

早期营养护理对胃癌术后患者营养评估指标及护理满意度的影响分析

陈文慧

(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:分析早期营养护理对胃癌术后患者中的应用效果。方法:观察 2021 年 6 月-2023 年 12 月本院收治的 74 例胃癌手术患者,随机分组,各 37 例。对照组执行常规护理,观察组执行早期营养护理。比较营养指标、护理满意度。结果:观察组营养指标、护理满意度、临床指标均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:早期营养护理的实施,使胃癌术后患者的营养指标得到显著改善,加快症状改善速度,并提升患者对护理的满意度。

关键词:早期营养护理;胃癌;营养指标;护理满意度

胃癌是临床上较为常见的恶性肿瘤,主要发源于胃部黏膜上皮细胞,发病率较高,对患者的生命安全构成较大威胁。胃癌的发生因素较为复杂,大多数均与幽门螺杆菌感染、遗传、环境、饮食习惯、生活习惯等密切相关^[1]。发病早期并没有明显的症状,只有少数的患者会出现胃胀、消化不良等症状,随着疾病的发展,患者会出现腹痛、体重降低、贫血、食欲不振等症状,严重损害患者生活质量。手术是治疗胃癌的最为有效的一种方式,治疗时间越早,疗效越好,能够延长患者的生存期,改善其生活能力^[2]。但是手术后会使得患者出现不同程度的应激反应,会使康复进程减缓,使预后效果变差。因此,术后要加强对患者的早期营养护理,这样可以使患者的恢复速度加快,提高身体免疫力,改善营养状况。为研究其真实有效性,本研究选取胃癌手术患者,并分析早期营养护理对患者营养指标和护理满意度的影响。内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察 2021 年 6 月-2023 年 12 月本院收治的 74 例胃癌手术患者,随机分组,各 37 例。观察组男女比 20:17,年龄 40-78 岁,平均(58.92 ± 2.61)岁。对照组男女比 22:15,年龄 41-77 岁,平均(59.16 ± 2.74)岁。资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准:(1)患者均诊断为胃癌;(2)均通过手术方式治疗;(3)患者及家属知晓研究内容。

排除标准:(1)合并器官功能障碍者;(2)手术禁忌者;(3)交流障碍、精神异常者。

1.2 方法

对照组行常规护理。术后常规补液干预,密切监察患者生命体征,将疾病相关知识和术后注意事项进行宣教,正常排气之后给予患者流食,并随着症状改善转变为普通食物。

观察组行早期营养护理。(1)肠内营养干预。手术后 24 小时开始进行肠内营养支持,通过鼻空肠管进行营养管理,向管中匀速滴注 500 毫升能全力,并随着病情好转加量,到第三天滴注 1000 毫升。实施操作前用温水

加热,并控制滴注速度,起始速度为 10-20ml/h,后期转变为 50-60ml/h。定时检查管道是否畅通,避免出现积压、脱落等情况。(2)肠外营养干预。手术后第三天开始,评估患者生命体征变化情况,将肠内营养支持转变为肠外营养支持。经过深静脉导管向其中均匀的注入静脉营养混合液,保持混合液温度与体温相当,确保导管畅通,控制输注速度,共坚持营养干预 1 周的时间。(3)情绪管理。术后患者会出现疼痛、焦虑等不良情况,在早期营养护理中,心中很容易产生焦虑、抑郁、烦躁等不良心理。要将滴注营养液的注意事项进行告知,主动与患者交流,联合患者家属给予患者更多的鼓励和关怀,使患者对抗疾病的信心提高,减少消极情绪的干扰。(4)口腔护理。患者在营养支持过程中,要保持口腔保持干净整洁,应用生理盐水或者是温盐水漱口,每天实施 2 次,保持口腔处于干净状态,并调整病房温湿度,使口腔处于湿润状态。监察患者生命体征变化情况,有异常情况要及时的告知医生,采取措施进行干预。

1.3 观察指标

1.3.1 评估护理满意度。以自制量表评估,分数 > 85 分:非常满意,分数 60-85 分:满意,分数 < 60 分:不满意。满意度=(非常满意+满意)/例数 $\times 100\%$ 。

1.3.2 评估营养指标。包括血清白蛋白、体质量、淋巴细胞总数、血红蛋白。

1.3.3 评估临床指标。包括肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、进食时间、住院时间。

1.4 统计学分析

数据以 SPSS 27.0 软件处理。计量资料:($\bar{x} \pm s$)、计数资料:n(%),分别以 t、 χ^2 检验。 $P<0.05$,差异有意义。

