

# 集束化干预措施在结肠直肠癌术后肠造口预防缺血性坏死的研究

李淑娇<sup>1</sup>, 杨彬<sup>2</sup>

(首都医科大学附属北京世纪坛医院:1. 胃肠肝胆肿瘤外科;2. 结直肠肿瘤外科, 北京 100038)

**摘要:**目的 探讨集束化干预措施在结肠直肠癌术后肠造口预防缺血性坏死等并发症的作用。方法 选取 2014 年 1 月至 2017 年 1 月该院行结肠直肠癌根治术的 156 例患者,根据数字表法随机分为实验组和对照组,各 78 例。对照组患者采用常规的护理干预,包括入院指导、饮食护理、规律排便护理、造口护理、出院指导等;实验组患者在对照组的基础上,增加集束化干预措施。比较 2 组患者干预后的抑郁、焦虑评估、自我效能评估,以及并发症发生情况和生活质量、护理满意度。结果 实验组患者的焦虑程度和抑郁程度显著低于对照组( $P < 0.05$ ),实验组患者的自我效能评分显著优于对照组( $P < 0.05$ )。实验组造口坏死 1 例(1.28%),对照组 4 例(5.13%),其他并发症发生率也显著低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。实验组患者生活质量改善情况和护理满意度显著高于对照组( $P < 0.05$ )。结论 集束化干预措施在结肠直肠癌患者行肠造口术后,能减少并发症,改变不良情绪,可提高自我效能、生活质量,值得临床推广与应用。

**关键词:**集束化护理; 结肠直肠癌; 肠造口

中图分类号:R473

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)10-1514-04

结肠直肠癌作为胃肠道常见的恶性肿瘤之一,好发于 40~70 岁男性,且早期症状不明显,后期会出现机体不适症状,如便血、腹泻、局部腹痛、贫血等全身症状<sup>[1-2]</sup>。据研究报告,结肠直肠癌在消化系统的恶性肿瘤仅次于胃癌、食管癌、肝癌<sup>[3]</sup>。目前,外科切除术仍是首推的治疗方式之一,但患者腹壁会遗留 1 个结肠造口。结肠造口是将患者的一段肠管拉出开口外并将其翻转缝在腹壁上,从而形成肠造口代替原来的肛门行排便功能。由于结肠造口改变了肠道排泄的生理过程,给患者的生活和精神均带来较大影响,且长时间的肠造口也会引发一系列的并发症。相关研究报告,肠造口并发症发生的概率约为 20%<sup>[4]</sup>。因此,现探讨集束化干预措施对结肠直肠癌患者在治疗康复过程中,对减少并发症及影响生活质量的作用。报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 1 月至 2017 年 1 月该院行结肠直肠癌根治术的 156 例患者,男 103 例,女 43 例;年龄 38~67 岁,平均年龄(51.38±9.85)岁。根据数字表法随机分为实验组和对照组,各 78 例,2 组患者的性别、年龄、文化水平等一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入与排除标准** (1)纳入标准:①家属及其患者本人签署知情同意书。②年龄大于或等于 18 岁。③经病理学检查均为结肠直肠癌。(2)排除标准:①具有较为严重的认知障碍或精神异常者。②具有肿瘤转移或复发者。③合并其他严重脏器功能障碍或其他部位癌症者。④具有酗酒、药物成瘾者。

