

老年肠癌患者术前三种肠道准备方法的效果对比

唐 浩

福建医科大学附属二院 福建泉州 362100

[摘 要] 目的 比较老年肠癌患者术前三种肠道准备方法的清洁效果、不良反应、排便情况及术后并发症,探讨一种安全、有效的肠道准备方法。**方法** 将 150 例行肠癌手术的老年患者按统计软件随机分为 3 组, A 组 50 例, B 组 48 例和 C 组 52 例。A 组采用清洁灌肠法; B 组给予口服复方聚乙二醇电解质散; C 组给予口服复方聚乙二醇电解质散联合开塞露保留灌肠。对比 3 种肠道准备方法患者肠道清洁度、不良反应、排便次数、清肠时间及术后并发症。**结果** A 组与 B、C 两组相比, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$), C 组肠道准备的不良反应率比 A 组、B 组低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 虽然 C 组与 B 组其他结果均无统计学差异 ($P>0.05$), 但是 C 组的肠道清洁度 (特别是 I 级清洁度)、术前排便次数和时间、术后并发症等相较于 B 组均具有一定的优势。**结论** 复方聚乙二醇电解质散联合开塞露保留灌肠用于老年肠癌患者术前肠道准备, 能有效提高肠道清洁度, 缩短排便时间, 而且不良反应少, 优于单纯口服聚乙二醇电解质散和清洁灌肠方法。

[关键词] 老年肠癌手术; 肠道准备; 肠道清洁度; 不良反应; 术后并发症

[中图分类号] R735.34

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 01-071-02

随着社会的老齡化, 饮食结构的改变, 老年肠癌的发病率正在呈逐渐上升趋势, 而手术是最根本的治疗方法。术前充分的肠道准备工作, 不仅能清除肠道粪便和细菌的残留, 而且能减少术后感染和吻合口漏的发生^[1], 因此为了保证手术时视野清晰, 预防和减少术后并发症的发生, 术前必须进行肠道准备。老年患者是一个特殊的群体, 寻找一种安全、有效的术前肠道准备方法是我们共同探讨的课题, 自 2014 年 12 月起我科对老年肠癌患者采用口服复方聚乙二醇电解质散联合开塞露保留灌肠进行术前肠道准备, 取得较好效果, 现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选择 2014 年 12 月—2015 年 6 月在右江民族医学院附属医院胃肠外科接受肠癌手术的老年患者共 150 例。按统计软件随机分为 A 组 50 例, B 组 48 例和 C 组 52 例。所有患者都于术前 3d 半流质、术前 1d 流质, 术前 1d 甲硝唑 0.6g 分 3 次口服。3 组患者在性别、年龄、术前营养状况、病变部位等差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.1.1 入选标准: ①入选年龄为 60~73 岁, 平均 (65.24±3.21) 岁, 其中男性 79 例, 女性 71 例。②入选病例均为全麻, 腹腔镜行结直肠癌手术, 其中直肠癌 51 例, 左右半结肠癌 99 例。

1.1.2 排除标准: ①肠道梗阻的患者; ②肠穿孔患者; ③合并有严重全身性疾病的患者。

1.2 肠道准备方法

①A 组: 术前 1d 晚 19:00、术晨 06:00 分别给予 0.1%~0.2% 肥皂液清洁灌肠, 反复灌洗直至排便似清水为止。②B 组: 术前 1d 下午 16:00, 给予复方聚乙二醇电解质散剂 2 盒, 每盒药物溶于 1000ml 温水中, 首次服用 600~1000ml, 以后每隔 10~15min 服 250ml, 2h 内饮完, 直至排出清水样便。③C 组: 在 B 组基础上, 当患者服用 1000ml 药液后, 取生理盐水 40ml 加开塞露 60ml 保留灌肠。具体方法: 取 50ml 生理盐水一瓶, 抽出 10ml 弃去, 加入开塞露 60ml, 插入输液管, 排气, 将输液管的乳头连接吸痰管, 患者取左侧卧位, 自肛门插入 20~25cm, 以输液的方式保留灌肠, 灌肠后嘱患者保留 5~10min, 自行排便后继续服用剩余的药液, 所有药液在

