

表 1 2 组患者灌肠液保留时间和住院时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

分组	n	保留时间/h	住院时间/d
观察组	20	2.12 ± 0.52	10.30 ± 3.85
对照组	18	1.02 ± 0.30	11.70 ± 4.08
t	—	8.08*	1.09
P	—	<0.01	>0.05

\* 示 t' 值

表 2 2 组患者灌肠后疗效比较 (n)

分组	n	有效	好转	无效	总有效率/%	$u_c$	P
观察组	20	15	3	2	90.0		
对照组	18	6	5	7	61.1	2.60	<0.01
合计	38	21	8	9	76.3		

温热刺激肠壁,使血管扩张而促进药物吸收。但由于直肠的局部温度为 36.9 ~ 37.9 °C<sup>[5]</sup>,若使用高于其温度 3 ~ 4 °C 的灌肠液流入后,会再次刺激已经处于充血、水肿、糜烂及溃疡的肠黏膜产生灼热感,使灌肠后患者不能忍受,立即有便意感,因而不利于药物在肠腔内停留,使其作用不能正常发挥<sup>[6]</sup>。我们采用的改良后的灌肠液温度(37 ~ 38 °C)接近直肠局部温度,对直肠局部刺激小,无烧灼感,无腹痛及其他不适。因此,37 ~ 38 °C 灌肠液可延长药液在体内的存留时间,使疗效增强,从而住院时间也会缩短。本研究结果还显示,观察组灌肠有效率为

90.0%,明显优于对照组的 61.1% ( $P < 0.01$ ),提示 2 组给予相同的药液、相同的灌肠器材和相同的操作方法时,使用不同的灌肠液温度对患者的疗效起重要作用。选择接近直肠温度的 37 ~ 38 °C 灌肠液,不仅对患者刺激小,还能明显提高患者的耐受性,使灌肠液保留时间延长,促进炎症消散,减轻黏膜水肿、解除肠痉挛,缓解患者的腹痛症状,且药液能充分与病变部位接触,促进肠道黏膜的吸收,从而最大限度地发挥药效,缩短疾病的疗程,以达到提高 UC 疗效,减轻患者痛苦的目的。

## [参 考 文 献]

- [1] 李小寒,尚少梅. 基础护理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:236-237.
- [2] 欧阳钦,胡品津,钱家鸣,等. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 胃肠病学,2007,16(11):488-495.
- [3] 郭洪英,高淑红,兰素华. 改良灌肠法治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 71 例疗效观察[J]. 河北中医,2010,32(2):200-201.
- [4] 王霞佩. 50 例溃疡性结肠炎患者的护理体会[J]. 护理与康复,2006,5(2):127-128.
- [5] 马婷,张仲春. 保留灌肠药液温度对溃疡性结肠炎疗效的影响[J]. 护理研究,2008,22(28):258-260.
- [6] 赵景兰,廉南,严清明,等. 中药灌肠液温度对溃疡性结肠炎中医不同证型的疗效影响[J]. 成都中医药大学学报,2006,26(2):12-17.

(本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2015)10-1451-03

· 护理学 ·

## 术前造口定位用于低位直肠癌 Miles 手术的护理观察

霍蕊<sup>1,2</sup>,徐凌忠<sup>2</sup>,张明洁<sup>3</sup>,焦文芹<sup>2</sup>

**[摘要]**目的:探讨低位直肠癌 Miles 手术中减少造口并发症及提高患者生活质量的有效造口定位方法。方法:将低位直肠癌需 Miles 手术的患者 36 例随机分为观察组和对照组各 18 例。观察组术前根据患者的具体情况进行造口定位,对照组由手术医生术中随机进行造口定位。比较 2 组造口周围刺激性皮炎、皮肤黏膜分离、造口脱垂、造口回缩、造口狭窄、造口旁疝、造口处肿瘤复发、造口自我护理能力和平均每个造口袋使用时间。结果:2 组患者皮肤黏膜分离、造口狭窄和造口处肿瘤复发差异均无统计学意义( $P = 0.088 \sim P = 1.000$ )。观察组患者造口周围皮炎、造口脱垂和造口旁疝发生率均低于对照组( $P = 0.041 \sim P = 0.018$ )。观察组患者造口自我护理能力明显高于对照组( $P < 0.01$ ),而每天护理时间则显著少于对照组( $P < 0.01$ )。结论:低位直肠癌 Miles 手术患者术前造口定位有助于减少术后造口相关并发症,方便患者的自我护理。

**[关键词]** 直肠肿瘤;术前造口定位;Miles 手术;护理**[中图分类号]** R 735.37**[文献标志码]** A**DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.10.055

[收稿日期] 2015-03-16

[作者单位] 1. 山东大学 公共卫生学院,山东 济南 250012;蚌埠医学院第一附属医院 2. 胃肠外科,3. 脑外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 霍蕊(1980-),女,主管护师。

