等. 医护一体查房联合 ISBAR 沟通工具在 ICU 护理工作中的应用[J]. 护理学杂志, 2015, 30(11): 9-12.

[5] 冯金华,杨婕,胡艳杰,等. 医护一体加速康复外科围术期管理对结直肠癌患者术后康复效果的影响[J]. 重庆医学, 2015, 44(20): 2870-2872.

[6] 焦永倩,尚秋敬,姜玉荣,等. 医护一体服务在乳腺癌患者化疗恶心呕吐管理中的应用[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2014, 17(7): 1182-1184.

[7] 叶磊,李红,刘司寰,等. 应用“医护一体化模式”改进现代急诊入院流程管理的研究[J]. 护理研究, 2013, 27(11): 3552-3553.

[8] 陈荣珠,王桂红. 医护一体化管理模式在手术病理标本管理中的应用[J]. 护理学杂志, 2013, 28(22): 16-17.

[9] Stephens K, Cooper BA, West C, et al. Associations between cytokine gene variations and severe persistent breast pain in women following breast cancer surgery[J]. J Pain, 2014, 15(2): 169-180.

[10] 聂智容,刘小玲,朱良琼,等. 医护一体化管理在我院手术部位标识中的应用[J]. 中华医院管理杂志, 2014, 16(10): 760-763.

[11] 范云,杨瑛,满海燕,等. 对乳腺癌病人凸显人文护理的流程再造[J]. 全科护理, 2013, 11(6): 532-533.

[12] 梁丽,彭玉兰, Parajuly SS, 等. 超声引导下乳腺肿瘤穿刺活检术的护理配合流程[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(5): 448-449.

[13] 李卡,胡艳杰,汪晓东,等. 医护一体模式下实施快速流程方案对护理工作环境的影响[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(2): 141-144.

[14] 易琼,田勇梅,黄岑,等. 综合性医院日间化疗病房医护一体化管理模式探索与实践[J]. 中国护理管理, 2014, 29(10): 1095-1098.

[15] Alfaro E, Dhruva A, Langford DJ, et al. Associations between cytokine gene variations and self-reported sleep disturbance in women following breast cancer surgery [J]. Eur J Oncol Nurs, 2014, 18(1): 85-93.

(收稿日期:2017-01-12 修回日期:2017-02-20)

• 临床探讨 •

直肠癌 Miles 根治术后造口患者院外延续护理的疗效分析及负面情绪的影响

钟 鑫¹, 段丹辉², 刘文博³, 孙广红¹

(1. 哈尔滨医科大学第四临床医学院静脉用药调配中心, 哈尔滨 150000 ; 2. 哈尔滨医科大学附属第一医院神经内科, 哈尔滨 150000; 3. 黑龙江省齐齐哈尔市第一医院骨科 161000)

摘要:目的 探讨院外延续护理在直肠癌 Miles 根治术患者术后的疗效及负面情绪的影响。方法 选取第四临床医学院接受 Miles 根治术的 82 例直肠癌患者(2013 年 2 月至 2015 年 2 月), 将患者分为 2 组, 各 41 例。对照组患者采用常规院外指导, 研究组使用院外延续性护理。应用自主护理能力实施量表(ESCA)、抑郁/焦虑(SAS/SDS)量表对患者的自护能力及负面情绪进行评定, 同时对 2 组患者的并发症情况进行比较。结果 出院后 6 个月, 研究组患者在 ESCA 4 个维度方面均显著优于对照组($P<0.05$); 刚出院时 2 组患者 SAS、SDS 评分均较高, 差异无统计学意义($P>0.05$), 出院后 6 个月 2 组患者 SAS、SDS 评分均有所好转, 但研究组显著优于对照组($P<0.05$); 对照组患者各种并发症 17 例, 发生率 41.46%, 研究组 7 例, 发生率 17.73%, 2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 直肠癌 Miles 根治术后造口患者应用院外延续性护理, 能显著提升患者自护能力和改善负面情绪, 对于预后和生存质量的提升具有重要的临床意义。

