

在相关性($P < 0.05$),见表 3。

表 3 胃肠道功能恢复相关影响因素 Logistic 多因素分析结果

影响因素	β	SE	Wald	Sig	Exp(B)
术中出血量	0.842	0.423	3.852	0.011	2.332
手术时间	1.412	0.617	5.316	0.027	4.131
疲劳评分	1.711	0.528	10.593	0.004	5.542
腹腔积液	1.333	0.711	3.526	0.041	3.589

3 讨论

老年胃肠道肿瘤患者术后发生胃肠功能恢复障碍与多种因素共同作用有关,涉及术前、术中、术后多个时间段的问题^[4-8]。

本研究把术前年龄、性别、既往胃肠道疾病史、糖尿病史、合并腹腔积液量、血清清蛋白、BMI 等因素作为分析指标,结果发现术前合并腹腔积液是老年胃肠道肿瘤患者术后胃肠功能恢复障碍的独立危险因素。有研究表明:胃肠道肿瘤患者胃肠动力障碍的发生原因可能包括胃肠道运动改变、小肠传输功能减弱以及肠道菌群紊乱等多种因素^[9]。腹腔积液形成是胃肠道肿瘤肝转移导致肝功能失代偿的表现之一。腹腔积液形成后大量液体渗入腹腔,使循环血容量减少,血液浓缩,血液黏度增加,血流缓慢,加重胃肠道缺血缺氧^[10];而且腹腔积液形成时胃肠道淤血,胃肠道蠕动能力下降,易导致胃肠功能障碍^[11]。理论上讲,年龄越大、既往合并胃肠道疾病史患者术后发生胃肠功能恢复障碍的可能性就越大,但是,本研究结果显示这两项并非相关影响因素。笔者以术中出血量、术中补液量、手术时间等指标作为术中影响因素,结果发现术中出血量、手术时间为术后早期胃肠功能恢复障碍的影响因素,提示胃肠道肿瘤术中的血液循环状况影响到患者术后早期胃肠功能恢复障碍的发生。术中出血量过大,造成血液循环血流动力学不稳定,大量输血和补液进一步导致血管内凝血系统紊乱,影响胃肠道血液供应^[12]。手术时间使胃肠道淤血时间过长,进一步加重胃肠功能损害。笔者将两组患者术后留置尿管时间和术后第 1 天疲劳评分等因素作为研究指标,结果发现术后疲劳评分是影响患者术后胃肠功能恢复的因素。患者术后疲劳状态导致患者缺乏运动,影响胃肠功能恢复。

综上所述,老年胃肠道肿瘤患者术后胃肠功能恢复的影响
• 临床护理 •

因素涉及多个方面,其中,术前合并腹腔积液、术中出血量过大、手术时间过长和术后疲劳状态均是术后胃肠功能恢复的影响因素,根据影响因素进行针对性干预,维持血流动力学稳定,可能降低老年肠道肿瘤患者术后胃肠功能恢复障碍的发生。

参考文献:

- [1] 曾山崎,胡石奇. 胃肠道肿瘤手术后早期肠内营养支持起始时间的临床观察[J]. 实用医学杂志, 2010(13): 2321-2323.
- [2] 樊国根,严来保,倪坚正. 改善腹部手术后胃肠道功能障碍的 3 种方法比较[J]. 现代诊断与治疗, 2010, 21(004): 208-210.
- [3] Varni JW, Limbers CA, Bryant WP, et al. The PedsQL multidimensional fatigue scale in pediatric obesity: feasibility, reliability and validity[J]. Int J Pediatr Obes, 2010, 5(1): 34-42.
- [4] 李波,田永京,胡云辉,等. 食管癌,贲门癌术后胃肠功能障碍的临床探讨[J]. 中国实用医药, 2011, 6(11): 136-137.
- [5] 钱迪迪,孙阅. 早期锻炼活动对老年腹部术后患者胃肠功能指标影响[J]. 中国老年保健医学, 2011, 9(2): 85-86.
- [6] 饶群,刘畅,李建国. 术后胃肠道功能紊乱的研究进展 [J]. 中国危重病急救医学, 2012, 24(6): 382-382.
- [7] 汪中举. 腹部外科术后胃肠功能恢复临床观察[J]. 医学信息: 中旬刊, 2012, 24(8): 3896-3896.
- [8] 李涛,黄新红,林荣繁,等. 腹部手术后胃肠功能紊乱机制与营养支持研究进展[J]. 当代医学, 2013, 19(26): 17-18.
- [9] 宋瑞,陈学谦,姜占武. 手术后胃瘫综合诊治进展[J]. 中国现代普通外科进展, 2009, 12(6): 511-513.
- [10] 奚晓华,杨刚. 腹部手术后胃肠功能障碍的现代概念[J]. 吉林医学, 2013, 34(1): 127-130.
- [11] 马垚,朱永康. 术后胃肠功能障碍机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(7): 236-238.
- [12] 毛西高. 腹部手术后功能性胃排空障碍 40 例临床分析 [J]. 西南军医, 2010, 12(3): 444-445.

