



护理干预对大肠癌手术患者满意度及住院时间的影响分析

詹维亮 (厦门大学附属第一医院 胃肠外科二科 福建厦门 361000)

摘要: 目的 研究护理干预对大肠癌手术患者满意度及住院时间的影响效果。方法 将62例大肠癌手术患者作为研究对象(2017年4月-2018年4月期间收治),随机分为对照组、实验组,对照组应用传统护理,实验组在对照组基础上应用护理干预。结果 实验组和对照组干预后对比,其住院时间更短,医护服务满意度更高, $P < 0.05$ 。结论 对大肠癌手术患者实施护理干预,可为患者提供更为优质的医护服务,缩短住院时间。

关键词: 护理干预 大肠癌 满意度 住院时间

中图分类号: R473.74 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)11-215-02

大肠癌在医学临床上属于一种十分常见的恶性肿瘤,可分为直肠癌、结肠癌2种类型,且前者发病率较高^[1]。近年来,随着我国经济发展脚步不断加快,人们生活水平与生活方式产生质的飞跃,患上大肠癌的人数也逐年增加,老年人群是高危群体。目前,在临床上治疗大肠癌多通过手术切除,然而考虑到患者围术期易出现并发症,身体不适感较强,需接受优质的干预措施以规避不良事件的发生。本文意在评价护理干预对大肠癌手术患者满意度及住院时间的影响效果,对在本院治疗的62例大肠癌手术患者进行实验,以下是详细报告。

1 资料和方法

1.1 基线资料

研究对象:选择2017年4月至2018年4月在本院接受治疗的62例大肠癌手术患者。根据收治时间依次排号,奇数是对照组,偶数是实验组,一组各31例。在对照组中,13例女性,18例男性;年龄(35-69)岁,平均(44.59±8.68)岁。按照病变类型分类,直肠癌占19例,结肠癌占12例。在实验组中,15例女性,16例男性;年龄(37-68)岁,平均(45.03±8.94)岁。按照病变类型分类,直肠癌占17例,结肠癌占14例。两组大肠癌手术患者在性别占比、年龄与病变类型等方面均差别不大($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组:采取传统护理。

实验组:在对照组基础上采取护理干预。(1)术前干预。

①健康教育:多数患者对大肠癌手术了解度不高,为提高患者对治疗的依从性,消除他们对手术的疑虑与不确定性,医护人员需在术前告知患者相关术前准备(备皮、过敏试验、配血、肠道准备等),注意语言需简明扼要。②心理护理。患者入院治疗后对所处环境具有疏离感,同时担忧手术效果无法达到预期,易引发消极情绪。医护人员应做到经常主动与患者交谈,针对其具体情况提供个性化心理疏导,告知他们保持积极乐观情绪对提高手术效果的重要性。③肠道准备:术前3d医护人员需为患者提供流质食物,术前2d医护人员需为患者提供无渣流食。注意:若患者伴有梗阻症状,需术前禁食。术前提供甲硝唑治疗,以达到肠道抑菌的效果。做好肠道清洁工作,考虑到患者对手术的耐受性较差,且为避免其术前休息受到影响,可将甘露醇(浓度20%,剂量250ml)与葡萄糖盐水(浓度5%,剂量1300ml)均匀混合,医护人员在术前1d上午时指导患者口服,2h内分2次进行。(2)术中干预。医护人员在术前应保证手术室环境安静舒适,将室内温度保持在适宜值。为有利于手术操作,需指导协助患者保持截石位。手术期间密切监测患者的生命体征(体温、心率、脉搏、呼吸等),若有异常情况发生时需及时采取应急措施。(3)术后干预。①密切监测病情:术后应实时注意患者的各项身体指标(血压、脉搏、尿量)等,将24h出入量准确记录;

