

早期肠内营养管理模式在胰十二指肠切除术后护理中的疗效

杨 钦

华中科技大学同济医学院附属同济医院 430000

【摘要】目的：探讨早期肠内营养管理模式在胰十二指肠切除术后护理中的疗效。方法：2022年1月-2023年12月期间，纳入80例胰十二指肠切除术患者，结合护理方案差异进行分组，以常规护理为对照组，早期肠内营养管理模式纳入观察组。比较两组护理前后营养状况、生活质量、满意度、住院时间、住院费用。结果：观察组上述各项指标均比对照组好， $P < 0.05$ 。结论：早期肠内营养管理模式用于胰十二指肠切除术临床护理效果确切。

【关键词】早期肠内营养管理模式；胰十二指肠切除术后；护理疗效

胰十二指肠切除是一种较为复杂的术式，其手术时间长，创伤大，并发症多。手术后常伴有贫血，低蛋白血症，血栓形成，胃肠道和肝功能异常等。因为外科手术的原因，使正常的胃肠、胆胰的解剖结构发生了变化，使患者在早期无法通过口腔进食，因此，在营养模式的选择上，比其它危重症患者更有难度。肠内营养既保留了肠道在代谢调控及肠肝循环中促进内脏蛋白合成、提高免疫机能、刺激肠道激素及免疫球蛋白分泌等重要的代谢功能，又能降低应激程度，缓解创伤应激，提高肠粘膜通透性，维持肠粘膜屏障功能，与代谢生理一致，有利于胃肠功能及形态的恢复，该方法能显著降低肠源性感染的发生率，同时存在一些并发症。因此，需要加强对患者的护理^[1]。本研究探讨了早期肠内营养管理模式在胰十二指肠切除术后护理中的疗效，报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

2022年1月-2023年12月期间，纳入80例胰十二指肠切除术患者，结合护理方案差异进行分组。其中观察组男29例，女11例；年龄34-76（ 56.24 ± 2.27 ）岁。对照组男27例，女13例；年龄32-75（ 56.78 ± 2.12 ）岁。两组资料可比性高， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组给予常规护理，观察组采取早期肠内营养管理模式。（1）心理护理。在输注营养液前，要向患者说明有关肠内营养的情况，使患者对患者有足够的认识，在输注营养液期间遇到什么问题，要及时回答。另外，在输注营养液的时候，要多和患者沟通，了解患者的想法。同时也鼓励患者主动配合。（2）管道护理。

①保证管道通畅。维持肠内营养必须要有通畅的管路，所以输注营养液后要用温开水或生理盐水清洗管路，避免营养液残留、细菌在管路中堵塞、繁殖。②输注营养液速率和输注营养液容量。在临床上，通常选择EN输注营养液泵，以保证现场营养的及时供给。然后根据特定的剂量进行输注营养液。输注营养液一开始是从慢到快，然后从少到多，浓度也是从低到高，这是因为身体的肠道需要一个适应的过程。术后2天，每天给予500毫升温生理盐水，观察无并发症后，再增加剂量。第

四天，可继续加量，到了第五天，增加至1000毫升。流速从50毫升/小时增加到100毫升/小时；容量从500毫升/天增加到常规1500-2000毫升/天。（3）静脉输注营养液的注意事项①在使用营养液时，一定要注意打开即用，不用就要放入冰箱，这是由于营养液中含有大量的营养物质，极易被外来污染，而且也没有胃液的杀菌效果，因此，必须在一天之内进行无菌操作。②营养液的输注也要严格遵循规范，一开始要让患者的肠道慢慢适应营养液的输入，先慢慢的输注，再慢慢的加速，让肠道有一个时间来适应营养液，最后逐渐加大速度，用肠内营养泵泵入，慢慢的给药，会有更好的效果。③营养液的温度不能太低，不然可能会引起腹胀、腹泻等并发症，因此一定要控制好营养液的温度。体温保持在35-40摄氏度之间。④在静脉输注营养时，要注意喂饲管的护理，使其可以牢固地固定，保证导管的通畅及位置，避免发生扭转折叠及无计划拔管等。

