

胃，食管大手术后病人早期肠内营养的护理对策

黄会亮 周丽君

(江西南昌大学第二附属医院 江西南昌 330000)

【摘要】目的：探究胃、食管大手术后病人早期肠内营养的护理。方法：选取该院2021年4月至2022年8月收治的94例胃、食管大手术后患者，使用抽签法随机分为对照组(n=47)和观察组(n=47)，对照组予以常规护理，观察组予以早期肠内营养。对比两组营养状况水平、术后相关指标、术后并发症。结果：护理后，观察组营养状态水平高于对照组(P<0.05)。护理后，观察组术后相关指标均优于对照组(P<0.05)。观察组术后并发症发生率2.13%低于对照组17.02%(P<0.05)。结论：予以胃、食管大手术后患者早期肠内营养，能够改善患者营养不良状态，促进患者恢复，改善患者预后，值得临床推广。

【关键词】胃、食管大手术；早期肠内营养；营养状况水平

Nursing countermeasures of early enteral nutrition for patients after major operation of stomach and esophagus

Huang Hui Liang Zhou Lijun

The Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Jiangxi Province 330000

[Abstract] Objective: To explore the nursing of early enteral nutrition for patients after major operation of stomach and esophagus. Methods: Select 94 patients after major gastric and esophageal surgery admitted to the hospital from April 2021 to August 2022, Randomly divided into control group(n=47) and observation group(n=47) by drawing lots, The control group was given routine nursing, and the observation group was given early enteral nutrition. The nutritional status, postoperative related indexes and postoperative complications were compared between the two groups. Results: After nursing, the level of nutritional status in the observation group was higher than that in the control group(P<0.05). After nursing, the related indexes in the observation group were better than those in the control group(P<0.05). The incidence of postoperative complications in the observation group was 2.13% lower than that in the control group(17.02%, P<0.05). Conclusion: Early enteral nutrition should be given to patients after major gastric and esophageal surgery to improve their malnutrition, promote their recovery and improve their prognosis, which is worthy of clinical promotion.

[Key words] Major operation of stomach and esophagus; Early enteral nutrition; Nutritional status level

胃癌是起源于胃黏膜上皮的恶性肿瘤，是现阶段最常见的恶性肿瘤之一，是由多种原因共同作用下所导致的疾病，幽门螺旋杆菌感染、癌前病变、遗传因素等均为导致胃癌的常见病因，感染、环境、饮食、遗传为癌症的诱发因素^[1]。食道癌又叫食管癌，是发生在食管上皮组织的恶性肿瘤，占所有恶性肿瘤的2%^[2]。手术根治治疗是现阶段临床上用于提高胃癌、食管癌患者生存期的最主要方式。国内外许多学家研究表明：体重下降、营养不良患者生存期将会大大缩短，不利于患者恢复^[3]。且由于手术是一种侵入性操作，会导致患者出现各种心里刺激及躯体损伤，导致患者出现一系列应激反应，在围术期患者需要禁食、禁水持续胃肠减压等，导致患者出现严重营养摄入不足与消耗过多，从而引起营养障碍，因此需尽早对患者进行营养护理干预，维持人体的正常

代谢。本文着重探究胃、食管大手术后病人早期肠内营养的护理，现具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取该院2021年4月至2022年8月收治的94例胃、食管大手术后患者，使用抽签法随机分为对照组(n=47)和观察组(n=47)。对照组男26例，女21例，年龄范围36~61岁，均值(48.59±3.17)岁；观察组男25例，女22例，年龄范围35~62岁，均值(48.54±3.13)岁。组间上述对比(P>0.05)。

1.2 入选和排除标准

入选标准：均采用手术治疗；病历资料完整；均签署知情同意书；

排除标准：自身免疫系统存在障碍；存在肠内营养禁忌；存在先天性营养不良者。

1.3 方法

1.3.1 对照组予以常规护理

护理人员予以患者常规补液，肛门排气后可考虑拔除胃管，胃管拔除之前仍需禁食禁水。并对患者进行常规饮食指导。

1.3.2 观察组予以早期肠内营养

术前在保持清醒的状况下，在内镜下，把导丝送到十二指肠的降段或者水平段的远端，在导丝的引导下，把空肠管送到十二指肠的远端，术中将营养管与胃管分开，由导丝引导将营养管头端送入十二指肠水平部以下，尾端在鼻孔外固定，营养管植入长度：60~65cm。术后将胃管与负压引流器相连接，待肛门排气、肠蠕动恢复后可拔出胃管。使用肠内营养输注泵对空肠管灌注速度进行控制，第一日首次进行为 50mL/h，1 次 4h，125mL/次，每日进行 6 次，若无不适，逐日增加营养液的输注量和输注速度，第三日增加至 125mL/h，1 次 4h，250mL/次，每日进行 6 次。输注前需提前使用 20~25℃ 的温水进行加温。

1.4 观察指标

①营养状况水平。营养状况指标包括白蛋白（ALB）、免疫球蛋白 A（IgA）、免疫球蛋白 M（IgM）、免疫球蛋白 G（IgG）、人β-葡萄糖醛酸酶（HBG），根据微型营养评估法对患者护理前后的营养状况进行判断。

②术后相关指标。对切口愈合时间、住院天数进行记录。

③术后并发症。对低蛋白血症、伤口感染、腹泻、切口裂开发生情况进行记录。

1.5 统计学分析

SPSS20.0 统计学软件。营养状况水平、术后相关指标（ $\bar{x} \pm s$ ）采取 t 检验；术后并发症（%）以 χ^2 检验； $P < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 两组患者护理前、后营养状况水平对比

