

整体护理干预对直肠癌根治术患者心理状态及康复效果影响分析

李雪琴

(四川华西甘孜医院(原:四川省甘孜藏族自治州人民医院) 四川甘孜 626000)

摘要: 目的: 观察直肠癌根治术患者实施整体护理干预后对心理状态以及康复效果的影响。方法: 于2021年5月至2023年5月开展此次研究, 将四川华西甘孜医院就诊的82例直肠癌根治术患者纳入此次研究中。随机将其分为两组, 即对照组(行常规护理干预)和观察组(行整体护理干预), 对比心理状态、恢复情况、并发症发生率、生活质量。结果: 护理后, 观察组焦虑、抑郁评分低于对照组($P < 0.05$); 观察组各康复指标时间优于对照组($P < 0.05$); 观察组并发症发生率低于对照组(4.88% VS 24.39%) ($P < 0.05$); 护理后, 观察组生活质量评分高于对照组($P < 0.05$)。结论: 整体护理干预应用于直肠癌根治术患者, 护理效果较好, 在改善心理状态、加快术后恢复速度、降低并发症发生率以及提高生活质量方面均有优势, 在临床上有很好的发展前景。

关键词: 直肠癌根治术; 整体护理; 心理状态; 康复效果

直肠癌是发病率、死亡率极高的一种消化道恶性肿瘤, 发病年龄逐渐年轻化^①。随着治疗手段和技术的进步, 手术、化疗、放疗、免疫治疗等综合治疗模式的不断完善, 直肠癌的治疗效果得到了极大的提高。其中直肠癌根治术是主要治疗手段, 即使能够有效清除病灶, 提升患者生存率, 但是依然面临着手术创伤大、患者易出现消极情绪、术后并发症发生率高以及恢复时间长等难题^②。临床上对直肠癌根治术后患者主要以常规护理为主, 但是在调整患者心理状态、促进康复方面存在明显的不足。对此, 临床上一直积极探索对此类患者更有效的护理干预, 随着医学模式的改变, 护理人员重视各环节的护理, 生物-心理-社会模式逐渐应用于临床。有研究发现, 对直肠癌根治术患者实施整体护理干预, 从各环节完善护理措施, 不仅有利于增强护理效果, 还能提高护理质量^③。因此, 本研究通过对患者术后恢复情况的观察, 探讨整体护理干预对直肠癌根治术患者护理效果的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间: 2021年2月-2023年5月, 研究对象: 82例直肠癌根治术患者, 按照随机抽样法设置例数相同、护理措施不同的两组。观察组: 共41例, 男女人数分别为21、20人, 年龄范围45至75岁, 年龄均值为(60.26 ± 2.13)岁; 对照组: 共41例, 男女人数分别为22、19人, 年龄范围45至76岁, 年龄均值为(60.29 ± 2.14)岁。上述研究对象均在我院行直肠癌根治术, 均对此次研究表示知情, 并签署知情同意书; 排除患有严重心肝肾等重要器官疾病、病情危重、精神障碍患者。综上, 研究对象基本资料对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施常规护理干预, 主要涵盖术前完善各种检查项目、做好术前准备、术中配合医生完成手术、术后给予患者饮食、口腔、伤口换药、引流管、尿管以及胃管等护理。

1.2.2 观察组

在常规护理的基础上实施整体护理干预, 主要包括以下内容:

(1) 心理护理, 针对患者术前术后出现的焦虑、紧张、害怕等消极情绪, 护理人员加强与患者的交流与沟通, 倾听其内心的真实想法, 给予安慰和指导; 面对存在极端消极情绪的患者给予重点管控, 指导患者通过听音乐、与朋友沟通、看视频等方法转移注意力; 向患者讲述手术治疗成功的案例。(2) 健康宣教护理, 根据患者的文化程度以及对疾病治疗、护理的了解程度为其提供有针对性的健康教育, 通俗易懂地向患者讲述有关疾病治疗的相关知识; 为了提升患者的兴趣性, 结合PPT、发放健康宣传手册、情景模拟演示等方法, 让患者了解到更多有关疾病治疗的知识; 及时解答患者及家属

