

# 全程营养管理模式在胰十二指肠切除术患者的效果观察

Observation on the Effect of Whole Course Nutrition Management Model in Patients Undergoing Pancreaticoduodenectomy

张茜

zhang Qian

(云南省普洱市普洱市人民医院肝胆胰外科 云南普洱 665000)

(Puer Peoples Hospital Yunnan 665000, China)

**摘要:**目的:观察胰十二指肠切除术患者实施全程营养管理模式的价值。方法:筛选本院行胰十二指肠切除术患者共 82 例实行分组研究,时段 2022 年 2 月至 2023 年 2 月期间。将纳入患者参考随机数字表法设为 2 组,各 41 例。对照组病例实施常规护理措施,观察组病例实施全程营养管理模式。观察血清营养指标、术后恢复情况及并发症各方面两组间的差异。结果:相较于对照组,观察组血清白蛋白、转铁蛋白、前白蛋白均存在大幅升高,差异存在统计学意义( $P < 0.05$ )。与相较于对照组,观察组术后首次排气时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间均存在明显缩短,差异存在统计学意义( $P < 0.05$ )。相较于对照组,观察组并发症总发生率存在大幅降低,差异存在统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:胰十二指肠切除术患者实施全程营养管理模式,可使营养状况得到明显改善,促进术后康复,减少并发症出现。

**Abstract:** Objective To observe the value of whole nutrition management in patients undergoing pancreaticoduodenectomy. Methods A total of 82 patients undergoing pancreaticoduodenectomy in our hospital were selected for a group study from February 2022 to February 2023. The included patients were divided into 2 groups with 41 patients each. Patients in control group were given routine nursing measures, and patients in observation group were given whole-course nutrition management mode. The differences of serum nutritional indexes, postoperative recovery and complications between the two groups were observed. Results Compared with control group, serum albumin, transferrin and prealbumin in observation group were significantly increased, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). Compared with the control group, the first postoperative exhaust time, bowel sound recovery time, first defecation time and hospital stay in the observation group were significantly shortened, and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). Compared with the control group, the total incidence of complications in the observation group was significantly reduced, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). Conclusion The whole nutrition management mode in patients with pancreaticoduodenectomy can significantly improve the nutritional status, promote postoperative rehabilitation and reduce complications.

**关键词:** 胰十二指肠切除术; 全程营养管理模式; 营养状况

**Key words:** pancreaticoduodenectomy; Whole nutrition management model; Nutritional status

胰十二指肠切除术已成为当前临床治疗胰头部、远端胆道以及壶腹部恶性肿瘤的主要治疗手段<sup>[1]</sup>。尽管胰十二指肠切除术可以达到良好治疗效果,但由于术中会导致患者正常胃肠、胆胰解剖结构出现变化,并且因为手术时间较长、损害正常器官组织、术后并发症风险高等因素,许多患者都伴随程度不一的营养不良<sup>[2]</sup>。胰十二指肠切除术营养不良的发生,可对手术效果以及术后预后质量产生严重负面影响,所以现阶段营养不良也是胰十二指肠切除术患者围术期最为突出的问题之一<sup>[3]</sup>。营养支持主要指的是经过肠道、口以及肠外途径等向患者体内输送各种人体所必需的营养元素,目的在于提高机体对于手术的耐受力、预防感染、降低并发症风险以及加快机体康复<sup>[4]</sup>。为此,本文主要观察胰十二指肠切除术患者实施全程营养管理模式的价值,报道如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究病例选自本院 2022 年 2 月至 2023 年 2 月时段内医治的胰十二指肠切除术患者,共 82 例。纳入标准:(1)首次行胰十二指肠切除术;(2)术中出血量不超过 600mL;(3)年龄不低于十八岁;(4)无视听能力障碍,可配合调查研究;(5)研究流程、目的均知情,协议书签字。排除标准:(1)合并原发性恶性肿瘤、心脏疾病、肝肾器官衰竭、凝血功能障碍、免疫系统病症等;(2)既往接受腹部手术;(3)营养液过敏;(4)严重精神障碍、认知异常。将纳入患者参考随机数字表法设为 2 组,各 41 例。对照组男、女分别 25 例、16 例;年龄段 43 至 71 岁,平均(57.49 ± 5.48)岁;病理类型包括十二指肠乳头癌、胰头癌、胆总管下段癌、壶腹部癌,分别 15 例、13 例、10 例、3 例;平均体质指数(23.48 ± 2.45) kg/m<sup>2</sup>。观察组男、女分别 23 例、18 例;年龄段 41 至 73 岁,平均(57.75 ± 5.20)岁;病理类型包括十二指肠乳头癌、胰头癌、胆总管下段癌、壶腹部癌,分别 16 例、13 例、9 例、3 例;平均体质指数(23.75 ± 2.21) kg/m<sup>2</sup>。患者基线资料比较,两组间差异不明显( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