做好维持水电解质平衡工作;对各种引流管妥善安置,留心伤口敷料有无存在渗液现象,若异常事件发生时需及时解决。

②胃管与尿管护理:为避免呼吸道感染,应在术后1d将胃肠减压管拔除。此外,提供静脉营养支持(通过深静脉留置针),不仅患者因反复穿刺产生的疼痛可有效缓解,且能达到快速补液和保护外周血管的效果。将导管拔除前应试行夹管,为防止患者排尿功能障碍,可对其膀胱收缩功能开展训练,开放频率为每4-6h进行一次。③大肠造口护理:若患者行大肠造口术,需在造口开房前,使用浸润生理盐水或凡士林的纱布,敷在结肠造口处。造口袋使用方法应正确;更换造口袋时,需将造口周围皮肤使用中性和皂液清洁且涂抹氧化锌软膏,能避免皮肤糜烂与皮炎。若患者造口拆线愈合,为防止造口狭窄,应坚持每天扩肛1次。

1.3 观察指标

将两组大肠癌手术患者的住院时间、医护服务满意度^[2]组间对比。

1.4 统计学处理

本实验数据均要进行统计处理,软件应用SPSS20.0版,62例大肠癌手术患者的住院时间以“($\bar{x} \pm s$)”形式表达,采用t检验;62例大肠癌手术患者的医护服务满意度以“%”表示,采用卡方检验。若P值小于0.05,则组间各项数据比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的住院时间

实验组住院时间较对照组明显更短, $P < 0.05$ 。具体数据见表1。

表1:对比两组大肠癌手术患者的住院时间($\bar{x} \pm s$)

组别	n	住院时间(d)
实验组	31	7.28±1.78
对照组	31	10.23±1.99
t	-	6.152
P	-	0.000

2.2 两组患者的医护服务满意度

实验组医护服务满意度高于对照组, $P < 0.05$ 。具体数据见表2。

表2:对比两组大肠癌手术患者的医护服务满意度[n(%)]

组别	n	十分满意	满意	不满意	满意总例数
实验组	31	17(54.84)	13(41.93)	1(3.23)	30(96.77)
对照组	31	9(29.03)	15(48.39)	7(22.58)	24(77.42)
χ^2	-	4.239	0.261	7.044	7.044
P	-	0.039	0.610	0.008	0.008

3 讨论

大肠癌在医学临床上是一种十分常见的恶性肿瘤。一旦
(下转第216页)



· 临床护理 ·

浅谈全脑血管造影术的术后护理

杜云凤 (昆明医科大学第一附属医院神经内科 云南昆明 650032)

摘要: 全脑数字减影血管造影(digital subtraction angiography, DSA)因其准确的血管影像,已成为诊断脑血管畸形和脑动脉狭窄的金标准。DSA造影检查的目的在于了解脑血管的形态,病变的血供,病变与血管的关系,主要用于确诊血管畸形,动脉瘤,血管阻塞(血栓、栓塞)等。并进一步明确病变的部位、范围,以助选择适当的治疗方法。DSA造影检查是观察脑内血管情况的最佳手段。是头颅CT, MRI所不能代替的。通常采用股动脉或肱动脉插管法。

关键词: 全脑血管造影术 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)11-216-01

1 心理护理

由于患者及家属缺乏DSA术相关知识,难免会有恐惧不安、焦虑等心理,因此应耐心详细地向患者及家属说明造影后的注意事项、可能出现的某些不适增强病人对手术的信心,以赢得患者及家属的最佳配合。

2 观察生命体征及足背动脉搏动情况

术后按医嘱给予一级护理,心电监测,密切观察下肢末梢血运情况是及早发现股动脉栓塞及明确栓塞程度的重要依据,每小时测量生命体征一次,每30分钟观察双下肢足背动脉搏动情况,连续观察2小时后再改成1小时观察一次连续观察8小时,期间注意患者有无头晕、头痛、呕吐、失语、肌力下降、癫痫等神经系统症状,一旦有上述症状及时报告医生处理。

3 观察穿刺部位情况

患者返回病房后,在穿刺包扎部位用沙袋或盐包压迫止血,重新测量足背动脉,若无异常表明沙袋压迫得当。同时应观察敷料是否干燥,有无渗血,以便及早发现血肿及出血等并发症,沙袋压迫穿刺局部6小时,6小时后病人可左右移动或取侧卧位,静卧24小时,24小时后可下床活动,告之患者在6小时内完全制动,绝对卧床24小时的重要意义。

