

术前造口定位在直肠癌行 Miles 术病人中的应用

陈 敏, 霍 蕊, 蔡 艳

[摘要] **目的:**探讨低位直肠癌病人在行腹会阴联合直肠根治术(Miles 术)时进行术前造口定位的方法。**方法:**选取在胃肠外科行 Miles 术的 68 例病人,按照随机数字表法分为观察组和对照组,各 34 例。对照组病人术中由手术医生根据个人手术习惯及病人具体情况进行定位;观察组病人术前由造口治疗师、责任护士以及手术医生共同进行造口定位。对比 2 组病人造口术后并发症发生情况、自我护理造口能力以及每天造口护理时间等差异。**结果:**观察组病人造口并发症的发生率明显低于对照组($P < 0.01$),自我护理的能力明显高于对照组($P < 0.01$),而每天花费在造口护理的时间明显短于对照组($P < 0.01$)。**结论:**术前完成造口定位,术中定位更加准确,方便病人术后造口自我管理,同时可降低造口并发症的发生率,值得临床推广。

[关键词] 直肠肿瘤;Miles 术;造口定位;护理

[中图分类号] R 735.37 **[文献标志码]** A **DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.02.038

Miles 术一直是临床治疗低位直肠癌的首选术式^[1]。该手术切除范围广、功能损伤多,虽延续了病人的生命,却改变了病人排便习惯及排便方式,给病人日常生活带来极大不便,并对其身心健康造成较大影响^[2],康复较困难。肠造口的位置选择是否恰当,功能恢复是否良好以及能否得到规范的造口护理和指导均可对病人的生活质量造成影响^[3]。对造口进行规范化的术前定位,有利于术后造口自我管理,是预防造口相关并发症的重要环节^[4],可有效提高造口病人的生活质量。本研究选择行 Miles 手术病人 68 例,术前合理地选择造口位置,术后进行造口自我管理,与未定位的病人相比,造口并发症发生率明显降低,促进了病人早日恢复,临床效果确切。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月至 2015 年 11 月我科收治的 68 例低位直肠癌行择期 Miles 术病人作为研究对象(排除合并心、肺、脑、肾、肝等严重疾病者)。术前均经肠镜检查及病理确定为低位直肠癌。其中男 38 例,女 30 例,年龄 24~82 岁,按照随机数字表法分成观察组和对照组,各 34 例。2 组病人在性别、年龄、体质量、职业、文化程度等方面均具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 在术中由手术医生根据病人不同情况及个人手术习惯随机进行造口定位。

1.2.2 观察组 手术前一天下午,备皮洗澡后,由手术医师、造口治疗师、责任护士组成的术前造口定位团队共同对病人进行腹部造口定位。(1)病人的知情同意。与病人及家属沟通,全面评估病人文化程度、宗教信仰等基本情况,掌握其心理变化。本着知情同意的原则,对于了解自己病情的病人,告知其手术方式、术中及术后可能出现的并发症、手术风险等;对于不知晓自己病情或者心理承受能力差、家属反对病人术前知晓病情者,应对病人实施保护性医疗,向其说明本次目的只是做个手术标记以方便手术,具体情况与家属进行沟通。(2)选择合适的造口位置。Miles 术造口在乙状结肠,理想造口位置位于腹直肌内,肚脐与左侧髂前上棘连线的上 1/3 交界处^[5]。进行造口定位时嘱病人先平躺(冬季做好保暖工作),眼看脚尖,操作者一手托起病人的头部,另一手通过触诊,标记出预定造口位置,然后让病人坐起、站立、弯腰观察造口,确保不同体位都能够看清楚造口^[6]。造口开口处避开瘢痕、凹陷、腰围线、骨性突起、皮肤皱褶等部位^[7],局部皮肤有异常,可根据情况适当向上、下、左、右微调。(3)标记。采用防水、耐擦的油性笔在预定造口位置做直径与造口大小相当的圆圈标记,然后表面贴防水胶布,作为术中造口定位的依据,同时交代病人不要刻意拭去标记。(4)试戴造口袋。当肠造口位置选定后,根据病人具体情况进行试戴评估。知晓病情的病人,充分沟通后由责任护士将造口袋粘贴于所选定的造口位置,询问病人的感受,以评估造口位置是否恰当;对于不知情病人,可探试性告知这只是暂时性治疗疾病的一种手术方式,如果接受者可按照知情病人试戴方式进行;对于无法接受造口袋的病人,术中由手术医生完成定位、套袋,术后待病人情

绪稳定、病情平稳后逐渐告知,尽量避免对病人产生不良影响。

1.3 观察指标 对比2组病人造口术后常见并发症:造口周围皮炎、皮肤黏膜分离、造口出血、造口坏死、造口回缩、造口旁疝的发生率以及病人自我护理造口能力、每天花费在造口护理的时间。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验、秩和检验和 t 检验。