对治疗和护理的困惑; 同时告知其如何做好术前准备以及术后易发生的并发症等, 让患者提前做好心理准备。(3) 疼痛护理干预, 为防止因术后疼痛诱发各种并发症, 或者影响术后镇痛满意度, 从多方面加强疼痛管理。如为患者营造舒适、安静、温馨的病房环境, 根据患者喜好在房间播放舒缓的音乐; 指导患者利于深呼吸的方法进行放松、缓解疼痛、根据医嘱为患者提供联合镇痛模式, 如肌肉注射镇痛剂、镇痛泵止痛、椎管内镇痛以及口服止痛药物等。(4) 并发症护理干预, 术后密切观察患者生命体征以及有无并发症出现。同时协助患者活动四肢翻身等, 于术后12h指导患者坐起, 48h开始下床活动, 为了促进循环给予患者双下肢气压治疗; 每日换药过程中观察伤口恢复情况, 有无红肿、感染等; 妥善固定引流管, 观察引流液及其周围皮肤情况, 对于有潜在感染风险或者引流管周围明显红肿患者给予抗生素软膏涂抹, 若观察到引流液颜色为鲜红色, 及时报告给医生; 对于有造口的患者观察局部血运和水肿情况, 向患者及家属讲述并发症处理方法。(5) 饮食干预, 肛门排气前以静脉营养支持为主, 排气后以清淡、易消化富有营养的流质食物为主, 遵循少食多餐原则, 根据胃肠道恢复情况逐渐向半流质饮食及普通饮食过渡。(7) 出院健康教育, 告知患者饮食上以低脂肪低蛋白饮食为主, 避免进食高脂肪、高蛋白饮食; 对于存在造口的病人, 不仅讲述造口相关的维护要点, 为患者提供延续性护理干预, 即利用微信等通讯平台一直为患者提供有关造口护理方面的知识; 告知患者下次复查时间, 并于复查前几日再次通知和提醒患者; 鼓励患者参加体育运动, 如慢跑、打太极拳等, 避免剧烈运动; 最后鼓励患者坚持治疗, 重拾战胜疾病的信心, 保持心情舒畅、调整情绪状态, 积极回归社会。

1.3 观察指标

(1) 患者焦虑、抑郁状态的评定分别以Zung设计的SAS、SDS量表为依据, 焦虑与抑郁状态的严重程度与分数呈反比^④。(2) 术后康复情况的评定以术后进食时间、肛门排气时间等5项指标为标准, 时间越短说明患者恢复越快。(3) 术后并发症发生率的评估以出现恶心呕吐、黏连性肠梗阻、切口感染、吻合口瘘情况为标准, 最后计算出总并发症发生率。(4) 生活质量以生活质量核心问卷(QLQ-C30)作为评定指标, 共包括躯体功能等4项评估指标, 单项满分为100分, 分数与患者生活质量情况呈正比。

1.4 统计学方法

本次实验数据应用SPSS 24.0软件进行统计学数据的分析, 比较采用t检验和卡方检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 组间心理状态的比较

护理前, 两组患者SAS评分、SDS评分不具有统计学意义($P > 0.05$); 护理后, 观察组与对照组患者SAS评分、SDS评分均降

低,但是观察组降低更明显 ($P < 0.05$),数据详见表1。

表1 SAS、SDS 评分改善情况对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	n	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	41	40.45 ± 2.12	25.27 ± 1.74	42.27 ± 1.42	32.24 ± 1.34
对照组	41	40.48 ± 2.21	36.35 ± 2.27	41.98 ± 1.30	39.76 ± 2.89
t	-	0.063	24.805	0.965	15.116
P	-	0.950	0.000	0.338	0.000

2.2组间术后康复指标的比较

观察组与对照组各康复指标时间对比,前者明显低于后者 ($P < 0.05$),数据详见表2。

表2 术后各康复指标对比 ($\bar{x} \pm s$, n=41)

分组	术后进食时肛门排气时	尿管留置	尿管引流	尿管时间(d)	尿管时间(d)
观察组	28.46 ± 2.48	26.28 ± 1.08	40.76 ± 2.48	1.24 ± 0.64	1.58 ± 0.15
对照组	55.79 ± 5.26	50.78 ± 2.79	72.92 ± 3.61	1.86 ± 1.02	1.91 ± 0.49
t	30.092	52.437	47.017	3.297	4.123
P	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000

