

快速康复外科护理干预对保肛术患者肠功能恢复的影响

郑丽君(广东省深圳市龙华新区人民医院白石龙社康中心 518026)

【摘要】 目的 探讨快速康复外科护理干预对保肛术患者术后肠功能恢复的影响。**方法** 将 2012 年 5 月至 2013 年 5 月在深圳市龙华人民医院白石龙社康中心行低位直结肠癌保肛术的 64 例患者分为治疗组(32 例)和对照组(32 例),对照组给予常规外科治疗和护理,治疗组给予快速康复外科护理干预,对两组患者术后临床各项观察指标进行比较分析。**结果** 治疗组术后住院时间、首次进食时间、首次下床时间、首次排气时间、首次排便时间、拔除尿管和拔除引流管时间均早于或小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组术后第 1、2、7 天尿乳果糖与甘露醇比值及术后血糖均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 快速康复外科护理干预有利于保肛术患者肠功能恢复,值得临床推广应用。

【关键词】 快速康复外科; 护理干预; 保肛术; 肠功能恢复

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.23.032 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)23-3531-03

Effect of fast track surgery nursing intervention on intestinal function recovery of patients with sphincter preserving surgery ZHENG Li-jun (Baishilong Community Health Center, People's Hospital Longhua New District, Shenzhen, Guangdong 518026, China)

【Abstract】 Objective To investigate the effect of postoperative fast track surgery nursing intervention on the recovery of intestinal functions in patients with sphincter preserving surgery. **Methods** 64 cases of patients with anal sphincter preservation for low rectal cancer were selected from May 2012 to May 2013 in Baishilong Community Health Center, Shenzhen Longhua People's Hospital, and they were divided into treatment group (32 cases) and control group (32 cases). Control group and treatment group received conventional surgical nursing and fast track surgery nursing intervention, respectively. The postoperative indicators of the two groups were analyzed and compared. **Results** The postoperative hospital stay, first meal time, first time out of bed, first exhaust time, first defecation time and time of removal of catheter and drainage tube of treatment group were significantly earlier of less than control group ($P < 0.05$). The ratio of urinary lactulose and mannitol (L/M) and the level of postoperative blood glucose of treatment group were significantly lower than control group, 1, 2, 7 d after surgery ($P < 0.05$). **Conclusion** Fast track surgery nursing intervention is beneficial to the recovery of intestinal function in patients with sphincter preserving surgery, which is worthy of clinical promotion.

【Key words】 fast track surgery; nursing intervention; anus preserving operation; intestinal function recovery

快速康复外科(FTS)是丹麦外科医生 Wilmore 和 Kehlet 提出的外科护理新概念,其旨在通过改善和优化患者围术期的各种处理方法,降低或者减少手术产生的各种应激反应,避免患者产生生理及心理创伤,获得快速康复为主的目的^[1]。我国 FTS 仍处于发展阶段,技术水平较国外仍然比较落后,推广应用较为狭窄,目前主要应用在开腹结肠癌手术中,临床效果较好^[2-3]。随着生活节奏的加快与改善,直肠癌的发病率逐渐上升。直肠癌是指从齿状线至直肠乙状结肠交界处之间的癌,是消化道最常见的恶性肿瘤之一,占大肠癌发生率的 60%~75%,其中又以老年人占多数^[4-5]。随着对直肠癌浸润及转移机制的深入了解,直肠癌的手术技术也得到了不断的改进和发展,低位直肠癌保肛术在手术中逐渐得到了广泛应用。本研究通过 FTS 护理干预低位直肠癌保肛术患者,观察比较肠功能的恢复情况,为外科护理提供重要依据,现将本研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 5 月至 2013 年 5 月在深圳市龙华新区人民医院白石龙社康中心行低位直结肠癌保肛术的 64 例患者,其中男 34 例,女 30 例,年龄 32~79 岁,平均 54.2 岁。所有患者术前均经 CT、超声、病理学、组织学等影像学检查及术中探查确诊为直肠癌,无远处转移,且符合手术指征。经检查,患者无内科并发症,无器官功能障碍等,所有患者均进行择期手术。按照患者的入院顺序,将 64 例患者分为治疗组 32 例和对照组 32 例,两组患者年龄、性别、病程和并发症等比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 排除标准 年龄大于 80 岁的患者,既往有腹部手术史患者,术前接受放、化疗的患者,检查肿瘤超出 8 cm 的患者,直肠癌超低位需行经腹会阴联合切除术者,凝血功能异常患者,有严重心、肺等重要器官功能障碍患者,糖尿病患者,急性梗阻患者,拒绝接受快速康复护理干预患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 对照组患者按照常规护理,所有患者均在术前 3 d 做好肠道准备,每日口服 250 mL 25% 甘露醇;每日 3 次口服丁胺卡纳霉素及甲硝唑。术前 3 d 开始半流质饮食,术前 12 h 禁食、8 h 禁饮,术前晚清洁灌肠,术晨常规放置胃管、导尿管,术后根据是否排气拔除胃管,开始饮水,并进食,根据尿量充分补液,术后第 3~4 天拔除尿管,术后第 5~7 天拔除引流管,采取镇痛泵镇痛,并指导患者进行常规功能锻炼,根据患者体力恢复及病情恢复进展情况行下床行走及活动。出院前行必要的健康指导。

