

康复护理对结直肠癌手术患者生活质量和心理情绪的改善观察

桂娟

(池州市第二人民医院 安徽池州 247000)

摘要:目的:探究康复护理对结直肠癌手术患者生活质量与心理情绪改善影响。方法:2020年5月-2022年3月本院收治20例结直肠癌患者为样本,随机分组,研究组康复护理,对照组常规护理,对比两组胃肠功能恢复情况、生活质量评分、心理情绪评分与并发症风险差异。结果:研究组肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、排便时间与胃肠蠕动时间等胃肠功能指标均优于对照组, $P < 0.05$;研究组生活质量量表(SF-36)评分高于对照组, $P < 0.05$;研究组焦虑量表(SAS)、抑郁量表(SDS)评分低于对照组, $P < 0.05$;研究组术后并发症风险10.00%低于对照组50.00%, $P < 0.05$ 。结论:结直肠癌手术患者开展康复护理,可促进胃肠功能恢复、舒缓负性情绪,还可降低术后感染、肠梗阻等并发症风险,有利于提升患者生活质量,高效可行。

关键词:结直肠癌;康复护理;生活质量;心理情绪

结直肠癌高发于中老年人群,在恶性肿瘤类疾病中病死率较高。近年来,结直肠癌发病率逐年升高,且呈年轻化进展,大部分患者发病初期无明显症状,随着疾病进展,可出现贫血、体重减轻、食欲不振、频繁排便等症状。目前临床多以手术方案治疗结直肠癌,但受患者自身负性情绪、术后并发症等多种不良因素影响,可降低手术疗效,因此科学护理结直肠癌患者极为重要。康复护理模式基于循证医学,整合了心理、疼痛、饮食、生活等多层次、多方面护理手段,属于综合护理方案,已广泛用于结直肠癌患者手术护理中^[1]。本文以20例结直肠癌手术患者为样本探究康复护理应用价值,整理如下。

1 资料和方法

1.1 资料

20例结直肠癌患者就诊于2020年5月-2022年3月,随机分组。研究组,5例男、5例女,年龄33-88岁,均值(58.41 ± 3.65)岁;对照组,5例男、5例女,年龄34-88岁,均值(58.39 ± 3.66)岁。入选标准:(1)符合2017版《中国结直肠癌诊疗规范》^[2]关于结直肠癌诊断标准;(2)知情同意;(3)接受手术治疗。排除标准:(1)泌尿系统病变者;(2)肝肾功能障碍者;(3)心脏病或高血压病变者;(4)结直肠癌发展至晚期者。对比两组结直肠癌样本资料, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

入选结直肠癌样本均采取外科手术方式治疗,结合患者病变位置确定术式。

对照组常规护理:待患者麻醉清醒后,检测患者生命体征变化,并做好围术期保暖工作,同时给予纠正电解质紊乱、抗感染药物。

研究组康复护理:(1)术前干预:①心理干预:术前为患者及家属普及早期康复护理理念,针对性疏导患者负性情绪,同时辅助患者开展放松锻炼,以减轻患者负性情绪。②饮食干预:叮嘱患者术前1d食用半流质食物,并于术前2-3h给予400ml葡萄糖溶液^[3]。(2)术中干预:做好术中保温工作,重点监测患者体温变化,尽量使患者维持正常体温;辅助医师调控输液量及输液速度;密切监测患者生命体征变化。(3)术后干预:①术后活动干预:结合患者病情变化给予预防性镇痛药物,遵医嘱微量泵注给药;术日当晚护理人员可辅助患者在床旁走动。②术后保温干预:完成手术后需做

表1 结直肠癌患者胃肠功能恢复情况分析表($\bar{x} \pm s$)

组别	肛门排气时间	肠鸣音恢复时间	排便时间	排便时间
研究组(n=10)	19.85 ± 1.82	7.87 ± 2.36	45.41 ± 2.48	45.92 ± 2.18
对照组(n=10)	26.28 ± 1.96	12.94 ± 3.55	58.76 ± 3.39	60.48 ± 3.96
t	7.6022	3.7610	10.0508	10.1856
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 结直肠癌患者生活质量评分对比

