

分析中医护理技术综合对胃癌切除术后促进肠功能恢复的应用效果

高燕 黄洁 王润

西南医科大学附属中医医院 四川泸州 646000

【摘要】目的：胃癌患者行胃癌切除术后实施中医护理技术综合方案的作用，及对肠功能恢复效果的影响探讨。方法：研究对象选自本院于2021年5月至2022年5月间收入的胃癌患者，共68例，均行胃癌切除术，以随机抽签法分组，对比组34例，行常规护理模式，研究组34例，行常规护理+中医护理技术综合模式，比较分析术后肠功能恢复效果、并发症情况、护理满意度及生存质量。结果：研究组正常饮食、肠鸣音、排便、排气等肠功能恢复时间较对比组用时少， $P < 0.05$ ；研究组肠梗阻、肠出血、腹胀等并发症总发生率较对比组发生率低， $P < 0.05$ ；研究组护理总满意度高于对比组， $P < 0.05$ ；研究组生存质量评分高于对比组， $P < 0.05$ 。结论：胃癌切除术可以延缓胃癌患者病情发展，术后采取中医护理技术综合方案，可以使患者的肠功能尽快恢复，减少术后并发症，这对于提高患者生存质量，建立和谐护患关系有重要意义。

【关键词】肠功能；胃癌切除术；生存质量；并发症；中医护理技术综合

分析流行病学数据发现，恶性肿瘤患者人数呈上升走向，其中，胃癌发生率在国际上排名第四，初期症状不明显，很难被患者察觉。临床以胃癌切除手术疗法缓解病情，控制效果良好，患者的生存时间延长，然而，患者很容易受到麻醉、机械等手术操作的刺激，致使其肠道功能受损，肠蠕动反应减小，肠麻痹、腹胀等并发症发生率随之提高，所以，需帮助患者尽快恢复肠功能，以改善预后，提高生存质量^[1-2]。常规护理多从西医角度出发，秉承以疾病为中心理念，用于胃癌切除患者时，可以取得一定护理效果，对患者身体康复有效性存在促进作用，但是，该护理的干预效果并不理想，这与其针对性、个性化不佳存在相关性。近几年来，我国中医在国际上受到的认可度不断提高，且不仅仅用于疾病的治疗与诊断，还以中医理论知识为基础发展出具有中医特色的护理方法，该护理措施具备全面性、针对性、规范性、高效性等优势，且对肠道功能方面的认知十分完善^[3]。因此，我院在2021年5月-2022年5月间抽选68例行胃癌切除术的患者进行讨论研究，分析评价中医护理技术综合模式的临床应用效果，及对促进胃癌患者术后肠功能尽快恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间：2021.5-2022.5；对象：在我院行胃癌切除术的患者68例；分组方法：随机抽签；各组患者数量：34例；组别：对比组、研究组。对比组：20例男，14例女；年龄范围：44岁至76岁，均值：59.63±2.45岁；病灶直径范围：0.6cm至5.9cm，均值：4.53±0.37cm；病程范围：6个月至15个月，均值：8.32±1.96个月；疾病分期：8例Ⅰ期、14例Ⅱ期、12例Ⅲ期。研究组：21例男，13例女；年龄范围：44岁至78岁，均值：59.81±2.63岁；病灶直径范围：0.6cm至5.9cm，均值：4.57±0.38cm；病程范围：6个月至15个月，均值：8.41±1.87个月；疾病分期：9例Ⅰ期、12例Ⅱ期、13例Ⅲ期。组间临床资料比较分析 $P > 0.05$ ，未见明显差异，有比较性。入选患者病情均符合《中华医学会胃癌临床诊疗指南（2021版）》^[4]要求，且同意在研究协议书上签字。

1.2 方法

对比组与研究组胃癌患者术后均实施血糖监测、超声雾化吸入、机械排痰、TDP照射切口、肠外营养干预等基础护理。与此同时，对比组

患者行常规护理，研究组患者行常规护理+中医护理技术综合方案。

常规护理：（1）患者神志恢复之后，指导患者开展屈伸双下肢锻炼，手术1d后，家属、护工、护理人员予以患者辅助，以使其坐起；手术2d后，辅助患者借助床椅进行移动或站立锻炼；手术3d后，将锻炼时长、锻炼量逐渐提升。（2）手术1d后按照医嘱对患者实施肠内营养，即取250ml葡萄糖氯化钠注射液以缓慢滴注方式经空肠营养管方式进行肠内营养干预；手术2d后，根据医嘱为患者准备250ml营养剂，而后根据患者身体状况逐渐提高剂量，直到剂量介于1500ml到2000ml范围；在此期间，需对患者进行观察，确认是否存在腹泻、腹胀、腹痛现象。（3）手术3d后，若患者未出现排气反应，取40ml开塞露注入肛门，保留药物10min后排除，每天早、晚各一次，直到排气恢复。