关键词:延续性护理; 直肠癌; 负面情绪

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.032 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)13-1926-03

直肠癌是一种发生在肛门齿状线以上至直肠乙状结肠交界处的癌肿, 多位于腹膜下, 以低位直肠居多, 为常见的消化道恶性肿瘤, 发病率仅次于胃癌和食道癌。患者多为中老年(≥ 40 岁), 病因多为慢性炎性或直肠息肉的长期刺激, 使肠黏膜增生继而癌变。直肠癌患者的治疗关键在于早期发现、早期诊断及外科根治^[1]。外科手术是获得根治最有效的治疗方法, 其中直肠癌经腹会阴联合切除术(Miles 根治术)是临床常见的术式。术后腹壁永久性肠造口可将肠道直接引出腹壁而使肠内容物排出体外, 这种排便途径的改变, 虽对消化吸收功能无影响, 但由于需长期佩戴人工造口袋收集粪便, 患者很容易出现抑郁、焦虑等负面情绪, 同时对患者的自我护理能力也提出了很高的要求。延续性护理作为人性化护理的一部分, 使院内、

院外的护理服务得以很好地延伸和衔接, 对满足出院患者的需求及改善预后具有重要的临床意义^[2]。第四临床医学院自 2013 年起对直肠癌 Miles 根治术后造口患者实施院外延续性护理, 护理疗效及患者负面情绪改善效果显著, 报道如下。

1 资料方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 2 月至 2015 年 2 月第四临床医学院 Miles 根治术的 82 例直肠癌患者, 所有患者均经直肠指检、内镜检查或影像学检查确诊为直肠癌。纳入标准: (1) 肠造口时间 3 个月以内。 (2) 具有小学以上文化水平, 能正确理解量表内容, 在指导下可自主完成相关量表的评定。 (3) 经第四临床医学院伦理委员会同意, 患者及家属知情并签署知情协议书。排除标准: (1) 患有严重内脏(心、肺、肾等)疾病、血液疾

病、免疫缺陷及精神疾病患者。(2)辖区以外位置偏远随访、通讯不便者,不满足入组标准者。依据治疗方式的不同分为 2 组,各 41 例,对照组患者男女性比例为 26 : 15,平均年龄(48.8±5.9)岁,Duke's 分期为 A 期 13 例、B 期 20 例、C 期 8 例,采用常规院外指导。研究组患者男女性比例为 28 : 13,平均年龄(47.9±5.2)岁,Duke's 分期为 A 期 15 例、B 期 18 例、C 期 7 例,采用院外延续性护理。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 信息评估及档案建立 出院当天对患者的健康状况进行全面评估,包括健康知识、心理状况、个体需求等。详细整理患者档案资料,涵盖性别、年龄、家庭住址、联系方式、病情等,并将上述内容整理汇总建立电子档案,以方便医护人员随后进行的延续性护理。

1.2.2 随访方式 (1)电话随访:出院后第 1 天进行首次电话随访,了解患者出院后生理、心理动态,有无身体不适情况发生。对负面情绪及不适应等情况给予疏导和干预,了解患者的需求。之后每 2 周进行 1 次,对患者的病情进行持续性跟进了解。(2)家庭随访:每月 1 次的上门随访,可坚定患者康复治疗的信心及依从性,从生活、心理、饮食、造口护理等方面给予患者全方位的指导和照护。(3)建立患者群:依托网络平台,建立微信群,经验丰富的医护人员担任管理员,通过语音、文字、视频等方式随时与患者互动交流,答疑解惑。

