

肠内营养的早期应用对胃癌术后快速康复中的应用效果观察

邵欢

(华中科技大学同济医学院附属同济医院)

摘要:目的:探讨肠内营养早期应用对胃癌术后加速康复的意义。方法:选取2020年3月-2020年7月我科收治的胃癌患者80例进行研究,分为实验组和对照组各40例,实验组术后早期应用肠内营养进行干预,结果:显示实验组腹胀,胃潴留,肛门排气时间短于对照组。结论:胃癌术后早期肠内营养安全可行,符合生理要求。可促进胃肠道功能恢复,可改善患者术后营养状况。对加速患者术后恢复起到很大作用。

关键词:肠内营养;早期应用;胃癌术后

随着社会的进步与发展,一系列现代的护理观念被逐渐应用到临床实践中。快速康复外科核心理念要点在对围手术期患者采用一系列加速患者康复的有效措施,提倡早期肠内营养可以促进患者恢复。进展期胃癌病人大多数伴有不同程度的营养不良,加之手术创伤刺激、分解代谢增加,加重了营养不良和免疫障碍。经过近半个世纪的临床应用与研究,遵循当肠道有功能,且能安全使用时,应用它的原则[1]胃癌术后早期肠内营养(EEN)得到越来越多临床医生的重视。研究表明,手术创伤可导致患者营养失调,所以术后营养支持治疗的意义已经得到了共识。胃癌术后患者机体消耗过多,肠内、肠外营养能提供足够的热量,促进蛋白质和应激蛋白的合成,尽快纠正机体的负氮平衡。特别是早期的肠内营养可以刺激和启动肠道内分泌系统,改善术后患者的免疫状态,促进胃肠道功能的恢复,维持肠粘膜屏障功能,防止菌群易位。因此,胃肠手术后患者进行早期肠内营养很有必要[2]。本研究将观察术后早期肠内营养对胃癌病人的营养状况,临床疗效等方面进行对比分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取80例胃癌患者为研究对象。纳入标准:(1)年龄18-75岁(2)术前经胃镜检查,病理诊断证实为胃癌(3)术前影像学检查判断无远处转移(4)使用NRS2002评估表和PG-SGA评估表对入院患者进行营养风险筛查和评估,认为有营养风险。排除标准:(1)急诊手术患者(2)消化道梗阻(3)大出血等生命体征不稳定患者(4)有精神疾患或其他原因不能合作者(5)术后出现严重并发症危及生命者。采用随机数表法将入选患者分为实验组和对照组各40例。本实验经本院伦理委员会审查通过,患者及家属均签署知情同意书。两组患者一般资料比较差异均无显著性($P < 0.05$),具有可比性。

1.2 置管方式及营养方案

所有病人均于术前置入胃管和鼻肠营养管,术中胃管留于胃,鼻肠营养管调至最远端吻合口下20-30cm空肠输出袢内;胃管作减压引流用,鼻肠管作肠内营养管。实验组(EEN组)病人于术后第一天自营养管内输注氯化钠100-250ml。采取序贯疗法。无特殊不适后第二天输注氯化钠250-500ml,第三天开始缓慢输注百普力或者瑞能(肠内营养乳剂)。采用肠内营养专用泵及泵管。输注速度起始为30ml/h,逐渐加量,建议若无不适男性病人最多可150ml/h,女性病人最多120ml/h。若病人有腹胀、腹痛、腹泻等不适,可降低输注速度。术后EN维持7-8天。当病人全量肠内营养无不适主诉后,逐渐恢复流质、半流质饮食。

1.3 设定目标/监测指标

目标:患者能够有效接受肠内营养的相关知识;减少肠内营养并发症的发生率;增进护患沟通,提高患者生活质量。

监测指标:

1 患者的并发症发生率,包括胃肠道耐受情况:肠鸣音,腹胀,腹痛便秘,腹泻等,有无胃储留等。

2 留置肠内营养管患者对营养管使用方法的掌握情况。

计算公式:

$$\chi^2 = \sum \frac{(A-T)^2}{T}$$

实施措施

1.患者体位 床头抬高大于30度,以减少返流的几率,结束后维持体位不少于30分钟

2.营养管的维护

①妥善固定营养管,鼻肠管应该列入特殊管道给予加固,防止脱出,空肠营养管应每班检查缝线是否牢固,必要时加固

②胃造瘘管常规每班更换造瘘口辅料。更换时旋转造瘘管180度,以防粘连;保持造瘘管固定夹与皮肤之间的松紧度合适。

③对于长期经胃管鼻饲患者,应当每月更换胃管

④营养护理之前,确认管道是否通畅,评估患者的营养状态,了解患者是否存在腹胀,恶心,腹痛及腹泻等情况

3.制作肠内营养管置管相关问卷调查:包括基本情况调查表,护理相关知识填写,我们通过这种发放问卷的方式能更好的了解留置肠内营养管期间的相关行为、知识及需求,并根据不同病人存在的不同问题给予相应的宣教指导,提高早期肠内营养的普及率。调查表如下:

住院号(护士填写) 诊断(护士填写)

亲爱的患者:

您好,为了更好地了解您对留置肠内营养管的护理相关知识及需求,早期进行肠内营养,促进我们护理服务质量的提高,我们需要占用您的一点时间,进行一些肠内营养管相关知识及需求的调查,非常感谢您的支持配合!

基本情况调查表

姓名性别年龄联系电话

籍贯省市/县民族

填表日期年月日

1 你居住在

①农村 ②乡镇 ③城市

2 婚姻状况

①已婚 ②未婚 ③离异 ④分居 ⑤寡居(老伴过世,和子女同住) ⑥独居

3 主要照顾你的人是

①伴侣 ②自己 ③子女 ④看护人员 ⑤其他人

4 教育程度

①文盲 ②小学 ③初中 ④中专 ⑤高中 ⑥大专 ⑦大学

5 职业

①退休 ②工作 ③其他

6 经济来源

①退休金或养老金 ②自己工作 ③家人 ④其他

7 经济状况

①很差 ②较差 ③一般 ④较好 ⑤很好

8 医疗费用支付方式

①①公费 ②医疗保险 ③省医保 ④自费 ⑤其他

肠内营养管护理相关知识调查

您是否清楚,肠内营养管放置目的?

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

您是否清楚,携带肠内营养管回家期间的观察内容?

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

您是否清楚，留置肠内营养管自我维护的方法？

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

您是否清楚如何防止脱管的发生？

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

您是否清楚如何避免留置肠内营养管导致的相关胃肠道反应？

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

您是否清楚，留置肠内营养管的术后饮食要求？

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

您是否清楚，留置肠内营养管期间的着装要求？

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

您是否清楚，留置肠内营养管期间的饮食要求？

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

您是否清楚，如何保护好管周的皮肤？

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

您是否清楚留置肠内营养管期间容易发生主要问题有哪些？

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

您是否清楚，如何预防肠内营养管发生堵塞？

非常清楚 比较清楚 一般 不怎么清楚 不清楚

表 1 两组并发症情况比较例 (%)

组别	腹胀	胃滞留	堵塞
实验组 (N = 40)	2 (0.05)	1 (0.025)	1 (0.025)
对照组 (N = 40)	4 (0.1)	4 (0.1)	4 (0.1)

表 2 两组肠内营养管堵管率和临床观察指标掌握情况比较 例 (%)

组别	肠内营养管堵管率	肛门排气时间	使用抗生素时间
实验组 (N = 40)	40 (100)	38 (95)	40 (100)
对照组 (N = 40)	35 (87)	33 (82)	36 (90)

3 讨论

胃癌患者存在高消耗状态，且由于肿瘤对胃肠道生理功能的影响，患者术前即有可能存在营养不良的情况。而手术带来的应激反应及术后较长时间禁食，会进一步加重患者营养不良的状态，使机体免疫力下降，影响康复。研究表明，营养不良患者术后发生感染、吻合口瘘等并发症几率明显上升^[9]。而积极行营养支持治疗可直接或者间接降低术后并发症发生率和病死率，故早期营养支持具有十分重要的作用。

