

· 临床护理 ·

64 例老年胃肠道肿瘤患者术后胃肠道功能恢复的影响因素研究

陈丽莉

(河南省南阳市中心医院 肿瘤科三病区 473000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.15.054

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)15-1964-02

腹部手术后胃肠道功能恢复是患者术后康复过程的重要环节,尤其是对于老年胃肠道肿瘤患者,手术创伤较大,再加上年龄原因,术后康复速度较慢,影响到患者康复的过程^[1-2]。因此,了解老年胃肠道肿瘤患者术后胃肠功能恢复的相关影响因素,进行针对性的干预极为必要。目前,临床上在对于促进腹部手术后胃肠功能恢复方面的研究较多,但对其相关影响因素研究较少。笔者对 64 例老年胃肠道肿瘤患者术后胃肠道功能恢复的影响因素进行研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2013 年 1 月本院普通外科收治的 64 例老年胃肠道肿瘤术后患者为观察对象,其中,男 38 例,女 26 例;年龄 67~82 岁,平均(71.2±1.3)岁;原发疾病:胃癌 34 例、直肠癌 20 例、结肠癌 10 例。纳入标准:(1)年龄大于或等于 65 岁;(2)所有患者诊断均经术后病理学检查确诊;(3)既往无精神疾病史;(4)术前心、脑、肝、肾等重要脏器功能无障碍。排除标准:(1)合并其他严重躯体疾病者;(2)不能配合研究者;(3)合并重要脏器功能障碍者。

1.2 方法 胃肠道手术后患者胃肠道功能恢复时间为 3~7 d,为此,笔者根据胃肠道功能恢复时间将患者分为大于 7 d 组和小于或等于 7 d 组。所有患者术后给予基础治疗,排气时间大于 7 d 的患者给予肌注新斯的明、四磨汤、大承气汤灌肠或针刺足三里等辅助治疗。

1.3 观察指标 比较两组患者年龄、性别、既往胃肠道疾病、糖尿病史、有无腹腔积液、体质量指数(BMI)、血清清蛋白、术中出血量、术中补液量、手术时间、术后留置尿管时间及术后第 1 天疲劳评分等因素。疲劳量表-14^[3](FS-14)由 14 个条目组成,分别从不同角度反映疲劳的轻重,经主成分分析将 14 个条目分为两类,一类反映躯体疲劳,包括第 1~8 共 8 个条目;一类反映脑力疲劳,包括第 9~14 共 6 个条目。请受试者仔细阅读每一条目或检查者逐一提问,根据最适合受试者的情况圈出“是”或“否”,第 10、13、14 条 3 个条目为反向计分,即回答“是”计为 0 分,回答“否”计为“1”分,其他 11 个条目都为正向计分,即回答“是”计为“1”分,回答“否”计为“0”分。将第 1~8 条 8 个条目的分值相加即得躯体疲劳分值,将第 9~14 条 6 个条目的分值相加即得脑力疲劳分值,而疲劳总分为躯体及脑力疲劳分值之和。躯体疲劳分值最高为 8,脑力疲劳分值最高为 6,总分值最高为 14,分值越高,反映疲劳越严重。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料以百分率表示,相关因素的单因素分析采用 *t* 检验和 χ^2 检验,将单因素分析中有意义的变量引入多元 Logistic 分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 所有患者胃肠道功能恢复情况 64 例患者术后胃肠道

功能经治疗后均得以恢复,最长时间 12 d,最短时间 2 d,其中,小于或等于 7 d 41 例,大于 7 d 23 例。

2.2 胃肠道功能恢复相关影响因素比较 大于 7 d 组患者年龄、性别、BMI、血清清蛋白以及术后留置尿管时间与小于或等于 7 d 组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。大于 7 d 组患者术中出血量、术中补液量、手术时间、疲劳评分,以及既往胃肠道疾病史、糖尿病史、腹腔积液患者所占比例均高于小于或等于 7 d 组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者的计量资料比较

影响因素	≤7 d 组 (n=41)	>7 d 组 (n=23)	<i>t</i>	<i>P</i>
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	72.3±1.1	71.7±1.9	1.39	>0.05
BMI($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	19.4±0.3	20.2±0.7	5.22	>0.05
血清清蛋白($\bar{x} \pm s$, g/L)	34.1±3.2	34.5±3.1	0.49	>0.05
术中出血量($\bar{x} \pm s$, mL)	2 457.5±536.2	4 529.2±545.2	14.67	<0.05
术中补液量($\bar{x} \pm s$, mL)	5 362.1±458.2	8 352.4±559.3	21.85	<0.05
手术时间($\bar{x} \pm s$, h)	7.5±0.3	8.7±0.6	8.98	<0.05
留置尿管时间($\bar{x} \pm s$, d)	1.8±0.1	1.8±0.2	0.00	>0.05
疲劳评分($\bar{x} \pm s$, 分)	8.4±1.3	11.8±1.4	9.56	<0.05
男性[n(%)]	25(60.89)	13(31.71)	0.01	>0.05
女性[n(%)]	16(39.01)	10(24.39)		
既往胃肠道疾病史[n(%)]	3(7.32)	7(17.07)	4.35	<0.05
糖尿病史[n(%)]	5(12.20)	12(29.27)	10.11	<0.05
腹腔积液[n(%)]	4(9.76)	8(19.51)	9.87	<0.05

2.3 胃肠道功能恢复相关影响因素单因素分析 经单因素分析,术中出血量、术中补液量、手术时间、疲劳评分、既往胃肠道病史及腹腔积液等 6 个指标与老年胃肠道肿瘤手术患者术后胃肠道功能恢复有关,比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 胃肠道功能恢复相关影响因素单因素分析结果

影响因素	β	SE	Wald	Sig	Exp(B)
术中出血量	2.243	0.732	6.321	0.002	5.268
术中补液量	1.582	0.802	3.002	0.021	4.827
手术时间	0.685	0.312	4.541	0.041	1.948
疲劳评分	2.131	0.814	6.824	0.000	5.624
既往胃肠道病史	1.324	0.616	4.415	0.012	3.724
糖尿病史	0.426	0.772	0.301	0.587	1.529
腹腔积液	1.734	0.928	3.416	0.002	5.245

2.4 胃肠道功能恢复相关影响因素分析 经 Logistic 多因素分析发现,术中出血量、手术时间、疲劳评分、合并腹腔积液等 4 个指标与老年胃肠道肿瘤手术患者术后胃肠道功能恢复存

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。