(收稿日期:2014-01-07 修回日期:2014-03-11)

引导式张口训练操对 270 例鼻咽癌放疗后张口困难的疗效分析

汪志美,汪春雨,刘晓宇,唐正,邓本敏,周凤英[△]

(重庆市肿瘤医院放疗科 400030)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.15.055

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)15-1965-03

鼻咽癌是中国常见的恶性肿瘤之一。放射治疗是鼻咽癌的基本治疗方法^[1],但放射线在杀伤癌细胞同时,也有不同程度的损伤正常组织和器官^[2],颞颌关节、颈部受照射,后期会发生肌肉关节纤维化,进而发生张口困难、颈部和颞颌关节功能活动受限等不良反应,有研究报道鼻咽癌放射治疗后随访发现,口干、听力下降、张口困难的发生率分别高达 90.3%、

54.0%、12.0%,且无更有效的治疗手段,严重影响患者的生活质量^[3]。为加强专科建设,本科自 2009 年研究并实施引导式张口功能训练操,可有效预防或降低这一并发症的发生,提高患者的生活质量;同时开展鼻咽癌放射治疗后引导式张口功能训练操,一方面是预防鼻咽癌患者张口困难的发生,另一方面可获得良好的社会效益及经济效益,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2009 年 1 月至 2013 年 1 月收治的首诊鼻咽癌放射治疗患者 551 例,其中,男 371 例,女 180 例,平均(49±2.54)岁,将患者分为常规护理组(对照组)270 例和常规护理+引导式张口训练组(观察组)281 例。纳入标准:为鼻咽癌首诊患者;经病理组织学证实为磷癌;无口腔疾病,门齿间距离大于或等于 3 cm;采用直线加速器 6 MV 放疗,鼻咽癌根治剂量:DT 70~76 Gy,每周 5 次,每次 2 Gy;小学或以上文化,能与医护人员正常交流沟通的患者。排除标准:精神活动能力异常者、不愿参与本研究、研究者与患者无法正常沟通,以及中断或减量放疗患者。两组患者性别、年龄、鼻咽癌位置差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 护士设置 设专职护士 1 名,放射治疗前向患者及家属讲解张口训练操的目的、重要性和方法,示范和指导患者操作,并评估患者掌握的情况;放疗期间科室每日下午安排专职护士对患者进行集中培训和现场示范,指导患者正确训练,出院后 1 周、每月定期电话随访指导,并告诉复诊时间,一般分别于放疗后 1、3、6 个月、1 年等定期复诊,评估检查家庭训练效果。并分别于放疗前、放疗 40 Gy 时、放疗结束时、放疗后 6 个月测量张口最大时上、下门齿间距离,并全面负责张口训练的实施、观察与记录等。

1.2.2 训练的方法 采用本科自创张口训练操共 10 节,每日下午固定时间由专人领操引导住院患者集体训练,时长约 15~30 min,其余时间指导患者自行练习,每日 2 次。从放射治疗开始至放射治疗结束,出院后指导患者继续坚持做张口训练操 6 个月以上。

