

泌尿系肿瘤术后肠功能障碍患者的综合干预

彭丽仁¹, 王惠芬², 王娅妮¹, 陈豆豆¹, 杨婳¹

Comprehensive interventions on intestinal dysfunction in patients after urological cancer surgery Peng Liren, Wang Huifen, Wang Yani, Chen Doudou, Yang Li

摘要:目的 促进泌尿系肿瘤患者术后肠功能恢复。方法 将 141 例泌尿系肿瘤术后胃肠功能障碍患者按时间段分为对照组 71 例、观察组 70 例。对胃肠功能障碍, 对照组实施术后常规护理; 观察组采取腹式呼吸训练, 盆底肌训练, 腹部按摩, 肛门直肠刺激, 肛门注入液体石蜡 5 项措施综合应用的方法。连续干预 3 d 后评价效果。结果 观察组肠鸣音恢复时间、排气及排便时间显著短于对照组(均 $P < 0.01$)。结论 对泌尿系肿瘤术后肠功能障碍患者实施综合护理措施效果更显著。

关键词:恶性肿瘤; 泌尿系统; 手术; 肠功能障碍; 呼吸训练; 盆底肌训练; 腹部按摩; 肛门直肠刺激; 液体石蜡

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.03.035

胃肠道功能障碍是全麻术后患者最常见的并发症之一, 有研究显示, 全麻术后胃肠道功能障碍发生率高达 43.1%^[1]。泌尿系肿瘤患者, 一般身体状况不佳, 加之部分患者年龄偏大, 免疫力低, 应激性差, 术后更易发生腹胀、便秘等胃肠功能障碍^[2]。目前, 对于全麻术后肠道功能障碍患者多偏重于药物治疗^[1], 或是术后即采取单项预防性干预措施, 包括开塞露纳肛、腹部及穴位按摩、直肠刺激或灌肠等^[3-4], 均取得了一定效果。但对于全麻术后已发生胃肠功能障碍患者, 采取上述单项预防性措施效果不尽理想。鉴此, 本研究小组借鉴中国康复护理专业委员会制定的康复护理技术操作规程^[5]中针对神经源性肠道功能训练技术(腹部按摩、肛门直肠刺激、肛门纳入液体石蜡), 并加入腹式呼吸训练、盆底肌训练项目, 将其综合应用于 70 例泌尿系肿瘤术后胃肠功能障碍患者, 获得良好效果, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 7 月至 2018 年 7 月入

住本院泌尿外科行全麻手术的患者为研究对象; 并获得医院伦理委员会审核批准。纳入标准: ①符合泌尿系肿瘤诊断标准, 择期全麻手术; ②术后生命体征平稳; ③术后 ≥ 4 d 腹胀或未排气排便, 判定为肠功能障碍^[6]; ④查体有腹胀(\geq I 级), 肠鸣音活跃或减少, 腹部叩诊鼓音^[6]; ⑤腹部 X 线摄片提示腹腔内无肠管扩张及液平面; ⑥无精神障碍疾病, 能正常沟通和交流; ⑦患者及家属知情同意参加本研究, 签署知情同意书。排除标准: ①术前便秘; ②近期功能性胃肠道疾病并应用胃肠动力药物治疗。共纳入 141 例, 男 103 例, 女 38 例; 年龄 36~81 岁。疾病种类: 膀胱癌 73 例, 前列腺癌 28 例, 肾癌 20 例, 腹膜后肿瘤 20 例。手术方式: 腹腔镜手术 103 例, 开放手术 38 例。按时间段分为两组: 2016 年 7 月至 2017 年 7 月的 71 例分为对照片组; 2017 年 8 月至 2018 年 7 月 70 例分为观察组。两组患者一般资料比较, 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	使用镇痛泵 (例)	疾病种类(例)				手术方式(例)		手术时间 (h, $\bar{x} \pm s$)	出血量 (mL, $\bar{x} \pm s$)
		男	女			膀胱癌	前列腺癌	肾癌	腹膜后肿瘤	腹腔镜	开放		
对照组	71	51	20	60.48 \pm 8.80	65	37	13	11	10	50	21	2.63 \pm 0.25	159.8 \pm 13.5
观察组	70	52	18	60.30 \pm 8.40	64	36	15	9	10	53	17	2.72 \pm 0.33	162.2 \pm 15.3
统计量		$\chi^2=0.108$		$t=0.069$	$\chi^2=0.001$	$\chi^2=0.349$				$\chi^2=0.501$		$t=1.827$	$t=0.988$
P		0.743		0.941	0.980	0.950				0.479		0.070	0.325

