

# 肠内营养安全护理在胃肠外科患者中的应用效果研究

施辉

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 胃肠外科)

**摘要:** 目的 分析肠内营养安全护理在胃肠外科患者中的应用效果。方法 选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月共计 70 例胃肠外科手术患者,以随机分组方式分为对照组(采用肠外营养支持护理, n=35)和观察组(采用疼痛护理干预路径护理, n=35),对比两组患者的恢复有效率、各项恢复时间、营养指标变化、生活质量以及并发症发生率。结果 观察组恢复有效率高于对照组 ( $p < 0.05$ ); 观察组各项恢复时间低于对照组 ( $p < 0.05$ ); 观察组护理后各营养指标高于对照组 ( $p < 0.05$ ); 观察组护理后生活质量高于对照组 ( $p < 0.05$ ); 观察组并发症发生率低于对照组 ( $p < 0.05$ )。结论 在对胃肠外科手术患者的营养支持护理中,可选择以肠内营养安全护理模式进行干预,患者护理后的恢复效果相较于肠外营养支持更高,同时计提各项营养指标恢复效果更明显,且恢复时间更短。提示其使用效果显著。另外患者在接受肠内营养安全护理下的生活质量更高,不会加大各类并发症的发生风险,整体使用价值及使用安全性相较于肠外营养支持更高,值得广泛推广。  
**关键词:** 肠内营养安全护理; 胃肠外科; 营养指标; 恢复时间

胃肠道外科作为目前针对各类胃肠道疾病的重要治疗手段,具有较高的使用率,但同时多数胃肠道外科手术会对患者产生较大的身体损伤,会对患者的营养吸收功能产生影响,同时部分老年患者由于机体代谢功能下降,还会引起营养不良现象,迅速改善患者的机体营养水平,以避免各类预后不良事件的形成[1]。由于患者术后恢复其不仅需要消耗大量的热量,同时由于胃肠道功能下降无法进行正常进食,因此营养支持治疗成为了目前针对胃肠道外科手术患者的主要治疗方针。肠外营养支持和肠内营养支持属于针对肺癌患者术后营养补充的重要手段,均能够达到改善患者营养状态的作用,针对患者当前状态选取合适的营养支持方式,同时可对提高患者依从性有一定的效果[2~3]。有调查研究指出,肠内营养支持在促进患者康复、减少并发症方面更具优势,现为探究肠内营养安全护理的效果,以 70 例胃肠外科患者为对象,分析如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月共计 70 例胃肠外科手术患者,将所有患者分对照组和观察组,详情见表 1,资料于统计学软件 SPSS 中结果显示  $p > 0.05$ 。

表 1 分组详情

组别	人数(例)	男/女	年龄(岁)	平均年龄(岁)
对照组	35	20/15	54~81	68.14 ± 3.12
观察组	35	19/16	57~83	67.94 ± 3.07

### 1.2 纳入标准

纳入标准:(1)所有患者均为胃肠外科手术适应症患者,患者病症类型包含食管癌、胃癌、结肠癌、重症胰腺炎等<sup>①</sup>;(2)患者术后各项临床指标稳定,无其他严重的器质性功能障碍或凝血功能障碍;(3)均签订同意书进行调查。

排除标准:(1)存在其他脏器损伤者;(2)术前合并感染症状患者;(3)严重的精神或交流功能障碍者;(4)肠内支持不耐受者。

### 1.3 方法

#### 1.3.1 对照组

所有对照组患者均采用肠外营养支持,采用静脉导管输入方式输注营养液,营养液成分包含 0.2g/kg 的等氮含量, 3.5g/kg 的葡萄糖,同时保持营养液糖分和脂肪比例控制于 1.5:1.0,内部需保持富含维生素、钾离子、氨基酸、甘油磷酸等物质。营养液需每日进行,根据患者的恢复需求以及生理状态调整营养配比,并根据患者肛门排气时间且能够保持进食的情况下停止进行肠外营养供给。

#### 1.3.2 观察组

所有观察组患者采用肠内营养安全护理,在患者胃肠外科手术结束后保持患者的胃管,期间保持禁食和正常输液状态,在此基础上对患者实施 24h 的肠内营养支持护理。术前需要根据患者的耐受程度插入胃管以及鼻饲管,需要定期检查患者管道是否通畅,同时避免误吸风险。术后检查患者是否存在腹胀现象,若无其他异常状态下生命体征平稳,可在 24h 内给予肠内营养支持,首次营养支持用量需低于后续用量的一半,并根据患者的耐受程度适当增加,若患者术后 2d 内对肠内营养支持无其他不耐受反应,则术后第 4d 可将营养支持用量补充至全分量,最终输注量可维持于 1500~2000ml。补充营养期间需要严格控制补充的速度以及温度,若患者产生腹泻以及腹胀等表现需要及时调整。营养支持液成分包含水、麦芽糖、

