

· 护 理 ·

综合护理在肿瘤引起的肠梗阻保守治疗中的效果分析

蒙春妮, 韩琳, 孙建飞, 孙媛

陕西中医药大学附属医院泌尿外科, 陕西 咸阳 712000

摘要: **目的** 探讨综合护理在肿瘤引起的肠梗阻保守治疗中的护理效果。**方法** 选取 2011 年 1 月至 2015 年 12 月于陕西中医药大学附属医院诊治的肿瘤引起的肠梗阻患者 90 例, 随机分为实验组和对照组, 每组各 45 例。对对照组给予常规护理干预, 实验组在对照组的基础上给予综合护理干预, 观察并记录两组患者在相应护理方法干预 2 周后的抑郁自评量表(SDS)评分和焦虑自评量表(SAS)评分, 患者对护理的依从性和满意度。**结果** 干预后实验组患者 SDS、SAS 评分均低于对照组(P 均 < 0.01); 干预后实验组在生活质量各项指标评分均明显高于对照组(P 均 < 0.05)。实验组依从率为 95.56%, 对照组为 77.78%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 实验组梗阻缓解率为 93.33%, 明显高于对照组的 75.56% ($P < 0.05$)。**结论** 对肿瘤引起的肠梗阻给予综合护理, 可以显著的改善患者的抑郁及焦虑情绪, 提高治疗依从性和生活质量。

关键词: 综合护理; 肿瘤; 肠梗阻; 生活质量; 护理效果; 抑郁; 焦虑

中图分类号: R 473.72 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)11-1573-03

随着工业化进程的迅速发展、生活方式的转变以及人口老龄化的加速, 我国恶性肿瘤的发病率逐渐上升, 治疗恶性肿瘤的方法也明显增加, 因此, 患者的生存期得以延长。但是消化道恶性肿瘤所导致的肠梗阻严重影响患者的生活质量, 同时还给患者带来极大的心理负担。肿瘤导致肠梗阻的原因主要有两方面: 一是肿瘤的种植或者播散导致的粘连性肠梗阻, 另一种是肿瘤在腔内向外生长, 肿瘤术后或肿瘤放疗也容易引起肠黏连、肠道狭窄以及腹内疝等引起肠梗阻^[1]。在对肠梗阻患者进行诊断时, 除了有腹痛、腹胀、呕吐等症状外, 影像学检查如 X 线、CT 在诊断肠梗阻中也发挥了重要作用^[2-3]。恶性肠梗阻的主要治疗方法为保守治疗, 缓解患者的临床症状。在对患者进行治疗时, 护理起到了非常重要的作用。本研究选取本院诊治的肿瘤引起的肠梗阻患者为研究对象, 分别给予两种不同的护理方法, 现将分析结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 1 月至 2015 年 12 月本院诊治的肿瘤引起的肠梗阻患者 90 例, 随机分为实验组和对照组, 每组各 45 例。纳入标准: (1) 病理确诊为消化道肿瘤; (2) 患者存在恶心呕吐、腹胀、腹痛等临床表现, 伴或不伴有肛门停止排气、排便; (3) 体格检查可出现腹部压痛、肠鸣音消失或者亢进; (4) 影像学 X 线检查可见液平面。排除标准: (1) 有精神疾病病史或家族史或严重心血管疾病者; (2) 临床资料不够完善的患者; (3) 患者预期生存期 < 3 个月。两组患者性别、年龄、肿瘤类型、肿瘤分期、梗阻部位、梗阻程度等方面比较, 差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。见表 1。

1.2 方法 对两组患者首先给予抗生素、保持水电解质平衡与酸碱平衡, 同时给予奥曲肽治疗, 叮嘱患者禁食禁饮, 必要时给予持续胃肠减压操作。(1) 对

表 1 两组患者一般资料比较 (例)

组别	例数	男/女	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	肿瘤类型						肿瘤分期			梗阻部位			梗阻程度	
				食管癌	胃癌	结肠癌	直肠癌	胰腺癌	膀胱癌	II	III	IV	低位梗阻	高位梗阻	多部位梗阻	完全性肠梗阻	不完全性肠梗阻
实验组	45	25/20	55.8 ± 7.6	10	8	7	7	6	7	13	15	17	18	20	7	12	33
对照组	45	24/21	56.2 ± 6.9	11	7	8	6	5	8	14	16	15	18	21	6	11	34
χ^2 值		0.045	0.267				0.076					0.049		0.362			0.058
P 值		0.832	0.794				0.783					0.526		0.425			0.809