**1.3 方法** (1)对照组:采用常规护理干预,包括入院指导、饮食护理、规律排便护理、造口护理、出院指

导等。(2)实验组:在对照组的基础上,给予集束化干预措施,具体方法:①术前护理:医护人员在术前 1 d,耐心向患者及其家属讲述结肠直肠癌根治术的相关知识,并介绍肠造口的护理措施和注意事项,最大限度缓解恐惧心理。其次,医护人员根据患者的具体情况,包括日常的行为习惯、腹部情况和病情等进行初步的造口定位,从而选择一个易于护理、观察的造口位置。②术后护理:造口护理:术后早期,医护人员及时对造口及其周围皮肤进行观察,避免并发症发生。其次,对造口颜色、大小、形状、位置,以及造口的排气、排便情况进行观察和详细记录。同时根据患者造口的具体情况选择合适的造口袋,早期为清楚观察造口恢复状态应选择透明的造口袋。另对造口周围皮肤要及时清洗,保持干燥。造口坏死护理:造口坏死是造口早期较为严重的并发症之一,通常情况下是由于患者的肠管张力大,系膜血管损伤而引起。因此,术后 24 h 内要严格、密切地观察造口部位血液循环情况,如发现其造口肠管颜色为暗紫或变黑,说明可能发生造口坏死。主要从 3 个阶段进行护理防止。第 1 阶段,密切观察造口黏膜内的血液循环情况,若发现造口出现不可逆坏死,立即通知主治医师并做好术前相关准备,行造口重建术;若黏膜出现缺血局限,但不影响患者的肠管收缩,可以等待坏死组织枯萎后将其剪除;对坏死相对严重、波及腹壁应立即采取相应措施,防止坏死的肠管由于回缩腹腔而引起腹膜炎,即保守性锐器清创。第 2 阶段,积极地应对坏死组织清除后造口皮肤黏膜分离,给予湿敷和必要的理疗促进创面愈合,预防感染。第 3 阶段,皮肤黏膜分离愈合后,严密观察瘢痕挛缩,每日行扩宽造口术,预防造口狭窄;选择合适的造口用品,避免造口回缩引起造口

周围皮肤并发症。造口护理的同时注重全身营养支持治疗,并关注患者情绪变化,及时疏导,保证患者心理健康。其他并发症护理:临床上,造口狭窄并发症的发生概率最大,可达到 12%<sup>[5]</sup>。原因主要和腹部开口过紧或肠管浆膜层受到粪便等刺激而产生浆膜炎、肉芽组织增生,治疗方式主要以扩肛为主。为避免造口狭窄,造口开放后即开始进行造口扩张,由医护人员操作,1 次/天,同时逐步教会患者及其家属进行扩肛。肠脱出护理:肠脱出发病率约为 25%~50%,主要由于切口缝合过于松弛,或胶管固定不牢,加之术后患者腹内胀气从而导致造口脱出<sup>[6]</sup>。针对该情况,术后密切确保患者胃肠减压和通畅,尽量避免咳嗽、扎紧腹带。

**1.3.3 出院指导** (1)电话随访:患者出院后每 2 周,医护人员对其进行 1 次随访,主要通过对其病情的了解和问题给予相应的解答和指导。同时,若发现患者有焦虑等不良情绪,及时给予疏导和安慰,使其保持健康心态。(2)家庭随访:术后每 1 个月对患者进行 1 次家庭随访,主要了解患者恢复情况和家属心理情况,通过有效的沟通,缓解患者及其家属的负面情绪,树立战胜疾病的信心,以最佳的心态面对疾病和生活。

**1.4 观察指标**

**1.4.1 抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)** 评估患者的抑郁、焦虑情况,以及通过造口相关自我效能问卷对患者自我效能进行评估。SDS 评分越高,抑郁程度越严重。 $\geq 70$  分为重度抑郁;60~<70 分为中度抑郁;50~<60 分为轻度抑郁;<50 分为无抑郁。SAS 评分对 2 组患者护理前后进行评分,得分越高,焦虑状况越严重。 $\geq 70$  分为重度焦虑;60~<70 分为中度焦虑;50~<60 分为轻度焦虑;<50 分为无焦虑。造口相关自我效能问卷分为造

口照顾效能和社交效能 6 个单独条目(饮食选择的效能、对性生活的信心、对性生活满意度的信心、从事重体力劳动的信心、保持活力的信心、造口自理的信心)。采用 5 级评分,每个条目为“没有信心”“有一点信心”“有信心”“很有信心”“非常有信心”依次记 1~5 分,得分越高表示自我效能越强。问卷总分为 28~140 分。

**1.4.2 术后 4 个月并发症发生率** 包括造口坏死、造口表面出血、造口周围皮炎、造口脱垂、造口狭窄等。

**1.4.3 生活质量和护理满意度** 生活质量评估采用欧洲癌症研究与治疗组织直结肠癌专用生活质量问卷(QLQ-CR),主要分为 2 大模块,包括功能量表和症状量表。功能量表得分越高说明功能越好;症状量表得分越高说明症状越严重。护理满意度调查包括 4 项(心理护理、健康教育、功能康复训练、护理态度),10 分/项,非常满意: $\geq 35$  分;满意:27~34 分;不满意: $\leq 26$  分。满意度=(非常满意+满意)/总病例 $\times 100\%$ 。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS20.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较使用 *t* 检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 2 组患者抑郁、焦虑情况结果比较** 术后 4 个月实验组患者焦虑程度显著低于对照组( $t = 9.759, P = 0.0257$ );且抑郁程度也低于对照组( $t = 8.759, P = 0.0201$ )。实验组患者功能维度(造口照顾效能和社交效能)评分高于对照组( $P < 0.05$ ),2 组 6 个单独条目比较,实验组评分低于对照组( $P < 0.05$ ),实验组性生活满意度信心条目评分虽低于对照组,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1、2。

