

护理干预在降低胃癌手术治疗患者术后并发症的效果研究观察

付国萃

甘肃省武威肿瘤医院 甘肃 武威 733000

摘要: 随着社会与文化的日益发达, 由于现代人的生活水平愈来愈提高, 许多人的饮食结构也出现了变化, 这也使得胃癌的发生机率进一步的增加。而有关研究表明, 胃癌在恶性肿瘤中, 发生的可能性居然排第一位。就目前现状而言, 能有效治愈胃癌的办法便是积极进行治疗。虽然针对胃癌而言, 通过手术切除是治疗的关键步骤, 不过对于胃癌在进行治疗以后也很容易产生并发症, 所以不要对治疗以后的并发症预防问题进行忽视。而事实上, 所有恶性肿瘤在进行了治疗以后都必须防止并发症的产生, 不光是在胃癌术后。而且胃癌术后并发症也时不时的会发生, 这将会为病人术后的身体恢复增加相当的困难, 更严重的话还会影响病人手术以后的生存质量。

关键词: 心理影响; 胃癌切除术; 护理效果; 并发症

引言: 胃癌是一个发病率很大的消化系统恶性肿瘤, 对人群的身体影响很大。由于胃癌切除治疗会对病人的机体功能产生很大的损害, 再加上术后时间治疗较长、容易受到麻醉、痛苦等多种因素的影响, 使得病人在术后面临着很大的并发症风险, 不利病人的术后恢复。所以, 做好对胃癌切除病人的护理干预, 对于积极地提高病人的护理效率, 从而减少其并发症发生率, 是十分关键的。

1 胃癌患者一般资料

选取我院将于二零一九年六月至二零二零年六月份间对我院实施外科诊治的胃溃疡病人六十例, 并根据随机分组对照方法将本组病人分为实验组和对照组。对照组: 患者共三十人, 男性十八人, 女性十二人, 年龄范围从二十五岁到六十七岁不等, 平均年龄范围为(42.65±8.19)周岁; 实验组: 患者共三十人, 男性十九人, 女性十一人, 年龄在二十六岁-六十五岁不等, 平均年龄为(43.76±9.04)岁。且所有的研究对象均通过胃溃疡手术治疗, 排除恶性病变者, 均无其他脏器功能障碍, 且排除了认知障碍者。因此二组病人的一般资料对比差异不存在显著性, 也不存在统计意义, 证明两组患者具有可比性。

2 对于胃癌患者的心理影响

2.1 心理因素如何影响胃癌发生

对胃癌的长期观察结果表明, 受到精神影响或喜欢生闷气者罹患胃癌的相对风险较高, 而性情迟钝、呆板、冷淡或急躁不安者的相对风险略低, 开朗、快乐、情绪活跃者危险度最低。主要是经常性或长时间的精神紧张和抑郁的人, 其免疫处在一个抑制阶段, 对癌细胞的增殖起不了监视作用, 而免疫系统的压抑引起激素分泌障碍, 更加促进了胃癌的出现^[1]。

2.2 心理因素如何影响患者预后

影响胃癌预后的各种因素和癌症的生物特征、人类自身对癌症的反应和处理措施三大因素相关, 另外患者的饮食情况、休养环境、精神状况是其中很重要的一方面。其他因素患者无法直接控制, 但是通过调整自己的心情, 排除精神紧张、心情波动等不良情绪的危害, 进而保证心理的和谐稳定, 而心理也是控制体内免疫系统的"主人", 这可以提高患者抗击病魔的勇气, 并积极主动地进行治愈。

3 术后护理方法

3.1 常规组的日常术后照料, 主要包括术后的一般生活体征监视、症状体征监测、常规抗感染、药品和试块后的日常照料、术后指导等。

3.2 观察组于常规组的基础上给予早期综合护理干预, 具体措施包括:

3.2.1 心理护理

在术前评估了病人的心理健康状况, 并据此给出有针对性的心理健康干预, 同时回答了病人问题, 阐述了术后可能存在的问题和解决办法, 并介绍了术后早期护理的具体内容和优越性; 术后通过巡查与病人建立有效交流关系, 并随时了解病人的心理状况。

3.2.2 营养护理

胃癌手术后, 可以积极使用静脉注射的方法补充营养, 可以注射高糖、氨基酸等营养物质。如果在手术过程中放置空肠造瘘管, 可以把富含营养的流质食物打碎注入管内, 增强营养摄入, 最好少食多餐, 以免影响胃癌手术后恢复情况。按照患者的个人习惯及爱好选用米汤、稀粥、少油菜汤等, 在饮食时应注意检查病人有无发生呕

吐、腹泻等情况；在病人出现自主肛门排气时开始进明净的零点五流质食品后，为增进正常排尿、大便量应注意摄取蜂蜜、核桃、西瓜汁、红豆、薏米、冬瓜等食品；恢复正常的进食之后，帮助家人进行软烂、明净的饮食，注意摄食西兰花、胡萝卜、菠菜等有防癌作用的食物；早期进行一次嚼口香糖以促进消化液、体内荷尔蒙的产生^[2]。