1.2 方法

1.2.1 干预方法 患者手术后 1~2 d 为肠麻痹期, 2~3 d 为不规则肠蠕动期, 3~4 d 为肠道恢复正常规律蠕动期(此期间一般患者会排气排便), 术后 ≥ 4 d 患者未排气排便, 会出现腹胀腹痛情况, 表现为不适^[7], 需及时进行护理干预。对照组给予开塞露(规格为 30 mL/支)纳肛, 告知 5~10 min 会起作用, 可于床上排便; 1 次/d, 连续 3 d, 如无效报告医生遵医

嘱增加口服乳果糖促进肠道蠕动, 或给予灌肠, 促进排气排便。观察组采取综合护理措施, 具体如下: ①腹式呼吸训练。先行缩唇呼吸(患者平卧, 用鼻吸气, 用嘴呼气; 呼气时嘴缩成口哨状); 再行腹式呼吸(将一手掌置于剑突下, 吸气时顶起手掌, 呼气时手掌稍向下用力, 协助呼气); 第 3 步行缩唇呼吸联合腹式呼吸(用鼻吸气的同时将腹部鼓起, 抵抗手掌; 用嘴缩成口哨状呼气), 吸、呼比为 1:2, 约吸气 5 s, 呼气 10 s。初期由责任护士指导并协助进行, 患者熟练后自行训练, 以不感疲劳为宜。②盆底肌训练。患者平卧, 双腿屈膝, 双肘置于床面, 腹式呼吸, 吸气时抬起臀部、收缩会阴部和肛门; 呼气时放松臀部。吸、呼气比例

作者单位: 湖北省肿瘤医院 1. 泌尿外科 2. 护理部(湖北 武汉, 430079)

彭丽仁: 女, 本科, 主管护师

通信作者: 王惠芬, 1875129103@qq.com

收稿: 2019-07-28; 修回: 2019-09-10

同腹式呼吸。③腹部按摩。责任护士立于患者右侧，双手涂抹液体石蜡；将左手示指、中指、无名指置于患者右下腹，将右手示指、中指、无名指指腹与左手手指腹重叠；从患者右下腹沿结肠方向，及以肚脐为中心顺时针方向做腹部按摩，至左下腹时直行向下。15 min/次，注意避开伤口，力度合适，患者可以接受。④肛门直肠刺激。责任护士带双层手套，用液体石蜡润滑示指及患者肛门，将示指插入患者肛门两指节，做顺时针按摩，在3、6、9、12点钟处肠壁按压15 s，以刺激直肠肛门反射，按摩1圈后患者无便意，停2~3 min后再按摩1圈。⑤肛门注入液体石蜡。使用一次性12 Fr导尿管插入肛门约30 cm，用注射器通过一次性导尿管向肛门注入30 mL液体石蜡后拔出一一次性尿管。上述5项措施为一组，每天1次（其中腹式呼吸训练、盆底肌训练2项，鼓励患者增加训练次数），连续3 d，如无效，处理同对照组。

1.2.2 评价方法 ①肠鸣音恢复时间。干预后每4小时用听诊器听诊1次，听诊部位为左上下腹、右上下腹及脐周区5个部位，听诊时间为每个部位1 min。在2个听诊区发现连贯性较强的肠鸣音，且>3次/min，则为肠鸣音恢复。②排气、排便时间。定时询问患者肛门排气、排便情况，记录患者自觉肛门排气时间、排便时间。③干预效果。经干预，患者自行排气排便、无腹泻，为肠功能恢复；已排气未排便为肠功能部分恢复；未排气排便，症状体征无改善为无效。

1.2.3 统计学方法 采用SPSS20.0软件进行数据分析，行 χ^2 检验、*t*检验，检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组肠功能恢复情况 连续干预3 d后，对照组肠功能恢复63例、无效8例；观察组肠功能恢复69例、无效1例；两组比较， χ^2 （校正）=4.813， $P=0.041$ ，差异有统计学意义。两组无效患者，均遵医嘱给予灌肠助其排便后，给予口服乳果糖促进肠道蠕动，肠功能均逐渐恢复。

