

胃癌患者术后早期肠内营养支持的护理研究进展

刘金秋

连云港市第一人民医院 江苏连云港 222006

摘要: 胃癌为临床常见消化系统恶性肿瘤, 其常导致患者出现营养不良、电解质紊乱等现象, 后期还会给患者带来巨大痛苦。当前常用恶性肿瘤切除术治疗胃癌, 但是术后患者常因禁食、禁饮等原因导致营养不良加重现象的出现。本次从胃癌患者早期营养支持作用分析入手, 对胃癌术后早期肠内营养支持的方式、时机及途径及护理方法进行简要介绍, 并对肠内早期肠内营养支持的护理研究进展做一综述, 旨在为后续的临床护理工作提供参考。

关键词: 胃癌; 早期肠内营养支持; 护理; 并发症

Progress of nursing research on early postoperative enteral nutrition support in patients with gastric cancer

Jinqiu Liu

The First People's Hospital of Lianyungang, Lianyungang 222006, China

Abstract: Gastric cancer is a common malignant tumor in the digestive system, which often leads to manifestations of malnutrition and electrolyte disturbances in patients. In the later stages, it causes significant pain and suffering. Currently, the commonly used treatment for gastric cancer is malignant tumor resection. However, postoperative patients often experience aggravated malnutrition due to factors such as fasting and restricted fluid intake. This paper starts with an analysis of the early nutritional support role in gastric cancer patients and provides a brief introduction to the methods, timing, and approaches of enteral nutrition support in the early postoperative period of gastric cancer. It also summarizes the progress in nursing research on early enteral nutrition support, aiming to provide references for future clinical nursing practice in this area.

Keywords: Gastric cancer; Early enteral nutrition support; Nursing; Complications

胃癌是一种常见的恶性肿瘤之一, 在我国的发病率极高。胃癌可发生于胃的任何部位, 但常发于胃窦部, 尤其是胃小弯侧, 根据癌组织浸润深度分为早期胃癌和中晚期胃癌。胃癌早期症状常不明显, 可能出现捉摸不定的上腹部不适、隐痛、嗝气, 泛酸、轻度贫血等症状, 部分患者可能初心类似胃十二指肠溃疡或慢性胃炎症状, 因此症状可在患者服用止痛药、抗溃疡药或饮食调节后疼痛减轻或缓解, 所以对其不甚在意, 认为只是普通的肠道不适, 但是不加以管制的话, 病情一步步恶化, 病情转移, 患者明显出现上腹部疼痛, 食欲不振、消瘦, 体重减轻和贫血等。后期常有癌肿转移, 出现腹部肿块, 左锁骨上淋巴结肿大, 黑便、腹水及严重营养不良等。严重影响患者生命健康。目前常对胃癌患者实施恶性肿瘤切除术降低其对患者身体的伤害^[1]。但是术后恢复比较困难, 其原因为患者本身受胃癌疾病的折磨, 导致身体各项机能下降, 使体内营养缺失、免疫力较差, 手术对患者身体创伤较大, 在术后会加重患者营养不良的状态, 从而导致并发症的发生且延缓患者康复时间, 不利于患者的预后。术后进行合理的营养支持可有效改善患者营养不良的情况, 近些年来, 加速康复外科理念被众人知悉, 早期肠内营养也逐渐广泛应用于临床, 有研究表明, 早期肠内营养可有效恢复

肠胃功能, 减少术后并发症的发生。

一、早期肠内营养支持的方式与时机

胃癌患者营养支持的途径有两种, 分别是肠内营养(口服、营养管)与肠外营养(静脉)。在患者术后一般使用营养管保持消化道的通畅, 进而对患者肠道提供营养, 此做法有助于患者营养吸收, 减少患者并发症的发生。其输注方法又分为一次性输注、连续性泵入输注和间断重力输注。因患者对连续性泵入输注的耐受性较好, 所以此方法在临床上被广泛应用。连续性泵入输注的方法是把硅胶管的一端嵌入输注泵中, 另一端连接营养袋, 将营养液注入营养袋中, 后在泵的动力下将营养液输注体内, 一天可连续输注 20h 左右, 有利于补充患者营养, 改善营养不良。胃癌患者营养支持的时机也很重要, 在术后患者生命体征平稳后, 若不及时进行营养支持, 可导致机体进一步损耗, 所以需及早对患者进行营养支持, 目前多数认为在患者有效复苏后的 12h 内对患者实施营养支持较为合适。于林江^[2]报道指出, 在患者术后 12h 内对其进行早期营养支持的干预可有效促进其胃肠道蠕动, 改善患者营养状态, 促进其恢复。在进行营养管喂养时, 需制定适当的营养喂养目标, 临床上一般认为在患者早

