

早期肠内营养在胃癌术后的临床应用及护理体会

梁志民

作者单位: 535000 广西, 钦州市第二人民医院普外二科

作者简介: 梁志民(1970-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 普通外科护理。E-mail: 15977022288@163.com

[摘要] 目的 探讨早期肠内营养在胃癌术后的临床应用价值及护理体会。方法 选择 2009-01 ~ 2013-06 在该院行胃癌术后患者 50 例, 随机分为肠内营养组(观察组)和肠外营养组(对照组)各 25 例, 比较分析两组患者术后营养指标、肠功能恢复时间等。结果 两组患者均术后恢复良好, 术后第 10 天观察组与对照组在白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白水平比较差异具有统计学意义($P < 0.01$); 观察组首次下床活动时间、首次经口进食时间、首次拔除胃管时间、排气时间均明显短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。观察组住院天数及住院费用均少于对照组($P < 0.01$)。结论 胃癌术后早期肠内营养支持可明显改善患者术后的营养状况, 促进胃肠功能的恢复, 有利于患者术后的恢复, 并减少了患者的住院天数和费用, 值得临床推广应用。

[关键词] 胃癌术后; 早期肠内营养; 临床护理

[中图分类号] R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)05-0465-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.05.28

胃癌术后患者由于长期禁食, 手术改变了正常的生理解剖功能, 常常伴有胃排空障碍、胃肠功能紊乱, 引起肠道营养摄入不足, 免疫功能减退, 影响术后恢复, 容易导致术后并发症的发生。近年来通过对胃肠道结构和功能的研究, 发现胃肠道不单纯是消化吸收器官, 同时是重要的免疫器官。肠内营养(enteral nutrition, EN)是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, 其途径有两种, 即口服和经导管输入。EN 的优越性体现在直接经肠吸收、利用其营养素, 符合生理需求, 给药方便, 降低患者费用, 另还有助于维持肠黏膜结构和屏障功能的完整性。因此, 胃癌患者术后为了早日恢复健康, 采取 EN 是理想的营养支持方式^[1]。2009-01 ~ 2013-06 我院普通外科行胃癌根治术患者经鼻肠管实施早期 EN, 取得了满意的疗效, 现报告

如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009-01 ~ 2013-06 我院普通外科行胃癌根治术的患者 50 例, 按随机方法分为 EN 组(观察组)和肠外营养(parenteral nutrition, PN)组(对照组), 各 25 例。观察组男 18 例, 女 7 例, 年龄 42 ~ 62(50.2 ± 2.4) 岁, 近端胃癌切除 16 例, 远端胃癌切除 6 例, 全胃切除空肠代胃 3 例, 术后经鼻肠管尽早实施 EN。对照组男 17 例, 女 8 例, 年龄 40 ~ 63(51.2 ± 1.7) 岁, 近端胃癌切除 17 例, 远端胃癌切除 5 例, 全胃切除空肠代胃 3 例, 术后禁食期间经静脉补充营养。两组患者在性别、年龄、疾病构成、术前蛋白(总蛋白、白蛋白)、手术方式等方面比较差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较 [$n, (\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	性别		年龄(岁)	疾病构成		手术方式			总蛋白(g/L)	白蛋白(g/L)
		男	女		近端胃癌	远端胃癌	近端胃癌切除	远端胃癌切除	全胃切除空肠代胃		
观察组	25	18	7	50.2 ± 2.4	16	9	16	6	3	63.0 ± 3.5	35.0 ± 3.5
对照组	25	17	8	51.2 ± 1.7	17	8	17	5	3	62.0 ± 3.1	35.2 ± 3.4
χ^2/t	-	0.095	1.700		0.089			0.089		1.069	0.202
P	-	0.071	0.084		0.075			0.072		0.082	0.095

1.2 方法

1.2.1 手术方法 观察组实行胃次全和全胃切除后行胃肠道重建,选择 Roux-en-Y 食管空肠吻合术或毕氏 I 式(Billroth I 式)吻合或毕氏 II 式(Billroth II 式)吻合加布朗吻合,并吻合口浆肌层加强。术中均将输注泵(Flocare)营养管和胃管绑在一起,其中胃管置入残胃内(或食道吻合口下),营养管于 Billroth I 式(或上半胃)时插至十二指肠悬韧带(Treitz 韧带)下 25 cm 空肠处,于 Billroth II 式或全胃切除术时则插至远端吻合口远端 30 cm 处。对照组仅留置胃管。

