

对术后接受肠内营养支持的胃肠肿瘤患者进行个体化护理的效果观察

郭秋梦 何燕洁 李秋烨

(西南医科大学附属中医医院 四川泸州 646000)

摘要:目的探讨胃肠肿瘤术后肠内营养支持患者接受个体化护理的临床效果和意义。方法自2021年3月开始本研究,截止2022年3月纳入本院收治的胃肠肿瘤患者,筛选其中60例术后肠内营养支持者为对象。计算机法1比1划分对照组、研究组,均为30例。对照组实施基础性护理、研究组实施个体化护理,比较两组营养指标、临床指标、并发症和生活质量评分。结果护理后研究组各项营养指标SPSS分析可见优势,各项指标均高于对照组($P<0.05$)。研究组临床指标优于对照组、并发症发生率低于对照组,SPSS分析 $P<0.05$ 。研究组护理后各方面生活质量评分SPSS分析体现优势,均高于对照组, $P<0.05$ 。结论个体化护理满足胃肠道肿瘤患者术后肠内营养支持需求,能够调节患者营养水平和免疫力,有助于规避各项并发症,促进生活质量的全面提升。

关键词:肠内营养支持;胃肠肿瘤;个体化护理

胃肠肿瘤涉及良性、恶性多种类型,依据发病部位包括胃部、肠道等肿瘤,多数患者选择手术治疗^[1]。此类患者手术后胃肠功能受到直接影响,加之术后高代谢状态,供需失衡出现营养、能量不足,可能进展为营养不良,不利于机体术后康复,可能降低免疫力引发并发症。肠内营养支持是胃肠肿瘤患者术后营养干预的关键举措,此过程中需要配合科学的护理提高营养支持依从性以获得理想效果^[2]。不同疾病、手术、术后状态患者存在明显差异,常规护理模式缺乏针对性管理,导致护理效果层次不齐。个体化护理贯彻“以患者为中心”的现代化服务理念,将人性化、个性化服务应用于患者满足其个体化需求,控制各项风险以发挥最大作用^[3]。基于此,本研究探讨胃肠肿瘤术后肠内营养支持患者接受个体化护理的临床效果和意义,详细阐述如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择2021年3月-2022年3月本院收治的胃肠肿瘤术后肠内营养支持患者,纳入其中60例进行分析。纳入标准:(1)均经过病理学诊断确诊为胃肠肿瘤且具备手术指征。(2)具备肠内营养支持指征且自愿接受该支持方式。(3)文化程度小学及以上能够配合护理。(4)临床资料完整、可靠。(5)签署知情同意书。排除标准:(1)术后出现严重并发症患者。(2)认知、理解能力缺陷患者。(3)胃部、肠管大面积切除患者。(4)强烈应激反应、上消化道出血患者。

计算机法1:1分为对照组(30例)、研究组(30例)。对照组中男17例,女13例,年龄24-68岁,平均年龄(41.97 ± 10.65)岁,胃部手术12例、肠道手术18例。研究组中男15例,女15例,年龄21-70岁,平均年龄(41.50 ± 10.78)岁,胃部手术14例、肠道手术16例。两组基本资料对比差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经伦理委员会批准进行。

1.2 方法

对照组实施基础性护理模式,即:给予患者常规肠内营养支持流程,密切观察患者支持期间生命体征的变化和各项营养指标改善情况,为患者营造温馨、舒适、整洁的病房康复环境。观察并发症危险征象并及时处理,给予情绪疏导、健康教育和作息管理。

研究组实施个性化护理模式,即:(1)建立个性化干预小组。护士长发起成立肠内营养支持个性化干预小组,成员均为经验丰富、知识储备量充足、个人能力较强的护理人员。小组成员收集患者各项资料,分析患者需求、营养状况和潜在的并发症安全隐患,制定个性化护理计划并实施。(2)个性化健康教育。了解患者认知、

