

# 护理干预对胃肠外科术后肠内营养早期疗效分析

周秋平

华中科技大学同济医学院附属协和医院胃肠外科 湖北 武汉 430056

**【摘要】**目的探讨是否给予护理干预对胃肠外科术后胃肠功能恢复的影响。方法选取 91 例于 2017 年 2 月-2019 年 8 月收入我科行胃肠外科手术患者为研究对象,根据是否给予护理干预分为对照组和观察组,比较两组术后血清中前清蛋白(PA)、白蛋白(ALB)、转铁蛋白(TRF),并记录术后首次肛门排便、排气时间及术后肠内营养时间。结果 观察组术后早期空肠营养指标 PA、ALB、TRF 均显著高于对照组,两组之间差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组术后肛门排气、排便时间显著早于对照组,肠内营养输注时间少于对照组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 护理干预对胃肠外科术后肠内营养吸收有积极作用,能显著提高胃肠功能恢复效果。

**【关键词】**胃肠外科;护理干预;肠内营养;胃肠功能恢复

**Keywords**Gastrointestinal surgery; Nursing intervention; Enteral nutrition; Gastrointestinal function was restored

随着人口老龄化及人们膳食结构的改变,人群中老年人所占比例逐年增高,其伴发的胃肠相关疾病也随之上升<sup>[1]</sup>。由于老年人自身生理特点,其器官功能及机体免疫下降,在外科手术后,机体应激反应重,会出现代谢下降及营养不良等相关并发症,影响术后恢复<sup>[2-4]</sup>。临床往往通过空肠输入肠内营养满足患者所需代谢需求。但我们观察到合理、科学的护理干预,对术后机体恢复有重要意义,基于以上背景,我们探讨了是否给予护理干预对胃肠外科术后胃肠功能恢复的影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 91 例于 2017 年 2 月-2019 年 8 月收入我科行胃肠外科手术患者为研究对象,手术过程顺利,术后均给予空肠输入肠内营养支持治疗。所有纳入研究对象均排除严重心、肺、脑及免疫等相关疾病史。随机分为对照组和观察组,对照组 45 人,其中胃癌根治术 22 人,结肠癌根治术 12 人,直肠癌根治术 11 人,男性 30 人,女性 15 人,年龄 58-77 (66.89±6.80) 岁;观察组 46 人,其中胃癌根治术 21 人,结肠癌根治术 11 人,直肠癌根治术 14 人,男性 33 例,女性 13 例,年龄 56-78 (67.02±6.78) 岁。两组在病种、性别、年龄比较差异无统计学意义( $P<0.05$ )。

### 1.2 护理方法

对照组实施常规术后护理措施,配置规定肠内营养液并观测输注过程,调节合适病房温度并注意通风,营造良好术后康复环境,指导患者适当活动并定期检测患者生命体征,如出现异常紧急给予对症处理。

观察组在上述护理基础上针对性制定护理干预方案,具体措施如下:①心理干预 由于胃肠外科患者一般情绪低落、烦躁,入院后尽早评估患者心理及疾病状况,根据评估结果有针对性对患者进行疏导,建立良好的医护关系,并告知患者及其家属治疗的方法及其必要性,适当宣讲手术成功案例,增加患者治疗信心,确保手术顺利进行。②术后肠内营养输注护理

尽量保持床头抬高 30-45°,输注过程严格遵循无菌操作,采取输液泵处理,输注过程密切关注是否出现腹痛、腹泻、恶心、呕吐等症状,同时监测患者血糖、酸碱度、电解质等指标,根据患者疾病状况随时调节滴速及对症处理。③管道护理 合理放置管道,避免因折叠或扭曲导致管道堵塞。定期检查管道固定情况,出现卷边、牵拉或者滑脱及时更换,动作轻柔避免造成患者疼痛。④康复根据病情恢复情况制定恰当的饮食与适量的运动,如高蛋白、纤维食物,避免刺激性食物,指导患者床上或下床活动,避免压疮及促进肠道功能恢复。

### 1.3 观测指标

检测两组术后第 9 天反应机体营养状况相关指标,如血清中前清蛋白(PA)、白蛋白(ALB)、转铁蛋白(TRF)。记录术后首次肛门排便、排气时间及术后肠内营养时间来比较两组术后胃肠道功能的恢复情况。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计学软件对数据进行分析处理,所有数据均满足正太分布,计量资料采用  $\bar{X} \pm s$  表示,采用独立样本  $t$  检验,

$P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组术后肠内营养状况指标比较

护理干预组术后早期空肠营养指标 PA、ALB、TRF 均显著高于对照组,两组之间差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 两组术后肠内营养状况指标比较 ( $\bar{X} \pm s$ )

组别	PA (mg/L)	ALB (g/L)	TRF (g/L)
对照组(n=45)	222.51 ± 13.79	31.80 ± 2.45	2.70 ± 0.34
观察组(n=46)	234.39 ± 14.06	35.46 ± 2.14	3.12 ± 0.40
<i>t</i>	-4.068	-7.600	-5.371
<i>p</i>	<0.05	<0.05	<0.05

