

胸腹腔镜联合食管癌根治术的护理对策探讨

冉慈

(陆军特色医学中心 胸外科 重庆 400042)

摘要: 目的: 分析胸腹腔镜联合食管癌根治术的护理效果。方法: 选入 2021 年 5 月-2022 年 3 月间入院治疗的 20 例胸腹腔镜+食管癌根治术患者。随机法分组, A 组 10 例实行综合护理, B 组 10 例实行常规护理。对比护理作用。结果: A 组患者的围术期指标优于 B 组, A 组患者的护理满意度评分高于 B 组, 组间对比差异显著 ($P < 0.05$)。A 组患者的并发症率等于 B 组, 组间对比无显著差异 ($P > 0.05$)。结论: 为胸腹腔镜+食管癌根治术患者实行综合护理能够改善围术期指标, 不会增加手术并发症, 且能提高满意度, 具有较高的临床应用价值。

关键词: 胸腹腔镜; 食管癌根治术; 围术期指标; 并发症

Discussion on nursing countermeasures of thoracoscopy combined with radical resection of esophageal carcinoma

Ran Ci

Thoracic surgery, Army Specialty Medical Center, Chongqing, 400042

[Abstract] Objective: To analyze the nursing effect of laparoscopic thoracoscopy combined with radical resection of esophageal carcinoma. Methods: Twenty patients admitted to hospital from May 2021 to March 2022 with laparoscopic thoracoscopy plus radical resection of esophageal cancer were enrolled. Group A (10 cases) received comprehensive nursing and group B (10 cases) received routine nursing. Contrast nursing effect. Results: The perioperative index of patients in group A was better than that in group B, and the nursing satisfaction score of patients in group A was higher than that in group B, with significant difference between groups ($P < 0.05$). The complication rate of group A was equal to group B, and there was no significant difference between groups ($P > 0.05$). Conclusion: Comprehensive nursing for patients with thoracic laparoscopy + radical resection of esophageal cancer can improve perioperative indicators, do not increase surgical complications, and can improve satisfaction, has high clinical application value.

[Key words] thoracoscopy; Radical resection of esophageal cancer; Perioperative index; complications

食管癌是频发性消化道肿瘤, 疾病早期表现为食物吞咽障碍, 病情进展后可见唾液与饮水吞咽障碍。该病的致病因素为微量元素缺乏、真菌感染和不良生活习惯等, 需进行手术治疗^[1-3]。现阶段, 胸腹腔镜+食管癌根治术是该病的常用疗法, 可以彻底清除病灶, 改善治疗预后。但手术属于侵入性操作, 可能导致多种并发症^[4]。为此, 研究选入 20 例胸腹腔镜+食管癌根治术患者, 用于分析综合护理用于该术式的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选入 2021 年 5 月-2022 年 3 月间入院治疗的 20 例胸腹腔镜+食管癌根治术患者。随机法分组, A 组 10 例, 男患: 女患为 7:3; 年龄为 54 岁至 73 岁, 均值 (61.26 ± 1.48) 岁; 病变位置在: 食管上段例数 2, 食管中段例数 2, 食管中下段例数 1, 食管下段例数 5。B 组 10 例, 男患: 女患为 7:3; 年龄为 55 岁至 72 岁, 均值 (61.15 ± 1.47) 岁; 病变位置在: 食管上段例数 2, 食管中段例数 3, 食管下段例数 5。对组间性别、年龄等相关资料实施统计并利用 SPSS21.0 统计学软件进行对比处理后, 其结果显示组间对比无显著差异 ($P > 0.05$), 后文数据对比具有较高的可信度。

1.2 方法

B 组采取常规护理, 术前为患者做好准备工作, 给予心理疏导和知识宣教、术后监测体征等^[4]。A 组采取综合护理: 术前评价患者的心理状态, 评估其对于手术知识的了解度, 结合其文化程度与心理特点予以心理支持^[5]。同时讲解微创手术的优势, 讲明手术流程、围术期配合要点与自我注意事项等, 使患者能够主动调节情绪^[6]。此外, 术前 1 晚进行备皮操作, 清洁脐部卫生, 以防感染。术中由巡回护士为患者合理摆放体位, 在便于手术操作的基础上, 尽量保持体位舒适, 防止体位因素干扰循环与呼吸功能。使肢体处在功能位, 于关节和头部以下垫一软枕。术中严格监测患者体征, 观察引流液通畅度。在变换体位时应确保管道通畅, 防止滑脱^[7]。术后继续监测患者体征, 动态记录体征变化, 若有异常上报医生。检查引流管状态, 记录切口有无红肿或是渗血等表现^[8]。术后评估患