护理前，两组对比（ $P > 0.05$ ）；护理后，两组对比（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

2.2 两组患者术后相关指标对比

两组对比（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

2.3 两组患者术后并发症对比

观察组术后并发症发生率 2.13% 低于对照组 17.02%（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 1 两组患者护理前、后营养状况水平对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	ALB (g/L)		IgA (g/L)		IgM (g/L)		IgG (g/L)		HBG (g/L)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=47)	22.36 ± 3.05	28.14 ± 3.69	0.96 ± 0.15	1.42 ± 0.31	0.85 ± 0.20	1.27 ± 0.28	6.17 ± 1.34	8.01 ± 1.85	112.86 ± 11.55	120.79 ± 15.52
观察组 (n=47)	22.28 ± 3.03	32.72 ± 4.09	0.97 ± 0.17	2.05 ± 0.44	0.86 ± 0.21	1.65 ± 0.35	6.15 ± 1.36	10.99 ± 2.16	111.67 ± 11.27	134.91 ± 16.62
t	0.128	5.700	0.302	8.024	0.236	5.812	0.072	7.184	0.506	4.257
p	0.899	<0.001	0.763	<0.001	0.814	<0.001	0.943	<0.001	0.614	<0.001

表 2 两组患者术后相关指标对比（ $\bar{x} \pm s, d$ ）

组别	例数	切口愈合时间	住院天数
对照组	47	11.23 ± 1.51	13.57 ± 1.63
观察组	47	9.07 ± 1.25	11.22 ± 1.47
t		7.554	7.340
P		<0.001	<0.001

表3 两组患者术后并发症对比

组别	例数	低蛋白血症	伤口感染	腹泻	切口裂开	总发生率
对照组	47	2 (4.26)	2 (4.26)	3 (6.38)	1 (2.13)	8 (17.02)
观察组	47	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.13)	0 (0.00)	1 (2.13)
χ^2						4.424
P						0.035

3 讨论

由于胃、食管癌术后患者体内可能还存在一些隐性癌细胞,影像学无法检测,并且手术对患者免疫系统造成较大损伤,出现一系列手术并发症,使得患者机体抵抗力下降是一种亚健康的状态,术后及时为患者提供高蛋白等食物有助于患者机体抵御病毒、细菌等病原体,再加上术后患者胃储备能力丢失、引起的机体代谢的改变,导致胃蛋白酶减少,蛋白质消化不良,因此术后进行早期营养护理干预意义重大^[4]。

肠内营养是一种经胃肠道提供代谢需要的营养物质及其他各种营养素的营养支持方式^[5]。由于胃、食管癌患者确诊时多以达到中、晚期,患者已出现进食不畅、困难等症状,且由于癌细胞增殖速度较快,患者机体处于高代谢状态,导致患者营养吸收量较少,癌细胞夺取营养的能力较强,导致患者营养不良状态加重。张璐芳等^[6]学者研究发现,早期肠内营养有助于刺激各种激素的分泌,满足患者的营养需要,与本研究结果相一致。护理后,观察组营养状态水平高于对

照组 ($P < 0.05$)。通过对胃、食管大手术后患者进行早期肠内营养起到免疫刺激功效,有助于刺激胃酸及胃蛋白酶分泌,保持黏膜的化学屏障,提高肠道黏膜本身的修复能力,维持肠黏膜细胞的正常结构;刺激消化液和胃肠道激素的分泌,促进胆囊收缩,胃肠蠕动,从而有助于改善术后胃肠运动停滞状态,缩短胃肠功能恢复时间;有助于肠道细胞正常分泌 IgA,保持黏膜的免疫屏障,进而降低营养风险。因此本探究结果显示,护理后,观察组术后相关指标均优于对照组 ($P < 0.05$)。肖霞等^[7]学者研究发现,早期肠内营养有助于减少术后并发症发生率,与本研究结果相一致,观察组术后并发症发生率 2.13% 低于对照组 17.02% ($P < 0.05$)。术后早期的肠内营养有助于改善营养状态,提高患者免疫力,促进伤口愈合,便于早期下床活动,从而减少并发症发生。

综上所述,予以胃、食管大手术后患者早期肠内营养,改善患者营养不良状态,促进患者恢复,改善患者预后,值得临床推广。

参考文献:

- [1]张丽柯,马磊,史芳瑜,等.胃癌组织细胞程序性死亡配体1表达情况和CD8+肿瘤浸润T淋巴细胞密度及其与患者临床病理特征和预后的关系研究[J].中国全科医学,2022,25(18):2262-2267.
- [2]Songbo Li, Changing trends in the disease burden of esophageal cancer in China from 1990 to 2017 and its predicted level in 25 years, Cancer Med. 2021 Mar; 10(5):1889-1899.
- [3]Raquel Rocha, Influence of nutritional status in the postoperative period of patients with inflammatory bowel disease, World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2021 Sep 5; 12(5):90-99.
- [4]丁倩,何爽,宁妍妍,等.精细化营养支持对食管癌患者术后营养状况、恢复情况及生活质量的影响[J].癌症进展,2022,20(5):513-516.
- [5]Charlene Compher, Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient; The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2022 Jan; 46(1):12-41.
- [6]张璐芳,于士昌,翟建宾,等.肠外营养联合肠内营养对肺癌术后化疗患者营养状况及免疫功能的影响[J].局解手术学杂志,2022,31(11):1013-1016.
- [7]肖霞,李中福,郭轶,等.经鼻-空肠肠内营养对胃癌根治术后患者营养状况、炎症反应及并发症的影响[J].贵州医科大学学报,2021,46(10):1226-1230.