1.3.2 治疗组 治疗组采用 FTS 护理干预方法,术前护理干预:(1)注意沟通。主管护士要留心观察患者的表现,及时发现患者存在的忧郁、焦虑及害怕等心理症状,用通俗易懂的语言进行沟通交流,让患者及其家属熟知 FTS 理念,了解在治疗直肠癌过程中可能会出现的情况及相应的解决方法,有效的心理干预可降低患者心理应激反应,帮助患者平稳度过手术期^[6]。(2)合理宣传。提前进行关于直肠癌的宣传宣讲,发放健康教育手册、观看相关录像、图片等,让患者尽可能了解直肠癌,认清手术的必要性和紧迫性,以取得患者及其家属的配合与理解。(3)术前准备。提前准备好手术各种用品,安抚患者心情,并在术前 2 h 让患者饮糖水 400~500 mL。术中护理干预:(1)关心放松。手术护士接待患者时,要做到和善、和蔼、合理,手术开始时关心患者并守护在其旁边,嘱其进行自我暗示和自我放松。(2)人文环境。患者使用保暖床垫,非手术位置注意保暖,手术室的温度保持 22~25 ℃;手术进行时要做到输入液体保持在 38 ℃,避免温度过高或过低;手术过程中的腹腔冲洗液要保持在 38~42 ℃。术后护理干预:(1)早期康复治疗。手术后待患者清醒时,及时拔出胃管,12 h 夹闭尿管并在 24 h 内拔出,3 d 内拔出引流管。术后第 1 天开始饮水并进食,按

照患者体质逐日增加食量,第 3 天开始常规饮食。(2)早期功能锻炼。及早在护士协助下进行四肢活动和体位变换;术后第 1 天适当下床活动 3~5 次,每次 15~20 min;术后第 2 天在家属监督下自行开始床边活动;术后第 3 天可在走廊走动,注意动作缓慢;术后第 7~9 天可办理出院。(3)及时排便锻炼。①提肛锻炼:术后第 2 天就要指导患者做提肛运动。提肛运动(下蹲、站立、下蹲)是为锻炼肛门括约肌、肛提肌及阴部-肛门神经反射功能,下蹲时肛门要放松,站立时做到用力收缩肛门,每次做 30 下,每天 4~6 次;②定时扩肛锻炼:术后第 3 周,为防止手术吻合口狭窄,指导患者进行扩肛锻炼,用戴手套涂液状石蜡的右手食指和中指尽量分开肛门,缓慢入肛 5 cm 左右,持续时间在 10~15 min 左右,1~2 次/周;③排便反射锻炼:每天定时排便,控制排便时间,每次有便意后,通过体位变换、看书、听音乐等心理暗示的方法训练肠壁的延伸性和肠道的贮便功能;(4)随访与出院指导:及时做好出院指导,患者出院后做好随访。前 3 个月嘱患者根据医嘱进行饮食、活动与休息,主管护士每周电话进行随访记录;3 个月后每 2 周 1 次进行随访记录;6 个月后每个月 1 次随访记录。

1.4 评价方法 记录两组患者术后住院时间,首次进食、下床活动、排气、排便时间,腹腔引流管、尿管拔除时间,术前 1 d 和术后第 2、7 天尿乳果糖与甘露醇比值及术前、术后血糖情况。