者疼痛度, 利用注意力转移和药物镇痛法缓解痛感。根据患者术后情况持续吸氧护理, 纠正患者因缺氧不足而导致的气体交换受损, 以防呼吸衰竭。术后为患者进行营养支持, 定时更换药物, 同时强化口腔护理^[9]。若出现皮下气肿, 立即报告医生配合医生处理病情, 以防病情加剧。

1.3 观察指标

观察围术期指标, 包括手术时间、术中失血量、胃管拔除时间 (胃管从置入至拔除的间隔时间)、术后第一天引流量 (术后第一天胸腔引流管的引流量)、胃肠功能恢复时间 (术后正常排气排便时间) 与住院时间等指标。观察肺部感染、消瘦、吻合口狭窄、吻合口出血、吻合口瘘、皮下气肿、反流性食管炎、胃肠功能紊乱等并发症。利用自制调查问卷测评护理满意度, 含术前指导、术中配合、术后康复指导、护理操作与服务态度, 每项 100 分, 护理满意度与分数正相关^[10]。

1.4 统计学分析

数据处理经由 SPSS21.0 软件完成, 计量数据经 t 值对比与检验, 计数数据经 χ^2 值对比与检验, 假设校验有意义的标准为 P 值不足 0.05。

2 结果

2.1 两组患者的围术期指标比较

A 组患者的围术期指标优于 B 组, 组间对比差异显著 ($P < 0.05$), 具体数据见表 1 所示。

表 1 两组患者的围术期指标比较 [$\bar{X} \pm s$]

| 分例组 | 手术时间 (min) | 术中失血量 (ml) | 胃管拔除时间 (h) | 术后第一天引流量 (ml) | 胃肠功能恢复时间 (d) | 住院时间 (d) |
|-----|----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| A 组 | 219.02 ± 11.65 | 140.15 ± 7.88 | 21.90 ± 4.24 | 283.45 ± 8.48 | 2.61 ± 0.11 | 28.70 ± 4.47 |
| B 组 | 284.50 ± 11.74 | 150.15 ± 8.94 | 26.45 ± 4.89 | 105.26 ± 8.84 | 2.50 ± 0.10 | 34.30 ± 4.57 |
| t | 12.520 | 2.654 | 2.223 | 46.000 | 2.340 | 2.770 |

| | | | | | | | |
|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| P | - | 0.000 | 0.016 | 0.039 | 0.000 | 0.031 | 0.013 |
|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

2.2 两组患者的并发症率比较

A 组患者的并发症率等于 B 组，组间对比无显著差异 (P > 0.05)，具体数据见表 2 所示。

表 2 两组患者的并发症率比较[n/%]

| 分 组 | 例 数 | 肺部感 染 | 消瘦 | 吻 合 口 狭 窄 | 吻 合 口 出 血 | 吻 合 口 瘘 | 皮 下 气 肿 | 反 流 性 食 管 炎 | 胃 肠 功 能 紊 乱 | 发 生 率 |
|----------|-----|----------|----------|-----------|-----------|---------|---------|-------------|-------------|-------------|
| A 组 | 10 | 1 (10.0) | 2 (20.0) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30.0 (3/10) |
| B 组 | 10 | 0 | 3 (30.0) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30.0 (3/10) |
| χ^2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0.000 |
| P | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1.000 |

2.3 两组患者的护理满意度评分比较

A 组患者的护理满意度评分高于 B 组，组间对比差异显著 (P < 0.05)，具体数据见表 3 所示。

表 3 两组患者的护理满意度评分比较[$\bar{X} \pm s$ /分]

| 分 组 | 例 数 | 术 前 指 导 | 术 中 配 合 | 术 后 康 复 指 导 | 护 理 操 作 | 服 务 态 度 |
|-----|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| A 组 | 10 | 92.15 ± 2.45 | 93.75 ± 2.88 | 93.02 ± 2.76 | 94.25 ± 1.57 | 92.48 ± 1.60 |
| B 组 | 10 | 86.15 ± 2.41 | 88.15 ± 2.72 | 86.18 ± 2.80 | 90.02 ± 1.45 | 87.19 ± 1.52 |
| t | - | 5.521 | 4.470 | 5.502 | 6.259 | 7.580 |
| P | - | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

