

胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复的相关影响因素分析

马 兰

(宝鸡市第二人民医院消化科, 陕西 宝鸡 721015)

摘要: **目的** 分析胃肠道肿瘤老年患者术后发生胃肠道功能障碍的影响因素, 为改善患者预后提供依据。**方法** 回顾性分析宝鸡市第二人民医院 2020 年 1 月至 2021 年 1 月收治的 95 例胃肠道肿瘤患者的临床资料, 所有患者均经手术治疗, 根据患者术后胃肠功能恢复情况将患者分为恢复良好组 (58 例) 和恢复不良组 (37 例), 对影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复的指标进行单因素分析, 并采用多因素 Logistic 回归分析法筛选影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复的危险因素。**结果** 恢复良好组患者胃肠道病史、糖尿病史患者占比及术前腹腔积液发生率均显著低于恢复不良组, 手术时间显著短于恢复不良组, 术中出血量、术中补液量均显著少于恢复不良组, 术前血清白蛋白水平显著高于恢复不良组 (均 $P<0.05$); 多因素 Logistic 回归分析结果显示, 术前腹腔积液、手术时间长、术中出血量多、术前血清白蛋白水平低均是导致胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复不良的危险因素 ($OR=6.290、3.031、3.680$, 均 $P<0.05$)。**结论** 影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复的危险因素包括术前腹腔积液、手术时间长、术中出血量多、术前血清白蛋白水平低, 因此临床可据此进行针对性治疗与护理, 以促进患者术后胃肠功能恢复, 改善患者预后。

关键词: 胃肠道肿瘤; 胃肠道功能; 危险因素

中图分类号: R735.2

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.19.0096.03

结肠癌、大肠癌、胃癌等均是临床常见的胃肠道恶性肿瘤, 老年人是胃肠道肿瘤的高发群体, 且大多因为恶性肿瘤的原因导致营养不良。对于早期胃肠道肿瘤老年患者, 临床主要通过手术切除恶性肿瘤组织对患者进行治疗, 但由于恶性肿瘤手术对患者胃肠道损伤较大, 同时患者术后住院时间较长, 加之老年患者机体代谢慢, 对营养物质吸收速度降低, 因此患者术后胃肠道功能恢复较差, 而胃肠道功能恢复不良可对胃肠道肿瘤老年患者术后恢复造成严重不良影响, 导致患者不良预后的发生^[1]。因此胃肠道肿瘤术后老年患者胃肠道功能的恢复一直是临床重点关注的问题, 而目前关于影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠功能恢复的相关因素尚不明确, 基于此, 开展本研究, 进而为胃肠道肿瘤老年患者术后治疗与预防方案的选择提供依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析宝鸡市第二人民医院 2020 年 1 月至 2021 年 1 月收治的 95 例胃肠道肿瘤患者的临床资料, 所有患者均行手术治疗, 据患者术后胃肠功能恢复情况将其分为恢复良好组与恢复不良组。据患者排气时间与排便时间评估胃肠道肿瘤患者术后胃肠功能恢复情况^[2], 将术后 3~7 d 内排气与排便患者归为恢复良好组 (58 例), 术后 7 d 以后排气与排便患者归为胃肠功能恢复不良组 (37 例)。纳入标准: 符合《常见消化系统肿瘤诊疗指南》^[3]

中胃肠道肿瘤的相关诊断标准者; 年龄 >60 岁者; 临床资料完整者; 均经手术治疗, 术后行病理学检查均获得诊断者等。排除标准: 合并胃肠道组织以外恶性肿瘤者; 有胃肠道手术史者; 伴急性胰腺炎、肠梗阻、小肠无力等禁用肠内营养的疾病者等。本研究获宝鸡市第二人民医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 研究方法 ①对影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠功能恢复的指标进行单因素分析, 包括性别、年龄、体质指数 (BMI)、胃肠道病史、糖尿病史等一般资料, 手术相关指标 (手术时间、术中出血量、术中补液量、术前腹腔积液发生情况、导管留置时间等), 术前血清白蛋白水平 (抽取两组患者术前清晨静脉血 5 mL, 以 3 500 r/min 转速离心 10 min, 取血清, 采用全自动生化分析仪检测)。②采用多因素 Logistic 回归分析法筛选影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复不良的危险因素。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理, 计数资料用 [例 (%)] 表示, 行 χ^2 检验; 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验。胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复不良的危险因素采用多因素 Logistic 回归分析法进行筛选。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 单因素分析 恢复良好组患者胃肠道病史、糖尿病史患者占比及术前腹腔积液发生占比均显著低于恢复不良组,