3h 内饮完, 直至排出清水样便。两组患者服药期间嘱患者加予腹部按摩, 在房内多走动。

1.3 观察指标和疗效评价

1.3.1 观察指标: 3 组患者术中肠道清洁度; 不良反应发生情况; 排便次数; 清肠时间; 术后并发症发生情况。

1.3.2 疗效评价

术中肠道清洁效果^[2]: 由手术的医师在术后当天进行填表评价。①I 级: 肠道准备满意, 肠管无胀气, 肠腔内无粪便残渣及粪水潴留; ②II 级: 肠道准备较满意, 肠管无胀气, 肠腔内无粪便残渣, 有少量粪水潴留; ③III 级: 肠道准备不满意, 肠管胀气, 肠腔内有粪便残渣或粪块。其中 I 级、II 级符合肠道准备要求。观察 3 组患者不良反应相关症状: 包括腹痛、腹胀; 恶心、呕吐; 乏力、虚脱, 肛门不适。观察 3 组患者排便情况: 记录 3 组患者排便次数; 清肠的总时间。

1.3.2.4 观察 3 组患者术后 1 周内发生并发症情况。

1.4 统计学方法

应用 SPSS18.0 统计软件处理数据, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用方差分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患者术中肠道清洁效果情况, 见表 1

A 组的清肠效果明显比 B 组、C 组效果差 ($P<0.01$), 而 B 组与 C 组无统计学意义 ($P>0.05$), 但 C 组的清肠有效率却高于 B 组。

表 1: 3 组患者术中肠道清洁效果观察比较

组别	总数 (例)	I 级 (例)	II 级 (例)	I、II 级合计 (例)	III 级 (例)	有效率
A 组	50	16	14	30	20	60%★
B 组	48	31	12	43	5	89.58%●
C 组	52	40	10	50	2	96.15%▲

注: 与 A 组相比 $P^{\bullet}=0.001$ ($\chi^2=11.279$); 与 C 组相比 $P^{\star}=0.000$ ($\chi^2=19.696$); 与 B 组相比 $P^{\Delta}=0.256$ ($\chi^2=1.655$)。

2.2 3 组患者不良反应发生情况, 见表 2

A 组患者术前清肠不良反应率明显高于 B 组和 C 组 ($P<0.01$), C 组肠道准备的不良反应率比 A 组、B 组低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 2: 3 组患者不良反应发生情况

组别	总数(例)	腹痛(例)	腹胀(例)	恶心(例)	呕吐(例)	乏力(例)	虚脱(例)	肛门不适(例)	总不良反应(例)	不良反应率
A 组	50	2	2	1	1	6	5	10	27	54%★
B 组	48	2	5	3	1	1	1	2	15	31.25%●
C 组	52	1	2	1	1	2	0	1	8	15.38%▲

• 临床研究 •

注：与 A 组相比 $P^{\bullet}=0.026$ ($\chi^2=5.176$)；与 C 组相比 $P^{\star}=0.000$ ($\chi^2=20.99$)；与 B 组相比 $P^{\Delta}=0.026$ ($\chi^2=5.846$)。

2.3 3 组患者排便次数及清肠时间比较，见表 3

表 3：3 组患者排便次数及清肠时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	排便次数 (次)	排便时间 (h)
A 组	50	12.83 $\pm$ 3.54 *	5.74 $\pm$ 1.43 *
B 组	48	8.95 $\pm$ 2.49 $^{\bullet}$	3.87 $\pm$ 1.05 $^{\bullet}$
C 组	52	7.52 $\pm$ 2.67 $^{\Delta}$	3.09 $\pm$ 0.89 $^{\Delta}$