1.2.2 营养方法 对照组患者按胃癌切除术后常规护理给予禁食、保留胃管、持续胃肠减压、静脉补充液体,以及 PN 等治疗护理措施,在患者可经口进食后,PN 的每日用量可逐渐减少,直至患者可正常进食。观察组患者除给予胃癌切除术后常规护理外,术后 24 h 后实施肠道内营养支持,术后 24 h 内开始经鼻肠管输注 500 ml 生理盐水,无不适可以耐受后,术后第 1 天先试通过肠内营养泵泵入 5% 葡萄糖氯化钠溶液 250 ml 或氯化钠(NaCl)溶液 250 ml,速度 20 ml/h,以刺激肠蠕动,采用专用电子加热温器加热。术后第 2 天经肠内营养泵泵入瑞素、瑞代或瑞能 500 ml,初始 20 ml/h,循序从少到多。注意控制泵入营养液的速度、温度。EN 专用加热器应每 6 h 更换一次,并同时更换加热部位。营养液泵入严格执行无菌操作原则,如营养液打开后暂时不用,应置于 0~4℃ 冰箱保存,使用中的瑞素不应超过 10 h,防止营养液的污染。

1.3 观察指标 术后 10 d 血清生化指标(包括总蛋白、人血白蛋白等)、肠功能恢复时间(以患者出现肛门排气的时间为准)、住院天数(以手术当日到出院当日)、住院费用等。

1.4 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后营养评估指标比较 两组患者术后均恢复良好,术后第 10 天观察组与对照组在总蛋白、白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白比较差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

2.2 两组患者术后康复时间比较 观察组首次下床活动、经口进食、拔除胃管、排气的时间均明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 3。

表 2 两组患者术后营养评估指标比较 [$n, (\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	总蛋白 (g/L)	白蛋白 (g/L)	转铁蛋白 (mg/L)	前白蛋白 (mg/L)
观察组	25	68.0 ± 3.5	36.0 ± 3.5	2.45 ± 0.5	265.5 ± 20.15
对照组	25	63.0 ± 5.5	32.5 ± 2.0	2.04 ± 0.3	225 ± 15.5
<i>t</i>	-	3.840	4.340	3.520	7.970
<i>P</i>	-	0.008	0.005	0.007	0.004

表 3 两组患者术后康复时间比较 [$d, (\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	下床活动时间	经口进食时间	拔除胃管时间	排气时间
观察组	25	3.13 ± 1.71	3.41 ± 1.59	3.56 ± 0.76	3.11 ± 0.82
对照组	25	4.73 ± 1.55	4.97 ± 2.17	5.74 ± 1.36	4.17 ± 1.23
<i>t</i>	-	3.466	2.899	6.996	3.585
<i>P</i>	-	0.007	0.008	0.006	0.007

2.3 两组患者住院天数及费用比较 观察组住院天数(*d*)及住院费用(元)分别为(10.5 ± 2.5)*d*、(11387.9 ± 1058.5)元,明显少于对照组的(18.5 ± 3.0)*d*、(14989.6 ± 1675.3)元,差异有统计学意义(P 值分别为 0.007、0.006)。

3 讨论

3.1 胃癌手术患者的身体特点 胃癌属于消化系统最常见的恶性肿瘤,发病人群多在 50~80 岁之间,以老年人较为常见。治疗本病最主要的方法是采用胃癌根治术。然而,由于胃癌患者术前多存在饮食摄入减少,疾病消耗,且患者多为老年人,自身常存在营养不良,加之手术创伤、术后禁食等因素,术后机体处在高代谢状态,使原存在的营养不良状况加重,导致术后伤口愈合缓慢,容易合并感染或器官衰竭等而影响患者预后。胃癌术后通过营养支持来改善患者术后营养状态、提高机体免疫力,以改善预后已成为现今胃癌治疗的共识^[2]。

3.2 肠内营养的作用 EN 是一种安全、价廉,且符合人体生理需求的营养方式,因能有效地预防和减少术后并发症的发生而被广泛应用^[3]。有资料表明,早期 EN 不仅能促使早期的肠道蠕动、术后肛门排气时间明显早于 PN,而且患者的住院时间亦明显少于 PN, Karnofsky 评分明显高于 PN。说明早期 EN 有助于胃肠道功能的恢复,提高术后患者的生活质量,缩短住院时间^[4]。本研究的数据也表明,胃癌术后给予早期 EN 可改善胃癌患者术后营养状态,缩短肠功能恢复时间,促进胃癌术后患者各个功能系统的恢复。