矿物质、脂肪以及维生素和微量元素等,结合患者恢复需求后期可增加适量鱼汤等。

### 1.4 观察指标

(1)以显效、有效和无效对比两组患者的术后恢复效果,显效:患者术后 12~24h 内恢复肛门排气并开始进行经口饮食,营养支持期间未产生并发症,机体营养指标恢复至患病前水平;有效:患者术后 24~36h 内恢复肛门排气,营养支持期间存在不适感,仅检查和护理后改善,机体营养水平进一步护理后恢复正常水平;无效:患者术后肛门排气恢复时间 > 36h,营养支持期间存在明显导管感染、腹胀、腹泻等表现,机体营养水平未达正常标准<sup>②</sup>。

(2)以肛门排气时间、排便时间、经口进食时间、住院时间对比两组患者的恢复时间差异。

(3)以血红蛋白、血清蛋白、转铁蛋白对比两组患者护理前后的营养指标变化情况。

(4)以躯体功能、生理职能、家庭功能、精力评估两组患者在接受相应护理前后的生活质量差异,生活质量指标按照 SF-36 为基准,各项评分 100 分,每项 25 分,越高代表生活质量越好。

(5)以腹胀、腹泻、肺部感染、深静脉导管感染对比两组患者的并发症发生率差异。

### 1.5 统计学方法

应用 spss20.0 分析结果,计量资料为 ( $\bar{x} \pm s$ ),采用 t 检验、% 作为表达项,采用卡方检验,  $p < 0.05$  表示差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组患者的恢复有效率对比

观察组恢复有效率高于对照组,差异显著 ( $p < 0.05$ ),详情见表 2。

表 2 两组患者的恢复有效率对比[例(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (n=35)	23 (65.71)	11 (31.43)	1 (2.86)	34 (97.14)
对照组 (n=35)	14 (40.00)	14 (40.00)	7 (20.00)	28 (80.00)
$\chi^2$	4.644	0.560	5.081	5.081
p	0.031	0.455	0.024	0.024

#### 2.2 两组患者的恢复时间对比

观察组各项恢复时间低于对照组,差异显著 ( $p < 0.05$ )。详情见表 3。

表 3 两组患者的恢复时间对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	肛门排气时间 (h)	排便时间 (h)	经口进食时间 (d)	住院时间 (d)
观察组 (n=35)	19.84 ± 1.97	39.28 ± 3.74	1.71 ± 0.60	14.51 ± 1.40
对照组 (n=35)	31.81 ± 2.51	50.72 ± 5.41	3.57 ± 1.02	19.72 ± 2.37
t	22.194	10.291	9.299	11.198
p	0.000	0.000	0.000	0.000

#### 2.3 两组患者营养指标对比

护理前两组患者各项营养指标差异不明显 ( $p > 0.05$ ),观察组护理后各营养指标高于对照组,差异显著 ( $p < 0.05$ ),详情见表 4。

#### 2.4 两组患者生活质量对比

观察组治疗前生活质量与对照组差异不显著 ( $p > 0.05$ ),观察组治疗后高于对照组,差异显著 ( $p < 0.05$ ),详情见表 5。

#### 2.5 两组患者并发症率对比

(下转第 167 页)

(上接第 148 页)

观察组并发症发生率低于对照组, 差异显著 ( $p < 0.05$ ), 详情见表 6。

表 4 两组患者营养指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	血红蛋白 (g/L)		血清蛋白 (g/L)		转铁蛋白 (g/L)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=35)	91.57 ± 6.86	123.87 ± 10.86	46.54 ± 4.42	63.97 ± 6.88	171.81 ± 17.33	248.36 ± 20.71
对照组 (n=35)	91.63 ± 6.80	103.48 ± 9.53	47.05 ± 4.50	54.63 ± 5.41	172.17 ± 17.21	210.88 ± 18.64
t	0.037	8.349	0.478	6.313	0.087	7.958
p	0.971	0.000	0.634	0.000	0.931	0.000

表 5 两组患者生活质量对比[分 ( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	躯体功能		生理职能		家庭功能		精力	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=35)	13.63 ± 0.82	22.13 ± 1.77	14.23 ± 0.68	22.60 ± 1.87	15.34 ± 0.61	21.38 ± 1.79	11.26 ± 0.79	22.39 ± 1.66
对照组 (n=35)	13.42 ± 0.78	17.11 ± 1.46	14.33 ± 0.64	18.86 ± 1.18	15.27 ± 0.62	17.26 ± 1.01	11.53 ± 0.77	16.18 ± 1.26
t	1.098	12.944	0.634	10.007	0.477	11.859	1.448	17.629
p	0.276	0.000	0.529	0.000	0.636	0.000	0.152	0.000