好保温护理,若患者体温降低1-3℃,发生切口感染风险可提升2-3倍,因此护理人员需密切关注患者生命体征变化、体温变化,同时调节病室温度至25℃,规避患者出现低体温应激反应^[4]。③术后饮食干预:术后1-2d需结合静脉补液方式补充营养,以缩短胃肠功能恢复时间,待患者生命体征平稳后,鼓励患者多运动,并采取少食多餐方式进食,降低肠道并发症风险;术后1d给予流食,术后5d结合患者胃肠功能恢复情况停止静脉输液,同时过渡为普食,但要注意以软食为主。④术后导管干预:留置胃管者,需在术后1d拔除;留置引流管者,需在术后1d拔除;留置尿管者,需在术后1-3d拔除。⑤术后疼痛干预:术后麻醉失效后,患者可能出现疼痛感,此时需给予患者心理暗示,转移患者注意力,并遵医嘱给予物理镇痛或药物镇痛。⑥早期康复干预:康复干预共分3阶段,超早期干预为术后6-24h期间康复锻炼,在此期间辅助患者完成扩胸、翻身等锻炼,以规避压疮;次早期干预为术后25-28h,在此期间辅助患者完成简单运动,并结合患者耐受情况制定锻炼方案;早期干预为术后49-72h,在此期间辅助患者完成自主翻身、自主坐起等活动,同时鼓励患者自主穿衣,以提升患者生活自理能力。⑦出院干预:护理人员需结合患者身体状态开展健康指导,同时与患者一同完成“康复计划”、“居家自我护理计划”,同时提供延续性院外支持服务,以降低结直肠癌患者再次入院率。

1.3 观察指标

对比结直肠癌患者胃肠道功能恢复情况,包括肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、排便时间与胃肠蠕动时间等;对比结直肠癌患者SF-36量表评分、SAS量表评分、SDS量表评分差异;对比结直肠癌患者术后并发症差异。

1.4 统计学研究

结直肠癌患者各资料处理由SPSS 21.0处理,结直肠癌患者计数、计量指标记录由 $\bar{x} \pm s$ 完成,检验方案为 χ^2 、t。具备对比差异,则 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 结直肠癌患者胃肠功能恢复情况对比

研究组术后肛门排气时间、肠鸣音恢复时间、排便时间、胃肠蠕动时间等胃肠功能指标均优于对照组, $P < 0.05$ 。如表1。

研究组经康复护理后, SF-36 量表各项评分均高于对照组, $P < 0.05$; 干预前两组 SF-36 量表各项评分对比, $P > 0.05$ 。如表 2。

表 2 结直肠癌患者 SF-36 评分分析表 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	生理功能		躯体疼痛		身体活力		精神健康	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组 (n=10)	68.71 $\pm$ 2.84	84.94 $\pm$ 3.41	69.42 $\pm$ 2.92	85.11 $\pm$ 3.87	70.64 $\pm$ 2.78	86.48 $\pm$ 3.94	72.49 $\pm$ 2.06	87.16 $\pm$ 3.48
对照组 (n=10)	68.94 $\pm$ 2.91	73.65 $\pm$ 3.18	69.38 $\pm$ 2.78	74.69 $\pm$ 2.41	70.58 $\pm$ 2.88	75.31 $\pm$ 2.36	72.51 $\pm$ 2.09	74.34 $\pm$ 2.37
t	0.1789	7.6570	0.0314	7.2276	0.0474	7.6910	0.0216	9.6287
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 结直肠癌患者心理情绪评分对比

研究组经康复护理后, SAS 量表与 SDS 量表评分均低于对照组, $P < 0.05$; 干预前两组 SAS 量表与 SDS 量表评分对比, $P > 0.05$ 。如表 3。

表 3 结直肠癌患者 SAS 量表与 SDS 量表评分分析表 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	SAS		SDS	
	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组 (n=10)	43.28 $\pm$ 4.41	21.36 $\pm$ 2.64	44.11 $\pm$ 4.37	22.09 $\pm$ 2.71
对照组 (n=10)	43.31 $\pm$ 4.38	32.44 $\pm$ 3.36	44.25 $\pm$ 4.39	32.51 $\pm$ 3.42
t	0.0153	8.1997	0.0715	7.5514
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 结直肠癌患者术后并发症情况对比

研究组术后并发症风险 10.00% 低于对照组 50.00%, $P < 0.05$ 。

如表 4。

表 4 结直肠癌患者术后并发症情况分析表 (n, %)