3.3 肠内营养的护理 首先,需要做好患者及其家属的心理工作,向其讲解置管的重要性和意义,以及相关知识和实施方法,缓解患者紧张、恐惧情绪,使其更好地配合护理工作。第二,要做好鼻肠管的护理。(1)保持管道通畅,妥善固定,防止扭曲折叠堵塞。(2)在滴注营养液前,需要确定管道位置。(3)定期检查管道是否通畅,用温开水冲洗管道,防止堵塞。(4)应注意预防恶心、呕吐、腹胀、腹泻等常见的并发症。治疗中可通过间断滴注、睡眠状态下缓慢滴注、电子加温器加温滴注等方法以降低腹胀、腹泻及腹痛的发生^[5]。输注过程中若患者出现上腹部饱胀等症状,应立即停止输注,并给予胃肠动力药,增强胃肠蠕动。第三,置管期间注意观察口腔黏膜变化,及时给予西吡氯铵含漱液漱口,保持口腔清洁。第四,输注营养液时,取半卧位保持 30 min 以上,避免营养液反流造成误吸或吸入性肺炎。第五,监测血糖、电解质、肝肾功能,及时调整营养液的浓度和输注量,以预防血糖过高和水电解质失衡。第六,营养液的配制应以清淡、易消化、无刺激、营养丰富的流质饮食为主,注意少量多餐和温度适宜,避免热刺激诱发溃疡出血^[6]。第七,在输注的过程中要严格遵守无菌操作的原则,防止营养液被污染;营

养液需要现配现用,输注时间不可超过 6 h;对于已配好的营养液如暂不使用,需放在 0~4℃ 的冰箱里保存,保质期为 24 h,过期不可用;输注营养液的温度尽量保持在 37℃ 左右。第八,营养液的输注量应根据患者耐受度,速度应由慢到快,浓度应由低到高,每日的输注量由少到多。第九,患者在输注营养液的过程中应保持半坐卧位,防止营养液反流^[7]。

参考文献

- 1 马丽霞,杨青,杨小平. 胃癌术后肠内营养的早期应用及护理体会[J]. 基层医学论坛,2013,17(3):318-319.
 - 2 钟武装,肖丽萍,蔡敏捷. 早期肠内营养对老年胃癌患者术后免疫功能的影响[J]. 中国老年学杂志,2013,33(2):280-282.
 - 3 胡秋兰,冯尘尘,郭海燕,等. 快速流程模式下胃癌病人术后肠内营养疗效的评估[J]. 肠外与肠内营养,2013,20(1):15-18.
 - 4 应伟青,李斌,卢庆华. 胃癌术后早期肠内营养治疗对患者营养恢复的影响[J]. 热带医学杂志,2013,13(1):64-67.
 - 5 龚龙波,吕孝鹏,孟良,等. 胃恶性肿瘤术后经空肠造口管早期肠内营养支持治疗疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2013,27(2):203-204.
 - 6 郭艳芳. 脑卒中昏迷病人早期肠内营养预防应激性溃疡的观察及护理[J]. 全科护理,2013,11(4):346-347.
 - 7 李卡,肖雪玲,刘爽,等. 胃癌患者术后早期肠内营养的疗效评估[J]. 中国普外基础与临床杂志,2013,20(2):174-176.
- [收稿日期 2013-07-12][本文编辑 黄晓红 韦所芬]

护理研讨

围手术期心理护理对心脏病体外循环术患者心理状态的影响分析

宁凤兰, 周伟英

作者单位: 535499 广西,灵山县人民医院心胸外科

作者简介: 宁凤兰(1970-),女,大学专科,主管护师,研究方向:外科护理。E-mail:13768073530@139.com

[摘要] 目的 分析围术期心理护理对心脏病体外循环术患者心理状态的影响。方法 将 2011-08~2013-08 接受体外循环术的 98 例患者随机分为实验组和对照组各 49 例,对照组患者实施常规护理,实验组患者在此基础上接受特殊心理护理,比较两组患者术前、术后负性心理事件发生率。结果 实验组患者经过心理护理后,术前、术后产生恐惧、焦虑、抑郁等不良情绪明显少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 心理护理能够明显减轻手术患者的不良情绪,增加患者对手术的信心,有利于手术顺利进行,减少术后并发症,促进患者术后康复。

[关键词] 心胸外科; 体外循环术; 围术期; 心理护理; 不良情绪

[中图分类号] R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)05-0467-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.05.29