照组患者在基础治疗中给予常规护理干预,具体为:保持病房安静,空气流通,温度适宜;密切监测患者的体温、脉搏、呼吸、血压等基本生命体征;对症支持治疗;患者出现体温升高、剧烈腹痛、血压降低等情况及时通知护士及主管医生。对晚期患者做好临终关怀,尽量满足一些生理生活上的需要,减轻痛苦,提高末期生存质量。(2)实验组患者在对照组的基礎上给予综合护理干预,具体为:①心理护理。肿瘤引起肠梗阻之后,患者会产生不同程度的抑郁、焦虑、恐惧的心理。此时护士应积极主动与患者进行交流,告知肠梗阻的治疗方法及注意事项,取得患者的配合,提高其治疗依从率。耐心回答患者提出的问题,消除患者的顾虑,增加其战胜疾病的信心。医护人员及家属应观察患者行为有无异常,积极采取各种措施帮助患者发泄心中的抑郁情绪。②胃肠减压护理。肿瘤导致肠梗阻的部分患者由于需要长期留置胃管,给生活带来极大不便,所以,应选择材质柔软的胃管,同时做好口咽部及鼻腔的护理。定时冲管以保持管道的通畅,记录胃管引流液的量和颜色,当引流液的性状及颜色发生变化时,及时通知主管医生。同时还应最大限度减少减压装置的应用,或在减压装置使用时,应加强注意对腹痛、呕吐、恶心等症状的控制。③完全胃肠外营养护理。给患者输注全营养混合液时应现配现用,由于胃肠外营养最常见的不良反应是感染及导管堵塞,所以在对患者进行护理时必须遵循无菌原则。同时对患者输注营养液后,对导管进行彻底的清洗并更换贴膜。记录患者液体的输入、输出量,监测体内电解质的变化情况,保证患者机体的水、电解质平衡。④保持呼吸道通畅。患者发生呕吐时,护理人员应及时将患者的头部偏向一侧或帮助坐起,避免误吸呕吐物,如果发生误吸及时处理。患者呕吐后应漱口,保证口腔的清洁。记录患者呕吐的量、次数及颜色,如果出现咖啡样呕吐物,提示患者很可能出现上消化道出血,应及时通知主管医生。⑤疼痛护理。大部分的患者会出现不同程度的腹痛,肠梗阻患者由于不能口服药物,可采用静脉注射、肌内注射及塞肛给药途径缓解疼痛。在疼痛护理中,应鼓励患者积极进行疼痛评分,询问疼痛缓解情况,以便根据疼痛情况及时调整镇痛方案。⑥肠梗阻缓解后的护理。患者肠梗阻缓解后会出现腹痛、腹胀消失,排出水样便,此时可以进食少量流质食物,多进食容易消化、富含维生素和热量的食物,忌食辛辣、刺激、生冷食物。告知患者多饮水,进食含有纤维素的食物,保证大便的通畅,习惯性便秘可遵医嘱每日给予润肠剂如石蜡油 10~30 ml 口服,必要时予灌肠处理。⑦完全性肠梗阻患者需禁

食。应向患者及家属宣教禁食的目的,以免加剧腹胀、腹痛呕吐等梗阻症状。对照组有 5 例晚期梗阻患者,因进食欲望强烈,家属不忍心而给予进食,护士劝阻无效导致患者梗阻症状加重,逐渐恶化。

