

· 护理园地 ·

肠内营养在腹腔镜胃癌根治术后早期应用的护理体会

赵丽君,张彩霞,吴海霞,黄莉莉,吴金玲,苏琳,刘宏斌

〔摘要〕 目的 探讨肠内营养在腹腔镜胃癌根治术后早期应用的护理。方法 回顾性分析 320 例行腹腔镜胃癌根治术后患者的临床资料,随机分为观察组和对照组,每组 160 例,术后早期分别应用肠内营养及肠外营养治疗,并采取相应的护理措施。分析比较两组患者术后的恢复情况。结果 观察组术后肛门排气时间、住院时间、住院费用及并发症发生率显著低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);而术后营养状况方面显著高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 肠内营养在腹腔镜胃癌根治术后的早期应用有利于患者术后恢复,积极有效的护理措施在其中发挥着重要的作用,值得推广应用。

〔关键词〕 肠内营养;腹腔镜;胃癌根治术;护理

〔中图分类号〕 R473.6;R735.2 〔文献标志码〕 B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2015.05.030

腹腔镜胃癌手术较传统开腹手术具有切口小、出血少、对机体免疫功能影响小、术后胃肠功能恢复快、住院时间短及并发症发生率低的优势,近 20 年来得到了快速发展^[1-3]。研究表明术后早期应用肠内营养,既可以满足机体对营养的需求,还可以维持肠道的正常生理功能,使胃肠道肿瘤术后患者的胃肠功能、营养状况和免疫功能得到改善^[4]。我科对 160 例腹腔镜下胃癌术后患者施行早期肠内营养治疗及护理,取得了满意的疗效,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2014 年 2 月-2015 年 5 月我科行腹腔镜胃癌根治术的 320 例患者作为研究对象,男 217 例,女 103 例,年龄 26~83 岁,中位年龄 58.7 岁,随机分为观察组和对照组,每组 160 例,均行腹腔镜胃癌根治术。两组患者在年龄、性别、术前营养状况、肿瘤分期及手术切除范围等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 肠内营养方法 术中将鼻肠营养管置入距屈氏韧带下方或最下一个吻合口下方 30 cm 空肠处,用胶布固定于患者的面颊部,以防止管道脱出。术后第 1 天开始从鼻肠营养管内试滴温生理盐水 250 mL,患者无不适,术后第 2 天开始通过营养泵鼻肠营养管恒温恒速持续泵入肠内营养液百普力或能全力(热量 1 kcal/mL)500 mL,流速 25~50 mL/h,

观察患者是否有发热、心慌、腹痛、腹胀、腹泻、恶心、呕吐等,如没有可加量至 1500~2000 mL,流速递增至 90~120 mL/h^[5]。给予肠内营养时,要遵循由少到多、由慢到快、由稀到浓的原则,以减少并发症的发生^[6]。

表 1 两组患者的一般情况比较

项目	观察组($n=160$)	对照组($n=160$)
年龄(岁)	58.9±2.4	59.2±1.7
性别(男/女,例)	104/56	113/47
术前营养状况(g/L)		
血红蛋白	119.3±16.5	113.6±15.7
白蛋白	35.2±2.9	35.4±3.1
总蛋白	64.8±1.5	65.1±1.8
肿瘤分期(例)		
Ⅰ期	31	24
Ⅱ期	80	90
Ⅲ期	49	46
手术切除范围(例)		
全胃	29	27
近侧	56	50
远侧	75	83

1.2.2 肠外营养方法 术后第 1 天经中心静脉穿刺置管,将氨基酸、脂肪乳、糖类、维生素和微量元素配置成全合一营养液后行肠外营养支持治疗,每天热卡为 25~30 kcal/kg^[7]。

1.2.3 护理方法 ①心理护理:多数患者留置鼻肠营养管有一定的抵触情绪及畏惧心理,术前应向患者讲明置管的方法、目的、可能出现的并发症及相应的处理措施,重点向患者讲明肠内营养的优点,让

基金项目:甘肃省科技重大专项(2010GS04390)
作者单位:730050 甘肃兰州,兰州军区兰州总医院普外科
通讯作者:刘宏斌,E-mail:liuhongbin999@163.com

患者有充分的思想准备,消除紧张情绪,取得患者配合,顺利完成肠内营养;②管道护理:正确妥善固定营养管,每天检查营养管外面的标记刻度,避免管道滑出及扭曲打折。每天滴注肠内营养液前均以温开水冲洗管道,以确保管道的通畅,滴注过程中每隔 4 h 冲管一次,防止因营养液黏稠致管腔堵塞;③并发症的观察与护理:如出现腹泻,则应减慢输注速度,同时留取标本行便常规或培养,根据检验结果对症处理,并做好肛门周围皮肤的护理,减少局部皮肤刺激。如出现腹胀多是由于患者胃肠动力差或输注营养液速度较快,用量较大,通过减慢输注速度,减少营养液的量或改为间断性输注,腹胀多可自行缓解。

1.3 观察指标 分析比较两组患者术后第 7 天血红蛋白、血清白蛋白、总蛋白含量、术后肛门排气时间、术后住院时间、住院费用及并发症发生率等。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者均痊愈出院,观察组患者的肛门排气时间及住院时间较对照组缩短,住院费用明显减少,并发症发生率显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。而观察组术后第 7 天血红蛋白、血清白蛋白、血清总蛋白高于对照组,术后营养状态改善更明显,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者观察指标比较