3.2.3 早期运动

后在病人麻醉未醒时，引导家属进行其下肢被动活动，温柔的按摩病人的小腹、小腿，并揉捏病人腓肠肌；术后6h病人充分觉醒时，向病人介绍早期运动动作、力度并予以演示，阐述早期运动的意义和必要性，以增强病人的性；引导和帮助病人进行的床外运动，如四肢运动、翻身等轻度运动，以病人能承受的范围，一般每天活动4~5次，后续活动由病人自己完成，家人从旁协助与监护；并针对病人的实际情况逐步扩大活动区域和强度，护理人员检查并帮助病人进行的床边坐起运动，之后让病人自己进行；术后2d开始下床运动，用手扶

床上稳定站立后慢慢练习达到独自站立，逐渐进行小范围运动，而后扩大运动区域，直到能够可以自主走路，向家属介绍帮助病人运动和护理的办法，并给出指导示范，讲解有关注意事项，定期评价病人的运动锻炼成效，监测病人的体征情况并适当调节训练的方式、强度等。

3.2.4 早期疼痛护理

术后向病人及亲属介绍或演示疼痛缓解治疗的方式，以改善局部血供，减轻痛苦；采用心理暗示、转移注意力等方法，降低病人对疼痛的关注度；在必要的时候遵医嘱给予或用止痛药，明确讲解药品的服用方式，或者使用止痛泵的讲解及应用方式，明确介绍止痛药物持续应用的成瘾风险性。

3.2.5 专项宣教

对病人及其家人开展了胃癌术后护理方面的专门宣教，具体内容包括协助病人分析可能与胃癌形成有关的不良生活习惯，住院后居家饮食的注意事项，对自我情绪的控制措施，以及日常生活护理方法等^[3]。

表1 两组患者术后并发症发生情况比较[□]

组别 [□]	切口感染 [□]	吻合口出血 [□]	胃肠功能紊乱 [□]	发生率 [□]
实验组/40 [□]	2 [□]	3 [□]	3 [□]	7 (20.0%) [□]
对照组/40 [□]	5 [□]	8 [□]	9 [□]	22 (55.0%) [□]
χ^2 [□]	[□]	[□]	[□]	16.498 [□]
P [□]	[□]	[□]	[□]	<0.05 [□]

2.2 两组患者术后排气、排便以及住院时间比较 研究结果显示，实验组患者术后排气时间、排便时间以及住院时间均较对照组短，比较差异具有显著性，(P<0.05)具有统计学意义，详细的对比分析结果见下表2：[□]

表2 两组患者术后排气、排便以及住院时间比较[□]

组别 [□]	排气时间 [□]	排便时间 [□]	住院时间 [□]
实验组 [□]	56.12±13.45 [□]	96.75±15.96 [□]	11.87±3.12 [□]
对照组 [□]	86.49±18.25 [□]	121.48±21.06 [□]	18.46±3.35 [□]
t [□]	8.564 [□]	5.269 [□]	7.195 [□]
p [□]	<0.05 [□]	<0.05 [□]	<0.05 [□]

4 对于胃癌患者的术后护理注意事项

4.1 胃癌的术后护理首先是食物护理:适时补给病人所必需的营养及物质十分关键。在胃癌手术前，依据病情予以低蛋白质、高热量、高营养、少渣、软食、半流食及流食。纠正水电解质紊乱。对营养严重不足、血浆蛋白降低、缺血严重的病人，在手术中补足蛋白质并输液。对幽门梗阻病人，在手术前三日晚上用温生理盐水洗胃，以减少在胃内积聚，并减轻胃黏膜血管水肿。

4.2 使用胃肠管的主要作用:保证胃肠道畅通，降低胃肠内含物对吻合口的影响，避免吻合口水肿和瘘管。胃肠管应稳妥保护，不要任意移动，并小心是否脱落或侧孔吸入胃壁，或停止胃肠管的作用。

4.3 术后严密监视生活体征:保证适当的卧位，促进呼吸道和腹腔排气。提倡深呼吸运动、吐气、翻身和早期活动，以防止肺部感染等情况发生^[4]。

4.4 病人在出院后，应进食细软米饭:主食和小菜应选吃营养丰富、易消化的食品，避免吃冰冷、容易炸透、酸辣的和膨出食品，病人应在慢慢咀嚼后进食，多吃新鲜蔬菜水果，少选高脂肪食品、腌制品、合理补充铁和维生素、禁忌烟酒、规律进食3~6一个月后，病人人即可随着身体慢慢恢复规律进食。

5 术后并发症讨论效果

胃癌是临床常见的一类恶性肿瘤，医学资料表明该病变大多与生长条件、遗传基因以及食物有关联。其临

床表现有头痛、疲乏等表现。在医院一般采用胃癌切除疗法，因为病人在进行外科处理过程时，需要的时间很长、造成伤口很大，其临床并发症较多，严重影响了病人的诊断和预后效果。针对性护理是一个全新的护理模式，通过与病人的自身疾病紧密结合，可以同时满足病人心理和生理需求。通过实时对生命体征的监控，可以及早发现异常，并给予及时处理病人可以在术后迅速恢复的肠鸣音，并帮助病人在进食和生活培训中普及传染病常识，以增强治疗依从性^[5]。