手术时间显著短于恢复不良组，术中出血量、术中补液量均显著低于恢复不良组，术前血清白蛋白水平显著高于恢复不良组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复的单因素分析

因素	恢复良好组 (58 例)	恢复不良组 (37 例)	χ^2/t 值	P 值
性别 [例 (%)]			0.049	>0.05
男性	30(51.72)	20(54.05)		
女性	28(48.28)	17(45.95)		
年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	70.52 \pm 2.38	71.10 \pm 2.11	1.209	>0.05
BMI ($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	21.53 \pm 2.32	20.98 \pm 2.64	1.067	>0.05
胃肠道病史 [例 (%)]	3(5.17)	9(24.32)	5.873	<0.05
糖尿病史 [例 (%)]	6(10.34)	10(27.03)	4.489	<0.05
术前腹腔积液发生 [例 (%)]	5(8.62)	9(24.32)	4.433	<0.05
手术时间 ($\bar{x} \pm s$, min)	188.94 \pm 25.65	245.94 \pm 33.73	9.327	<0.05
术中出血量 ($\bar{x} \pm s$, mL)	900.95 \pm 104.34	1321.58 \pm 209.67	12.989	<0.05
术中补液量 ($\bar{x} \pm s$, mL)	3015.47 \pm 387.55	4453.68 \pm 550.52	14.939	<0.05
导管留置时间 ($\bar{x} \pm s$, d)	1.76 \pm 0.15	1.79 \pm 0.16	0.926	>0.05
术前血清白蛋白水平 ($\bar{x} \pm s$, g/L)	40.31 \pm 5.42	34.56 \pm 5.51	5.010	<0.05

注：BMI：体质指数。

2.2 多因素 Logistic 回归分析 以影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复的因素为因变量，以单因素分析中差异有统计学意义的因素为自变量，多因素 Logistic 回归分析结果显示，术前腹腔积液、手术时间长、术中出血量多、术前血清白蛋白水平低均是导致胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复不良的危险因素，差异均有统计学意义（ $OR = 6.290, 3.031, 3.680$ ，均 $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复的多因素 Logistic 回归分析

影响因素	β 值	SE 值	χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI 值
胃肠道病史	0.867	0.589	2.167	>0.05	2.380	0.750~7.549
糖尿病史	0.792	0.423	3.506	>0.05	2.208	0.964~5.059
术前腹腔积液	1.839	0.468	15.441	<0.05	6.290	2.514~15.741
手术时间长	1.109	0.431	6.621	<0.05	3.031	1.302~7.055
术中出血量多	1.303	0.451	8.347	<0.05	3.680	1.521~8.908
术中补液量多	0.783	0.428	3.347	>0.05	2.188	0.946~5.063
术前血清白蛋白水平低	1.052	0.411	6.552	<0.05	2.863	1.279~6.408

3 讨论

胃肠道功能的恢复是影响胃肠道肿瘤老年患者术后康

复的重要因素，特别是对于身体素质较差的老年患者，术后胃肠道功能的恢复可直接影响患者预后。而胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能的恢复与患者本身身体情况、手术情况及术后并发症发生情况、营养指标水平变化等具有重要关联^[4]。因此对影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复的危险因素进行分析，进而提前制定相关治疗或护理措施对促进胃肠道肿瘤患者术后恢复具有重要意义。