表 6 两组患者并发症率对比[例 (%)]

组别	腹胀	腹泻	肺部感染	深静脉导管感染	总发生率
观察组 (n=35)	1 (2.86)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.86)
对照组 (n=35)	2 (5.71)	3 (8.57)	0 (0.00)	2 (5.71)	7 (20.00)
$\chi^2$	0.348	3.134	0.000	2.059	5.081
p	0.555	0.077	1.000	0.151	0.024

### 3 讨论

胃肠道手术实施后, 患者胃肠道需要较长时间进行恢复, 通常情况下胃功能的恢复相对于大肠更快, 小肠功能则能够在术后数小时内恢复。年龄增长促使人体各生理功能以及代谢功能的下降, 其中老年患者普遍对手术创伤的耐受程度较低, 因此多数老年手术患者在术后产生营养不良以及代谢紊乱的风险较高<sup>[6-7]</sup>。由此会影响患者的术后恢复效果。目前针对该现象的改善主要可采用全肠外营养

支持和肠内营养两种, 既往针对营养支持的分析中, 多数认为手术的创伤同时会影响患者的胃肠道, 从而引起多功能的紊乱现象, 会影响肠道对营养物质的吸收, 因此肠外营养支持的方式更受到多数医师认可<sup>[8]</sup>。但目前有调查指出长期肠外营养支持的使用可能导致肠粘膜萎缩, 同时受自然免疫功能障碍影响, 会导致肠道菌群失衡, 严重情况下会产生败血症加重病症负担<sup>[9]</sup>。肠内营养支持即通过胃肠道给予营养物质, 通过进行肠内营养安全护理可保持患者胃肠粘膜的正常使用, 避免形成萎缩状态, 同时早期的营养支持也能够促进粘膜再生, 促进机体免疫能的提升, 避免产生感染现象<sup>[10]</sup>。

本文以 70 例患者分析指出, 在针对胃肠外科手术患者的护理中, 选择肠内营养安全护理方式可显著提升其恢复安全性和有效性, 患者的恢复效果相较于肠外营养支持更高, 并发症风险更低, 提示其使用价值显著。另外患者的营养指标可得到有效改善, 对于加快病症康复, 恢复正常的生活水平具有积极的使用效果。由此提示肠内营养安全护理方式的积极作用。

综上所述, 肠内营养安全护理在胃肠外科患者中的应用效果显著, 值得广泛推广。

### 参考文献:

- [1]李珊,夏梦甜. 术后早期肠内营养护理在胃肠外科老年患者中的应用效果分析[J]. 医药前沿,2021,11(21):137-138.
- [2]李婕琳,聂丹,冀明,等. 早期经鼻空肠营养管植入行肠内营养在重症急性胰腺炎中的临床效果分析[J]. 医学研究杂志,2022,51(3):39-43.
- [3]吴志梅,李婷丽. 综合护理对老年胃肠外科肠内营养支持患者营养及睡眠的影响[J]. 世界睡眠医学杂志,2021,8(2):250-251.
- [4]刘朕. 优质护理在胃肠外科老年患者空肠灌注肠内营养中的干预效果研究[J]. 基层医学论坛,2021,25(33):4775-4777.
- [5]何碧莲,陈祥莺,林丽春,等. 早期肠内营养在肝胆外科术后患者胃肠功能恢复中的价值[J]. 中国卫生标准管理,2021,12(6):51-53.
- [6]徐新强,赖小易,杨四清,等. 早期肠内营养对肝胆外科术后患者胃肠功能恢复的影响[J]. 中国现代药物应用,2021,15(18):230-232.
- [7]雷哲锋,罗雄. 肠内营养对肝胆外科大手术患者术后胃肠功能恢复的效果分析[J]. 中国药物与临床,2021,21(15):2699-2701.
- [8]彭启旺,邓浩. 肠内营养支持对根治性胃癌术后胃肠功能、营养状态和应激反应影响[J]. 临床外科杂志,2021,29(5):445-448.
- [9]蔡立志. 早期肠内营养支持对肝胆疾病患者胃肠恢复情况及生活质量的影响[J]. 哈尔滨医药,2021,41(5):127-128.
- [10]汪新有,翁延宏,陈伟. 胃癌根治术后早期肠内营养的应用探讨[J]. 肠外与肠内营养,2021,28(4):216-219.