1.2.3 引导式张口训练操步骤 (1)预备式:可采用坐式或站立式两种姿势。站立式,两足分开,全身放松,两手叉腰,为锻炼做好准备(坐式的方法与站立式相同);(2)深呼吸运动:用鼻深深吸气,张口呼气,做 5~10 次,以供给身体充足氧气;(3)点头运动:头向前、向后点头两下,向左向右点头两下为 1 次,反复练习 5~10 次,锻炼颈部肌肉,以促进血液循环;(4)旋转运动:头部肌肉充分放松,头部由前向左、向后、向右旋转至头右侧,然后沿反方向回复到开始位,同法向另一侧旋转,如此一左一右,反复 10 次,减轻颈部肌肉纤维化和僵直;(5)深呼吸运动:用鼻深深吸气,张口呼气,做 5~10 次;(6)叩齿:上下齿轻轻叩达(或咬牙),每日 3 次,每次 10~20 下左右,最后用舌舔牙周 5 圈结束,以坚固牙齿,锻炼咀嚼肌;(7)咽津:做吞咽动作 10~20 次,可减轻舌干燥,运动舌头、牙齿、腮部的肌肉,防止口腔功能退化发生吞咽困难;(8)张口运动:把嘴张至最大限度,左右活动下颌关节 10 次,防止张口受限;(9)用手轻轻做环行按摩腮部和颞颌关节,由重到轻,由轻到重 10~20 次,预防颞颌关节及其周围肌肉组织的纤维化。

1.3 效果评价 分别于放疗前、放疗 40 Gy 时、放疗结束时、放疗后 6 个月测量患者张口最大时上、下门齿间距离,比较两组发生张口困难的程度和例数,参照 SOMA 标准^[4]确定:Ⅰ级:张口受限,门齿距 2.0~3.0 cm;Ⅱ级:进干食困难,门齿距 1.1~2.0 cm;Ⅲ级:进软食困难,门齿距 0.5~1.0 cm;Ⅳ级:进流质,门齿距小于 0.5 cm。

2 结果

观察组与对照组发生张口困难分级比较,观察组发生张口困难的人数显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 观察组与对照组张口困难统计表[n(%)]

组别	n	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级
观察组	281	4(1.42)	2(0.07)	4(1.42)	2(0.07)
对照组	270	8(2.96)	13(4.81)	17(6.29)	11(4.07)

3 讨论

引导式张口训练操是有效的预防鼻咽癌放射治疗后张口困难的重要措施,对患者预后具有重要的意义;鼻咽癌根治的有效方法是放疗。文献[5]报道:早期鼻咽癌放疗后 5 年生成率为 70%~90%,中晚期鼻咽癌放疗后 5 年生成率为 20%~30%,张口困难是鼻咽癌根治放疗的一种晚期损伤,是鼻咽癌根治放疗的后遗症之一^[6-7],发生率为 58.5%^[8],会严重影响患者进食,进而营养不良,重者危及生命。本科根据这一情况,研究出一套张口训练操,进行临床实施及观察提示:观察组,放疗 40 Gy 时张口受限 5 例,放疗结束时 4 例、放疗后 6 个月时有 3 例;放疗后 1 年 1 例;而对照组同期分别有:15、20、14、4 例。两组比较,观察组张口困难显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),引导式张口训练操能有效的预防放射治疗后张口困难。

本研究表明,传统的张口训练,只由责任护士做相关预防张口困难的宣教,患者不能直观的了解训练的具体步骤及细节,导致锻炼部位局限、单调,预防效果不佳;本科自创了张口训练操,由专人引导,更方便患者记忆及掌握,患者接受程度高;同时,每日的集体训练,能给予患者专门的训练环境,能促进患者之间的交流,互相鼓励,提高了训练的依从性。通过集体的张口训练,在一定程度上可稳定患者情绪,克服恐惧心理,切实感受治疗的希望,积极配合治疗,提高患者治愈率。