（4）常见并发症的防治。①管道阻塞。如果长期输注，没有良好的畅通性，会造成管腔内的营养液残留，从而造成管壁堵塞，因此，要对管道进行清洗，通常在输入营养液之前和之后都要清洗，给药期间，要先溶解，再输注，最后冲管，用温开水冲洗。如有阻塞，可用20ml输注器将温开水进行多次冲洗，以使其通畅。②腹泻，腹胀。在输注营养液的时候，要注意温度要合适，速度要合适，不要太急，这是一个从慢到快的过程，最好是在35-40℃之间，如果患者在输注营养液的时候有腹胀，腹泻等症状，要马上停药。同时还要调节温度，等患者的状态好了再进行输注营养液。③水电解质失调，血糖紊乱：要密切关注血糖、尿糖的变化，如果发现了，要做好记录，并采取相应的治疗方法。及时补充电解质、水和肠外营养，维持患者的水盐平衡。

1.3 观察指标

比较两组护理前后营养状况、生活质量、满意度、住院时间、住院费用。

1.4 统计学处理

数据以SPSS23.0软件统计进行了 X^2 、 t 检验， $P < 0.05$ 则差异有意义。

2 结果

2.1 营养状况

观察组的指标显著高于对照组, $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1 护理前后营养状况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	ALB (g/L)	HGB (g/L)	TP (g/L)
观察组	护理前	30.12 ± 4.72	88.12 ± 4.92	60.12 ± 2.72
	护理后	38.12 ± 5.71	96.01 ± 6.59	68.24 ± 8.26
对照组	护理前	30.95 ± 4.21	88.25 ± 4.91	60.15 ± 2.16
	护理后	34.43 ± 4.12	92.14 ± 4.94	64.21 ± 4.12

2.2 生活质量

观察组的指标显著高于对照组, $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2 护理前后生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	物质生活	躯体功能	心理功能	社会功能
观察组	护理前	67.01 ± 4.34	61.37 ± 2.01	63.56 ± 2.12	67.01 ± 2.01
	护理后	92.34 ± 6.21	92.21 ± 5.21	94.12 ± 4.91	93.56 ± 5.56
对照组	护理前	67.13 ± 4.54	61.35 ± 2.21	63.34 ± 4.16	67.04 ± 2.23
	护理后	80.12 ± 5.23	83.34 ± 4.23	83.21 ± 4.21	82.12 ± 5.12

2.3 满意度

观察组的指标更高 ($P < 0.05$)。

表 3 两组满意度比较

组别 (n)	满意	比较满意	不满意	满意度
对照组 (40)	20	12	8	32 (80.00)
观察组 (40)	29	11	0	40 (100.00)
X^2				6.806
P				0.009

2.4 住院时间、住院费用

观察组住院时间、住院费用均低于对照组, $P < 0.05$, 见表 4。

表 4 两组住院时间、住院费用比较

组别 (n)	住院时间 (d)	治疗费用 (万元)
对照组 (40)	29.87 ± 6.21	9.64 ± 1.52
观察组 (40)	21.32 ± 5.21	7.32 ± 0.41
t	6.034	7.121
P	0.000	0.000

3 讨论

胰十二指肠切除术具有创伤大、术后并发症多等特点, 且术后早期营养不良加重, 故术后应尽早进行营养支持。常规的营养支持方式是静脉营养, 在患者恢复肛管排气、观察 1-2 天后, 逐渐恢复到正常饮食状态。然而, 此种方式存在代谢、感染等并发症, 以及术后出现胆瘘、肠瘘等并发症, 从而延迟了饮食。近年来, 随着对肠粘膜屏障、微生态失衡等方面的认识的深入, 肠内营养在手术中的应用越来越广泛。早期肠内营养可有效降低肠道微生态失衡, 保持肠粘膜结构和功能完整性, 维持肠粘膜屏障功能, 降低临床感染发病率^[2]。肠内营养能够充分发挥其高效的肠道作用, 阻止肠粘膜的萎缩, 保持肠上皮细胞的正常结构、细胞连接及绒毛的高度, 保持肠道微生物的正常发育, 帮助肠上皮细胞分泌