表 1 2 组患者焦虑、抑郁情况结果比较[n(%)]

组别	例数 (n)	焦虑程度				抑郁程度			
		无焦虑	轻度焦虑	中度焦虑	重度焦虑	无抑郁	轻度抑郁	中度抑郁	重度抑郁
实验组	78	34(43.59)	29(37.18)	10(12.82)	5(6.41)	28(35.90)	37(47.44)	13(16.67)	2(2.56)
对照组	78	22(28.21)	29(37.18)	15(19.23)	10(15.38)	18(23.08)	32(41.03)	18(23.08)	10(12.82)

表 2 2 组患者造口相关自我效能评估结果比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数 (n)	功能维度		单独条目						
		造口照顾效能	社交效能	饮食选择效能	性生活信心	性生活满意度信心	体力劳动信心	保持活力信心	造口自理信心	自我效能总分
实验组	78	41.47 $\pm$ 11.48	25.95 $\pm$ 8.48	3.02 $\pm$ 0.95	1.57 $\pm$ 0.96	2.71 $\pm$ 1.27	2.39 $\pm$ 1.18	3.04 $\pm$ 1.13	3.20 $\pm$ 0.85	93.94 $\pm$ 15.05
对照组	78	53.73 $\pm$ 12.59	33.95 $\pm$ 9.05	3.89 $\pm$ 1.01	2.43 $\pm$ 1.13	2.94 $\pm$ 1.29	2.99 $\pm$ 1.21	3.93 $\pm$ 1.18	4.00 $\pm$ 0.96	106.38 $\pm$ 17.96
<i>t</i>		5.903	6.473	4.943	6.402	1.047	4.285	4.324	5.043	5.520
<i>P</i>		0.0375	0.0248	0.0395	0.0233	0.0793	0.0375	0.0329	0.0304	0.0295

**2.2 2 组患者造血坏死及其他并发症结果比较** 实验组患者肠造口缺血性坏死 1 例,对照组 4 例,其中 2 例患者行造口重建术,另外 2 例术后 10 d 坏死组织自行脱落。护理干预后,实验组患者造口坏死及其他并发症(造口表面出血、造口周围皮炎、造口脱垂、造口狭窄、造口水肿)发生率显著低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 2 组患者术后并发症发生率结果比较[n(%)]

组别	例数(n)	造口坏死	造口表面出血	造口周围皮炎	造口脱垂	造口狭窄	造口水肿
实验组	78	1(1.28)	1(1.28)	0(0)	2(2.56)	1(1.28)	3(3.85)
对照组	78	4(5.13)	6(7.69)	5(6.41)	11(14.10)	9(11.54)	10(12.82)
$\chi^2$		7.484	12.583	9.942	10.242	14.592	7.033
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 4 2 组患者 QLQ-CR 和护理满意度结果比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数(n)	QLQ-CR						护理满意度			
		功能量表		症状量表				心理护理	健康教育	功能康复	护理态度
		身体形象	对将来的期望	泌尿症状	胃肠道症状	造口相关问题	体质量减轻				
实验组	78	77.59±7.04	73.83±18.37	12.28±6.75	14.37±5.29	23.12±13.14	26.67±21.23	9.51±0.23	9.13±0.20	9.21±0.15	9.41±0.13
对照组	78	58.24±6.92	60.37±19.93	19.98±3.09	19.91±6.12	38.92±12.95	30.46±20.89	8.27±0.19	8.40±0.21	8.18±0.17	8.48±0.29
t		4.623	4.047	5.735	4.261	3.846	0.958	4.672	4.244	4.504	4.751
P		0.027	0.0303	0.023	0.049	0.030	0.092	0.027	0.007	0.013	0.026