引导式张口训练操的实施,证实了鼻咽癌患者放射治疗后张口困难的疗效,得到了医院伦理规范组的肯定,已在本科全面推广。值得注意的是指导患者掌握好训练技巧和活动的力度。动作轻柔、缓慢,以牵拉不引起不能耐受的疼痛为宜,循序渐进,进度适中,防止活动过度,造成损伤。同时观察患者的表情,以便控制好活动度。在放疗中凡有口腔溃疡Ⅱ级或皮肤反应Ⅱ度情况者张口训练应延迟,对出院的患者定期随访,使张口训练操继续落实。

随着医疗技术条件的改善及人们健康意识的提高,癌症患者对疾病的治疗不再满足于延长生存时间,医务人员及患者更多的是关注如何提高患者放疗后生存质量。张口训练操反映鼻咽癌患者放疗后生存质量的测评表,患者通过在住院期间的张口训练操的训练,达到熟练掌握,出院后也能自觉锻炼,患者张口不受限,进食不受影响,增强了抵抗力,在患者心理、身体、社会等多方面的健康起到促进作用。

参考文献:

- [1] 胡雁,陆箴琦.实用肿瘤护理[M].上海:科学技术出版社,2007:212-217.
- [2] 蒙如闯,熊朝京.鼻咽癌放疗的护理体会[J].右江民族医学院学报,2011,12(6):883-884.
- [3] 许容芳,陆勤美.58 例鼻咽癌调强放疗期间的护理干预及效果评价[J].实用临床医药杂志,2012,13(4):13-15.
- [4] 张惠兰,陈荣秀.肿瘤护理学[M].天津:天津科学技术出版社,1999:144-147.
- [5] 邵瑞红.鼻咽癌放疗护理与健康指导[J].中国实用医药,2010,11(31):215-216.

- [6] Yeh SA, Tang Y, Lui CC, et al. Treatment outcomes and late complications of 849 patients with nasopharyngeal carcinoma treated with radiotherapy alone[J]. Int Radiat Oncol Biol Phys, 2005; 62(3): 672-679.
- [7] Yi JL, Gao L, Huang XD, et al. Nasopharyngeal carcinoma treated by radical radiotherapy alone! ten-year experi-

ence of a single in situation[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2006; 65(1): 161-168.

- [8] 张艳花. 早期系统功能锻炼预防鼻咽癌放疗后张口困难效果观察[J]. 护理研究, 2008; 22(12): 3256-3257.

(收稿日期: 2013-10-08 修回日期: 2013-12-17)

• 临床护理 •

延续护理对 66 例老年慢性支气管炎患者出院后生存质量的影响

徐正梅¹, 李保兰², 姚 莉[△], 周爱婷³, 王学勤¹

(1. 重庆市第三人民医院呼吸内科 400014; 2. 重庆市第三人民医院护理部 400014;

3. 重庆医科大学临床医学系 2009 级 400016)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2014.15.056

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)15-1967-02

慢性支气管炎(chronic bronchitis, CB)即指气管、支气管黏膜和周围组织的慢性非特异性炎症^[1],其主要临床表现为患者咳嗽、咳痰 3 个月以上,且持续 2 年或者更长时间^[2]。CB 缓解期是指患者经过治疗咳嗽、咳痰症状基本消失或者偶有轻微咳嗽、少量痰液,保持 2 个月以上者^[2]。出院后老年 CB 患者常处于 CB 缓解期,常误认为治愈而停止治疗,致使患者呼吸功能渐渐下降,易发生感染。延续护理是将患者住院期间护理延伸至家庭,培养及改善患者自我护理意识和行为,最终提高护理效果^[3]。2011 年 1 月至 2012 年 10 月,笔者对 66 例老年慢性支气管炎患者实施出院后延续护理,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月至 2012 年 10 月在重庆市第三人民医院住院的 132 例老年 CB 患者,其中,男 75 例、女 57 例,年龄 61~83 岁,平均(67.3±11.6)岁;病程 2~10 年,平均(5.74±2.33)年;文化程度:小学 32 例,初中 38 例,高中 33 例,大学 29 例。纳入标准^[4]:(1)确诊为 CB 1 年以上的患者,均符合 WHO 诊断标准;(2)无严重并发症(例如肺心病、慢性阻塞性肺疾病等),生活能自理;(3)年龄大于 60 周岁;(4)意识清楚;(5)自愿参加并有一定读写能力。分为观察组和对照组各 66 例,两组患者在性别、年龄、文化程度、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法及评价指标 责任护士给予对照组患者常规出院指导,指导家属督促患者遵医嘱服药,定期复查肺功能及体育锻炼等,并将出院指导卡交与患者,出院后责任护士不再进行任何护理干预。责任护士对观察组患者应用延续护理方法,建立了患者延续护理档案,根据患者的临床资料及对延续护理的需求情况,制定出延续护理工作方案,对患者进行持续性、专业化的延续护理与指导。其调查方法为专人负责调查,对于不能填写者,由调查员给予帮助,共发放调查问卷 132 份,回收有效问卷 132 份,有效应答率为 100%。具体方法如下。