本研究结果显示，术前腹腔积液、手术时间长、术中出血量多、术前血清白蛋白水平低均是影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复的危险因素。胃肠道肿瘤老年患者腹腔积液的形成预示着患者肿瘤肝转移肝功失代偿，而肝脏作为机体重要的消化器官，其功能与消化系统的正常运行息息相关，胃肠道肿瘤老年患者肿瘤肝转移导致肝功能失代偿，可对患者消化系统器官和组织功能造成影响，进而影响患者术后胃肠道功能的恢复^[5]。同时，术前腹腔积液的形成可导致大量液体渗入腹腔，引起患者血液浓缩，循环血容量减少，血液黏度增加，血流缓慢，加重胃肠道缺血、缺氧，蠕动功能降低。此外，腹腔积液会导致胃肠道瘀血的产生，进一步降低胃肠道蠕动功能，导致胃肠道肿瘤老年患者术后发生胃肠功能恢复障碍的风险增加^[6]。因此对于术前合并腹腔积液的患者，应先通过引流的方式排出积液后，对患者进行相应的营养支持治疗或胃肠道功能恢复治疗，再进行手术，以降低患者术后发生胃肠道功能障碍的风险。

手术时间长会导致胃肠道肿瘤老年患者胃肠道部分组织长时间缺血，引起患者胃肠道功能的损害，同时手术时间长会导致患者伤口长时间暴露在空气中，机体腹腔组织器官受到手术器械的侵入性损伤加重，导致患者术后并发症发生的概率增加。此外，手术时间长会导致机体创伤性应激反应增大，同样不利于患者术后胃肠道功能的恢复^[7-8]。因此，在对胃肠道肿瘤老年患者进行手术时，应尽量缩短手术时间，同时术前应对患者进行积极的营养支持治疗和机体功能锻炼，以增强患者抵抗力。

术中出血量过多会影响胃肠道肿瘤患者机体血液循环状况，使血流动力学不稳定，而大量补液会进一步导致血管内凝血系统、电解质水平、酸碱平衡紊乱，致使患者发生术后胃肠道供血障碍，进而影响患者术后早期胃肠道功能的恢复^[9]。因此对于术中失血过多的患者，在进行适当补液的同时，可通过术后使用开塞露纳肛、咀嚼口香糖、温生理盐水灌肠等刺激患者胃肠道蠕动，同时鼓励患者早日下床活动，进一步促进患者胃肠道功能恢复。

术前血清白蛋白水平较低说明患者机体可能处于不良状态，手术导致患者血液流失，同时可对肝、肾等重要器官功能造成影响，导致胃肠道肿瘤老年患者术前血清白蛋白

影响踝关节骨折患者术后踝关节功能恢复的危险因素分析

周 烨

(常熟市中医院骨伤科, 江苏 苏州 215500)

摘要: **目的** 分析影响踝关节骨折患者术后踝关节功能恢复的危险因素, 为临床制定预防措施提供更有价值的指导。**方法** 回顾性分析 2018 年 1 月至 2020 年 1 月于常熟市中医院行手术治疗的 120 例踝关节骨折患者的临床资料, 均于术后随访 1 年, 根据术后 1 年踝关节功能恢复情况分为恢复不良组 (30 例) 和恢复良好组 (90 例), 对两组患者的临床资料进行单因素分析, 将单因素分析中差异有统计学意义的因素纳入多因素 Logistic 回归分析模型, 筛选影响踝关节骨折患者术后踝关节功能恢复不良的危险因素。**结果** 单因素结果分析显示, 恢复不良组患者年龄 ≥ 60 岁、受伤至治疗时间 ≥ 8 h、未进行跟骨牵引、术后开始康复时间 ≥ 7 d、内固定物取出者占比均显著高于恢复良好组 (均 $P < 0.05$); 多因素 Logistic 回归分析结果显示, 年龄 ≥ 60 岁、未进行跟骨牵引、术后开始康复时间 ≥ 7 d、内固定物取出均为影响踝关节骨折患者术后踝关节功能恢复不良的独立危险因素 ($OR = 2.757, 3.043, 2.514, 4.125$, 均 $P < 0.05$)。**结论** 踝关节骨折患者术后踝关节功能的恢复情况受到年龄、是否进行跟骨牵引、术后开始康复时间、内固定物是否取出等因素的影响, 临床应据其予以适当的干预措施以促进踝关节骨折术后患者踝关节功能恢复, 进而改善患者预后。