1.3 观察指标 观察并记录干预 2 周后两组患者梗阻缓解情况、抑郁自评量表(SDS)评分和焦虑自评量表(SAS)评分^[4],治疗及护理依从性和生活质量改善情况。(1)SDS 包含 20 个项目,每个项目分为 4 个等级进行评分;分值越低表明患者的精神状态越好, ≥ 50 分为有抑郁症状。SAS 分 4 级评分,共 20 个条目。主要统计指标是总分,分界值是 50 分, ≥ 50 分为有焦虑症状。(2)依从性指标^[5],不依从:治疗过程不配合医生,不能坚持治疗;不完全依从:治疗过程大多数情况下会配合医生,偶尔出现不服从现象;完全依从:治疗过程严格遵守医嘱,治疗完全配合医生。(3)生活质量指标,采用权威的 GQOLI-74 调查问卷来判定^[6],主要包括 4 个单项,分别是社会功能、躯体功能、物质功能和心理功能,计算单项得分和生活质量总分。

1.4 疗效评定标准^[7] 显效:通过对本组患者护理及治疗后梗阻及临床症状完全消失;有效:治疗及护理后梗阻及临床症状明显减少;无效:治疗后临床症状及梗阻没有缓解。总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.5 统计学分析 采用 SPSS 17.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后两组患者的 SAS 评分和 SDS 评分情况比较 干预前,两组患者 SAS 评分和 SDS 评分比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05);干预后,两组患者 SAS 评分和 SDS 评分均有所下降,且实验组优于对照组,差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 2。

2.2 干预前后两组患者生活质量评分比较 干预前两组患者的物质功能、心理功能、躯体功能和社会功能等差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。护理后实验组在生活质量各项指标评分均明显高于对照组,差异有统计学意义(P 均 < 0.05)。见表 3。

2.3 两组患者治疗依从性及梗阻缓解情况 实验组

表 2 两组患者的抑郁评分、焦虑评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	抑郁评分		焦虑评分	
		入院时	护理后	入院时	护理后
实验组	45	52.82 \pm 7.34	38.12 \pm 5.58	55.89 \pm 6.14	40.72 \pm 5.13
对照组	45	51.80 \pm 7.63	43.45 \pm 4.97	55.53 \pm 6.43	47.61 \pm 5.34
t 值		0.646	4.785	0.272	6.242
P 值		0.518	0.000	0.786	0.000

表 3 两组患者护理前后生活质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

生活质量	对照组		实验组	
	护理前	护理后	护理前	护理后
躯体功能	61.53 ± 7.24	68.92 ± 8.03 *	60.73 ± 7.14	76.93 ± 8.92 **
心理功能	60.08 ± 6.73	68.82 ± 7.18 *	59.71 ± 7.61	76.54 ± 9.03 **
社会功能	59.62 ± 6.28	68.05 ± 7.53 *	58.95 ± 8.01	74.76 ± 8.13 **
物质功能	62.18 ± 7.14	69.84 ± 8.91 *	61.53 ± 7.02	76.93 ± 7.65 **
生活质量总分	59.84 ± 7.03	69.41 ± 7.92 *	60.02 ± 7.19	75.64 ± 8.11 **

注:与本组护理前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,** $P < 0.05$ 。

依从率为 95.56% (43/45), 对照组为 77.78% (35/45), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 实验组总有效率 [93.33% (42/45)] 高于对照组 [75.56% (34/45)], 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

3.1 肿瘤引起的肠梗阻概述 肿瘤引起的肠梗阻是消化道癌症患者一种常见的并发症, 流行病学调查显示: 原发性肿瘤或者继发性肿瘤导致的肠梗阻发生率为 8% ~ 40%, 其中常见的肿瘤原因为胃癌、结肠癌、直肠癌、膀胱癌等^[8]。肠梗阻患者由于肠腔内压力增高, 影响肠壁静脉的回流, 导致小静脉及毛细血管的淤血; 随着疾病的发展, 还会影响肠壁的动脉血运, 形成动脉血栓, 导致肠壁的坏死, 严重影响患者的生活质量^[9-11]。同时肠梗阻患者具有很大的心理负担, 易出现恐惧、焦虑等情绪, 所以, 对于肿瘤引起的肠梗阻患者必须给予及时的治疗和护理。