中医护理技术综合：（1）超声透皮技术：手术1d后取胃肠宁贴片于乙状结肠、降结肠体表处粘贴，以超声电导仪方式导入药物，30min/次，操作完成后，保留胃肠宁贴片60min后再去除，一天两次。（2）按摩足三里穴：手术6h后，指导患者屈膝卧卧，对两侧足三里穴位进行适当按压，以大拇指完成上述操作，交替实施，按压时最佳力度即有痛、胀、麻、酸感，10min-15min/次，一天三次；排气恢复时停止。（3）热敷护理：手术3d后，在药袋内装入250g小茴香，取适量清水加入，用微波炉中火对药物进行1min加热，温度自然降低到触碰未产生灼烧痛感，而后在腹部放置小茴香，在这些过程中，需规避手术切口，以顺时针方式对药袋进行移动，20min/次，一天两次至三次；排便恢复时停止。（4）足浴护理：手术1d后取3000ml温度介于38至42摄氏度温水，于专用足浴椅上放置，帮助患者于床沿处坐好，将双足在温水内浸泡，同时按摩患者的足部，一次30min，一天两次，在此期间，需持续加温水，以确保水温不变。

1.3 观察指标

（1）比较二组患者肠功能恢复效果：记录患者恢复正常饮食时间、恢复肠鸣音时间、恢复排便时间及恢复排气时间。

（2）比较二组患者并发症情况：包括肠梗阻、肠出血、腹胀，总发生率=（肠梗阻+肠出血+腹胀）例数/总病例数×100%。

（3）比较二组患者的护理满意度：针对护理效果、肠功能恢复效果展开满意度调查，总计100分，护理满意度有3个级别，即满意：90-100分、基本满意：60-89分、不满意：0-59分，总护理满意度即满意百分

比+基本满意百分比。

(4)比较二组患者的生存质量:以生活质量核心问卷量表(Quality of Life Questionnaire-Core, QLQ-C30)对患者手术前、手术3月、手术6月、手术12月后的生活质量进行评价,量表包括功能量表、症状量表,总分100分,分值与生活质量呈正比。

1.4 统计学分析

数据处理方法即SPSS21.0,计量资料与正态分布相符,由 $(\bar{x} \pm s)$ 详述,由t值验证;计数资料由(n%)详述,由 X^2 值验证; $P < 0.05$ 是差异有统计学意义的判断标准。

2 结果

2.1 术后肠功能恢复效果比较

对比组恢复正常进食时间、肠鸣音时间、排便时间、排气时间均多于研究组,差异明显, $P < 0.05$ 。可见下表1:

表1 术后肠功能恢复效果比较 $(\bar{x} \pm s, h)$

组别	例数	正常进食	肠鸣音	排便	排气
对比组	34	48.84 ± 9.76	30.24 ± 10.68	80.97 ± 8.53	30.85 ± 10.14
研究组	34	41.63 ± 7.62	21.39 ± 7.45	75.18 ± 8.46	23.54 ± 9.53
t	-	3.3952	3.9629	2.8101	3.0630
P	-	0.0012	0.0002	0.0065	0.0032

2.2 术后并发症发生率比较

对比组术后并发症总发生率为23.52%,高于研究组总发生率,差异明显, $P < 0.05$ 。可见下表2:

表2 术后并发症发生率比较(n%)

组别	例数	肠梗阻	肠出血	腹胀	总发生率
对比组	34	1 (2.94)	4 (11.76)	3 (8.82)	8 (23.52)
研究组	34	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.94)	1 (2.94)
X^2	-	-	-	-	6.2750
P	-	-	-	-	0.0122

2.3 患者护理满意度比较

对比组护理总满意度是79.41%,低于研究组护理总满意度,差异明显, $P < 0.05$ 。可见下表3:

表3 患者护理满意度比较(n%)

组别	例数	满意	基本满意	不满意	总满意度
对比组	34	14 (41.18)	13 (38.23)	7 (20.59)	27 (79.41)
研究组	34	20 (58.82)	14 (41.18)	0 (0.00)	34 (100.00)
X^2	-	-	-	-	7.8033
P	-	-	-	-	0.0052