### 3 讨 论

结肠直肠癌造口术是肿瘤外科常见的手术之一,肠造口通常分为临时性造口和永久性人工肛门,但结肠直肠癌恶性肿瘤根治术通常是永久性结肠造口<sup>[7]</sup>。虽然临床医学技术已得到飞快进步,肠造口术也相当成熟,但仍存在较多并发症。永久性肠造口不仅改变患者的生理结构,对其生理和精神均带来极大的伤害,失去了生活的信心和对未来的期望,并且并发症的发生,导致身心受到更大的打击。因此,作好术后并发症的观察和护理是手术成功的关键环节之一。

相关研究报道,术后患者产生负面情绪是必然、正常的结果,但通过患者的实际情况,针对性地制定干预计划,缓解和改善患者的不良情绪对生活质量具有重要的作用<sup>[8]</sup>。本研究结果表明,通过对患者术前、术后及出院后护理指导,实验组患者出现的焦虑、抑郁等负面情绪显著低于对照组( $P < 0.05$ );且自我效能评价显示,实验组患者造口照顾效能和社交效能评分高于对照组( $P < 0.05$ );6 个单独条目比较,实验组评分低于对照组( $P < 0.05$ ),性生活满意度信心条目中虽然实验组评分低于对照组,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),说明集束化干预措施可较快改变患者的心态并掌握一定的造口护理技巧。据有关研究显示,肠造口发生并发症的概率约为 20%,术后早期,较严重的是造口缺血坏死<sup>[9-10]</sup>。造口缺血坏死发生的主

**2.3 2 组患者生活质量和护理满意度结果比较** 实验组患者生活质量改善情况显著高于对照组( $P < 0.05$ ),虽然实验组在“体质量减轻”条目评分中低于对照组,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。2 组护理满意度比较,实验组在心理护理、健康教育、功能康复和护理态度等 4 个方面的评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 4。

要原因和术中结肠边缘动脉受到损伤,肠管受较大的牵拉张力,肠系膜血管受损或造口孔太小等影响患者的肠壁供血,从而导致肠造口部供血不足<sup>[11]</sup>。一般情况下,术后 3 d 内出现局部的造口水肿属正常情况,数天后侧支循环建立则水肿自然消失。如长时间不消肿者,则为造口水肿,与造口周围组织包裹过紧、感染等造成静脉回流障碍密切相关<sup>[12-13]</sup>。造口出血常出现在术后 3 d 左右,主要因肠系膜的小动脉未结扎或结扎线脱落而造成<sup>[14-15]</sup>。本研究结果表明,实验组患者并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。造口缺血性坏死、造口水肿、造口周围皮炎等并发症的发生将极大地增加患者生理、心理、经济负担,严重影响患者的生活质量。本研究实验组生活质量情况显著优于对照组( $P < 0.05$ )。

综上所述,集束化干预措施在结肠直肠癌患者行肠造口术后,对减少并发症的发生,改变不良情绪,以及提高自我效能、生活质量水平具有重要意义,值得临床推广与应用。

### 参考文献

[1] 汪建平. 提高我国结肠直肠癌诊治水平的若干问题[J]. 外科理论与实践,2014,21(6):469-471.  
 [2] 杨秀秀,付菊芳,李秦,等. 直肠癌结肠造口患者生活质量及影响因素研究[J]. 护理学报,2012,19(2):5-9.

[3] CHEN D F. Effect of group education in family members of rectal cancer patients undergoing enterostomy[J]. Cell, 2016, 24(1):147.

[4] MATSUMOTO T, HASGAWA S, MATSUMOTO S, et al. Overcoming the challenges of primary tumor management in patients with metastatic colorectal cancer unresectable for cure and an asymptomatic primary tumor[J]. Dis Colon Rectum, 2014, 57(6):679-686.

[5] 王萍萍. 直肠癌结肠造口康复期患者自我护理能力状况及影响因素[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(18):2118-2121.

[6] GROTT M, HORISBERGER K, WEI B C, et al. Resection enterostomy versus Hartmann's procedure for emergency colonic resections[J]. Int J Colorectal Dis, 2017, 32(8):1171-1177.

[7] 张冰, 易昌华, 欧燕, 等. 直肠癌 Miles 术后结肠造口 60 例出院后延续护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(8):66-67.

[8] 熊建容, 胡斯丽, 王清. 直肠癌术后结肠造口患者的护理体会[J]. 当代医学, 2013, 27(3):121-122.