[通信作者] 徐凌忠,教授. E-mail: lzhu@sdu.edu.cn

直肠癌是我国常见的消化道恶性肿瘤,其发病率仅次于胃癌和食管癌,是大肠癌中最常见的一种恶性肿瘤,占大肠癌的 65% 左右,以 50 岁以上最为常见,男女比例为(2 ~ 3):1<sup>[1]</sup>。随着人们生活水平的提高和饮食习惯及生活方式的改变,直肠癌尤其

是低位直肠癌的发病率逐年增高,并呈现年轻化的趋势,已严重影响人民的身心健康。我国低位直肠癌不但占有较高比例,并且以中晚期病变较为多见<sup>[2]</sup>。低位直肠癌指发生在腹膜返折以下的直肠癌病变,属于直肠癌的一种特殊类型,约占我国直肠癌病例的半数以上,至今对外科医生来说,还是一个很大的挑战<sup>[3]</sup>。手术是治疗低位直肠癌的主要方法,常采用经腹会阴联合根治术(Miles术)治疗,但此手术方式需建造人工肛门,严重影响了患者术后的生活质量<sup>[4]</sup>。永久性结肠造口的患者由于排便方式的改变,给生活造成极大的不便,其躯体、心理承受多方面的痛苦,容易造成患者自尊低下和社会障碍等心理变化而影响生活质量<sup>[5]</sup>。高质量的造口和先进的造口用品可以使患者免除生活的不便和心理压抑,融入正常的社会生活,因此造口定位就显得至关重要。现就术前造口定位对低位直肠癌 Miles 手术的护理效果作一报道。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 6 月至 2014 年 5 月 36 例低位直肠癌需 Miles 手术的患者(剔除合并糖尿病和使用免疫抑制剂的患者),其中男 20 例,女 16 例,年龄 20~72 岁。随机分为观察组和对照组各 18 例。2 组患者性别、年龄、病情和体质量均具有可比性。

1.2 方法 观察组(肿瘤边缘距肛门 < 5 cm)患者在手术前 1 天由患者、床位护士、造口治疗师、床位医生根据患者的病情、腹部情况、患者的习惯共同进行造口定位。患者平卧,操作者一手托起患者的头部,嘱其眼看足尖,另一手通过触诊,在腹部可触及一条纵形收缩的肌肉,即为腹直肌,标记腹直肌的外缘;然后沿脐部和髂前上棘画一条虚线,选中内 1/3 点作为预定造口位置;同时避开瘢痕、骨缘、皱褶、腰围线;让患者坐、立、卧、弯腰等体位仔细观察腹部轮廓,放 1 个手指在选好的位置,如患者能看到指甲,并有足够的平坦腹部可贴造口袋,此位置即可选定。对照组(肿瘤边缘距肛门 < 5 cm)患者由手术医生术中根据个人的习惯及术中情况进行造口定位。

1.3 观察指标 比较 2 组术后造口周围刺激性皮炎、皮肤黏膜分离、造口脱垂、造口回缩、造口狭窄、造口旁疝、造口自我护理能力、造口袋使用时间和造口处肿瘤复发。

1.4 统计学方法 采用四格表资料确切概率法和

秩和检验。

## 2 结果

2.1 2 组患者造口并发症比较 观察组患者造口周围皮炎、造口脱垂和造口旁疝发生率均低于对照组( $P=0.041 \sim P=0.018$ ),2 组患者其他造口并发症发生率差异均无统计学意义( $P=0.088 \sim P=1.000$ )(见表 1)。

表 1 2 组患者造口并发症比较( $n$ )

分组	$n$	皮肤 黏膜分离	造口 周围皮炎	造口 脱垂	造口 狭窄	造口 旁疝	造口处 肿瘤复发
观察组	18	1	1	1	1	1	1
对照组	18	6	7	8	6	7	1
合计	36	7	8	9	7	8	2
$P$	—	0.088	0.041	0.018	0.088	0.041	1.000

2.2 2 组患者自我护理能力及每日护理造口时间比较 观察组患者造口自我护理能力明显高于对照组( $P<0.01$ ),而每天护理时间则显著少于对照组( $P<0.01$ )(见表 2)。

表 2 2 组患者自我护理能力及每天护理造口时间比较( $n$ )

分组	$n$	造口自我护理能力/例			每天护理时间/min		
		完全自理	大部分自理	不能自理	15~30	>30~60	>60
观察组	18	12	5	1	4	11	3
对照组	18	4	3	11	0	5	13
合计	36	16	8	12	4	16	16
$u_c$	—		3.32			3.47	
$P$	—		<0.01			<0.01	

## 3 讨论

Miles 术后患者需要长期甚至是终身贴造口袋来收集粪便,这种排便方式的改变,往往对患者的身心造成一定影响。当发生造口并发症时,会加重患者的焦虑和不安,严重影响患者适应造口后的生活<sup>[6]</sup>。减少造口并发症可明显提高患者的术后生活质量<sup>[7]</sup>。适应是指个体主动、动态调整自己适应环境的全身性反应过程,肠造口患者的自我护理能力与其适应水平呈正相关<sup>[8]</sup>。而生存质量是医学模式下全面评估患者生理、心理及社会三方面总体健康状况的综合性指标<sup>[9]</sup>。如何方便造口患者自我护理,帮助其尽快实现术后及远期的生理、心理及社会适应,进而提高生存质量,这一问题日益受到关注和重视。