2 结果

2.1 评估护理满意度

观察组满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 评估护理满意度[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	37	14(37.84)	22(59.46)	1(2.70)	36(97.30)
对照组	37	12(32.43)	18(48.65)	7(18.92)	30(81.08)
χ^2	/	/	/	/	5.046
P	/	/	/	/	0.025

表 2 评估营养指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血清白蛋白 (g/L)	体质量 (kg/m^2)	铁转蛋白 (g/L)	血红蛋白 (g/L)
观察组	37	34.59 ± 2.16	22.34 ± 1.05	1.54 ± 0.63	117.53 ± 9.34
对照组	37	31.08 ± 2.44	19.23 ± 1.57	1.18 ± 0.51	110.86 ± 8.85
t	/	6.552	10.016	3.702	3.153
P	/	0.000	0.000	0.009	0.002

2.3 评估临床指标

表 3 评估临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肠鸣音恢复时间 (h)	肛门排气时间 (h)	进食时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	37	47.52 ± 2.61	51.26 ± 2.69	62.54 ± 3.54	12.49 ± 2.40
对照组	37	53.29 ± 3.28	59.82 ± 3.18	68.53 ± 3.77	15.96 ± 3.21
t	/	8.373	12.501	7.045	5.266
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

胃癌是一种多发的消化系统疾病，属于胃肠外科常见病，随着生活方式、饮食习惯的改变，胃癌的发病率不断升高。临床上通常应用手术方式进行治疗，可以收获显著治疗效果，但是术后会出现应激反应，同时在疾病干扰下，会使患者的代谢能力、营养状况受到显著影响^[3]。基于此，患者很容易出现营养不良、身体抵抗力降低的情况，会使治疗效果受到影响，因此，在术后进行营养护理十分重要。常规护理会对患者进行营养干预，但是时间过晚，患者很容易出现营养不良状态，影响到手术切口的愈合和正常的胃肠功能，这就使其应用具有限制性，不能达成预设的护理目标^[4]。

早期营养护理是指在手术后24小时内就开始的一种营养支持方式，通过肠内营养支持可以使患者的胃肠黏膜细胞结构得到维持，保持其具备完整功能，进而提升患者的身体免疫能力和营养状态^[5]。胃癌手术后，患者的营养消耗比较大，在这种营养护理的干预下，会使足够的营养物质进入胃中，逐渐的恢复肠道的蠕动能力，使肠黏膜的代谢能力恢复，纠正黏膜缺血情况，进而达到为患者补充足够营养物质的目标。本研究结果表明，经过护理后患者的营养指标显著改善，并且肠鸣音、肛门排气等的改善时间显著缩短。这就是因为通过早期的肠内营养支持，使患者能够在早期进行营养支持，身体能够正常的运行，使恢复速度加快^[6]。同时进行口腔等护理，使患者的呼吸道保持畅通，提升了患者的舒适性。另外

2.2 评估营养指标

观察组指标优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

观察组时间短于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表3。

严格控制患者的营养液滴注速度和剂量，有效的避免了患者出现恶心呕吐、腹胀、腹痛等不良事件的发生。同时进行情绪管理，加强了患者对抗疾病的信心，减少了消极因素对病情的干扰，从而使患者对护理的满意度显著升高，值得进一步推广应用。

综上所述，早期营养护理的实施，使胃癌术后患者的营养指标得到显著改善，加快症状改善速度，并提升患者对护理的满意度。

参考文献:

- [1] 魏超英. 免疫营养护理干预对老年胃癌术后患者生活质量的改善探讨[J]. 婚育与健康, 2023, 29(18): 130-132.
- [2] 卓艳芳, 肖榕, 林碧辉. 胃癌术后患者应用早期肠内营养护理的效果分析[J]. 福建医药杂志, 2023, 45(3): 157-159.
- [3] 陈琛, 王敏. 早期营养护理对胃癌术后患者免疫功能、营养指标的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(10): 125-127.
- [4] 王乔, 张佳. 肠内营养护理联合ERAS护理对胃癌根治术患者营养指标、肠道功能恢复时间及并发症的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(10): 131-133.
- [5] 张传云, 都模勤, 王可琼, 夏小凤. 胃癌术后早期肠内营养护理干预的应用[J]. 科教文汇, 2022, (17): 97-100.
- [6] 汪瑛, 黄碧芳, 包小琴. 个性化营养护理对胃癌术后患者恢复作用及护理满意度的影响[J]. 中外医疗, 2022, 41(6): 131-134+139.