1.5 统计学处理 所有数据均采用 SPSS19.0 统计学软件进行处理分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后各项临床指标比较 见表 1。

2.2 两组患者不同时间尿乳果糖与甘露醇比例及血糖情况比较 见表 2。

表 1 两组患者术后各项临床指标比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	<i>n</i>	住院时间	首次进食时间	首次下床时间	首次排气时间	首次排便时间	尿管拔除时间	腹腔管拔除时间
治疗组	32	7.42 ± 2.10	2.31 ± 1.13	1.76 ± 0.54	2.10 ± 0.56	3.55 ± 1.19	2.12 ± 0.28	4.14 ± 1.25
对照组	32	9.54 ± 1.47	4.29 ± 1.04	3.83 ± 1.71	3.87 ± 1.04	4.27 ± 3.06	4.21 ± 0.87	6.20 ± 2.16
<i>t</i>		3.114	1.520	1.887	1.309	2.016	4.764	5.103
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组患者术前 1 d 和术后第 2、7 天尿乳果糖与甘露醇比值及术前、术后血糖比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	尿乳果糖与甘露醇比值			血糖 (mmol/L)	
		术前 1 d	术后第 2 天	术后第 7 天	术前	术后
治疗组	32	0.19 ± 0.01	0.08 ± 0.04	0.03 ± 0.01	6.02 ± 0.01	6.50 ± 1.17
对照组	32	0.20 ± 0.02	0.14 ± 0.03	0.09 ± 0.06	5.87 ± 0.48	7.93 ± 0.91
<i>t</i>		5.028	0.879	0.015	8.449	2.106
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

FTS 护理是近年来在欧美国家广泛重视并大力推广的一种围术期治疗理念^[7-8]。Kehlet 和 Wilmore^[9] 提出,FTS 能够促进患者快速康复,减少手术创伤应激,其临床疗效正逐渐受

到各国重视。FTS 的主要理论是经过最新循证医学证实的合理措施,主要包括针对患者的术前宣教、常规手术指导、术前肠道准备、术中患者保温、术后早期拔除导管、进食及功能锻炼等^[10-11]。这些方法主要用来降低身体应激反应导致的内分泌

失调、内环境紊乱,加快病情恢复。所有治疗组患者术前均不采取抗菌药物治疗等常规措施处理,不灌肠、不禁食以降低患者痛苦,方便手术操作。术后早期活动,旨在刺激肠蠕动,增加血液循环力度,减轻肠道及肛门局部肿胀,改善肠道血液循环功能。本研究结果表明,治疗组患者在住院时间、首次进食时间、首次排气时间、首次排便时间、腹腔管及尿管拔除时间较对照组显著缩短或提前,患者术后胃肠功能恢复也明显提前。术后血糖检测是查验患者身体吸收状况的重要指标,治疗组在 FTS 护理干预下,血糖总体水平明显好于对照组,由此表明快速康复护理干预有助于患者总体功能恢复。乳果糖和甘露醇的吸收情况是检验肠功能恢复的重要指标,乳果糖主要在肠黏膜上吸收进入血液循环,甘露醇主要以跨上皮细胞的形式被吸收,二者主要从肠道吸收进入血液循环,在小肠内不发生代谢,肠黏膜的损伤会导致上皮细胞通透性增加,进而导致血液中乳果糖浓度增加,甘露醇的吸收并无影响,二者最后经肾脏从尿液中排泄,故检验患者尿液中乳果糖和甘露醇浓度有助于了解肠功能的恢复情况。

本研究中两组患者尿乳果糖与甘露醇比值在术后均呈逐渐下降的趋势,但两组比较,治疗组比对照组明显要快,由此表明治疗组的肠功能恢复情况更加明显。从另一角度说明,FTS 护理提倡早运动、早进食有助于肠道功能的恢复,促进肠蠕动及吸收平衡,进而促进患者的整体康复,提高生活质量。

参考文献

[1] Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track Surgery[J]. BMJ, 2001, 322(7284): 473-476.
 [2] 王东升, 仲蓓, 孔营, 等. 结直肠癌患者应用加速康复外科

的对照研究[J]. 中华普通外科杂志, 2010, 25(7): 595-596.