3.1 观察组的优点 理想的造口位置需达到如下条件:造口位于腹直肌内、患者能看见、造口周围皮肤至少有 5 cm 足以贴造口袋、腹部平坦、避开骨隆凸处如髂前上棘、避开陈旧性瘢痕、皮肤皱折、脐部和腰带。观察组术前造口定位是由造口治疗师、床位医生、患者共同制定,所以基本满足理想造口位置,方便患者自我护理。一个位置选择得当、结构完美的肠造口,可以提高患者术后生活质量。粘贴牢固的造口袋、健康的造口周围皮肤和良好的自我护理能力,都是加速患者康复并重返社会的重要因素。

3.2 对照组的缺点 术中视野不开阔且只取平卧位,对于体型过胖者、脊柱畸形者、坐轮椅者、老年多产女性等都无法准确定位造口。不良的造口位置将长期影响患者的生活质量。如造口定位在腹直肌外,易发生造口旁疝;造口定位过低,被腹部脂肪堆所遮挡,患者看不清造口,无法自我护理,贴造口袋困难;造口离手术切口太近,污染切口;离腹股沟、髂前上棘太近,造口袋粘贴不牢,经常更换造口袋易形成皮炎;造口定位在腹部皱褶中,可引起粪水性皮炎等。Millan 等<sup>[10]</sup>研究显示,在急诊手术中,造口周围皮炎在术前造口定位的患者发生率(6.5%)低于未定位患者的发生率(23.1%) ( $P < 0.001$ );在择期手术中分别为 8.1% 和 18.4% ( $P < 0.02$ )。

本研究结果发现,术前造口定位,不仅降低了造口相关并发症的发生率,方便患者选择造口用品,减少造口护理时间,还去除了影响生活质量的不利因素,从而提高了生活质量,使患者更好地回归社会。

选择合适的造口位置能有效满足患者的自我护理需求<sup>[11]</sup>。美国结直肠癌外科医生协会和创伤、造口、节制功能护理师协会,建议所有手术患者需在术前由有经验的、受过训练的临床医生,最好是国际造口治疗师对患者进行造口定位<sup>[12]</sup>。目前国内实施造口术前定位尚存在障碍。有研究<sup>[13]</sup>表明,医护人员对造口知识的缺乏是术前造口定位开展的重要障碍。因此,造口知识的普及是目前提高术前造口定位的关键。我国造口治疗师学校已成立 10 年,到目前培养了约 300 名国际造口治疗师,但远远达不到

造口者的需求,如何提高造口者的生活质量是造口治疗师的职责。我们可以利用多种渠道进行造口知识培训,使外科医生和护士掌握术前造口定位知识,由医生或责任护士做术前造口定位,避免术中定位存在的不足,为更多的造口者服务,提高造口者的生活质量。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 王峰. 低位直肠癌 TME 手术保肛效果的临床观察[J]. 中国社区医师:医学专业(半月刊),2009,11(15):114-115.
- [2] 陈永霞. 31 例腹腔镜直肠癌根治术与手术配合[J]. 铜仁职业技术学院学报,2010,8(5):25-26.
- [3] Lin HD. Observation of treatment of low colorectal cancer about laparoscopy combined with abdominal incision operation [J]. Hainan Med Univ,2012,18(7):904-906.
- [4] 胡铭,张建民,李西安,等. 保肛手术治疗低位直肠癌患者的手术疗效和生活质量的分析[J]. 中国普通外科杂志,2012,21(10):1310-1312.
- [5] 魏苏梅,王晓凤,聂洋洋. 对重点科室护理骨干实施多途径造口培训的效果[J]. 护理学杂志,2010,25(12):54-56.
- [6] 韦瑞丽,李丽,左萍,等. 造口患者自我护理状况及健康需求研究进展[J]. 结直肠肛门外科,2010,16(4):254-256.
- [7] 程芳,许勤,戴晓冬. Miles 术后永久性结肠造口早期造口异常的观察与护理[J]. 护士进修杂志,2010,25(4):373-374.
- [8] 胡爱玲,张美芬,张俊娥,等. 结肠造口患者适应状况及相关因素的研究[J]. 中华护理杂志,2010,45(2):109-111.
- [9] 刘秋燕. 护理干预对直肠癌结肠造口术后患者生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2009,15(12):15-16.
- [10] Millan M, Tegido M, Biondo S, et al. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units [J]. Colorectal Dis,2010,12(7):e88-e92.
- [11] 胡锦秀. 直肠癌 Miles 手术后结肠造口的护理[J]. 安徽医学,2012,31(3):274-275.
- [12] American Society of Colon and Rectal Surgeons Committee Members, Wound Ostomy Continence Nurses Society Committee Members. ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery [J]. J Wound Ostomy Continence Nurs,2007,34(6):627-628.
- [13] 尹桂荣,刘焕巧,牛俊,等. 保定市医护人员对肠造口定位认知状况的调查[J]. 护理研究,2010,24(1C):205-206.

( 本文编辑 马启 )