1.2.3 随访内容 (1)心理护理:大多数患者腹部带有永久性人工肛门,对此顾虑重重,情绪低落。应给予健康指导,消除思想顾虑,减轻其心理负担,树立信心,配合治疗。鼓励患者尽早自己动手,学习肠造瘘口的护理方法,促进其心理康复,提高重返社会的信心,尽快接近正常的生活和工作。(2)造口护理:排便后用水擦洗,再用盐水棉球洗净造瘘口周围皮肤并擦干。然后涂上氧化锌软膏,防止粪便浸渍皮肤出现皮炎。指导患者及家属扩张造瘘口保持通畅,避免狭窄。出院后 3 个月内每 2 周进行一次造瘘口扩张,带一次性手套轻轻插入造瘘口,动作轻柔缓慢,切勿粗暴过深,防止肠穿孔。(3)排便节制功能训练:养成定时排便的习惯,如出现大便变细或排便困难要及时到医院就诊。指导患者做提肛运动(下蹲-站立-下蹲),下蹲时肛门放松,站立时用力紧缩肛门,每天 2~3 次,每次连续 20 次,以锻炼肛提肌、肛门括约肌的反射功能。每次有便意时,通过变化体位,听音乐、看书等减轻便意,以训练患者肠道的贮便功能和肠壁的延伸性,养成定时排便的习惯,促进大脑皮层建立定时排便的条件反射。

1.2.4 社会支持干预 (1)亲情支持:患者多会出现自卑无助的心理,随访时应告知患者亲属,做好思想工作,切勿有嫌弃的思想,营造良好的家庭亲情氛围。(2)举行活动:定期进行患者联谊活动,每 2 个月举办 1 次,患者之间相互倾诉,共同分享成功或分担苦恼,增强治疗的信心,更好地体会到社会的关心和支持,尽早回归社会。

1.3 观察指标^[3] (1)焦虑/抑郁自评量表(SAS)/(SDS),共 20 个条目,焦虑/抑郁程度与分值呈正比,轻度:50~60 分;中度:>60~70 分;重度:>70 分。(2)采用自主护理能力实施量表(ESCA),对 Miles 根治术后造口患者的自护能力进行评价,主要涵盖自护技能、自护责任感、自主概念、自护健康认知水平 4 个维度,满分 172 分,自护能力与得分呈正比。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析,正态计量数据使用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较应用 t 检验,计数资料

以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者自护能力结果比较 出院后 6 个月,研究组患者 ESCA 4 个维度方面均显著优于对照组($P<0.05$)。

2.2 2 组患者护理前后负面情绪结果比较 刚出院时 2 组患者 SAS、SDS 评分较高,差异无统计学意义($P>0.05$),出院后 6 个月 2 组患者 SAS、SDS 评分均有所好转,但研究组好转程度显著优于对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.3 2 组患者并发症发生率结果比较 对照组患者各种并发症 17 例,发生率 41.46%,研究组 7 例,发生率 17.73%,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者护理前后 SAS、SDS 评分结果比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数 (<i>n</i>)	出院时		出院后 6 个月	
		SAS	SDS	SAS	SDS
研究组	41	56.58±8.43	68.56±8.08	47.85±10.52	51.56±10.46
对照组	41	56.63±8.38	68.63±7.97	55.35±9.43	59.84±10.31
<i>t</i>		0.028	0.042	6.372	5.637
<i>P</i>		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

表 2 2 组患者并发症发生率结果比较[<i>n</i> (%)]							
组别	例数 (<i>n</i>)	造口 出血	造口 感染	造口 旁瘻	接触性 皮炎	造口回缩	发生率
对照组	41	2(7.32)	4(9.76)	2(4.88)	5(12.20)	3(7.32)	17(41.46)
研究组	41	1(2.44)	2(4.88)	1(2.44)	2(4.88)	1(2.44)	7(17.73)
χ^2		4.163	4.285	3.803	5.823	4.828	7.472
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