期可供给 20-25kcal/ (kg · d) 的能量、1.2-1.5g/ (kg · d) 蛋白质, 随着患者状态的改变, 可酌情进行加减。

二、早期肠内营养支持的途径

早期肠内营养支持途径主要以经鼻胃管、经鼻空肠管、胃经皮内镜下胃空肠造口管 (PEJ/PEG) 等, 其中经鼻胃管可能导致患者反流误吸, 增加上呼吸道感染发生率, 而经鼻空肠管常常在早期需要营养液渗透压较低, 对营养液具有选择性。经皮内镜下胃空肠造口管可有效减少上呼吸道感染的风险, 有效防止反流误吸的发生, 且由于其管道质地柔软、刺激性较小, 所以患者耐受度较高, 可长时间放置于患者体内, 减少反复插管对患者造成的伤害。所以胃经皮内镜下胃空肠造口管在临床中使用较多。黄从刚等^[3]报道胃经皮内镜下胃空肠造口管具有安全性、高效性, 可有效减少患者并发症的发生、降低营养管堵塞率。

三、早期肠内营养的护理

1. 患者心理护理 胃癌患者受疾病折磨, 常会产生焦虑、恐惧、抑郁等负面情绪, 有些患者可能会对治疗丧失信心, 变得极度孤僻。医护人员针对此类情况需要加强与患者的交流, 在与患者交流时给予鼓励, 使患者保持积极的治疗态度。当患者经受疾病折磨时, 首先要对患者的疼痛表示关怀, 然后针对患者自身情况讲解如何缓解疼痛, 向患者及家属宣讲术后注意事项。对患者进行鼓励, 减少患者不良情绪的产生。

2. 营养管的护理 用 3M 胶带妥善固定营养管的位置, 日常对空肠营养管位置进行检查, 防止导管受压、弯曲、脱落。告知患者及家属使患者尽量采取仰卧位, 以免扯动喂养管。及时对固定胶带进行更换, 以免出现因为固定脱落导致喂养管移位的情况。当使用喂养管进行喂药时, 需将药物研磨至粉末, 使其充分溶解, 避免导管堵塞。在肠内营养液输注前后应及时对营养管进行清洗, 输注前使用清水冲洗即可, 输注后需用生理盐水进行清洗, 若发现营养管有堵塞情况, 可用注射器取 20ml 热水进行加压冲洗。

3. 输注护理 在患者术后第二天对其输注生理盐水及 10% 葡萄糖溶液, 各 250ml, 若患者未有不适, 第三天可对患者输注肠内营养液, 在输注前期, 将输注速度控制于 25-30ml/h, 在患者适应后, 对输注速度进行适当的增加, 其速度最快不得超过 120ml/h。应对肠内营养液的温度进行把控, 不宜过冷或过烫, 温度过冷可能导致患者腹泻, 若温度过高则可能增加患者患倾倒综合征的风险, 在输注过程中, 随时询问患者感受, 若患者感到不适, 需对流速进行调整。

四、并发症的观察与护理

1. 胃肠道并发症 早期营养支持常因营养液浓度、输注速度、注入量的变化而导致患者肠胃不耐受, 进而会引起患者腹痛、腹泻、恶心呕吐等并发症的发生^[4]。为减轻患者的不良反应发生率, 医护人员首先要确保营养液的无菌, 其次需对患者的日常表现进行观察, 观察患者是否有腹胀、腹泻等不适状况, 随后根据患者情况对输注速度进行调节。若患者情况未发生好转, 可将促胃动力药经营养管注入患者体内。若患者出现恶心呕吐现象时, 需及时确认导致呕吐的原因, 其可能是对营养管不耐受, 也可能为细菌感染, 要针对具体情况做出相应的措施, 若之后恶心症状未明显缓解, 可对患者输注奥美拉唑等药物进行缓解。若患者出现腹泻现象, 其原因可能为营养液温度过低、浓度不适宜及营养液被污染等, 对此首先要降低营养液输注的速度, 降低其浓度对患者的不适进行缓解, 若患者状况未得到明显改善, 可将双歧杆菌四联活菌片融化输注患者体内进行治疗。

2. 反流误吸 胃癌患者术后的肠胃蠕动功能较低, 营养液容易倒流造成患者误吸。误吸时患者可出现恶心呕吐的现象, 重者可引起吸入性肺炎, 严重者可导致窒息甚至死亡, 严重危害患者生命安全。为降低患者误吸的概率, 医护人员可对在输注营养液时将患者床头抬高 40℃ 左右, 在输注完毕后, 嘱咐患者保持此体位 1h 左右, 确保营养液被有效吸收。若患者误吸现象改善不明显, 可更换营养管直径, 选择直径较小的营养管。有研究表明, 营养管直径越小, 患者发生误吸的可能性就越小。还可在输注途中, 可对患者胃残留量进行监测, 每 4h 对残留量进行一次抽吸, 若胃潴留量大于 200ml, 可暂缓输注速度, 若小于 100ml, 可加快输注速度。