组别	吻合口 瘘	尿路感 染	切口感 染	尿潴留	发生率
研究组 (n=10)	0	1	0	0	10.00
对照组 (n=10)	1	2	1	1	50.00
χ^2	-	-	-	-	3.8095
P	-	-	-	-	< 0.05

3 讨论

结直肠癌发病初期, 大部分患者无特异性表现, 随着病情进展, 可出现便秘、腹泻、排便费力、大便异常等症状, 若未及早诊治, 可诱发血便、贫血、体重减轻、排便不尽等局部癌肿刺激症状。目前临床多以手术方案治疗结直肠癌, 可有效清除癌灶, 有利于延长患者生存周期。但手术治疗存在并发症风险, 可降低患者生活质量, 且受疾病与手术影响, 患者多伴负性情绪, 不利于术后康复。相关文献报道, 对手术治疗的结直肠癌患者辅以护理干预, 可改善患者胃肠功能、降低术后并发症风险, 进而提升患者术后生活质量。

本文选取康复护理辅助结直肠癌患者手术治疗, 更重视患者康复指导, 具有以下意义: ①围术期针对性护理期间开展早期康复干预, 可促进患者体内新城代谢, 还可恢复患者胃肠消化功能, 进而提升营养物质吸收率; ②减轻术后疼痛, 消除或缓解患者负性情绪, 增强患者康复信心; ③增加结直肠癌患者术后摄入量及排出量, 可预防泌尿系感染、肠粘连及尿潴留等并发症。此外, 对照传统护理模式, 康复护理更为仔细, 可为患者提供更为科学、合理的护理干预, 进而改善患者负性心理, 促进患者术后康复。本研究选取康复护理模式对结直肠癌手术患者开展护理干预, 鼓励其适当锻炼, 可缩短患者胃肠道功能恢复时间, 还可降低术后感染、吻合口瘘等并发症, 有利于提升患者生活质量。

结合本文数据分析, 研究组胃肠功能康复指标、SF-36 评分、SAS 评分、SDS 评分、术后并发症风险等指标均优于对照组, $P < 0.05$ 。分析原因可知, 康复护理模式中, 护理人员对患者开展结直肠癌疾病知识宣教, 可提升患者认知水平、缓解其负性情绪, 还可降低患者生理应激反应, 进而保障各项护理措施顺利开展; 康复护理术前不建议患者长期进食, 并于术前 2-3h 给予 400ml 葡萄糖溶液, 可减轻患者饥饿感, 提升其舒适度; 术中重视输液管理及保温管理, 可稳定患者体温, 降低术后并发症风险; 结直肠癌术后会留置胃管、引流管及尿管, 可能增加感染风险, 甚至影响患者术后下床活动, 因此康复护理提倡尽早拔管, 尽量缩减留管时间, 以为患者早期下床活动创建有利条件; 康复护理提倡患者早期活动、早期进食, 经早期活动可刺激胃肠蠕动, 进而缩短术后排气、排便时间, 降低术后肠梗阻风险, 且术后早期进食可维持机体营养消耗, 维持肠道血液供给, 有利于手术切口愈合^[9]。

综上所述, 手术治疗结直肠癌患者开展康复护理干预, 可促进胃肠功能康复、舒缓负性情绪, 还可降低术后并发症风险、提升患者生活质量, 更有利于结直肠癌患者预后, 可见康复护理模式具备推广价值。

参考文献:

- [1]徐梅芳,黄锦青,庄素敏,黄家荣.加速康复护理在促进结直肠癌术后患者恢复中的应用[J].吉林医学,2021,42(06):1528-1529.
- [2]顾晋,汪建平.中国结直肠癌诊疗规范(2017年版)[J].中华临床医师杂志(电子版),2018,12(1):3-23.
- [3]张健.快速康复护理对结直肠癌患者术后预后及生活质量的影响[J].中国肛肠病杂志,2020,40(07):60-62.
- [4]黄顺蓉,易蓝钦,雷爱红.快速康复护理措施在对于结直肠癌患者术后胃肠功能的影响作用研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(24):48+57.
- [5]曾艳红.结直肠癌术后患者实施早期康复护理对改善胃乏力及生活质量的效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(16):15+18.