

探究普外科术后患者行肠外营养支持的临床疗效

冯园园

郑州大学第一附属医院 河南 郑州 450000

摘要：目的：探讨普外科术后患者行肠外营养支持的临床疗效。**方法：**选取本院普外科于2019年3月~2020年12月收治的96例行手术治疗患者，按照随机数字表法分为2组，每组48例，对照组术后给予肠内营养支持治疗，观察组在此基础上，实施肠外营养支持治疗，对比两组术后胃排空恢复时间、各项营养指标、住院时间、肛门排气时间及并发症情况。**结果：**观察组术后第7天时的血浆视黄醇结合蛋白、血浆前白蛋白相比对照组，均高于后者（ $P<0.05$ ）；观察组住院时间、胃排空障碍恢复时间、肛门排气时间较对照组，均短于后者（ $P<0.05$ ）。观察组并发症发生率（4.17%）低于对照组（14.83%， $P<0.05$ ）。**结论：**针对普外科术后患者，采取肠外营养支持干预，效果好，操作简单，安全可靠，可加速肠功能恢复，减少并发症，临床应用价值高。

关键词：普外科；肠内营养；肠外营养

引言

肠外营养是经过静脉为患者提供营养的主要方法，对人体给予营养支持，主要针对手术后各种原因导致不能进食的患者。根据静脉输注的途径可将肠外营养分为中心静脉和周围静脉，供给的物质包括人体所必需的三大营养物质，即碳水化合物、氨基酸、脂肪，还包括必要的维生素、电解质及微量元素。提供营养的途径分为完全肠外和肠内营养。因为麻药对外科手术患者的吞咽和消化功能会产生影响，但手术后要使创口快速愈合，就必需大量的营养支持，所以患者术后或多或少会有营养不良的状况，通过肠外营养支持（parenteral nutrition, PN）可以加快创口愈合，并可调节肠道功能紊乱。本文对本科普外科手术治疗的患者实施肠外营养支持，观察其应用效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2019年3月~2020年12月这一阶段内，选取本院普外科收治行手术治疗的96例患者，纳入标准：均行手术治疗，有相关手术指征；排除标准：严重肝、肾等器官功能障碍者，血液、免疫系统疾病者；生存期 <6 个月者；妊娠期、哺乳期妇女。将患者按随机数字表法进行分组，共分为2组，每组均为48例，对照组中，男性28例，女20例，年龄区间35~75岁，平均（ 57.6 ± 10.4 ）岁；病症类型：重症胰腺炎11例，结肠癌15例，胃癌22例；观察组中，男性27例，女21例，年龄区间35~74岁，平均（ 57.4 ± 10.2 ）岁；病症类型：重症胰腺炎10例，结肠癌14例，胃癌24例。两组年龄等资料经系统化比较，均无显著差异（ $P>0.05$ ）。患者已知晓本研究，签有同意书。

1.2 治疗方法

对照组于术后采取肠内营养支持治疗，也即手术结束后，提起患者上段空肠，在与屈氏韧带下方相距20cm处戳一个小孔，插入直径为3至5cm、长20cm的硅胶管^[1]，进行隧道包埋处理，然后从腹壁左侧引出，将肠管与腹膜固定好，并将硅胶管固定在皮肤上。倘若患者上段空肠发生病变，则可在病房下方正常处展开造口操作。采用肠内营养混悬液，经造瘘管给予患者肠内营养支持，控制热量在6至7kJ/kg范围内，氮量在0.15至0.20g/kg/d范围内^[2]，采用营养泵向患者持续、匀速输入营养液。术后第1d，持续24h向患者灌注营养素溶液，并维持灌注速度在20ml/h左右，随后以患者具体病情及耐受度为依据，对滴速进行合理调整，一般情况下，术后第2d灌注速度可增加至50ml/h，术后第3d增加值75ml/h，之后便可采取全量灌注直至正常进食。

对于观察组患者，则在上述肠内营养支持的基础上，行肠外营养支持治疗，具体操作如下：在术后第1d向患者输入能量，热量及氮量的控制标准与对照组相同，采用浓度为11.4%及8.4%的复方氨基酸注射液^[3]，以提供患者所需氮源；控制糖脂比为1:1或3:2；采用浓度20%的中长链脂肪乳注射液，确保机体的脂肪供给；根据均衡配方来配比维生素、电解质及微量元素等。经外周或中心静脉导管向患者输入上述营养液^[4]，待患者恢复进食以后，可将输入量逐渐减少。所有患者均接受为期一周的营养支持治疗。

1.3 观察指标

分别于完成手术的第1、7天。测定两组视黄醇结合蛋白、血浆白蛋白及前白蛋白等营养指标，另对比两组患者住院时间、胃排空恢复时间、肛门排气时间及并发症情况。

1.4 统计学方法

SPSS23.0对文中计量、计数资料进行处理，分别由百分

率、 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, χ^2 、 t 检验; 若组间经对比, 存在显著差异, 则由 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 两组营养状况对比