3. 营养管堵塞 在输注过程中输注速度过慢导致蛋白质凝固、药物未完全溶解、药物与营养液发生反应形成沉淀、营养液黏稠等原因都可导致营养管堵塞, 针对此类现象, 医护人员在进行营养管喂养操作时, 可在营养液中加入少量多酶片, 降低营养液的黏稠度。与此同时, 在输注黏稠营养液时, 也可加用营养泵辅助, 营养液温度保持为 40℃ 左右, 在此温度期间内, 既可增加患者舒适度, 又可以防止蛋白质凝固, 降低营养管堵塞风险。若要对患者输注药物, 需先将药物融化至液态再进行操作, 输注后及时清洗管壁, 避免药物残留。在输注药物时, 医护人员应熟悉其配伍禁忌, 且禁止将不同的药物同时输注。可在输注药物前使用 20ml 温开水对管壁进行冲洗, 每输注一次药物, 可使用 15ml 温开水对其进行冲洗。严禁将酸性药物与含有蛋白质的营养物质混

合输注, 避免营养管堵塞的发生。

4. 消化道出血 消化道出血是较为严重的术后并发症之一, 消化道出血患者可能会出血脸色发白、四肢发冷等体征变化, 严重者可导致休克。在患者输注期间, 若胃内出现咖啡色胃液或者患者出现黑色大便的情况, 极有可能是消化道出血, 需及时向主治医生反映情况, 密切监测患者生命体征, 根据患者出血情况选择合适的治疗方案, 若出血量较少, 可减少营养液的输注量, 并将营养液的温度控制在 28℃ 左右, 在此基础上, 给予胃黏膜保护制剂; 若患者出血量较多, 需立即禁食并对患者进行心电监护, 按时监测患者脉压与腹围。对患者创建多路静脉通道, 确保静脉通道的畅通, 对患者及时进行止血操作, 依照患者的心率、血红蛋白与尿量情况对患者进行血容量的补充, 为患者的抢救做好准备工作。在补充血容量时需要合理调控输液速度, 避免心衰、肺水肿等并发症的出现给患者造成二次损伤。

五、总结及展望

在胃癌患者术后早期肠内营养支持护理的过程中, 护理人员需仔细认真, 对细节操作进行关注, 例如营养管需要对其定期清理且在输注前及输注后对其冲洗方式不同, 每天关注患者鼻道情况, 避免形成污染, 及时对 3M 胶带进行更换, 同时针对营养管的长度进行重点关注, 避免黏度减小造成移管、脱管现象。整个早期肠内营养支持护理的过程还需要注重无菌化, 在配置营养液时要确保于无菌环境下进行, 防止患者因病菌的存在造成胃肠道感染, 进而造成不可预估的伤害。在早期肠内营养护理过程中, 护理人员应实时监控患者

体征变化, 对不良反应的发生做出预防与应对, 避免患者因不良反应的发生导致病情恶化, 尤其是对于患者的关键部位, 更需进行极细化护理, 以求更好降低并发症发生率。早期肠内营养支持是临床上非常重要的护理手段, 具有减少损伤的分解代谢反应、促进伤口愈合、改善消化道功能、降低并发症发生率等优点, 已然成为临床营养支持的首要途径^[5]。护理人员在早期肠内营养支持护理的过程中, 可通过心理护理、营养管护理、输注护理以及并发症护理等途径有效预防胃肠道并发症、反流误吸、营养管堵塞、消化道出血等并发症的发生, 使早期肠内营养支持更好发挥其优势。

参考文献:

- [1] 谢世林, 朴大勋. 早期胃癌保留功能胃切除术的现状[J]. 中国现代普通外科进展, 2023, 26(1): 77-80.
- [2] 于林江. 胃癌患者术后应用早期肠内营养支持的时机探讨[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(2): 165.
- [3] 黄从刚, 张严国, 罗明, 等. 经皮内镜下胃空肠造瘘术置管行肠内营养治疗重症脑出血患者的应用价值分析[J]. 中华神经医学杂志, 2020, 19(8): 810-815.
- [4] 范本杰, 王丰男. 持续质量改进肠内营养护理管理模式对胃癌根治术后患者肠内营养耐受性、免疫功能及营养状态的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(21): 3948-3951.
- [5] 关美云, 施尧, 李景倩, 等. 早期肠内营养支持对胃癌患者术后恢复的疗效观察[J]. 解放军医学院学报, 2020, 41(7): 705-707, 723.