2.3组间术后并发症发生情况的比较

观察组并发症发生率为4.88%,明显低于对照组24.39% ($P < 0.05$),数据详见表3。

表3 不良反应发生率对比 [n (%)]

分组	n	恶心呕吐	黏连性肠梗阻	切口感染	吻合口瘘	不良反应发生率
观察组	41	1 (2.44)	1 (2.44)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.88)
对照组	41	4 (9.76)	3 (7.32)	1 (2.44)	2 (4.88)	10 (24.39)
χ^2	-	-	-	-	-	6.248
P	-	-	-	-	-	0.029

2.4 组间生活质量情况的比较

护理前,观察组和对照组各 QLQ-C30 评分指标无显著差异,不具有统计学意义 ($P > 0.05$);护理后,两组患者各指标评分均升高,但是观察组升高更明显 ($P < 0.05$),数据详见表4。

表4 QLQ-C30 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, n=41)

组别	躯体功能		角色功能		社会功能		认知功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50.41 ± 1.23	71.81 ± 2.96	58.45 ± 1.46	70.15 ± 1.75	70.45 ± 1.44	82.45 ± 5.78	59.75 ± 1.16	70.15 ± 3.73
对照组	50.43 ± 1.45	65.45 ± 1.24	58.54 ± 1.67	66.15 ± 1.08	70.47 ± 1.48	76.72 ± 3.69	59.73 ± 1.08	62.72 ± 2.36
t	0.067	12.690	0.260	12.455	0.062	5.350	0.081	10.779
P	0.946	0.000	0.796	0.000	0.951	0.000	0.936	0.000

对照	50.43 ± 1.45	65.45 ± 1.24	58.54 ± 1.67	66.15 ± 1.08	70.47 ± 1.48	76.72 ± 3.69	59.73 ± 1.08	62.72 ± 2.36
t	0.067	12.690	0.260	12.455	0.062	5.350	0.081	10.779
P	0.946	0.000	0.796	0.000	0.951	0.000	0.936	0.000

3 讨论

直肠癌根治术是指在保留或者重建器官功能的同时将肿瘤彻底切除,成为直肠癌患者首选的治疗方案^①。因直肠癌解剖部位的特殊性,导致手术的难度增加,对术后护理干预也提出了更高的要求。本次研究发现,观察组 SAS 评分、SDS 评分明显低于对照组患者 ($P < 0.05$),由此说明整体护理干预对于改善患者消极情绪更有效,分析其原因,整体护理干预重视患者的情绪变化,通过加强沟通交流、转移注意力等方法让患者对治疗充满信息,进而抑郁、焦虑等情绪能够得到缓解。经护理后,两组患者康复指标有明显差异,观察组恢复速度快于对照组 ($P < 0.05$),说明整体护理干预有利于患者康复,分析其原因,观察组护理从活动、饮食、健康教育等方面加强干预,增加患者及家属对术后护理知识和操作技能的掌握程度,进而帮助患者更快活动、进食以及拔掉引流管等。在本次研究中,观察组在降低并发症发生率方面更具优势 ($P < 0.05$),进一步说明了整体护理干预的有效性。最后,经不同方法治疗后,观察组生活质量各指标评分明显高于对照组 ($P < 0.05$),说明整体护理干预有利于患者躯体功能、角色功能、社会功能以及认知功能的提高,分析其原因,与整体护理干预的多元化、整体化以及个性化有关。

综上所述,直肠癌根治术患者实施整体护理干预不仅能够调整患者的心理状态,还能够促进康复,在临床护理中可以广泛推广应用。

参考文献:

[1]张婷,刘冰冰.延续护理干预对直肠癌根治术并行结肠造口术患者的影响[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(01):236.
 [2]李思明.综合护理干预对结直肠癌根治术患者术后焦虑和疼痛的影响[J].医疗装备,2019,32(24):183-184.
 [3]黎东红,黄燕平,梁姍,等.精细化护理干预对腹腔镜结直肠癌根治术患者术后恢复与生存质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(23):87-89.
 [4]于彬,薛晶.护理干预对结直肠癌根治术患者术后生活质量及睡眠的影响研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(22):249+252.
 [5]卢溪.整体护理干预对结直肠癌根治术患者术后的影响[J].中国冶金工业医学杂志,2021,38(05):621.