

胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动现状及影响因素分析

吴茜^{1,2}, 汪夏云², 顾一帆¹, 周杰¹, 马晶晶^{1,2}, 汤爱洁², 戴秀娟², 陈静娟¹, 周姝¹

摘要:目的 调查胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动现状及其影响因素,为护理人员制订相应护理对策提供参考。方法 对 329 例择期手术胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动状况和影响因素进行调查分析。结果 术后 24 h 内下床活动患者 182 例(55.32%), 128 例(38.91%)术后第 1~2 天活动总时长超过 1 h。性别和术后导管总数是胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动的影响因素(均 $P < 0.05$)。结论 胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动水平有待提高,临床护理人员需制订相应的护理对策,帮助其提高下床活动依从性,促进术后康复。

关键词:胃肠道肿瘤; 加速康复外科; 早期下床活动; 依从性; 康复护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.15.027

Status quo and influencing factors of early mobilization of patients after gastrointestinal tumors surgery Wu Qian, Wang Xia Yun, Gu Yi fan, Zhou Jie, Ma Jingjing, Tang Aijie, Dai Xiujuan, Chen Jingjuan, Zhou Shu. Department of Gastrointestinal Surgery, Tenth People's Hospital of Tongji University, Shanghai 200040, China

Abstract: **Objective** To describe current situation of early mobilization of patients after gastrointestinal surgery, to identify the influencing factors, and to provide references for nurses to formulate corresponding nursing strategies. **Methods** A total of 329 patients who had undergone scheduled gastrointestinal surgery were enrolled. Post-surgery early mobilization of patients were investigated and the influencing factors were probed. **Results** Totally, 182(55.32%) patients got out of bed within 24 hours after surgery, and 128(38.91%) patients had a total activity time of over 1 hour on the first and second day after surgery. Gender and the total number of postoperative catheters were independent factors influencing early mobilization of patients after gastrointestinal surgery ($P < 0.05$ for both). **Conclusion** Early ambulation of patients after gastrointestinal surgery needs to be improved. Targeted nursing strategies need to be formulated in bid to enhance patient adherence to early mobilization, and boost post-operative recovery.

Key words: gastrointestinal tumors; enhanced recovery after surgery; early mobilization; adherence; rehabilitation nursing

胃肠道肿瘤是危害我国国民健康的常见肿瘤,相关报告显示,全球结直肠癌和胃癌发病率分别排第三和第五位,病死率分别排第二和第四位^[1]。目前,手术仍是胃肠道疾病最常见的治疗方法。加速康复外科(Enhanced Recovery After Surgery, ERAS)已被证实安全且有效,可促进胃肠道手术患者康复、改善患者预后^[2]。早期活动是 ERAS 的 5 大要素之一^[3]。早期活动可促进胃肠功能恢复、减少术后并发症、缩短康复进程等^[4]。有研究发现,目前患者术后早期活动的依从性不高,疼痛、知识缺乏等是影响患者术后活动依从性的主要因素^[5]。根据 ERAS 理念,术后镇痛应遵循按时镇痛和多模式镇痛原则。因此,本研究在充分镇痛基础上,调查结直肠癌患者术后早期活动现状及影响因素,为提高患者术后早期活动依从性提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 选取 2020 年 2~12 月我院胃肠外科及

结直肠中心住院并择期行手术患者为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②经病理诊断为胃肠道肿瘤;③同意参与本次研究并签署知情同意书。排除标准:①下肢肌力评分低于 4 分、下肢残疾等不能行走或移动;②有智力障碍或精神病史;③合并重要器官严重功能障碍;④行急诊手术或姑息性手术;⑤术后生命体征不稳定或发生严重并发症。共纳入 329 例患者,男 219 例,女 110 例;年龄 25~90(64.54 $\pm$ 10.89)岁。BMI 23.36 $\pm$ 3.23。职业:退休 233 例,在职 63 例,无业 33 例。婚姻状况:已婚 323 例,未婚 6 例。慢性病史:高血压 136 例,糖尿病 62 例,脑梗死 16 例,冠心病 20 例。肿瘤部位:胃 63 例,结肠 117 例,直肠 149 例。麻醉时间 0.75~10.20(3.61 $\pm$ 1.64)h;术后留置导管 1~6(3.29 $\pm$ 0.73)根。本研究获得医院伦理委员会批准(SHSY-IEC-4.1/20-205/01)。