对照组病例实行常规护理干预,为患者进行基础性的健康知识

讲解,落实相关术前准备工作,提供常规肠内外营养支持,术后为患者提供经口进食。做好病房清洁卫生,指导患者正确用药。

观察组在此基础上实行全程营养管理模式:(1)术前营养管理:

①入院第一天,使用营养筛查表(NRS2002)全面筛查评估患者营养风险,对于评分 3 分及以下的患者则表示有营养风险。同时采取患者主观整体评估(PG-SGA)综合评估患者营养状态,为其制定个体化营养管理档案。②使用健康宣教手册、PPT、短视频等方式为患者普及胰十二指肠切除术围术期营养支持有关知识,例如营养支持目的、重要性、肠内外营养支持方法、围术期饮食注意事项、运动等内容。采取 1 对 1 形式与患者深入交谈,掌握其饮食喜好和生活习惯,引导患者了解自身所存在的不良饮食习惯,提高患者营养支持的配合性。(2)术后管理:①术后当患者麻醉完全清醒同时生命体征相对稳定后,可鼓励患者尽早采取经口进食。针对一些不能自主经口进食且有较高营养风险的患者,可以在术后 1~2 天内采取肠内营养支持。针对部分不能耐受肠内营养支持的患者,则应该在早期开展肠外营养支持。②通过体重公式计算以及能量计算公式获得患者能量和蛋白质目标需求量,如果肠内营养支持所摄入的能量以及蛋白质低于目标需求量 60%,则需要为患者提供肠外营养支持。③营养支持过程中需要严密监测患者是否存在疼痛、食欲下降、疲劳乏力等不适症状以及相关负面情绪,为患者耐心解释营养支持的重要意义、目的,积极协助家属调整患者饮食方案,及时为患者提供营养支持方面的专业咨询。④组建病友微信群,定期在群内发布相关营养监测、自我护理、并发症预防等有关知识文章和宣教视频,鼓励患者积极在群内分享营养支持的经验和心得。

### 1.3 观察指标

(1)详细记录两组患者术后恢复情况,主要有术后首次排气时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间。(2)两组患者空腹状态下采集静脉血标本 3mL,进行血清营养学指标检测,包括血清白蛋白、转铁蛋白、前白蛋白。(3)详细统计两组患者术后并发症情况,常见的有胆瘘、胰瘘、肠瘘、胃肠功能障碍。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS21.0 软件对数据进行统计分析, 计量资料用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用 t 对组间数据进行检验, 用[n(%)]表示计数资料, 采用  $\chi^2$  对组间数据进行检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 比较两组患者术后康复情况的差异

与相较对照组, 观察组术后首次排气时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间均存在明显缩短, 差异存在统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 如表 1。

表 1 比较两组患者术后康复情况的差异 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数 (n)	首次排气时	肠鸣音恢复时	首次排便时	住院时间
		间	间	间	
对照组	41	2.24 ± 1.32	2.35 ± 0.68	2.71 ± 1.26	18.36 ± 3.15
观察组	41	1.39 ± 0.94	1.52 ± 0.52	1.24 ± 0.87	15.58 ± 2.17
t		0.359	6.208	6.147	4.654
P		0.001	0.000	0.000	0.000

### 2.2 比较两组患者血清营养学指标的差异

相较对照组, 观察组血清白蛋白、转铁蛋白、前白蛋白均存在大幅升高, 差异存在统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 如表 2。

表 2 比较两组患者血清营养学指标的差异 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (n)	白蛋白 (g/L)	转铁蛋白 (g/L)	前白蛋白 (mg/L)
对照组	41	39.48 ± 4.69	3.05 ± 0.76	280.43 ± 49.56
观察组	41	45.25 ± 5.08	3.78 ± 0.84	314.53 ± 55.36
t		5.344	4.126	2.939
P		0.000	0.000	0.004

### 2.3 比较两组患者并发症情况的差异

相较对照组, 观察组并发症总发生率存在大幅降低, 差异存在统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 如表 3。

表 3 比较两组患者并发症情况的差异[n(%)]

组别	例数 (n)	胆瘘	肠瘘	胰瘘	胃功能障碍	总发生率
对照组	41	1	2	4	2	9 (21.95)
观察组	41	1	1	1	1	4 (9.76)
$\chi^2$						5.569
P						0.018