表 4：3 组患者术后并发症发生率的比较

组别	总数 (例)	肠胀气 (例)	腹腔感染 (例)	切口感染 (例)	吻合口漏 (例)	总术后并发症 (例)	并发症率 (例)
A 组	50	10	3	3	3	19	38% *
B 组	48	3	0	1	1	5	10.42% $^{\bullet}$
C 组	52	2	0	1	1	4	7.69% $^{\Delta}$

注：与 A 组相比 $P^{\bullet}=0.002$ ($\chi^2=10.076$)；与 C 组相比 $P^{\star}=0.000$ ($\chi^2=13.407$)；与 B 组相比 $P^{\Delta}=0.734$ ($\chi^2=0.226$)。

3 讨论

肠道准备的效果将直接影响手术的结果，而肠道准备方法及患者自身肠道功能是影响肠道清洁度的主要因素。老年患者由于生理机能的退化，肠蠕动减弱，传统的肥皂液清洁灌肠虽然可使水分迅速渗入粪便达到稀释、软化粪便，并刺激肠蠕动，使粪便易于排出的目的，但老年人因肛门括约肌松弛，导致灌肠液易外漏，且需反复插管灌入大量的灌肠液等原因，患者灌肠过程中易出现腹痛、腹胀；恶心、呕吐；头晕、乏力；肛门坠胀等不适症状^[3]，从表 2、表 3 中可以发现 A 组患者的排便时间较差、次数较多，从而导致水分大量丢失，易造成虚脱、乏力、头晕、肛门不适等并发症多于 B 组与 C 组，因此，肠道清洁效果并不理想，而且此项操作比较繁琐，护士工作量大，反复的灌肠操作也给患者带来不适，高龄患者易发生昏厥，不耐受等，且清肠效果较差者易造成术后并发症的出现，主要表现在肠胀气、腹腔感染、切口感染、吻合口漏等，从表 4 中可证实这一观点。

目前临床上常用的肠道准备药物为复方聚乙二醇电解质散，复方聚乙二醇电解质散是一种长链形高分子聚合物，药物进入肠道后，在消化道内不被吸收和代谢，通过氢键结合并固定肠腔内固有的水分子，并且阻止肠道黏膜吸收水分，使小肠内渗透压增高，肠道内容物体积增加，肠管蠕动增强，导致整段肠腔起容积性泻下作用，从而迅速排出大便，达到清洁肠道目的。该溶液的渗透性和电解质浓度不影响离子和水的吸收或排出，大量服用不会导致电解质紊乱；不会被肠道菌群分解^[4]。但为获得满意的肠道准备效果，需大剂量服用才能起到冲刷、灌洗肠道的作用，因部分患者服用聚乙二醇电解质溶液后会有腹痛、腹部饱胀感，恶心、呕吐、肛门不适等一过性消化道反应，特别是老年患者这一特殊的群体，由于生理功能的减退，消化系统运动能力的降低，肠蠕动能力明显减弱，且多伴有习惯性便秘现象，在面对 2-3L 的溶液时会有一定的心理压力，短时间内快速大量的饮水又易引起恶心、呕吐，腹痛、腹胀等不良反应，因此很多患者并不能按要求在规定的时间内完成饮水量^[5]，从表 2 中可发现 B 组患

注：与 A 组相比 $P^{\bullet}<0.05$ ；与 C 组相比 $P^{\star}<0.05$ ；与 B 组相比 $P^{\Delta}>0.05$ ；

与 B 组和 C 组相比，A 组的术前排便次数及清肠时间均显著较高 ($P<0.01$)；而 B 组与 C 组无统计学意义 ($P>0.05$)，但 C 组术前排便次数及清肠时间均具有优势。

2.4 3 组患者术后并发症发生率的比较，见表 4：与 B 组和 C 组相比，A 组的术后并发症发生率显著较高 ($P<0.01$)；而 B 组与 C 组无统计学意义 ($P>0.05$)，但 B 组患者术后并发症率略高于 C 组。