1.2 方法

1.2.1 早期下床活动干预 患者均接受 ERAS 护理:①术前由责任护士实施充分的健康教育,告知患者疾病及康复相关知识、手术安排及术后注意事项,强调早期下床活动的重要性,发放术后活动目标和计划小册子;全面筛查患者营养状况、心肺功能及基础疾病并评估其护理风险,协助患者将身心调整为最佳

作者单位:1. 同济大学附属第十人民医院胃肠外科(上海,200040);2. 同济大学医学院

吴茜:女,硕士,主管护师,护士长

通信作者:周姝,18917683433@163.com

科研项目:国家自然科学基金资助项目(71704135)

收稿:2021-03-25;修回:2021-05-22

状态;给予肠道准备,术前口服含碳水化合物的饮品并禁食 6 h、禁饮 2 h。②术后患者麻醉清醒后拔除胃管,24 h 内拔除尿管,视病情 2~3 d 拔除腹腔引流管;术后 6 h 生命体征稳定,无恶心、呕吐可进流质饮食,并逐步过渡至半流质、软食、普食;给予充分镇痛,采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)评估,评分<3 分即可开始早期活动;术后活动由床上、床旁、室内、室外逐步过渡。首次活动护士协助完成评估患者生命体征平稳,无头晕、心悸、直立不耐受等情况时,将输液器悬挂于多功能移动输液架上并妥善固定其他管路,下地扶床行走,如患者感到疲劳、头晕、恶心呕吐时,立即停止活动。之后活动由家属协助完成。

1.2.2 资料收集 由研究者完成以下资料收集:①患者基本信息。从住院病历中获取,包括人口学信息(年龄、性别、职业等),疾病相关信息(诊断、慢性病史和实验室指标等),手术相关信息(麻醉时长、生命体征、置管情况)。②患者行走距离、活动耐力及活动能力评估。加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018 版)^[6]指出术后第 1 天即可开始下床活动并逐日增加活动量,因此本研究早期下床活动界定为术后 24 h 内离床并行走,且将术后 1~2 d 的总行走时长作为患者术后活动耐力标准。记录患者术后 1~3 d 活动类型及时长(如床上坐起、床旁站立、床旁行走)。日常生活自理能力以 Barthel 指数评估,包括进食、穿衣、如厕、大便控制、小便控制、上下楼梯、床椅转移、平地行走、洗澡、修饰 10 个条目,总分 0~100 分。0~40 分表示需要帮助,41~60 分表示需要一定帮助,>60 分表示基本自理。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS21.0 软件对数据进行统计分析,正态分布的计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;非正态分布的计量资料用中位数和四分位数表示,行非参数检验;计数资料用例数、百分率表示,行 χ^2 检验;以 Logistic 回归分析进行多因素分析;检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 胃肠道肿瘤患者早期下床活动情况 患者术后首次下床活动时间为 26.08(20.50,40.85)h。182 例(55.32%)术后 24 h 内下床活动;128 例(38.91%)术后 1~2 d 总活动时长 ≥ 1 h。术后首次坐起与站立时长分别为 30(20.00,30.00)min、10(10.00,15.00)min。术后 1、2、3 d 下床活动时长分别为 0(0,5.00)min、30(10.00,46.00)min、59(30.00,75.00)min,活动距离分别为 0(0,5.00)m、170(10.00,420.00)m、520(210.00,830.00)m。

2.2 不同特征胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动情况比较 不同年龄、BMI、职业、婚姻状态、肿瘤部位、慢性病史、血钾、白蛋白检测值患者术后早期下床活动率比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$),有统计

