

胃癌全切除术后肠内营养支持及其护理干预效果

陈素敏

南京市六合区人民医院 江苏南京 211500

摘要:目的:探究胃癌全切除术后肠内营养支持及其护理干预效果。方法:参与本次研究的主要成员为2020年6月份至2021年6月份我院收治的50例进行胃癌全切除术的病人,将这50例病人随机均分为两组,B组与A组,A组的病人提供肠外的营养护理,B组的病人由肠内营养护理,对AB两组病人的营养指标以及其肠鸣音恢复的时间包括肛门排气的时间以及对AB两组病人出现并发症的情况。结果:通过对这50例病人提供不同的营养护理支持后,B组病人的营养指标更好,同时B组病人在肠鸣音恢复时间和首次肛门排气的时间早于A组病人,同时并发症情况也更低,显示 $P < 0.05$,可进行研究。结论:胃癌全切除术后的病人进行肠内营养支持可以收到更好的效果,值得推广。

关键词:胃癌全切除;肠内营养支持;护理干预

胃癌,属于消化系统的恶性肿瘤,该病的发病率目前属于上升趋势,该病人的发生与人民生活节奏的加快以及饮食习惯的改变有着较大的关系。而处于晚期胃癌的病人多选择胃部全切除术来进行治疗,以延长病人的生存期。但胃部全切除术对病人的伤害较大,很多病人易出现营养不良,加之病人术前需要一段时间禁食,所以为病人提供必要的营养支持会更有利于病人术后恢复^[1]。而使用肠外营养支持容易引发病人出现肠道黏膜萎缩,造成肠道功能出现紊乱,本文探究肠内营养支持对于胃癌全切除术后病人的效果,详见下文:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文选取了50例病人参与本次的研究,他们是2020年6月份到2021年6月份我院收治的胃癌全切除病人,这些病人根据其姓氏排序分成了A组与B组,每组病人的数量是25例,此次参与者年龄在38-76岁之间,平均年龄 56.24 ± 2.24 岁,当中包括女性病人15例,剩余的35例病人则为男性,对我院2020年6月份至2021年6月份间我院收治的所有胃癌全切除病人的整体情况进行汇总分析对比,显示结果 $P > 0.05$,可以进行研究。

1.2 方法

A组的胃癌全切除病人提供肠外营养支持,为病人建立静脉通道,护理人员通过该静脉通道为病人提供人体所必须的电解质、氨基酸等营养物质。B组的病人提供肠内营养支持,具体如下:病人进行胃部全切除术前在病人的鼻腔插入胃管以及营养管,手术过程中将其分开,将营养管放置最远端吻合口30厘米的空肠处^[2]。病人在胃部全切除术后的第一天通过该管滴入500毫升浓度为百分之零点九的氯化钠注射液。第二天可使用康全甘进行滴入,用量为500毫升,之后根据病人的耐受情况逐渐增加使用量。使用时的滴注速度根据病人的耐受情况进行相应的调整,同时使用时间控制在7-10天。

1.3 观察指标

对两组病人提供不同的营养护理支持后,比较两组病人的营养指标以及病人的肠鸣音恢复时间,首次排气时间以及并发症等。

1.4 统计学方法

本次涉及到的计数用n%表示,检验通过 χ^2 ;文中涉及到的计量资料通过 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,检验通过t。同时本文涉及到的数据均借用SPSS21.0数据包处理, $P < 0.05$,说明有统计学意义。

2 结果

2.1 对两组病人提供不同的营养支持后,A组病人首次排气时间为 85.28 ± 9.46 小时,肠鸣音恢复时间为 75.45 ± 9.52 小时;B组病人首次排气时间为 59.27 ± 5.79 小时,肠

鸣音恢复时间为 48.21 ± 4.56 小时。B组病人在肠鸣音恢复时间以及首次排气时间上均早于A组病人, $P < 0.05$,组间差异存在。

2.2 B组病人治疗前血清白蛋白水平为 21.48 ± 2.31 mg/dL;血红蛋白为 13.35 ± 11.54 mg/dL;血清前白蛋白 104.34 ± 12.46 pg/dL;治疗后的血清白蛋白水平为 41.36 ± 2.12 mg/dL;血红蛋白为 129.35 ± 11.24 mg/dL;血清前白蛋白 206.58 ± 13.53 pg/dL;A组病人治疗前血清白蛋白水平为 21.54 ± 2.41 mg/dL;血红蛋白为 12.35 ± 12.54 mg/dL;血清前白蛋白 105.34 ± 13.52 pg/dL;治疗后的血清白蛋白水平为 33.28 ± 3.64 mg/dL;血红蛋白为 11.38 ± 10.95 mg/dL;血清前白蛋白 139.89 ± 10.61 pg/dL;两组病人治疗前的营养指标差异不明显 $P > 0.05$,治疗后B组病人的各项营养指标情况,明显好于A组病人, $P < 0.05$,符合统计学意义。

2.3 在两组病人使用了不同的营养护理干预后,A组病人有1例病人出现了腹胀,2例出现了腹泻,2例病人出现了肺部感染。出现不良反应病人的数量为5例,发生率为20.00%;B组病人1例出现了腹胀、1例出现了腹泻、无人出现肺部感染,出现不良反应病人的数量为2例,发生率为8.00%;B组病人出现的不良反应发生率更低, $P < 0.05$,组间差异存在。

3 讨论

胃癌对病人的健康以及生命安全造成了巨大的威胁,加之人们生活方式的不断变化,促其发病率逐年提高。而一些胃癌病人一旦发展到中晚期,需要进行全胃切除,以提高病人的生存时间。该手术治疗虽然可以让病人的生命得以延长,但是对病人身体的创伤造成了较大的伤害,不仅是身体上的疼痛,也会导致病人出现严重的营养不良状况。一旦病人失去胃部,则会影响其正常的肠道功能,故需采取有效的护理措施,进而减少因胃部切除对病人造成的伤害,同时也可降低患者营养不良的发生^[3]。传统的胃部全切除术的病人多使用肠外营养支持,但是长时间的使用该营养支持方式对病人的肠道造成了影响,使病人的免疫力降低。加上手术的创伤在恢复期内,病人的机体一直处于高代谢状态,导致病人的营养不良情况加剧。而为病人提供有效的肠内营养支持,有利于病人术后机体的恢复,同时减少其并发症的发生,从而保持病人肠道黏膜的功能,值得提倡。

参考文献

- [1]周文素.观察胃癌全胃切除术后肠内营养支持的护理效果影响[J].医药界,2021,(15):1.
- [2]杨静,龙成超.胃癌全胃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,2020,(38):1.
- [3]王英,徐娟.肠内营养支持联合加速康复护理对胃癌全胃切除术患者的护理疗效[J].中国食物与营养,2019,25(2):3.