

术前造口定位对肠造口并发症及肠造口患者生活质量的影响

李红¹ 侯晓琳¹ 李桂香² 张洁¹ (通讯作者)

1. 陕西省肿瘤医院, 陕西 西安 710065

2. 空军军医大学第一附属医院, 陕西 西安 710032

摘要: 目的 评估肠造口患者实施术前造口定位对肠造口并发症及生活质量的影响。方法 研究选取 2021 年 12 月至 2022 年 12 月所纳入肠部行造口处置患者, 其数量是 70 例, 随机加以均分 2 组, 各自 35 例, 分别对其实施常规护理、术前造口定位, 分析其差异性。结果 (1) 肠部行造口处置患者干预前生活质量 $P > 0.05$, 其统计学组间数据未可见差异性。试验组肠部行造口处置患者干预后生理角度呈现出机能、情感层面的主要职能、一般程度上的健康水平、精神领域展现出的状态分值高于常规组患者 $P < 0.05$, 其统计学组间数据可见差异性。(2) 肠造口患者干预前自我护理分值对比结果显示为 P 值 > 0.05 , 不具备显著的二组差异性。试验组肠造口患者干预后自我护理技能、自我概念、健康知识、责任感分值高于常规组患者 $P < 0.05$, 其统计学组间数据可见差异性。(3) 试验组 (94.29%) 的肠部行造口处置患者满意度与常规组 (74.29%) 加以比对, 发现较高 $P < 0.05$, 其统计学组间数据可见差异性。(4) 试验组 (8.57%) 的肠造口患者狭窄、皮炎、回缩、脱垂等并发症发生率明显低于常规组 (31.43%) 的患者, 其结果呈现为 $P < 0.05$, 具有显著差异。结论 肠造口患者行术前造口定位效果显著, 能够有效提升患者的生活质量与自我护理水平, 患者并发症发生率相对较低。

关键词: 肠造口; 术前造口定位; 并发症; 生活质量

中图分类号: R473.73

最新的流行病学调查数据显示, 在我国已经有超过一百万人接受了肠造口手术, 在手术中, 将肠管提升至腹壁并与其相通, 形成一个人工孔道。这个造口通道有时被称为胃造口 (colostomy) 或小肠造口 (ileostomy), 根据连接的肠段来命名。通过肠造口, 废物和消化物质可以从体外排泄, 避免了经过正常排泄途径的必要。患者需要使用特殊的造口袋来收集废物, 并定期更换。肠造口手术是一种重要的治疗手段, 能为患者的生命质量和安全提供有效保障, 但由于改变了患者自身消化系统结果, 故导致部分患者生活质量下降问题^[2]。对此, 本研究针对肠造口干预措施进行分析, 讨论术前造口定位的临床应用效果。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

研究选取 2021 年 12 月至 2022 年 12 月所纳入肠部行造口处置患者, 其数量是 70 例, 随机加以均分 2 组, 各自 35 例, 试验组生理性别男例数 19 例、生理性别女例数 16 例。年龄 30 岁-76 岁, 平均年龄的数值

(53.21±10.07) 岁。常规组生理性别男例数 21 例、生理性别女例数 14 例。年龄 30 岁-77 岁, 平均年龄的数值 (53.24±10.10) 岁。肠部行造口处置患者基本资料呈现出 $p > 0.05$, 证实可比。

1.2 方法

常规组运用常规造口, 试验组患者选择术前造口定位, 在进行肠造口手术时, 需要遵循一定的操作流程和步骤以做好准备工作。首先, 患者需要采取枕平卧位, 并暴露腹部皮肤^[3]。为了确定腹直肌的位置, 操作者应站在患者造口的侧面, 观察其腹部轮廓, 并将手掌并拢并放置于患者脐下腹白线处。此时, 患者双手合拢置于头后, 逐渐抬头并保持注视脚尖^[4]。随着操作者向外滑动手指, 可以发现腹直肌的纵向收缩区域, 由此确认位置。接下来, 需要预计造口位置并进行标记和确认。操作者应在预计的造口位置使用油性笔进行标记, 并让患者完成不同姿势的动作以确保标记清晰可见, 并且周围有足够平坦的区域粘贴造口袋。在与患者交流的过程中, 应根据患者的感受适当调整造口位置^[5]。最后, 需要对最终确定的造口区域进行消毒。