2.4 术后生存质量比较

术前对比组生存质量评分接近研究组评分,差异不明显, $P > 0.05$;手术3月、6月、12月后,二组生存质量评分高于手术前,且对比组评分低于研究组,差异明显, $P < 0.05$ 。可见下表4:

表4 术后生存质量比较 $(\bar{x} \pm s, 分)$

组别	例数	术前	术后3月	术后6月	术后12月
对比组	34	52.26 ± 1.94	59.47 ± 3.66	66.54 ± 4.85	70.38 ± 2.65
研究组	34	52.31 ± 1.87	64.33 ± 6.82	70.19 ± 3.18	75.49 ± 5.88
t	-	0.1081	3.6612	3.6697	3.9746
P	-	0.9142	0.0005	0.0005	0.0002

3 讨论

胃癌切除术即通过切除病灶组织取得疗效的手段,但该术式能够对人体肠道功能形成创伤,导致患者术后肠功能恢复缓慢,继而提高了肠梗阻等并发症发生率^[5]。在我国传统医学中,胃肠功能紊乱属肠结、肠痹范围,即手术操作致使患者体内的正气受损,继而形成气血虚弱、不足、不畅等症状,此外,手术出血溢出经脉,可导致凝结瘀血、血不循经症状,继而引发疼痛^[6]。

中医护理技术综合模式即通过超声透皮技术、按摩技术、热敷技术、足浴等理疗方案为患者实施针对性护理的措施,可以发挥止痛行气、调理气血作用^[7]。足三里穴归于足阳明胃经,刺激该穴可以取得活络通经、化滞消积、调理气血、和胃健脾功效,此外,按摩该穴时可以双向作用于肠道功能,继而发挥调理气机效果,有促进肠道功能恢复作用。小茴香有理气和胃、止痛行气、暖肝温肾作用,经热敷将此药放置于腹部,使药效穿透皮肤产生作用,可以促进肠腔吸收药效反应,继而对肠道神经进行刺激,以使机体分泌消化液,诱发肠壁收缩反应,这对于促进肠蠕动有积极影响^[8]。胃肠宁贴片内含复方大承气汤方,有推进肠道平滑肌蠕动、缓解肠壁及腹腔内部血运作用,继而降低水肿发生率。足浴即通过温水对足部脏腑区域经络及穴位进行刺激,以扩张全身血管,提高反射区血流速度及血流量,利于提高肠功能恢复速度。研究显示,研究组肠功能恢复时间少于对比组,并发症总发生率低于对比组,护理总满意度及生存质量评分高于对比组,差异有统计学意义。说明中医护理技术综合模式在胃癌切除术患者护理中有可行性,对原因展开调查发现,该护理模式使用的干预措施均属中医医疗技术,通过按摩、热敷等理疗技术进行干预时,有关肠道功能的穴位得到有效刺激,这对于促进肠功能恢复有积极重要意义^[9-10]。

综上,胃癌患者采取切除手术疗法后,以中医护理技术综合模式进行配合,可以提高辅助作用,在肠功能恢复方面有重要作用,此外,还能够使患者的生存质量提升,预后效果良好。

参考文献:

- [1]戴非非.快速康复外科理念下的中医护理对胃癌术后胃肠功能与生存质量的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2020,26(4):735-739.
- [2]李学颖.中医护理技术综合对胃癌切除术后中的应用分析[J].中国城乡企业卫生,2019,34(9):137-138.
- [3]陈霞霞,樊勇,魏秋亚.快速康复护理联合中医护理技术在胃癌切除术后患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(18):33-35.
- [4]中华医学会肿瘤学分会,中华医学会杂志社.中华医学会胃癌临床诊疗指南(2021版)[J].中华医学杂志,2022,102(16):1169-1189.
- [5]王昕虹.中医护理干预对胃癌根治术后患者胃肠功能恢复的影响[J].当代护士(上旬刊),2022,29(10):57-59.
- [6]陈营.中医护理对胃癌切除术后炎症反应、胃肠功能及护理满意度的影响[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(13):132-135.
- [7]张慧.优质中医护理对胃癌手术患者的影响效果研究[J].中国医药指南,2019,17(9):5-6.
- [8]肖娟,吴燕.中医护理技术在胃癌手术患者肠功能恢复中的应用[J].护理实践与研究,2021,18(8):1233-1235.
- [9]曾军.中医护理对胃癌根治术后患者胃肠功能恢复的影响[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(1):109-110.
- [10]鄂婷婷.中医护理技术综合对胃癌切除术后促进肠功能恢复的应用效果研究[J].中国医药指南,2021,19(20):179-180.