肠道是人体内最大的免疫器官，其上皮细胞营养主要依靠肠内营养提供。当消化道存在部分功能时，肠内营养即可取得与肠外营养相同的效果。随着临床研究的不断深入，肠内营养的优点越来越明显。其符合生理、使用方便安全、对肠道的机械刺激使消化道激素分泌增加，加速胃肠道功能的恢复。故先多主张只要肠道有功能，即可尽早给予肠内营养。大部分研究者将术后 24 小时内给予肠内营养定义为早期肠内营养(EEN)。同时，经研究证实，小肠蠕动功能和吸收功能在术后数小时即可恢复正常。这为早期肠内营养提供了理论依据。有效的肠内营养支持可以促进肠功能恢复，增强机体免疫力。同时营养物质经门静脉系统主动吸收，促进肝脏中蛋白合成。有研究指出，肠内营养制剂使用方便、营养丰富、满足机体对营养需求。同时也可以影响人体的内分泌系统，维持肠道酸碱平衡，降低肠道内菌群失调发生的概率。

胃肠道手术患者术后消化系统，不能很好的恢复消化和吸收能力，因此患者极易出现营养不良的情况，还会对其术后康复造成一

清楚

4.建立胃肠外科微信公众号：为了增强患者与我们的沟通，增加患者对早期肠内营养的认识，我们利用网络平台，结合文献与科室实际情况，制作肠内营养健康知识宣讲手册。同时鼓励患者进行远程护理咨询，及时对有疑问患者进行指导，切实有效的帮助病人解决问题。

5.定期进行电话随访：每周将患者的问题反馈整理输入电脑，每月参照问题重新修改问卷调查表，反馈微信平台患者的问题，如此循环，每月总结分析不断改善以解决患者的需求，提高肠内营养的应用。

1.4 观察指标

(1)一般指标：术后肛门排气时间，腹胀情况，术后住院天数；(2)营养指标：BMI 及血清总蛋白、白蛋白、血红蛋白；(3)肝肾功能：血肌酐、总胆红素、谷丙转氨酶等；(4)并发症：感染、吻合口瘘及腹胀、腹泻等不良反应。

1.5 统计学方法

使用 TPSS 14.0 统计软件对数据进行处理，计数资料采用 X² 检验，(P<0.05 表示差异有统计学意义。实验组与对照组在腹胀、胃滞留、堵塞发生率比较，差异有统计学意义 (P<0.05)。

2 结果

术后实验组出现 5 例在输注营养液早期出现不同程度腹胀、腹痛，减慢滴速后好转。对照组发生感染 5 例（切口感染 2 例，尿路感染 1 例，肺部感染 2 例），均对症处理好转。术后两组均未出现吻合口瘘。两组患者术前血红蛋白、白蛋白、总蛋白比较差异均无显著性。但 EEN(实验组)前白蛋白水平显著高于对照组。实验组术后首次出现肛门排气时间、排便时间、住院天数均短于对照组 (P<0.05)。

实验组与对照组肠内营养管的堵管率和肠内营养管护理技能掌握情况比较，比较差异有统计学意义 (P<0.01)。见表一和表二。

定影响。肠内营养支持通过增加营养剂内含多种营养素，其在消化和吸收过程中可以增加胃肠道的血量供应，增强肠粘膜屏障功能。本研究的结果显示：实验组在肛门排气时间、腹胀、堵管发生率等短于对照组。由此可见肠内营养的早期干预可以改善肠粘膜屏障功能，缩短不良症状缓解时间。同时在胃癌术后的营养供给中，早期肠内营养的应用优势体现为：(1)早期肠内营养与快速康复理念的要求相符，可加快术后患者的疾病康复(2)促进患者胃肠道功能恢复。早期肠内营养方法主张术后早期阶段经鼻肠营养管途径补充液体。肠道途径中生理盐水、肠内营养乳剂液等的补充，可刺激肠蠕动，缩短胃肠功能恢复时间。(3)纠正焦虑情绪。胃癌术后患者容易出现焦虑情绪，可影响机体代谢状况，增加能量消耗。早期肠内营养供给的持续性、合理性可在满足患者营养需求的基础上，促进其术后康复。

综上所述，宜于胃癌术后的快速康复中，推行早期肠内营养支持，以缩短患者的胃肠功能恢复时间，为患者的术后康复提供良好支持。

参考文献

- [1]黎介涛.肠内营养-外科临床营养支持的首选途径.肠外与肠内, 2003,10 (3): 129-130
- [2]黎介涛 1 危重病人与免疫营养 1 肠外与肠内营养, 2001,8:127.
- [3]吴国豪.肿瘤患者营养不良的原因与危害[J].中国实用外科杂志, 2002,22 (11): 644-646