观察组术后第7天时血浆视黄醇结合蛋白、血浆前白蛋白相比对照组, 均明显偏高($P < 0.05$), 见表1。

表1 2组营养指标对比

组别	血浆视黄醇结合蛋白 (mg/L)		血浆前白蛋白 (g/L)		血浆白蛋白 (g/L)	
	第1天	第7天	第1天	第7天	第1天	第7天
对照组	21.34 ± 2.97	24.33 ± 5.36	219.64 ± 52.87	235.88 ± 47.82	34.63 ± 6.37	31.97 ± 7.68
观察组	23.11 ± 4.11	38.20 ± 5.53	225.11 ± 55.81	301.52 ± 57.63	33.09 ± 6.24	32.51 ± 6.85
t	0.41	13.74	2.09	21.45	1.23	1.21
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组胃排空障碍恢复时间、肛门排气及住院时间对比

观察组胃排空障碍恢复时间、肛门排气时间及住院时间相比对照组, 均短于对照组($P < 0.05$), 见表2。

表2 2组住院时间、胃排空障碍恢复时间、肛门排气对比

组别	胃排空恢复时间(天)	肛门排气时间(h)	住院时间(天)
对照组	13.13 ± 6.12	78.53 ± 14.56	22.54 ± 5.42
观察组	6.54 ± 3.75	55.72 ± 7.08	14.75 ± 5.97
t	6.78	7.14	6.82
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组术后并发症发生情况对比

观察组术后并发症发生率为4.17%, 对照组14.83%, 观察组显著低于对照组($P < 0.05$), 见表3。

表3 2组术后并发症发生情况对比[n(%)]

组别	例数	腹胀	腹泻	肺部感染	深静脉导管感染	发生率
对照组	48	2	2	1	2	7 (14.83)
观察组	48	0	1	0	1	2 (4.17)
χ^2						5.25
P						<0.05

3 讨论

患者在进行腹部手术时一直处于一种应激状态, 所以机体要消耗大量的脂肪甚至蛋白质供应必需的能量。营养状态是决定患者预后的重要因素之一, 营养支持是患者基础治疗的一个重要组成部分。对患者进行必要的营养支持可改善其代谢运作, 对患者持续恶化的营养状况有显著帮助, 可减少并发症发作及病死率, 帮助患者快速恢复病情^[5]。现阶段有肠内营养支持和肠外营养支持。其中肠外营养支持作为临床治疗的一项重要措施普遍在普外科及危急重病房中应用。50多年来, 通过不断改善肠外营养支持理论, 作为临床不可或缺的治疗手段, 对大型外科手术的发展有显著的促进作用。由于现代医学科学水平的持续改善, 医务工作者已逐步全面和深化了解肠外营养支持的认知和理念, 已经由简单的静脉高能量支持逐渐发展到营养、代谢、调理相结合, 一直到现阶段的免疫营养、生态免疫营养等理论, 无论是内涵还是外延方面都得到了长足的发展^[6]。其实营养支持的目的可不是简单的通过维持氮平衡来维持机体肌肉组织, 而是通过合理均衡的营养补充方法保持细胞的代谢, 修复和维持组织器官的构造, 保证其生理功能。

综上所述, 普外科手术, 通过对患者展开肠外营养支持治疗, 可加快其肠功能恢复, 积极改善营养状态, 且操作简便, 安全性高, 有重要的应用价值。

参考文献:

- [1] 虞敏, 张云, 周勇, 等. 胃癌根治术后早期行肠内、肠外营养支持对胃癌患者免疫及胃肠功能恢复的影响[J]. 当代医学, 2017, 23(30): 74-76.
- [2] 彭丽娟, 黄雪霞, 童桂华. 普外科溃疡性结肠炎患者围术期营养护理干预及效果评价[J]. 中外医学研究, 2018, 14(7): 63-65.
- [3] 吴玛丽. 营养支持治疗在加速康复外科作用研究[J]. 心理月刊, 2018, 13(9): 164.
- [4] 吴肇汉. 结直肠癌病人围手术期营养治疗的时机和方法[J]. 外科理论与实践, 2019, 8(3): 178-179.
- [5] 黎介寿. 肠内营养——外科临床营养支持的首选途径[J]. 中国实用外科杂志, 2018, 23(2): 67.
- [6] 蒋朱明. 有营养风险患者首选肠内营养支持[J]. 中华临床营养杂志, 2019(2): 65-66.

作者介绍: 冯园园, 女, 汉族, 1982.9.21, 河南郑州, 本科, 主管护师, 研究方向: 营养学。