文化水平等情况,讲患者营养、整体健康状况制作成宣教视频,以通俗易懂的语言帮助患者了解肠内营养支持的必要性、配合方式和预期效果。结合患者实际支持方案耐心解释每项操作的目的、注意事项,纠正患者存在的抵触情绪和错误认知,建立积极信念。(3)个性化营养管理。肠内营养支持工程中,帮助患者取半卧位以免营养液倒流。从小剂量开始输注,动态评估患者营养状况、胃肠功能,及时调整营养液剂量和输注速度,密切观察输注过程中耐受性,当出现恶心呕吐等不耐受反应时做出相应调整。输注后的60min嘱患者家属监督患者不得翻身,配合腹部按摩进行肠道蠕动。(4)个性化管路护理。护理人员对患者进行营养风险筛查,加强中高风险患者的巡视和管理。每日定时检查患者肠内营养管固定情况,及时发现起始端、末端堵管、移位等不良情况并进行纠正。每次营养支持治疗前,护理人员均给予冲管处理,确保导管通常后输注营养物质。(5)个性化心理护理。与患者建立一对一沟通,将人文关怀融入其中,深入剖析患者不良情绪状态和出现的原因。解释患者存在的担忧和不理解之处,尊重患者隐私,引导其表达内心诉求并尽可能给予满足。协同患者家属调节患者情绪,家属给予充分的陪伴、理解和关怀,减轻患者疾病负担。此外,为患者建立病友俱乐部,鼓励有相似爱好、病情的患者在微信群内交流,共同畅想美好未来,减轻不良情绪,建立信并提高依从性。(6)个性化生活管理。了解患者睡眠状态,可根据喜好在睡前播放轻松、舒缓的音乐,调节病房内温湿度、光线,做好消毒工作。定期评估患者营养水平变化便于做出调整,每日清洁口鼻,适当提高饮水量以保持口腔湿润,必要时滴加蜡油在鼻内插管侧,维持润滑。

1.3 评价指标

(1)营养指标:以护理前、护理后为营养状况评价时间,采集患者静脉血,离心处理后测定血清中各项营养指标,包括总蛋白、白蛋白,根据指标差异判定营养状况,数值越高营养状态越理想。

(2)临床指标:精准记录患者肠鸣音恢复时间、住院时间,比较差异。

(3)并发症:统计肺部感染、肠瘘、营养不良例数,比较总发生率差异。

(4)生活质量:以SF-36量表为工具,筛选其中生理、心理、物质生活、躯体疼痛4方面进行评价,对护理后开展百分制调查,分数越高患者生活质量越理想。

1.4 统计学分析

数据均输入SPSS 20.0统计软件包,各组样本采用单因素方差分析法统计,每组样本均以平均值 \pm 标准差($X \pm s$)表示,方差齐时

选择 LSD 检验；方差不齐时采用 Dunnett' s T3 法分析，以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 组间营养指标对比

护理前两组营养指标差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。护理后，研究组总蛋白、白蛋白指标均更高，SPSS 分析 $P < 0.05$ 。可见表 1。

表 1 组间营养指标对比 (g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	总蛋白		白蛋白	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	60.20 ± 5.42	66.10 ± 4.17	35.01 ± 3.24	39.25 ± 2.48
研究组	30	60.31 ± 5.08	74.49 ± 3.25	35.49 ± 4.08	45.92 ± 3.15
t 值		0.0811	8.6920	0.5046	9.1125
P 值		0.9356	0.0000	0.6157	0.0000

2.2 组间临床指标对比

研究组肠鸣音恢复时间、住院时间均短于对照组，SPSS 分析 $P < 0.05$ 。可见表 2。

表 2 组间临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肠鸣音恢复时间 (h)	住院时间 (d)
对照组	30	49.40 ± 8.04	15.13 ± 1.65
研究组	30	35.07 ± 6.88	12.27 ± 1.06
t 值		7.4173	7.9876
P 值		0.0000	0.0000

2.3 组间并发症发生情况对比

研究组并发症发生率低于对照组，SPSS 分析 $P < 0.05$ 。可见表 3。

表 3 组间并发症发生情况对比[n(%)]

组别	例数	肺部感染	肠瘘	营养不良	总发生率
对照组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	3 (10.00)	6 (20.00)
研究组	30	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	1 (3.33)
χ^2 值					4.0431
P 值					0.0444

2.4 组间生活质量评分对比

研究组护理后生活质量各方面评分均高于对照组，SPSS 分析 $P < 0.05$ 。可见表 4。

表 4 组间生活质量评分对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生理	心理	物质生活	躯体疼痛
对照组	30	78.89 ± 5.12	76.79 ± 3.76	80.15 ± 4.23	78.29 ± 4.10
研究组	30	85.67 ± 4.38	84.38 ± 4.05	85.42 ± 4.17	84.63 ± 5.24
t 值		5.5115	7.5226	4.8595	5.2192
P 值		0.0000	0.0000	0.0001	0.0000

3 讨论

胃肠肿瘤包括多种类型，涉及种类繁多、复杂，不同患者术后营养状态、身心健康水平存在差异^[1]。手术治疗是大多数胃肠肿瘤患者常用的治疗方法，但由于胃肠功能受损、手术部位的特殊性、应激反应等多重因素影响，患者术后存在营养不良风险，需要及时给予营养支持。