[3] Zhou T, Ting WX, Jiang Y, et al. Early removing gastrointestinal decompression and early oral feeding improve patients rehabilitation after colectostomy[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(15): 2459-2463.
 [4] 陈俊勇, 朱锦腾, 余荣伦. 中低位直肠癌应用双吻合器保肛手术的评价[J]. 中国基层医药, 2002, 9(3): 208-209.
 [5] 李宇清, 曾波航, 杜志强. 卡培他滨联合复方中药治疗晚期复发性结直肠癌[J]. 现代医院, 2010, 10(8): 11-12.
 [6] 徐娟, 刘永忠, 郑远松, 等. 大肠癌患者术后心理干预[J]. 中国临床心理学杂志, 2005, 11(11): 44-45.
 [7] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008, 31(3): 177-181.
 [8] 陈元香, 肖根秀, 高镇松. 时间护理在结直肠癌围手术期患者健康教育中的应用[J]. 现代医院, 2010, 10(6): 107-108.
 [9] Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg, 2002, 183(6): 630-641.
 [10] 梁辉, 管蔚, 陈国玉, 等. 腹腔镜结直肠癌手术患者快速通道康复的近期价值[J]. 腹腔镜外科杂志, 2010, 15(1): 31-32.
 [11] 汪刘华, 王道荣, 鱼海峰, 等. 腹腔镜与开腹 TME 保肛术治疗中低位直肠癌的对照研究[J]. 国际外科学杂志, 2012, 39(1): 16-19.

(收稿日期: 2015-03-12 修回日期: 2015-06-20)

(上接第 3530 页)

同时 PW 测定动脉血流时, 应高度怀疑恶性可能。

睾丸畸胎瘤的超声表现多样, 其睾丸体积可增大或正常, 内可为单个、多个囊性、囊实混合性或实性肿块, 混杂散在或聚集的钙化, 血供稀少或较丰富。上述表现与睾丸卵黄囊瘤、表皮样囊肿、NTT 坏死等病变可有类似的声像图改变, 但 HCDU 能将此进行鉴别。同时, 对于一个小于 1 岁的婴幼儿而言, 具有这些声像图表现则高度提示睾丸畸胎瘤的可能。

参考文献

[1] Ross JH, Kay R. Prepubertal testis tumors[J]. Rev Urol, 2004, 6(1): 11-18.
 [2] Hisamatsu E, Takagi S, Nakagawa Y, et al. Prepubertal testicular tumors: a 20-year experience with 40 cases[J]. Int J Urol, 2010, 17(11): 956-959.
 [3] Brosman SA. Testicular tumors in prepubertal children [J]. Urology, 1979, 13(6): 581-588.
 [4] Lee SD, Korean Society of Pediatric Urology. Epidemiological and clinical behavior of prepubertal testicular tumors in Korea[J]. J Urol, 2004, 172(2): 674-678.
 [5] Kaplan GW, Cromie WC, Kelalis PP, et al. Prepubertal yolk sac testicular tumors-report of the testicular tumor registry[J]. J Urol, 1988, 140(5 Pt 2): 1109-1112.

[6] Cost NG, Lubahn JD, Adibi M, et al. A comparison of pediatric, adolescent, and adult testicular germ cell malignancy[J]. Pediatr Blood Cancer, 2014, 61(3): 446-451.
 [7] Metcalfe PD, Farivar-Mohseni H, Farhat W, et al. Pediatric testicular tumors: contemporary incidence and efficacy of testicular preserving surgery [J]. J Urol, 2003, 170(6 Pt 1): 2412-2415.
 [8] Epifanio M, Baldissera M, Esteban FG, et al. Mature testicular teratoma in children: multifaceted tumors on ultrasound[J]. Urology, 2014, 83(1): 195-197.
 [9] KIm W, Rosen MA, Langer JE, et al. US MR imaging correlation in pathologic conditions of the scrotum[J]. Radiographics, 2007, 27(5): 1239-1253.
 [10] Malvia RP. Epidermoid cyst of the testicle: an unusual sonographic finding[J]. AJR Am J Roentgenol, 1993, 160(5): 1047-1048.
 [11] 陈颖, 蕾英, 邱秋明. 小儿睾丸肿瘤的超声诊断[J]. 中国超声诊断杂志, 2005, 6(6): 430.
 [12] Horowitz MB, Abiri MM. US case of the day. Benign cystic teratoma and testicular microlithiasis [J]. Radiographics, 1997, 17(3): 793-796.

(收稿日期: 2015-04-03 修回日期: 2015-07-09)