1.2.1 出院前的护理干预 出院前 1 周,举办以小群体为基础的健康教育课堂,内容包括 CB 危险因素的控制、CB 健康生活方式指导,强调 CB 患者出院后在家期间应遵医嘱用药,定期门诊复查,指导并鼓励患者加强肺部功能锻炼(如有效咳嗽与咳痰、深呼吸、腹式呼吸、缩唇呼吸、吹气球等),同时指导家属帮助患者进行肺部物理治疗(如家庭氧疗、蒸汽吸入、胸部叩击等),并督促患者养成良好的健康生活方式,以增强机体营养

支持和免疫力。

1.2.2 建立随访登记本 详细记录每位患者每次随访情况、健康情况、心理状态、患者的康复需求,对责任护士工作的意见及建议等,并根据患者情况进行评估,制定具体可行的护理干预措施,及时改进工作,提高工作成效。

1.2.3 责任护士定期或不定期地对患者实施电话回访或家庭访问 详细了解患者出院后的健康状况,强调遵守延续护理要求及树立自我护理意识的重要性,以能保证护理干预的连续性^[5]。并发放健康知识小册子,指导患者具体的呼吸锻炼方法和功能锻炼,解答患者出院后所遇到的健康问题,指导家属督促患者建立健康生活方式^[6],提高其生活质量。

1.2.4 主动与家属沟通 在进行延续护理工作中要主动与家属沟通,征求其意见及想法,了解患者自我护理的现状,同时做好家属的心理护理,鼓励家属参与延续护理工作,并培训家属正确的护理方法。在日常生活中指导家属帮助患者建立遵医行为。

1.2.5 建立护患双向沟通渠道 为方便及时联系沟通,责任护士建立患者与医院之间的双向通讯录,建立动态沟通渠道,使患者及家属在出院后自我护理过程中出现的健康问题能随时向责任护士请教,责任护士也能随时向患者及家属了解患者的康复进展情况。

1.2.6 对患者家属实施延续护理干预 责任护士为患者家属提供疾病相关知识及信息,告知患者所患疾病的最新治疗护理方式,并讲解家庭社会支持对患者疾病治疗的重要性,鼓励其多陪伴患者,多给予生活上的帮助及情感上的关爱,共同监督和支持患者建立良好的生活行为,提高患者生存质量^[7]。

1.2.7 患者和家属一起参与 老年患者自我护理能力较差,因此,在延续护理干预工作中必须让患者和家属一起参与,温馨和谐的亲情关系有利于患者疾病的康复。并且老年患者接受能力较差,应尽量使用形象生动、简单通俗的语言与其沟通。

1.2.8 给予心理干预 因慢性支气管炎疾病反复发作、很难治愈,常常使患者产生焦虑、抑郁、恐惧心理,又由于多为老年人,基础病较多,机体抵抗力低,不能正确认识疾病,加上家属对患者的支持常常随着病情的进展而显得无力。因此,护理人员要主动和患者建立良好的护患关系,认真耐心地解答患者的疑问。向患者讲解疾病的发病原因、预防方法、治疗方法及注意事项等,将治疗成功的病例介绍给患者,帮助患者克服悲观情绪,建立战胜疾病的信心,争取患者的积极配合^[8]。