学差异的项目见表 1。

表 1 不同特征胃肠道肿瘤患者术后 24 h 下床活动有统计学差异的项目

项目	例数	≤ 24 h	>24 h	χ^2	P
性别				5.362	0.021
男	219	131	88		
女	110	51	59		
术前 Barthel 指数				4.232	0.040
<40	0	0	0		
40~60	14	4	10		
>60	315	178	137		
麻醉时长(h)				4.935	0.026
0~4	233	138	95		
≥ 5	96	44	52		
术后留置导管数(根)				7.627	0.006
0~3	223	135	88		
≥ 4	106	47	59		

2.3 胃肠道肿瘤患者术后早期活动的 Logistic 回归分析 以患者术后 24 h 内是否下床活动(否=0,是=1)为因变量,将单因素分析差异有统计学意义的变量作为自变量进行 Logistic 回归分析。结果显示,性别(女=0,男=1)和术后留置导管总数(1~3 根=0,4~6 根=1)是患者术后早期下床的影响因素(均 $P<0.05$)。Hosmer-Lemeshow 检验 $\chi^2=0.523$, $P=0.999$,见表 2。

表 2 胃肠道肿瘤患者术后 24 h 内是否下床活动的 Logistic 回归分析

变量	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
常量	-1.256	0.359	12.264	0.000	0.285	—
性别	0.565	0.240	5.551	0.018	1.759	1.100~2.814
术后导管总数	0.522	0.257	4.118	0.042	1.685	1.018~2.788

3 讨论

3.1 胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动状况 术后早期活动是胃肠道手术患者 ERAS 理念的重要组成部分,可减少患者术后卧床带来的诸多不利影响^[7-9],降低肺部并发症、血栓栓塞性疾病、胰岛素抵抗等发生率,进而促进患者早日康复。但目前有关胃肠道手术患者术后早期下床活动时间尚无统一的标准。本研究结果显示,329 例患者术后首次下床活动时间为 26.08(20.50,40.85)h,其中 182 例(55.32%)患者在术后 24 h 内下床活动,与 Wolk 等^[10]研究结果类似。分析原因可能是,本研究基于 ERAS 理念全程规范化围手术期护理,术前给予患者充分健康教育,纠正其“术后静养”的传统思想,并有效控制患者术后疼痛,进而改善了患者下床意愿。通过缩短围手术期禁食时长,有利于患者体力恢复,说明优化并严格执行胃肠道手术 ERAS 实施方案,可促进患者术后早期下床活动。本研究结果显示,患者术后首次坐起与站立时长分别为 30(20.00,30.00)min、10(10.00,15.00)min,术后 1~3 d 患者下床活动时长及距离虽呈现上

升趋势,但仍与指南^[11]推荐的“手术当天下床 2 h,之后每天下床 6 h”存在较大差距,可能与本研究中患者年龄普遍偏大,且合并多种慢性疾病以及术后管路限制等多种因素有关。因此,有必要进行多学科协作,制订安全、可行、量化的术后早期下床活动方案,为患者提供个性化活动方案,以提高患者术后早期下床活动依从性。

3.2 胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动的影响因素分析

3.2.1 性别 本研究结果显示,性别是胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动的独立影响因素($P<0.05$)。男性较女性早期下床活动情况更优,与相关研究结果一致^[10]。其原因可能为,男性较女性身体肌肉力量更发达,步态稳定性更强,术后身体机能恢复更快;同时女性患者术后身体虚弱、依赖性强、面对创伤的消极情绪较重^[12-13],早期下床活动意愿偏低。有研究发现,女性患者的医学应对方式与其受教育程度密切相关,而积极的医学应对方式与其术后早期下床活动密切相关^[14]。因此,术后应重点评估女性患者的心理状况,并根据其受教育程度、家庭背景等给予个性化健康教育,根据其肌力及身体耐受力构建个性化活动方案,鼓励其尽早活动。