4 饮食护理

术后护士要鼓励并督促患者大量饮水,术后一般在最初的6~8h内饮水1000~2000ml,每次饮水量以不出现腹胀为宜,目的是为了加快注入体内的造影剂通过肾脏排泄,减缓造影剂的不良影响,更好地保护肾脏功能,饮食以清淡、松软易消化为主。

5 并发症的观察及护理

①穿刺部位血肿:这是脑血管造影术后常见的并发症之一,与患者过早活动右下肢有关。小的In1肿叮以不予处理,几天后可自行消退;大的血肿可在术后24小时热敷或用50%硫酸镁湿敷,一般一周后可消退。②出血:术后可能发生不同部位的出血与术中应用鱼精蛋白过多、拔出动脉鞘后压迫时间不够、以及沙袋移位、患者穿刺肢体过早活动有关。应严密观察生命体征变化,皮肤、口腔、牙龈出血情况及大便颜色、腹股沟穿刺点有无渗血、血肿情况,纱布是否干燥,一旦发现出血情况及时处理。③神经功能损害:癫痫、失语、抽搐等。可能由于造影剂刺激和病人特异性体质引起脑血管痉挛,血脑屏障功能障碍和脑水肿所致。还可能产生脑栓塞、颅内出血④疼痛:术后由于长时间卧床,肢体制动容易造成腰背部疼痛、肢体麻木等不适感,出现这种情况可以在患者腰背部垫软枕并进行适当地按摩以缓解不适,必要时给予止痛剂。⑤尿潴留:与脑血管造影术后体位改变、生理心理无法适应、精神紧张有关。术后鼓励患者多饮水,尽早排尿,若出现尿潴留,可采取热毛巾按摩腹部、听流水声刺激排尿等方法,必要时给予导尿。

6 指导患者坚持服药

如服用阿司匹林、氯吡格雷的重要性及注意事项,以取得配合。如出现头痛,言语、运动、感觉障碍应及时复诊。

术后加强观察和护理,可提高患者对手术的适应性,促进术后恢复,减少风险的发生率,同时也可以配合医生取得理想的检查治疗效果。

参考文献

[1] 杨丽,袁露.数字减影全脑血管造影术的护理[J].中华现代护理杂志,2011,17(6).

(上接第215页)

患上大肠癌,患者的机体功能会遭受严重影响,精神也会产生巨大压力,生存质量大大降低。目前,治疗大肠癌多采取切除术治疗,但是考虑到患者术后心理状态较不稳定、身体情况较差,同时大部分患者会担忧手术效果无法达到预期,采取合适的护理干预不仅能增强患者的自我护理能力,还能减少患者的生理和心理应激反应,加快患者康复效果进度。

为探讨护理干预对大肠癌手术患者满意度及住院时间的影响效果,本文实验组在传统护理基础上联合护理干预,具体措施包括术前干预、术中干预、术后干预3部分。其中,术前干预的健康教育可提高患者的医学知识水平,消除对手术的疑虑与不确定性;心理护理要求医护人员可准确了解患者的心理状态变化规律,以便其情绪消极时能及时提供针对性的心理疏导,身心压力有效缓解,对治疗和护理工作的配合度大大提高;肠道准备是为维持患者身体指标正常,符合手术指征^[3]。术中干预要求以医护人员能密切配合主治医生

完成各项操作,密切监测患者病情以防止异常情况的发生。术后干预的密切监测病情、胃管与导尿管护理、大肠造口护理是针对患者的具体病情做好术后护理支持,以便发生疼痛、肠梗阻、尿路感染、切口感染等并发症,延缓患者康复进度。

据本次实验结果显示:实验组与对照组干预后比较,其住院时间显著减少,医护服务满意度大大提高,两者相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。言而总之,护理干预应用于大肠癌患者,对加快患者的康复进程具有积极作用。

参考文献

[1] 陈丽群,毛小英.护理干预用于结肠癌患者围手术期护理中的效果观察[J].航空航天医学杂志,2015,26(8):1021-1023.

[2] 贺春霞,袁美锦,高淑林,等.护理干预对大肠癌患者规范化疗遵医行为的影响[J].河北北方学院学报(自然科学版),2015,31(3):83-84.

[3] 陈玉燕,吴东海.综合护理干预对大肠癌术后疗效和胃肠功能恢复的影响[J].黑龙江医学,2017,41(6):569-570.