IgA, 促进胃液和胃液的分泌, 增强胆囊的收缩, 胃肠蠕动, 提高脏器的血量, 使得新陈代谢更加符合人体的生理规律^[3-4]。

本次研究显示, 观察组营养状况、生活质量、满意度、住院时间、住院费用均优于对照组, 分析如下: 可见, 通过早期肠内营养管理, 胰十二指肠切除术后患者的营养状况得到明显改善, 生活质量得到了明显的改善, 有利于胃肠道功能的恢复, 降低了术后并发症的发生率。可见, 加强对患者的观察和护理, 是提高治疗成功率的重要保证。肠内营养是一种以酪蛋白、麦芽糊及各种膳食纤维为主要成分的多聚复合型营养液, 它具有促进肠道蠕动的作用, 有助于早日恢复肠道功能^[5-6]。本课题组前期研究发现: 早期采用肠内营养, 可以更快地加速患者康复; 有研究发现, 在初始阶段, 营养液的浓度从稀到浓, 量从少到多, 逐渐增加, 最好的方法是采用输注营养液泵, 将营养物质均匀地泵入, 这样就不会因为突然大量输注食物而引起的返流, 也就不会因为突然大量输注营养液而引起的肺部感染, 从而缩短患者的康复周期, 减少住院费用, 降低对胃粘膜的压力刺激, 提高护理人员的工作效率。同时, 护士也要加强对患者病情的观察: 经常观察, 经常巡视, 调整适当的输注营养液速度。注意在输注营养液期间听取患者的意见, 如有任何不正常现象, 应立即报告医师进行治疗^[7-8]。

综上, 对胰十二指肠术后患者进行早期的肠内营养支持管理, 配合良好的护理, 可以明显改善患者的营养状态, 加快消化道功能的恢复, 降低并发症的发生, 降低治疗费用和平均住院天数, 改善患者生活质量。

参考文献:

- [1]孙青美, 李倩, 金捷, 方小萍. 围手术期外科之家理念在胰十二指肠切除手术患者中的护理应用[J]. 江苏卫生事业管理, 2023, 34 (10): 1366-1369.
- [2]张翠, 陆瑶. 早期肠内营养管理模式在胰十二指肠切除术后护理中的疗效分析[J]. 现代医学, 2023, 51 (10): 1478-1481.
- [3]徐永丽, 蔡少如, 毛惠娜, 邱键霞, 梁景花. 胰十二指肠切除术后胃肠功能恢复临床护理路径的构建与应用[J]. 护理学报, 2023, 30 (17): 67-72.
- [4]宋丹丹, 胡惠惠, 李静, 李维娜. 胰十二指肠切除术后病人家庭肠内营养知行问卷的研制及信效度检验[J]. 护理研究, 2023, 37 (16): 2871-2877.
- [5]蔡翠翠, 李倩, 闫玉芬, 李淑媛. 基于舒适理论的体温管理在腹腔镜胰十二指肠切除术后患者术中低体温预防中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29 (16): 28-31.
- [6]梅晓宇, 孙丹丹. 腹腔镜胰十二指肠切除术后围术期细节化护理效果观察[J]. 河南外科学杂志, 2023, 29 (02): 187-189.
- [7]王爽. 胰十二指肠切除术后胰瘘的危险因素及综合护理对策[J]. 中国医药指南, 2023, 21 (05): 43-46.
- [8]霍晓娟, 何芳. 快速康复理念下腹腔镜胰十二指肠切除术后患者围手术期呼吸功能锻炼的方案建立与应用[J]. 山西医药杂志, 2023, 52 (03): 236-239.