### 2.2 两组术后临床指标比较

护理干预组术后肛门排气、排便时间显著早于对照组,肠内营养输注时间少于对照组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

表 2 两组术后临床指标比较 ( $\bar{X} \pm s$ )

组别	肛门排气时间 (h)	肛门排便时间 (h)	肠内营养时间 (d)
对照组(n=45)	58.29 ± 6.41	86.02 ± 5.83	8.87 ± 1.25
观察组(n=46)	46.33 ± 3.98	73.37 ± 5.84	7.39 ± 1.00
<i>t</i>	10.715	10.343	6.213
<i>p</i>	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

胃肠外科手术在治疗消化道疾病具有重要作用,由于老年人自身的特点,术后虽然消除病灶,但患者消化功能受到了极大创伤。术后免疫功能下降、机体能量的消耗及手术对心理创伤,营养不良现象时常发生,从而影响治疗效果及康复进程。

本研究纳入病人都采取术后肠内营养方式,其更加接近生理性消化,能直接为肠道黏膜提供营养,诱发黏膜细胞快速生长<sup>[5]</sup>,广泛用于胃肠道术后营养的给予。分别采取常规护理和护理干预,结果显示干预组术后早期营养指标 PA、ALB、TRF 均高于对照组,与吴荔<sup>[6]</sup>研究一致,表明护理干预能明显改善患者肠内营养指标。分析原因可能:术后制定的合理饮食,能够均衡膳食,明显提供机体所需营养<sup>[7]</sup>。在胃肠道功能恢复情况比较中,干预组术后早期肛门排气、排便时间均早于对照组,表明护理干预能显著改善术后胃肠道功能的恢复<sup>[8-9]</sup>。分析原因可能:护理人员在患者入院后给予心理干预,能够及时了解患者心理压力,有针对性的进行疏通,能够缓解因手术导致的心理压力,进而有助于肛门排气、排便。同时,也观察到护理干预组在肠内营养时间上也较对照组有明显优势,表明老年患者行胃肠外科手术适当护理干预能补充机体所需蛋白质及营养物质,缩短病情的恢复时间<sup>[10]</sup>。张璟等<sup>[11]</sup>研究显示消化肿瘤患者营养知识缺乏、营养行为差。术后早期肠道功能的恢复与患者对营养的支持、态度和行为密切相关,老年患者术后肠内营养可能会出现腹泻、腹胀、误吸等并发症,但本研究显示一定的护理干预

(下转第页)

(上接第 110 页)

措施有助于术后去早期胃肠道功能的恢复,提升患者生活质量。

综上所述,护理干预对胃肠外科术后肠内营养吸收有积极作用,能显著提高胃肠功能恢复效果,值得临床推广。

#### 参考文献

[1] 王燕秋,韩斌如,李非. 胃肠道疾病老年住院患者衰弱现状及影响因素研究[J]. 护理学报, 2016, 23(6):7-11.

[2] Tian J, Chen J S. Nutritional status and quality of life of the gastric cancer patients in Changle County of China[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(11):1582-1586.

[3] 杜艳平,李玲玲,贺青,等. 胃肠道肿瘤患者的营养风险筛查及营养状况评价[J]. 中华胃肠外科杂志, 2012, 15(5):460-463.

[4] 李文英,曹淑红,张晓峰,等. 胃癌术后患者生活质量研究[J]. 现代预防医学, 2011, 38(21):4441-4443.

[5] 安淑君,李秀敏. 肠内营养在胃肠外科术后的早期应用及护理[J]. 中国现代药物应用, 2015(7):208-209.

[6] 吴荔,李雷雪,王珑,等. 护理干预对胃肠外科老年患者空肠输注肠内营养及胃肠功能的影响分析[J]. 黑龙江中医药, 2018,

v.47; No.300(04):114-115.

[7] 牛会宁,王佩. 护理干预对胃肠外科老年患者空肠输注肠内营养及胃肠功能的影响[J]. 结直肠肛门外科, 2016(S2):59-60.

[8] Habal F M, Huang V W. Review article: a decision-making algorithm for the management of pregnancy in the inflammatory bowel disease patient[J]. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 2012, 35(5):501-515.

[9] Dumonceau J M, Riphaus A, Schreiber F, et al. Non-anesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates Guideline - Updated June 2015[J]. Endoscopy, 2015, 47(12):1175-1189.

[10] 程清. 护理干预对胃肠外科老年患者空肠输注肠内营养及胃肠功能的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(43).

[11] 张璟,王维利,章新琼, et al. 消化系统肿瘤病人营养知行现状及其相关因素调查[J]. 肠外与肠内营养, 2016, 23(4):226-228.

#### 作者简介:

周秋平(1992-) 湖北 本科 护师 从事胃肠外科护理工作