肠内营养支持时现阶段国内外普遍共识的理想支持方法，科学、规范的肠内营养能够改善机体免疫力、健康状况，促进疾病早期转归和康复^[2]。但胃肠肿瘤患者机体较弱、耐受力不足，肠内营养过程中难以避免存在并发症风险，加之肿瘤类型可能涉及良性、恶性不同情况，若统一采用基础性护理难以满足患者实际需要，并

发病发生率较高。现代医学服务强调“以人为本”，即护理措施的制定和实施均需要围绕患者的实际状况，避免个体化差异导致护理效果层次不齐，影响预后康复^[6-7]。

个性化护理是基于现代化服务体系应运而生的服务模式，该模式剖析被服务对象的特点，针对性实施护理措施以解决问题，在控制风险、提高疗效方面有积极意义^[8]。对于胃肠肿瘤患者术后肠内营养支持患者而言，提高营养水平、规避并发症、促进康复是主要目的。基于此，本研究对患者实施个性化护理，结果显示：护理后研究组各项营养指标 SPSS 分析可见优势，各项指标均高于对照组 ($P < 0.05$)。可见个性化护理有效提高了肠内营养支持的效果和效率，这与既往诸多研究结论基本一致。分析原因为：个性化护理动态评估营养状况，及时调整营养物质质量、速率，保证营养支持与个体需要相符合。与此同时，该护理模式密切巡视、监测患者管道情况和耐受度情况，时刻保持导管通畅并处理不良反应，保证营养支持的顺利进行，提高营养水平。

本研究结果还显示：研究组临床指标优于对照组、并发症发生率低于对照组，SPSS 分析 $P < 0.05$ 。个性化护理配合全方位服务提高患者舒适度，调节体位、肢体按摩、定期评估，配合口鼻清洁等护理根本上控制了并发症，继而术后胃肠功能恢复、机体康复效率提升^[9]。与此同时，个性化护理还关注到患者情绪、认知的管理，结合个体情绪状态、认知、文化程度给予相应的指导，患者错误认知得以纠正，更好地配合支持以改善生理状态。通过该护理模式，患者心理应激反应降低，心理状态、躯体疼痛、物质生活多方面生存状况均得到改善，有助于尽早回归理想的生活状态^[10]。

总而言之，个性化护理符合胃肠肿瘤患者术后护理需求，应用于肠内营养支持中能够有效提高机体营养水平，继而促进术后机体康复、避免并发症的发生，有助于全面提升患者生活质量。但需要注意的是，本研究纳入样本量有限，且缺乏长期随访，研究的科学性仍待进一步验证和完善。

参考文献：

[1]吴娟. 对术后接受肠内营养支持的胃肠肿瘤患者进行个体化护理的效果探讨[J]. 健康必读,2021(18):137.
 [2]伍玉香,汤红莲,卓培连,等. 个体化护理在 ICU 肠内营养支持患者中应用的可行性[J]. 国际护理学杂志,2020,39(9):1686-1689.
 [3]陈红娇,李君,高辉,等. 行体外膜肺氧合治疗联合俯卧位通气重症肺炎患者的个体化肠内营养支持护理 1 例[J]. 中国实用护理杂志,2022,38(16):1250-1255.
 [4]郭文超,秦寒枝,滕娇,等. 成人重型颅脑损伤患者肠内营养支持的最佳证据总结[J]. 中国全科医学,2022,25(15):1825-1832.
 [5]任扬扬,姜亚迪. 神经内科重症患者肠内营养护理中实施个体化护理的价值[J]. 中外女性健康研究,2017(18):141-142.
 [6]彭宇,沙丽艳,刘子龙,等. 重症脑出血患者肠内营养支持发生误吸风险预测模型的构建及验证 [J]. 中国护理管理,2022,22(9):1391-1397.
 [7]王嘴嘴. 个体化肠内营养护理对口腔癌术后合并高血糖患者的干预效果观察[J]. 检验医学与临床,2019,16(24):3702-3704.
 [8]田玉倩. 神经内科危重症患者肠内营养的个体化护理效果分析[J]. 自我保健,2021(10):181.
 [9]张冰. 术前营养支持在老年胃肠道恶性肿瘤中的应用[J]. 国际护理学杂志,2021,40(12):2201-2206.
 [10]范小莉,陈蓉,肖蔓,等. 快速康复外科护理在老年胃肠道肿瘤患者围手术期的应用[J]. 西南国防医药,2020,30(2):125-127.