Miles 根治术是临床治疗直肠癌常用的一种肠造口手术,通过将患者自身某部位的肠道拉出身体外、置于腹壁上,以解决粪便或尿液的排泄。直肠癌 Miles 手术后,受传统观念的影响,患者对于人工肛门手术往往难以接受,再加上生理功能、生活习惯、精神状态的改变,患者多承受巨大的心理压力,易产生抗拒、悲观、甚至绝望等负面情绪。有研究报道,直肠癌造口患者术后较其他癌症患者发生抑郁、焦虑等负面情绪的概率更大^[4]。还有研究发现,半数以上保留造口的患者会出现身体失控现象,同时担心造口对生活产生的影响,负面情绪发生率显著增加,且自护能力下降,预后及生存质量较差^[5]。常规护理模式侧重患者住院期间的治疗与护理,出院后患者只能通过回院复诊才能获得相关健康信息及诊疗帮助。因此,直肠癌 Miles 根治术后造口患者进行必要的护理干预,对患者的自我康复及不良负面情绪的改善具有重要的临床意义。

延续性护理通常是指从医院到家庭的延续,包括由医院制订的出院计划、转归、患者回归家庭或社区后的持续随访与指导。在整个动态的延续性过程中,建立患者及其家属之间的良好关系,确保患者身心健康及提高自护能力,有效减少并发症发生率,从而不断改善患者预后和提高生存质量^[6]。该模式不仅强调出院后为患者提供直接而长期的护理,更注重帮助患者及家属提高自我护理能力。对直肠癌患者通过电话、家庭、网络平台等不同途径的院外随访方式,增强其对疾病的认识和自

我护理的技能,影响其对健康的态度和行为,积极参与到自护活动中,改善自护行为和提高自护能力,在更容易掌控日常生活的时候,树立健康心态,彻底摆脱负面情绪带来的不良影响。

本研究表明,出院后 6 个月,研究组患者 ESCA 4 个维度方面均显著优于对照组($P<0.05$),提示延续性护理能显著提升患者自护能力。2 组患者 SAS、SDS 评分较刚出院时均有所好转,但研究组好转程度显著优于对照组($P<0.05$),说明延续性护理能够有效改善患者负面情绪。对照组共发生各种并发症 17 例,发生率 41.46%,研究组 7 例,发生率 17.73%,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$),显示延续性护理可有效减少出院后康复期间的并发症,与黄海燕^[7]和贾春雨等^[8]研究报道相一致。

综上所述,直肠癌 Miles 根治术后造口患者应用院外延续性护理能显著提升患者自护能力和改善患者负面情绪,对于预后和生存质量的提升具有重要的临床意义,值得临床推广运用。

参考文献

[1] 钟蕾. 延续护理对直肠癌术后肠造口患者自我护理能力及生活质量的影响[J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 36(1):
• 临床探讨 •

147-149.
[2] 史亚丽,吴爱须,李彦平,等. 延续护理对永久性结肠造口患者生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2014, 12(5): 19-21.
[3] 刘丹东. 系统护理干预运用于改善直肠癌造口患者生活质量的价值分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(22): 2486-2487.
[4] 丁娜. 护理干预对直肠癌造口患者生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2007, 13(4): 19-20.
[5] Mckenzine F, White CA, Kendall S, et al. Psychological impact of colostomy pouch change and disposal[J]. Br J Neur, 2006, 15(6): 308-316.
[6] 何秋娟,陈少群,高莉梅. 延续护理对脑梗死患者出院后生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(16): 30-31.
[7] 黄海燕. 延续护理对直肠癌患者术后心理行为及自护能力的影响[J]. 护理实践与研究, 2015, 12(6): 53-54.
[8] 贾春雨,陈燕. 延续护理干预对直肠癌术后病人焦虑状态的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11(12): 940-941.