者腹胀、恶心等不适现象多于 A 组及 C 组患者，针对这一现象，C 组我们给予放慢服用速度并暂停服药，在服用药物达 1000ml 的时候，给予开塞露生理盐水保留灌肠，刺激患者首次排便后再继续服用剩余的药量，并将服药时间延长至 3h，在一定程度上有效缓解了老年患者服药后腹部饱胀感却解不出大便的现象。开塞露的主要成分为甘油和水，能机械性的刺激肠道，诱发迷走神经兴奋，促进肠蠕动，具有润肠通便的作用^[6]。传统的开塞露塞肛，开塞露只能到达直肠的 2.5-4cm，但 C 组方法可将吸痰管送入乙状结肠的 20-25cm，可使药物较大面积，较长时间的接触粪便，达到充分润滑、软化粪便的目的，与复方聚乙二醇电解质散协同作用，能有效起到加速排便，缩短排便时间，提高肠道清洁的作用。从表 1 和表 2 中可以看出，C 组肠道清洁率高，且不良反应少。

理想的肠道准备方法应是安全、迅速、清洁效果好、患者易于接受，且不良反应少为原则，因此，肠道准备需要综合考虑老年人的生理特点，实施安全、有效的肠道清洁准备。通过观察比较，老年肠癌患者在服用复方聚乙二醇电解质散基础上联合开塞露保留灌肠进行术前肠道准备，患者痛苦少，易于接受，依从性高，而且安全有效。

【参考文献】

- [1] 章华丽, 陈琼, 蔡希. 结肠癌术前两种肠道准备方法的应用及护理 [J]. 护士进修杂志, 2011, 26(15):1395-1396.
- [2] 陈艳君. 大肠癌术前 3 种肠道准备方法的临床研究及护理 [J]. 全科护理, 2011, 9(5):1322-1323.
- [3] 徐旭娟, 王华, 帅敏等. 不同肠道准备方法对大肠癌患者肠道清洁度及舒适度的影响 [J]. 南通大学学报, 2012, 32(5):411-413.
- [4] 张易, 陈小琴. 妇科手术前不同肠道准备方法的效果比较 [J]. 上海护理, 2013, 13(6):15-17.
- [5] 冯仙菊, 赵秋月, 马薇薇等. 复方聚乙二醇电解质散联合乳果糖口服液在老年患者结肠镜检查前肠道准备的应用 [J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(3):274-275.
- [6] 邹青, 王岚, 郝文静等. 不同口服肠道准备法对老年便秘患者结肠镜检查的效果 [J]. 上海护理, 2012, 5(12):11-12.

(上接第 70 页)

重抗动脉粥样硬化及抗血栓作用，可以对血管进行有效保护，另外，能够明显降低高血糖患者心血管事件的发生率，可以很好改善患者预后。研究发现^[7]，二甲双胍与胰岛素泵联合用药可以有效降低由于胰岛素泵强化在治疗时产生血糖风险。本组研究结果显示，治疗后，研究组患者血糖相关指标与对照组相比明显降低。与治疗前相比，两组患者治疗后 2 周、4 周神经功能缺损评分均明显降低；治疗后 2 周、4 周，研究组

患者的神经功能评分较对照组患者均明显降低。

【参考文献】

- [1] Jung-Ju Lee, Jinwoong Jung, Kyusik Kang, et al. Recurrent Seizures Following Focal Motor Status Epilepticus in a Patient with Non-Ketotic Hyperglycemia and Acute Cerebral Infarction [J]. Journal of Epilepsy Research, 2014, 4(1):28-30.
- [2] 张龙, 张均. 二甲双胍联合胰岛素治疗急性脑梗死应激血糖增高的作用研究 [J]. 内科急危重症杂志, 2011, 17(4):223-224.