人性化护理属于常见护理模式，比较于其他的护理模式，该模式强调以病人情绪为中心，更能充分考虑病人的实际护理需要，例如在人性化护理中，护理人员结合患者心理状况对其开展相关的心理干预措施，促使患者意识到消极心态的危害，从而自行调节，且人性化护理的护理内容更丰富，不仅可显著提升护理服务质量，还可增进护患交流，对增加护理工作好评度具有较好的影响。

针对性优质护理是一项个性化的护理方式，该护理的开展主要是在整体评价其自身所需要和个体所需要的基础上，向患者推荐满足个性化需要的，高品质、舒适的护理方式，是对传统护理方法的弥补与完善，不但可以合理克服常规护理中出现的缺陷，同时有利于充分调动护理人员的工作积极性。通过对胃癌切除术病人进行针对性护理，使护理工作更加富有目的性，进而使护理成效得以更加巩固^[6]。

(1) 科室环境安全管理:接待医生对病人进手术室的接待工作，态度要平和，手势要柔和；保持手术室用品陈列整齐有序，被褥平整、洁净；尽可能减少噪声保持手术室安全，手术室温度保持在22~25℃，相对湿度维持在百分之五十~百分之六十；可播放舒适的背景音乐。

(2) 手术前和术中的舒适护理:在进入手术室过程，由护理人员全程陪伴，要确保手术房环境的温暖舒适，并尽可能减少声响，保证适当湿度；协助病人调节身体姿势，以减轻生理不适症状，并注意保持病人私密，不过分裸露的非手术部位；在麻醉之前，由护理人员向病人介绍大致感受，以语言的鼓励安抚病人，整个手术过程护理人员亦全程陪护，以协助病人减轻心理压力。

(3) 术后安全保护:术后主动通知病人治疗是否顺利；通知病人术后可能出现的并发症；告诉病人术后痛苦的根源，并使之明白痛苦是短暂的，从而树立了治愈的信念；对病人实行跟踪，掌握其疾病的康复状态^[7]。

较多研究均显示，胃癌根治术对改善病人五年生存率有良好的促进作用，所以，胃癌根治术已经成为治疗

早期胃癌患者的首选方案，但临床调查发现，胃癌根治术对机体损伤较大，加上癌症本身带来的负面影响，易加重患者负面心理，从而导致患者日常生活质量下降，因此，开展护理干预十分必要。

此次研究显示，观察组患者肛门排气时间、住院时间都低于对照组，但并发症发生率小于对照组，表明人性化管理的疗效更好，不但可以提高病人术后康复，还能降低并发症发生，对减少住院次数和降低病人的费用产生较正面的作用。同时，数据显示，观察组护士服务质量评分超过对照组，表明个性化护士的质量更好，产生该现象主要由于个性化护士更强调以病人为中心，把病人视为一个全面的人，除对患者实施其他护理措施外，还对其实施心理干预，间接说明该护理模式可有效意识到积极心理对患者病情恢复的重要性^[8]。

结语:综上所述，对行胃癌根治术患者进行个性化护理有较好的疗效，更可以降低合并症的发生率。针对性护理干预可以改善胃癌切除术病人的护理品质，并明显减少了病人的并发症发生率，从而促使病人在术后迅速恢复。

参考文献

- [1]魏素端, 介季笑, 张新闻.以患者为中心的护理模式对围术期胃癌患者相关康复指标的影响[J].临床医学研究与实践, 2021, 6(6): 165-167, 171.
- [2]李婷, 俞鹏飞, 严燕燕, 等.人性化护理模式在胃癌患者全胃切除术后护理中的应用及对患者生活质量的影响[J].中国现代医生, 2020, 58(5): 179-182.
- [3]王艳红, 孙伟.人性化护理在提高胃癌患者手术室护理质量中的应用效果[J].中国当代医药, 2016, 23(22): 189-191, 194.
- [4]范桂娣, 胡雪萍.加速康复外科围手术期护理在胃癌患者中的应用研究[J].护士进修杂志, 2018, 33(14): 1288-1291.
- [5]李丽娟.优质护理措施对胃癌患者围术期不良情绪的影响分析[J].实用临床医药杂志, 2015, 19(2): 103-105.
- [6]孙斌.手术室舒适护理模式对患者满意度、舒适度的提高及并发症预防的效果研究[J].当代医学, 2017, 23(34):174-176.
- [7]符鸿飞, 林文霞, 彭风云, 等.手术室舒适护理在乳腺癌手术患者中的应用效果观察[J].齐鲁护理杂志, 2016, 22(20):16-18.
- [8]赵丽静.舒适护理应用于手术室护理工作临床效果观察[J].中国继续教育, 2016, 8(7):243-244.