2.2 两组干预后肠鸣音恢复、排气及排便时间比较 见表2。

表2 两组干预后肠鸣音恢复、排气及排便时间比较

h, $\bar{x} \pm s$				
组别	例数	肠鸣音恢复时间	排气时间	排便时间
对照组	63	20.91±4.54	50.73±15.21	52.73±14.21
观察组	69	15.43±2.92	25.43±16.54	31.45±13.36
<i>t</i>		-8.319	-9.120	-8.859
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

3 讨论

术后胃肠功能障碍主要为胃肠道动力损害，受麻醉、术后疼痛、术中出血量及手术时间等因素影响。如全麻对交感神经产生抑制作用，减弱胃肠蠕动功能；吸入异氟醚类气体导致腹胀等^[8]。术后疼痛以及

使用镇痛泵使交感神经兴奋，反射性抑制胃肠运动；疼痛使患者活动量减少，肠蠕动恢复时间延长^[9]。有研究报道，肿瘤患者术中出血量大、手术时间长，以及年龄偏大、耐受力差等是影响术后胃肠功能恢复的重要因素^[10]。如不及时干预，则表现出明显的食物不耐受、肠鸣音消失、腹胀以及排气、排便减少，影响患者康复进程。本研究中的患者均为泌尿系肿瘤，除上述影响因素外，还存在更直接的影响因素：手术部位在腹腔盆腔，对胃肠道有直接的刺激或损伤，或是改变腹腔环境/解剖结构，如膀胱癌行膀胱全切回肠输出道造口术、膀胱全切回肠/结肠原位膀胱术，均使用一截肠道；肾癌根治术、肾部分切除术、前列腺癌根治术、腹膜后肿瘤手术均对腹腔环境有较大影响^[11]，从而致使患者术后胃肠功能恢复延迟，出现腹胀、便秘^[12]等情况。

本研究针对以往单项干预措施效果不理想的问题，将腹式呼吸、盆底肌锻炼、腹部按摩、肛门直肠刺激、肛门注入液体石蜡5项措施综合应用，促进胃肠功能恢复效果显著好于对照组（肠鸣音恢复时间、排气及排便时间显著短于对照组，肠功能恢复率显著高于对照组； $P<0.05$ ， $P<0.01$ ）。分析原因如下：腹式呼吸及盆底肌锻炼可很好地锻炼腹部及盆底肌肉力量，有利于促进排气排便；腹部按摩，根据结肠走向给予机械动力，唤醒肠道蠕动反应性，促使肠内容物或气体排出；肛门直肠刺激可引起直肠壁内感受器兴奋，神经冲动沿盆神经和腹下神经的传人纤维传至腰骶脊髓段的排便中枢，由此发出神经冲动沿盆神经的副交感神经纤维传出，引起降结肠肠收缩和盆底肌收缩，肛门内外括约肌舒张^[13]，有利于排气排便；导管置入30 cm，注入液体石蜡可到达结肠，润滑肠壁、软化粪便，利于排出。

当前，泌尿系肿瘤发病率呈逐年上升趋势，随着微创技术的不断成熟和发展，护理方面如何更好地创新，使患者受益更多，成为肿瘤护理工作者的共同心声。通过本次研究体会到，术前做好营养支持、心理疏导及充分的肠道准备；术后尽早开展胃肠功能恢复性训练，同时密切病情变化及胃肠功能恢复进程，警惕不良信号，提早干预，是促进肿瘤患者术后胃肠功能恢复的有效措施，亦符合外科领域的快速康复理念。

参考文献：

[1] 龙丽珍,黄秋环,蓝常贡.全麻患者术后胃肠功能障碍研究进展[J].右江医学,2017,45(6):748-750.
 [2] 罗敏,曾丽文,程茂华.腹部非胃肠道手术后患者肠道功能恢复判定方式的改进[J].护理学杂志,2015,30(4):9-11.
 [3] 任娜娜.加速康复外科护理对胃大部分切除术患者康复效果影响的Meta分析[J].护理学杂志,2015,30(16):98-102.