(收稿日期:2017-01-14 修回日期:2017-02-22)

颈椎间盘等离子消融术联合硬膜囊前间隙阻滞术的疗效观察

陈华伦,郭晓丽,王伍超,高巍巍

(第三军医大学大坪医院疼痛科,重庆 400042)

摘要:目的 探讨低温等离子射频消融术联合经椎间盘穿刺硬膜囊前间隙神经阻滞术治疗颈椎间盘突出症的临床效果。
方法 将颈椎间盘突出症患者 260 例在 CT 或 C 臂引导下采用经前路穿刺到突出椎间盘,用等离子对突出椎间盘进行靶点消融,消融完后再经椎间盘穿刺进入硬膜囊前间隙行病变神经周围黏连松解及神经阻滞治疗。**结果** 患者治疗前后的视觉模拟评分法(VAS)评分比较,改善较显著($P<0.05$),临床治疗效果满意,近期优良率达 95.38%,24 个月远期优良率为 78.57%。
结论 低温等离子射频消融术联合经椎间盘穿刺硬膜囊前间隙神经阻滞术是治疗颈椎间盘突出症的有效方法。

关键词:颈椎间盘突出症; 等离子; 消融术; 硬膜囊前间隙; 神经阻滞
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)13-1928-04

颈椎间盘突出症是由于突出的椎间盘压迫神经根、硬膜囊、脊髓引起上肢、头颈部、肩背部疼痛、麻木等症状甚至压迫脊髓引起典型或不典型的布朗-塞卡综合征和下肢瘫痪或步态不稳,部分患者可引起排尿障碍^[1]。颈椎间盘突出症发病率较高,严重影响生活及工作。目前治疗该疾病的微创方法很多,但主要以单纯椎间盘内减压或单纯经椎间孔或后路行神经阻滞治疗,均不能达到较理想的疗效^[2-3]。该院从 2011 年 5 月开始采用低温等离子髓核消融术联合经椎间盘行颈硬膜外前间隙神经阻滞治疗,既达到盘内减压,同时可行神经根松解及神经根消炎镇痛,对治疗颈椎间盘突出症取得了很好的疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 该院 260 例患者,男 102 例,女 158 例;年龄 25~78 岁;病程 3 个月至 10 年;术前视觉模拟评分法(VAS)评分的平均值 7.8 分。120 例以颈肩部疼痛为主要表现,40 例有枕部及额颞部疼痛,100 例有上肢麻木感(其中单侧上肢麻木 68 例;双侧上肢麻木 32 例),共施行低温等离子靶点消融术 432 节椎间盘。纳入标准:主要针对颈型及神经根型颈椎病,

所有患者均经系统保守治疗 3 个月以上无效,且 CT、MRI 等影像检查诊断明确并与症状及体征相符者。排除标准:CT 显示突出椎间盘已钙化或骨化、椎间隙严重狭窄、椎间盘脱出(游离)、明显脊髓受压或伴有脊髓异常信号者。

1.2 仪器 采用德国西门子 SOMATOM Emotion 16 层螺旋 CT,美国通用公司中型 DSA 机(GE 9900,DSA),西安高通科技公司等离子多功能手术系统,德国赫尔曼医用臭氧机。

1.3 操作方法 (1)术前准备:术前必须摄颈椎正、侧位 X 线片和颈椎 MRI,以及常规的术前检查。(2)确定责任椎间盘:根据术前所摄的颈椎正、侧位 X 线片和颈椎 MRI 片或颈椎 CT 片,根据患者症状及体征,找出责任椎间盘,根据患者症状与椎间盘突出物在 MRI 等影像学资料上的立体位置,确定穿刺路径。(3)治疗方法:部分患者采用 CT 引导,部分患者采用 DSA 引导,但颈 2~3 及颈 7 至胸 1 椎间盘突出患者需在 DSA 引导下完成。患者仰卧于手术床上,肩背部垫薄枕。头稍向后仰,可增宽颈椎前部分椎间隙便于进针。以 0.5%利多卡因作穿刺点麻醉,深部除外,避免涉及喉返神经,影响呼吸或声音嘶哑^[4]。根据术前所定位的椎间隙,一般选择有症状的对侧进