3.2 肿瘤引起的肠梗阻的综合护理 综合护理是一种更全面的护理方法, 以患者为中心, 除给予常规护理干预外, 还要根据患者的实际需求, 提供更加舒适的护理, 以提高整体护理水平^[12-13]。综合护理改善了以往常规护理方法的不足, 改善患者的症状, 减少医疗资源的浪费, 使患者得到最好的护理服务。综合护理具有科学、高效的特点, 能指导医护人员的护理工作及时、主动、有效的进行^[14-15]。本研究通过对肿瘤引起的肠梗阻患者给予两种不同的护理方法, 在综合护理模式中, 主要从以下几个方面进行: 心理护理、胃肠减压护理、完全胃肠外营养护理、保持呼吸道通畅、疼痛护理、肠梗阻缓解后的护理、禁饮食的宣教七个方面进行, 根据不同患者, 不同症状, 进行个性化护理, 从最大程度上减少患者的焦虑、抑郁等不良情绪, 使患者能更好的配合治疗, 减少不适症状, 增加患者的护理效果, 提高晚期肿瘤患者的生活质量, 延长终末生存时间。本研究结果显示, 实验组患者 SDS 评分和 SAS 评分均显著低于对照组; 实验组的依从率和梗阻缓解率明显高于对照组, 且在生活质量各项指标评分均明显高于对照组, 提示综合护理干预取得了

更好的护理效果。

3.3 不足及展望 纳入的病例数较少, 同时对患者出院后的情况缺乏随访资料, 不能判断患者的远期预后情况。同时病例仅为我院患者, 可能会对结果有一定影响。因此, 在以后的研究中应增加样本量, 对患者进行远期随访, 了解患者的复发情况; 增加医院之间的信息交流, 使研究结果更有说服力。

综上所述, 对肿瘤引起的肠梗阻给予综合护理, 可以显著改善患者梗阻状况及抑郁焦虑情绪, 提高治疗依从性和生活质量。

参考文献

- [1] 彭军华. 老年结直肠癌并发肠梗阻患者 42 例临床分析[J]. 河南外科学杂志, 2015, 21(2): 80.
- [2] 饶雪峰, 鲍坤旺, 邹霞. 双源 CT 在大肠癌并急性肠梗阻中的临床应用价值[J]. 江西医药, 2012, 47(7): 625 - 626.
- [3] 娄俊杰. 在肠梗阻病因中应用多层螺旋 CT 的临床诊断价值[J]. 中国实用医药, 2014, 9(25): 54 - 55.
- [4] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676 - 679.
- [5] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [6] 汪向东, 王希林, 马弘, 等. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999.
- [7] 山东省卫生厅. 实用中西医结合诊断治疗学[M]. 山东: 山东科学技术出版社, 2004: 25.
- [8] Kawamura Y, Ogasawara N, Yamamoto S, et al. Gossypiboma mimicking gastrointestinal stromal tumor causing intestinal obstruction: a case report[J]. Case Rep Gastroenterol, 2012, 6(2): 232 - 237.
- [9] Cennamo V, Luigiano C, Coccolini F, et al. Meta-analysis of randomized trials comparing endoscopic stenting and surgical decompression for colorectal cancer obstruction[J]. Int J Colorectal Dis, 2013, 28(6): 855 - 863.
- [10] 杨玉兵, 邢文英, 王耿泽. 结直肠癌根治术后发生肠梗阻的影响因素分析 1686 例[J]. 世界华人消化杂志, 2015, 23(10): 1664.
- [11] 汪红慧, 林燕萍, 孙静英. 小肠间质瘤伴肠梗阻围手术期护理与随访[J]. 浙江创伤外科, 2015, 20(1): 196 - 197.
- [13] 周吉雅, 董旭卉. 综合护理配合腹腔镜直肠外翻拖出式手术治疗直肠癌的临床效果[J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(28): 4368 - 4371.
- [13] Jeong WK, Lim SB, Choi HS, et al. Conservative management of adhesive small bowel obstructions in patients previously operated on for primary colorectal cancer [J]. J Gastrointest Surg, 2008, 12(5): 926.
- [14] 丁昌丽. 胃癌术后化疗间歇期并发肠梗阻的护理措施和效果[J]. 深圳中西医结合杂志, 2014, 24(8): 160 - 161.
- [15] 刘敏, 张海朝. 32 例粘连性肠梗阻患者中西医结合治疗及护理[J]. 中国现代医生, 2015, 53(8): 144 - 146.

收稿日期: 2016 - 06 - 01 修回日期: 2016 - 07 - 18 编辑: 王国品