关键词: 踝关节骨折; 踝关节功能; 危险因素

中图分类号: R683.42

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.19.0098.04

作者简介: 周烨, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 创伤、运动医学、运动康复。

白水平进一步降低, 进而引起胃肠道水肿, 影响肠道蠕动功能, 同时不利于患者机体对营养的吸收, 加剧胃肠道功能障碍, 形成恶性循环, 延长患者术后胃肠道功能恢复时间。此外, 术后胃肠道功能延迟恢复导致患者术后一段时间内无法进食, 容易引起肠道菌群失调, 进一步对患者术后胃肠道功能恢复产生影响, 因此对于胃肠道肿瘤老年患者, 在术前、术后均应重视患者营养的摄入, 通过早期肠内营养方案改善患者机体营养状态, 提高术前患者机体血清白蛋白水平, 降低患者术后胃肠功能障碍的发生, 有助于患者尽快恢复规律饮食, 减少不必要损伤, 降低术中出血和机体应激, 围手术期进行有效液体管理, 确保组织有效灌注和矿物元素的摄入, 减少术后胃肠道水肿的发生, 可进一步有效防止患者胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复不良的发生。

综上, 影响胃肠道肿瘤老年患者术后胃肠道功能恢复的危险因素包括术前腹腔积液、手术时间长、术中出血量多、术前血清白蛋白水平低, 因此临床可据此对胃肠道肿瘤术后老年患者进行针对性治疗, 以改善患者术后胃肠道功能。但本研究存在样本量较小、中心单一的不足, 因此临床可采取多中心、大样本量进行深入研究。

参考文献

[1] 刘佳骅, 陈奕宽, 陈锦先. 老年胃肠道肿瘤患者术后胃肠道功能

恢复的影响因素 [J]. 医学临床研究, 2018, 35(5): 981-982.

[2] 张莹, 徐亮, 尹荣真, 等. 40 项恢复质量评分量表评估老年胃肠道肿瘤切除术后患者早期恢复质量的研究 [J]. 中国医师进修杂志, 2019, 42(1): 2-5.

[3] 李军. 常见消化系统肿瘤诊疗指南 [M]. 西宁: 青海人民出版社, 2005: 119-202.

[4] DJALADAT H, DANESHMAND S. Gastrointestinal complications in patients who undergo radical cystectomy with enhanced recovery protocol [J]. Curr Urol Rep, 2016, 17(7): 50.

[5] 王峰, 张宇飞, 宗光全, 等. 胃癌合并肝硬化门静脉高压术后腹水的危险因素和防治 [J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(1): 130-132.

[6] 杜忠实, 唐丽娜, 沈友洪, 等. 腹腔恶性肿瘤术后无腹腔积液状态下超声引导腹腔置管辅助灌注化疗临床分析 [J]. 肿瘤研究与临床, 2019, 31(4): 250-252.

[7] 张传海, 栾宁. 腹腔镜结直肠癌根治术对高龄患者胃肠功能的影响 [J]. 中国现代普通外科进展, 2017, 20(7): 552-554.

[8] MA T, HOLLANDER D, KRUGLIAK P, et al. Gastrointestinal permeability to polyethylene glycol: an evaluation of urinary recovery of an oral load of polyethylene glycol as a parameter of intestinal permeability in man [J]. Eur J Clin Invest, 2015, 19(4): 412.

[9] 张全轴. 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 [J]. 医学临床研究, 2016, 33(10): 2011-2012.