3.2.2 留置导管数量 本研究结果显示,术后留置导管总数是胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动的独立影响因素($P<0.05$)。术后留置导管总数越少者术后早期下床情况越优。分析原因可能是,患者术后留置导管总数与患者病情严重程度相关,病情严重者留置导管数量可能更多,部分患者可因引流管持续冲洗、负压吸引而无法下床活动,且导管留置时长与出血、吻合口瘘、肠梗阻等有关,甚至可能引起导管相关感染而限制患者术后活动^[15],活动后引起的引流管牵拉疼痛及患者对引流管意外脱出的担心也影响患者早期活动。同时,留置导管可能会造成患者害怕疼痛加剧或者担心意外拔管。因此对于无法早期拔除管道的患者,应注重管路评估及疼痛评估,对患者进行导管相关健康教育及心理支持,教会患者妥善固定导管,告知患者术后首次下床活动注意事项,首次下床活动由医护人员在旁陪同,以减轻患者担心管路脱出的焦虑、不安情绪,促进患者早日下床活动。

4 小结

本研究显示,胃肠道肿瘤患者术后早期下床活动水平还有待提高,性别、术后留置导管总数是患者早期下床活动的影响因素。临床护理人员需制订相应的护理对策,以提高患者早期下床活动依从性,进而促进患者早期康复。本次研究样本量较少、部分变量分布较集中且为单中心研究,存在一定缺陷。今后的研究需扩大样本量,获取更多更完整的术后早期活动相关数据,为医护人员制订针对性的早期活动方案提供依据。

参考文献:

- [1] 曹毛毛,陈万青. GLOBOCAN 2020 全球癌症统计数据解读[J]. 中国医学前沿杂志(电子版),2021,13(3):63-69.
- [2] 倪娜,王聪聪,陆丽,等. 胃肠道手术快速康复外科护理的研究进展[J]. 中国医药指南,2021,19(1):29-30,33.
- [3] Maggiori L, Rullier E, Lefevre J H, et al. Does a combination of laparoscopic approach and full fast track multimodal management decrease postoperative morbidity? A multicenter randomized controlled trial[J]. Ann Surg, 2017,266(5):729-737.
- [4] Adogwa O, Elsamadicy A, Fialkoff J D, et al. Early ambulation decreases length of hospital stay, perioperative complications, and improves functional outcomes in elderly patients undergoing surgery for correction of adult degenerative scoliosis[J]. Spine (Phila Pa 1976),2017,42(18):1420-1425.
- [5] Anna S R, Anna S, Ulrika H, et al. "I have everything to win and nothing to lose": patient experiences of mobilization out of bed immediately after abdominal surgery [J]. Phys Ther,2020,100(12):2079-2089.
- [6] 陈凇,陈亚进,董海龙,等. 加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018 版)[J]. 中国实用外科杂志,2018,38(1):1-20.
- [7] Brower R G. Consequences of bed rest[J]. Crit Care Med,2009,37(10):422-428.
- [8] 秦芳,李秋萍,陈曦,等. 外科术后患者早期下床活动评估与应对的研究进展[J]. 护理学杂志,2020,35(5):106-110.
- [9] 李欢欢,刘祥敏,王艳梅. 衰弱对老年肿瘤患者的不良影响及干预研究进展[J]. 护理学杂志,2020,35(20):98-101.
- [10] Wolk S, Distler M, Müsle B, et al. Adherence to ERAS elements in major visceral surgery—an observational pilot study[J]. Langenbecks Arch Surg,2016,401(3):349-356.
- [11] Gustafsson U O, Scott M J, Hubner M, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations:2018[J]. World J Surg,2019,43(3):659-695.
- [12] 胡全君. 胃肠恶性肿瘤手术患者抑郁、焦虑状况及其影响因素的研究[D]. 青岛:青岛大学,2012.
- [13] 王小平,何芳,祝凡,等. 膀胱癌术后患者恐惧疾病进展现状及影响因素研究[J]. 护理学杂志,2019,34(2):52-55.
- [14] 崔洁. 腹部手术后引流管致并发症的研究及并发症处理[J]. 中国医疗器械信息,2019,25(17):133-134.
- [15] Ljungqvist O, Scott M, Fearon K C. Enhanced recovery after surgery: a review[J]. JAMA Surg,2017,152(3):292-298.

(本文编辑 丁迎春)