表 1 肠造口患者干预前后生理机能、情感职能、一般健康、精神状态分值比较[分]

组别	例数 (n)	生理机能		情感职能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	35	66.79±8.35	87.97±6.32	62.21±9.35	86.18±6.80
常规组	35	66.54±8.32	79.13±7.68	62.40±9.48	77.05±7.64
t		0.1254	5.2581	0.0844	5.2810
P		0.9005	0.0000	0.9329	0.0000

组别	例数 (n)	一般健康		精神状态	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	35	60.7±9.69	85.34±6.95	70.33±7.26	90.13±3.87
常规组	35	60.34±9.11	76.6±7.99	70.19±7.06	83.09±4.64
t		0.1601	4.8827	0.0817	6.8932
P		0.8732	0.0000	0.9350	0.0000

表 2 肠造口患者干预前后自我护理技能、自我概念、健康知识、责任感分值比较[分]

组别	例数 (n)	自我护理技能		自我概念	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	35	59.79±7.03	75.45±6.36	53.13±8.34	77.64±6.46
常规组	35	60.21±7.16	63.08±7.10	53.22±8.19	69.12±7.33
t		0.2476	7.6774	0.0455	5.1589
P		0.8051	0.0000	0.9638	0.0000

组别	例数 (n)	健康知识		责任感	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	35	57.37±8.72	82.33±8.87	60.93±7.66	88.00±6.63
常规组	35	57.49±8.25	64.12±8.63	61.24±7.49	74.02±6.96
t		0.0591	8.7052	0.1711	8.6041
P		0.9530	0.0000	0.8645	0.0000

表 3 肠造口患者满意度情况比较[n (%)]

组别	例数 (n)	完全满意	基本满意	不满意	总满意度
试验组	35	21 (60.00)	12 (34.29)	2 (5.71)	33 (94.29)
常规组	35	14 (40.00)	12 (34.29)	9 (25.71)	26 (74.29)
X ²					5.2850
P					0.0215

表 4 肠造口患者狭窄、皮炎、回缩、脱垂等并发症情况比较[n (%)]

组别	例数 (n)	狭窄	皮炎	回缩	脱垂	总并发症
试验组	35	1 (2.86)	1 (2.86)	1 (2.86)	0 (0.00)	3 (8.57)
常规组	35	4 (11.43)	3 (8.57)	2 (5.71)	2 (5.71)	11 (31.43)
X ²						5.7142
P						0.0168

操作者可以使用碘伏、酒精等消毒剂,并用色剂标记一个直径为 5cm 的圆。最后,可以贴上透明薄膜保护,以确保手术安全和卫生^[6]。

1.3 观察指标

评估肠部行造口处置患者干预前后生活质量,包括生理角度呈现出机能、情感层面的主要职能、一般程度上的健康水平、精神领域展现出的状态,各 100 分,分高生活质量高^[7]。评价肠部行造口处置患者自我护理能力,各 100 分,分高则自我护理能力高。随访了解患者满意度情况,满分为 10 分,其中,8-10 分属于完全满意、5-7 分属于基本满意、1-4 分属于不满意。记录患者肠造口并发症情况,包括狭窄、皮炎、回缩、脱垂等。

1.4 统计学分析

70 例肠部行造口处置患者 SPSS 21.0 加以统计,计数资料(满意度情况及狭窄、皮炎、回缩、脱垂等并发症情况)通过 X² 检验方式统计,写作形式为 n(%),计量资料(肠造口患者干预前后生理机能、情感职能、一般健康、精神状态分值及自我护理技能、自我概念、健康知识、责任感分值)通过 t 检验形式对比,写作形式为 ($\bar{x} \pm s$),组间检验结果呈现 P<0.05,证实具有组间差异。

2 结果

2.1 肠造口患者干预前后生理机能、情感职能、一般健康、精神状态分值比较

肠部行造口处置患者干预前生活质量 $P > 0.05$, 其统计学组间数据未可见差异性。试验组肠部行造口处置患者干预后生理角度呈现出机能、情感层面的主要职能、一般程度上的健康水平、精神领域展现出的状态分值高于常规组患者 $P < 0.05$, 其统计学组间数据可见差异性。见表 1。