## 3. 讨论

尽管营养支持可以明显加快病人术后康复, 然而目前大多数营养支持均集中在术后环节, 并不注重术前营养风险筛查以及营养评估<sup>[5]</sup>。临床研究指出, 现阶段我国肝胆胰外科手术病人中大约 25% 并没有接受营养支持治疗, 60% 以上的医护人员也从没有对患者开展营养风险筛查<sup>[6]</sup>。所以在胰十二指肠切除术患者中, 为其提供术前、术后的全程营养支持管理, 早期准确识别患者潜在营养风险, 及时为其提供科学、合理、全面的营养支持, 对于加快术后康复、改善预后具有重要意义<sup>[7]</sup>。

目前, 临床常用的营养支持手段涵盖肠内营养、肠外营养、肠内外联合营养以及早期进口进食等, 而在外科术后营养支持中肠内

营养则是使用最为广泛的一种方式<sup>[8]</sup>。在本次研究中, 患者入院第 1 天开始即通过营养筛查表全面评估患者营养状态, 及时筛查出有营养风险的患者。并为患者构建起个体化的营养管理档案, 针对有较高营养风险的患者采取科学合理的营养管理。例如营养状况较好的患者不进行营养支持, 防止喂养过度; 对于中重度营养不良患者, 由医护人员提供全程营养支持管理, 做好相关健康知识宣教, 帮助正确认识营养支持的作用及重要性<sup>[9]</sup>。术后积极引导患者尽早采取经口进食, 结合患者病情、营养状况等因素挑选科学的营养支持手段, 运用相关公式计算蛋白质和能量的目标需要量, 在此基础上合理摄入各种营养物质, 防止发生过度喂养或者喂养不足的现象。除此之外, 医护人员在术后及时为患者和家属提供营养支持相关的专业咨询及指导, 疏导负面情绪, 帮助患者尽快恢复正常饮食<sup>[10]</sup>。通过组建微信群, 为患者之间提供交流、分享途径, 便于医护人员及时了解患者存在的营养管理问题, 及时提供相应指导。本次研究结果显示, 观察组血清白蛋白、转铁蛋白、前白蛋白相比对照组均存在大幅升高; 同时观察组术后首次排气时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间、并发症总发生率均低于对照组。由此可见, 胰十二指肠切除术患者实施全程营养管理模式, 可使营养状况得到明显改善, 增强机体免疫功能, 有效减少并发症出现, 从而有助于术后康复。

综上所述, 全程营养管理模式应用在胰十二指肠切除术患者中, 能够改善营养状况, 控制术后并发症, 缩短康复进程, 具备较高推广价值。

### 参考文献:

- [1]董芳芳,赵书敏,鲁华鹏,等.基于加速康复外科的全程营养管理模式在胰十二指肠切除术患者中的应用[J].西部医学,2019,31(12):1952-1956.
  - [2]孙金殿,王跃琴,应杰萍.联合营养管理在胰十二指肠切除术患者中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(26):121.
  - [3]丁莹,张映清,梁光进,等.营养支持管理方案在胰十二指肠切除术患者围术期的应用[J].国际护理学杂志,2022,41(7):1215-1218.
  - [4]裴琛,郭红,孙静,等.经口饮食宣教手册在胰十二指肠切除术患者饮食管理中的应用[J].现代临床护理,2020,19(4):25-31.
  - [5]宋秀珍,鲁萍.胰十二指肠切除术后肠内外联合营养与完全胃肠外营养的比较[J].中国保健营养,2020,30(11):138-139.
  - [6]李芳,李维娜,李静,等.基于营养风险筛选联合肠双向模式的营养支持策略对胰十二指肠切除术后的预后转归作用观察[J].护理实践与研究,2021,18(12):1847-1849.
  - [7]卞丽芳,施晓兰,李琰,等.肠内营养护理管理流程在胰十二指肠切除术后中的应用研究[J].护理与康复,2019,18(4):62-65.
  - [8]张晓娇,李静,宋丹丹.肠内营养耐受性评估及管理方案对胰十二指肠切除术后患者的影响[J].护理实践与研究,2021,18(17):2605-2608.
  - [9]何兴玲,许志荣.胰十二指肠切除术后肠内营养支持的护理效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(12):72-73.
  - [10]尹秀芬,谭李军,洪菁,等.液囊空肠导管肠内营养在胰十二指肠切除术后中的应用效果[J].广西医学,2018,40(2):226-228.
- 张茜 (1981 年-), 女, 回族, 云南普洱人, 本科, 主管护师, 主要研究方向: 肝胆胰外科护理、血管介入护理