3 讨论

食管癌的典型症状是进行性吞咽功能，会严重影响患者的日常饮食，使其身体出现营养不良表现，进而加重病情，威胁患者的生命安全^[1]。现阶段，手术是食管癌患者的首选术式，术后辅以化疗或是放疗可以提高患者生存率。胸腹腔镜+食管癌根治术是备受青睐的术式之一，可确定病灶位置并进行精准化切除，阻断肿瘤的进展过程^[2]。但患者在术前，可能因为对手术知识的认知度有限出现焦虑或恐惧心理，这会影响到手术依从性，使患者因为心理应激导致术中应激反应，进而影响手术效率。常规护理强调为患者进行生理护理，目的是提高患者的手术耐受度，强化术后监测工作，减少术后不良事件^[3]。但该项护理对于患者心理状态的关注度不高，仍存在护理片面性与单一性，需要采取综合护理。为该术式患者采取综合护理能够保证围术期的安全性和护理操作规范性，综合护理是对常规护理的更新与优化，能够全方位改善护理措施，结合患者的个人需求和护理现状拟定护理措施，全面分析手术特点和风险因素，进而实施预见性服务。同时需注意的是：综合护理具有连续性与动态化特点，需要护理人员不定期记录患者的生命体征与心理状态，而后调整方案，保证护理服务的时效性^[4]。

结果显示，A 组患者的围术期指标优于 B 组，A 组患者的护理

满意度评分高于 B 组 (P < 0.05)。A 组患者的并发症率等于 B 组 (P > 0.05)。说明综合护理可以确保胸腹腔镜+食管癌根治术的治疗效果，减少相关并发症，且能尽量提升患者的护理满意度。原因是综合护理可在术前进行心理评估、手术知识宣教、备皮准备等操作，能够消除患者对于手术的过度担忧心理，提高其手术知识认知度，进而积极配合术前准备工作。术中监测体征，进行体位管理，并检查引流液情况可以规避并发症风险性因素，最大化保证手术安全效益。术后护理包括疼痛管理、吸氧护理、营养支持、并发症处理等，可以结合患者的个人情况灵活调节护理方案，具有更强的人性化与个性化特点^[5]。

综上，综合护理可以保证胸腹腔镜+食管癌根治术患者的护理效果，可以优化围术期相关指标，降低手术并发症风险，且能获得患者高度满意。

参考文献

[1]胡莎莎,李静.胸腹腔镜联合食管癌根治术患者中应用快速康复外科的围手术期护理效果观察[J].贵州医药,2020,44(9):1468-1469.

[2]徐茂霞.前瞻性护理干预在胸腹腔镜联合食管癌根治术围手术期中的应用[J].科学咨询(科技·管理),2021(05):85-86.

[3]郑春风.手术专科护理小组在胸腹腔镜联合食管癌根治术中的应用效果[J].慢性病学杂志,2021,22(01):86-89.

[4]韩坤秀.加速康复外科护理对胸腹腔镜联合食管癌根治术患者围手术期心理状况的影响[J].心理月刊,2020,15(23):140-141.

[5]王二娟.预见性护理配合在胸腹腔镜联合食管癌根治术中的效果观察及并发症发生率影响评价[J].黑龙江中医药,2020,49(06):318.

[6]洪亚显.围手术期综合护理在胸腹腔镜联合食管癌根治术患者中的应用效果[J].医疗装备,2019,32(08):151-152.

[7]潘霞.预见性护理配合在胸腹腔镜联合食管癌根治术中的效果观察及并发症发生率影响评价[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(80):98-99.

[8]邢明媚.食管癌患者行胸腹腔镜联合食管癌根治术的围手术期护理[J].心理月刊,2020,15(08):153.

[9]王晓冰.前瞻性护理在胸腹腔镜联合食管癌根治术患者围手术期中的应用[J].中国民康医学,2020,32(04):159-161.

[10]赵冬梅.对接受胸腹腔镜联合食管癌根治术的患者进行前瞻性护理的效果分析[J].当代医药论丛,2019,17(23):224-225.

[11]安帅,孙文莉,程丽莉.前瞻性护理干预在胸腹腔镜联合食管癌根治术患者中的应用效果观察[J].齐鲁护理杂志,2020,26(18):108-110.

[12]徐瑞华.围术期预见性护理在胸腹腔镜联合食管癌根治术中的应用[J].河南外科学杂志,2021,27(05):189-191.

[13]吴恩静.优质护理配合在胸腹腔镜联合食管癌根治术围手术期的应用效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(47):111-113.

[14]汪滢,许友,陈慧敏,张燕.探讨规范化流程护理对胸腹腔镜联合食管癌根治术患者应激指标及并发症的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40(19):2502-2504.

[15]叶新敏,韩杰杰.胸腹腔镜联合食管癌根治术护理配合分析[J].当代临床医刊,2020,33(6):524-525.