2.2 肠造口患者干预前后自我护理技能、自我概念、健康知识、责任感分值比较

肠造口患者干预前自我护理分值对比结果显示为 P 值 > 0.05 , 不具备显著的二组差异性。试验组肠造口患者干预后自我护理技能、自我概念、健康知识、责任感分值高于常规组患者 $P < 0.05$, 其统计学组间数据可见差异性。见表 2。

2.3 肠造口患者满意度情况比较

试验组 (94.29%) 的肠部行造口处置患者满意度与常规组 (74.29%) 加以比对, 发现较高 $P < 0.05$, 其统计学组间数据可见差异性。见表 3。

2.4 肠造口患者狭窄、皮炎、回缩、脱垂等并发症情况比较

试验组 (8.57%) 的肠造口患者狭窄、皮炎、回缩、脱垂等并发症发生率明显低于常规组 (31.43%) 的患者, 其结果呈现为 $P < 0.05$, 具有显著差异。见表 4。

3 讨论

传统的肠造口定位通常依赖于外科医生的主观判断。这可能导致定位不准确或不一致的情况。因为每个人的解剖结构和腹部形态都有所不同, 仅凭外科医生的经验和直觉来确定造口位置可能存在误差。传统定位方法需要通过触诊和视觉判断来确定造口位置。然而, 有些患者可能具有肥胖、厚壁肠道或其他腹部异常, 这可能使得确定准确的位置变得更加困难。对此, 本研究针对肠造口患者实施术前造口定位, 结果显示, 肠部行造口处置患者干预前生活质量未可见差异性。试验组肠部行造口处置患者干预后生理角度呈现出机能、情感层面的主要职能、一般程度上的健康水平、精神领域展现出的状态分值高于常规组患者。肠造口患者干预前自我护理分值对比结果不具备显著的二组差异性, 试验组肠造口患者干预后自我护理技能、自我概念、健康知识、责任感分值高于常规组患者, 试验组的肠造口患者满意度明显高于常规组的患

者, 试验组的肠造口患者狭窄、皮炎、回缩、脱垂等并发症发生率明显低于常规组的患者。术前造口定位可以根据每个患者的具体情况进行个体化处理。考虑到患者的腹部结构、病变类型和预期手术方式等因素, 可以为每位患者确定最适合他们的造口位置。这有助于提高手术结果的质量和患者的生活质量。准确的术前造口定位可以减少手术中的意外损伤和并发症的发生。通过避免错误的造口位置选择, 可以减少术后出血、漏气、瘘管形成和皮肤问题等问题的风险。术前造口定位使外科医生在手术中能够更快速、精准地定位和创建造口。这有助于缩短手术时间, 并提高手术的效率 and 安全性。理想的造口位置应该使得患者在术后坐位、站立、弯腰、下蹲等动作时都可以看到和触及到造口, 其目的是降低患者术后自我护理的难度, 同时有效预防术后并发症的发生。

综合以上结果, 术前造口定位于肠造口中具备临床推广应用的价值。

参考文献

- [1] 姚翠, 戴晓冬. 腹部 CT 下末端回肠直径测量在个体化回肠末端袢式造口术前定位中的应用[J]. 腹腔镜外科杂志, 2021, 26(5): 396-397.
- [2] 汤艳平, 殷小敏, 刘芷静, 等. 以造口治疗师为主导的医、护、患共同参与造口术前定位对造口并发症的影响[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(12): 1830-1834.
- [3] 高俊茹, 张洪微, 屈利娟, 等. 以肠造口定位吻合率为专科质量指标在造口患者护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(6): 43-45.
- [4] 江怀宁, 陈莉, 方磊, 等. 基于造口定位的腹部功能锻炼对肠造口并发症及生活质量的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2020, 45(8): 1110-1113.
- [5] 谢书芹. 术前定位以及康复期锻炼在永久性结肠造口患者全程护理中的具体实施效果及对造口并发症的预防情况观察[J]. 母婴世界, 2022(33): 200-202.
- [6] 何玉梅, 邹琦, 甘华秀, 等. 医护一体化术前肠造口定位对患者术后并发症发生及生活质量影响的应用[J]. 临床护理研究, 2022, 31(24): 56-58.
- [7] 吴庆珍, 刘晶晶, 陈桂莲, 等. 直肠癌永久性造口患者造口周围皮炎风险的影响因素研究[J]. 中华保健医学杂志, 2022, 24(2): 162-164.