[9] SABER A, HOKKAM E N. Efficacy of protective tube cecostomy after restorative resection for colorectal cancer: a randomized trial[J]. Int J Surg, 2013, 11(4):350-353.

[10] LUCERI C, FEMIA A P, FAZI M, et al. Effect of buty-

rate enemas on gene expression profiles and endoscopic/histopathological scores of diverted colorectal mucosa: A randomized trial[J]. Dig Liver Dis, 2016, 48(1):27-33.

[11] 文莎丽, 张静平. 直肠癌结肠造口患者家属焦虑、抑郁状况及其影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(19):2290-2292.

[12] OH S H, CHOI N J, SANG H S, et al. Oncologic safety of self-expanded metal stent insertion as a bridge to elective surgery in malignant colorectal obstruction[J]. Korean Journal of Clinical Oncology, 2016, 12(1):48-54.

[13] GIRI V P, GIRI O P, BAJRACHARYA S, et al. Risk of acute kidney injury with amikacin versus gentamycin both in combination with metronidazole for surgical prophylaxis[J]. J Clin Diagn Res, 2016, 10(1):FC09-FC12.

[14] 黄江彬. 聚焦解决模式护理干预对直肠癌永久性结肠造口患者自我护理能力的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(9):1008-1010.

[15] OUCHI A, ASANO M, WATANABE T, et al. A case of septic shock due to bacterial translocation from obstructive colorectal cancer[J]. Progress in Acute Abdominal Medicine, 2014, 34(12):1083-1087.

(收稿日期:2017-11-14 修回日期:2018-01-06)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.10.047

## 维持性血液透析患者并发脑出血与其代谢指标的相关关系

陈元媛<sup>1</sup>, 谭兵<sup>2△</sup>, 王秀华<sup>1</sup>, 丁嫦娥<sup>1</sup>, 许琳<sup>1</sup>  
(湖北省荆门市中医医院:1. 检验科; 2. 脑病科 448000)

**摘要:**目的 分析维持性血液透析患者并发脑出血与其代谢指标的相关关系。方法 以 2014 年 1 月至 2016 年 1 月在该院进行维持性血液透析的 120 例患者为研究对象, 按照是否发生脑出血分为对照组和脑出血组, 每组各 60 例。分别测定 2 组患者的血压、总胆固醇、清蛋白、血红蛋白等代谢指标, 对比分析影响维持性血液透析患者并发脑出血的独立因素。结果 脑出血组患者的收缩压、总胆固醇及脂蛋白均明显高于对照组患者, 差异有统计学意义( $t=9.446, 32.056, 25.065, P<0.05$ )。多因素 Logistic 逐步回归分析结果显示, 维持性血液透析患者并发脑出血的影响因素包括收缩压、总胆固醇及脂蛋白( $OR=3.034, 1.117, 0.009, P<0.05$ )。结论 高血压、高胆固醇及高血脂的维持性血液透析患者更易并发脑出血。

**关键词:**维持性血液透析; 脑出血; 血压; 总胆固醇; 脂蛋白

中图分类号:R459.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)10-1517-04

维持性血液透析(MHD)是治疗终末期肾脏病患者的主要方法之一, 其主要作用是降低患者的病死率, 延长患者的生命<sup>[1]</sup>。但是透析在使用过程中常会引发一些并发症, 其中最为严重的并发症是脑出血。研究显示, 并发脑出血的 MHD 患者预后极差, 致死率高, 也是 MHD 患者的主要死亡原因之一<sup>[2-3]</sup>。导致 MHD 患者并发脑出血的原因目前尚未完全明确, 但有研究表明其可能与 MHD 患者的代谢功能相关<sup>[4]</sup>。因此, 本研究回顾性分析 2015 年 1 月至 2016

年 1 月该院的 120 例 MHD 患者临床资料, 旨在了解 MHD 患者发生脑出血的相关危险因素, 为 MHD 患者并发脑出血减少脑出血的发病率及预防, 改善预后提供有益依据。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 按随机数字表法选取 2014 年 1 月至 2016 年 1 月该院的 120 例 MHD 患者为研究对象, 按照是否发生脑出血分为对照组和脑出血组, 每组各 60 例。纳入标准:所有患者均符合 2012 年国际肾脏

△ 通信作者, E-mail:592662629@qq.com.