2 结果

2.1 2组病人造口并发症 2组病人共发生造口并发症19例,总发生率为27.94%,其中观察组3例,其发生率为8.82%,对照组16例,其发生率为47.06%,对照组明显高于观察组($P < 0.01$) (见表1)。

表1 2组病人造口并发症比较(n)

分组	n	造口周围皮炎	皮肤黏膜分离	造口出血	造口坏死	造口回缩	造口旁疝	合计	χ^2	P
观察组	34	1	1	0	1	0	0	3		
对照组	34	4	3	1	2	3	3	16	12.34	<0.01
合计	68	5	4	1	3	3	3	19		

2.2 2组病人自我护理能力及每日护理造口时间比较 观察组1例(2.94%)病人不能完成造口自我护理,而对照组14例(41.18%)病人不能完成。观察组病人造口自我护理能力明显优于对照组($P < 0.01$)。观察组30例病人每天护理时间在60 min以内,明显多于对照组的18例($P < 0.01$) (见表2)。

表2 2组病人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			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	34	28	5	1	10	20	4
对照组	34	8	12	14	4	14	16
u_c	—		7.98			3.13	
P	—		<0.01			<0.01	

3 讨论

Miles术后病人排便不自主,需要长期佩戴造口袋来收集粪便,这种非正常的排便方式,往往造成病人自我形象紊乱,有损其身心健康^[8]。医务工作者的任务不仅是挽救病人的生命而且还要帮助其恢复为一个正常人,使其有尊严、有价值地活着^[9]。不

合理的造口位置,会增加并发症发生的机会,当发生造口并发症时,病人不可避免的产生焦虑和担心,严重影响病人术后的恢复和日常生活^[10]。因此选择合适的造口位置,有效减少并发症,方便病人对造口进行自我护理,显得非常重要^[11]。观察组病人手术前医患共同参与的造口定位的方式,使病人了解和认同造口位置选择的的目的、意义,使其在卧、坐、站、蹲位时均能看清楚自己的造口^[12],方便病人术后自我护理,促进病人的自我护理能力的提高。同时,术前造口选择在皮肤平整、健康、无瘢痕,不影响病人穿戴衣服,不仅有效预防和减少了由于造口渗漏、衣服、腰带的摩擦而引起的造口出血、造口周围皮炎、切口感染等并发症发生,且造口袋粘贴稳固,不易脱落,延长了造口袋的使用寿命,减轻了病人因不必要换袋产生的费用,对病人的社交活动影响也不大。

由此可见,经过手术医生、造口治疗师、责任护士组成的专业造口团队对病人进行术前造口定位,可减少病人对造口的抵触情绪,主动地参与到造口日常护理当中,且方便造口术后护理,减少造口并发症的发生机会,是提高术前行造口定位病人生活质量的重要环节之一。

[参 考 文 献]

- [1] 纪建波,郑伟,彭美美,等. 98例腹腔镜直肠癌根治术病人Miles造口的护理体会[J]. 微创医学,2014,9(4):506.
- [2] 霍蕊,徐凌忠,张明洁,等. 术前造口定位用于低位直肠癌Miles手术的护理观察[J]. 蚌埠医学院学报,2015,40(10):1451.
- [3] 刘婷,杜月娥,徐为. 老年病人肠造口的术前定位与护理[J]. 护理实践与研究,2013,10(20):40.
- [4] 朱蓓,魏青,王永媛. 术前造口定位对肠造口病人造口适应性及生命质量的影响[J]. 护士进修杂志,2013,28(12):1094.
- [5] 蔡玉莲. 结肠造口术前定位护理新进展[J]. 吉林医学,2016,37(4):952.
- [6] 王庆喜,李云峰,孙晓敏. 造口治疗师连续护理干预在永久性肠造口病人中的应用[J/CD]. 中华结直肠疾病电子杂志,2016,5(2):188.
- [7] 彭森. 直肠癌腹部造口位置的个性化选择[J]. 泸州医学院学报,2015,38(6):611.
- [8] 龚雪,赵士琴,何世银. 品管圈在提高肠造口术前定位执行率中的应用[J]. 护理实践与研究,2016,13(12):66.
- [9] 唐佳玉,何玉霞,唐婕. 直肠癌Miles术的造口定位与护理[J]. 第三军医大学学报,2011,33(18):1993.
- [10] 吴艳,司小毛. 结肠造口常见并发症护理干预研究进展[J]. 齐鲁护理杂志,2014,20(6):53.
- [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.
- [12] 徐洪莲,喻德洪,卢梅芳. 肠造口术前定位的护理[J]. 中华护理杂志,2001,36(10):741.