指标	观察组 ($n=160$)	对照组 ($n=160$)
血红蛋白(g/L)	122.7 \pm 28.6 [*]	119.6 \pm 16.7
血清白蛋白(g/L)	39.5 \pm 5.2 [*]	37.9 \pm 4.6
血清总蛋白(g/L)	67.8 \pm 4.9 [*]	66.4 \pm 4.7
肛门排气时间(min)	49.5 \pm 4.8 [*]	63.2 \pm 9.7
住院时间(d)	8.4 \pm 2.1 [*]	10.5 \pm 3.6
住院费用(万元)	6.5 \pm 1.4 [*]	6.9 \pm 1.7
并发症发生率[n(%)]	6(3.8) [*]	15(9.4)

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$

3 讨 论

营养不良是胃癌患者术前最为常见的并发症之一,有报道其发生率可高达 60%^[8]。其原因包括术前不适导致的饮食习惯改变和肿瘤的消耗,营养不良影响患者免疫功能,导致患者抵抗力下降,术后并发症发生率和病死率升高。提高患者术后营养水

平,加快患者术后恢复成为现代外科学面临的新挑战。肠内营养是最符合机体生理的营养治疗措施,术后早期给予肠内营养治疗和护理,对改善患者术后的营养水平、加快患者恢复,改善患者预后具有十分重要的意义。

3.1 肠内营养的时间选择 早期肠内营养的时间选择现尚无一个明确的标准。临床研究表明腹部手术后胃肠道的麻痹仅限于胃和结肠,小肠蠕动及消化、吸收功能最快在术后数小时即可恢复,这表明早期肠内营养在是安全可行的^[9]。因患者体质不同,可因人而异,对于年龄低于 50 岁,无其他基础疾病患者,术后 10 h 即可开始给予肠内营养。对于高龄,合并其他基础疾病患者,因胃肠功能恢复相对较慢,可适当推迟。

3.2 肠内营养及其护理对术后患者营养水平的影响 从本研究数据来看,观察组患者术后血红蛋白、血清白蛋白、血清总蛋白高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。血清白蛋白是判断患者术后营养水平的重要指标,患者术后因能量供给不足、消化道功能障碍、创伤修复等因素,往往白蛋白水平低于术前。为纠正患者的低蛋白血症,临床通常通过静脉输注充足的能量和人血白蛋白予以纠正,该治疗方法可以快速提高白蛋白水平,然而亦有很多缺点。首先,白蛋白水平虽可以快速提高,但往往是一过性的;其次是大量的液体输注,增加了管道感染的风险;另外,长期的肠外营养会带来消化道菌群失调、住院时间延长、住院费用增加、增加患者身心痛苦等问题。术后早期给予肠内营养则可以避免这些问题,而且具有营养吸收更均衡、能量摄取途径更符合生理的优势^[10]。

3.3 肠内营养及其护理对患者恢复水平的影响 我们的研究结果显示,观察组术后肛门排气时间、住院时间、住院费用方面及并发症发生率方面显著低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。我们认为,早期肠内营养通过食物对胃肠道的刺激,促进消化酶消化液的正常分泌,增加胃肠蠕动,有助于胃肠功能的恢复;其次肠内营养对于维持肠黏膜屏障的功能、肠内微生物系统平衡具有重要意义,可避免因菌群失调导致的感染性疾病^[11]。肠内营养含有多种氨基酸、维生素和微量元素等营养要素,营养更加均衡,有助于加快患者术后恢复。因此肠内营养在腹腔镜胃癌根治术后的早期应用对促进胃癌患者术后胃肠功能恢复、营养状况的改善、缩短住院时间、降低住院费用、降低并发症的发生有着十分重要 (下转第 552 页)

规范医师用药行为,增加患者的依从性,减少不合理用药和药物不良反应,同时为举证责任倒置给临床医师提出的新挑战提供解决思路。随着军队人员合理用药管理工作的完善,可以逐步杜绝不负责任的乱开药、开促销药的现象^[6]。

3.3 充分利用数字化管理是手段 军队合理医疗用药管理制度和规定的执行要靠信息化、数字化来“落地生根”。要着力开发信息化的军队合理医疗药品管理和咨询系统,用系统来监管,将合理用药管理系列软件嵌入到门诊和住院医生工作站系统,对军队人员药品合理使用进行“实时”监控。完善军队人员药品费用比例管理、围术期预防应用抗菌药物管理、特殊药物限定使用管理、排他药物管理、处方评价、细菌耐药自动监测、医务部门合理用药监管等子系统。将军队人员的疾病诊治和预防保健措施进行数字化循证医学分析,制定疾病治疗目标,评价疾病预后标准,科学合理地调整医疗仪器检查和药品使用规范,逐步做到合理用药^[7]。通过持续加大投入,拓展一体化卫生信息平台的覆盖范围,医院和部队、干休所卫生人员通过信息系统进行合理用药

分析互动,全方位、全过程强化军队人员合理医疗用药的监管。

【参考文献】

[1] 郭志华,王海林,肖海,等.加强医德医风建设提高干部医疗保健水平[J].解放军医院管理杂志,2007,14(2):151-158.
[2] 傅全威,车兆畅,赵昕.新形势下军队医院临床合理用药的管理与实践[J].航空航天医学杂志,2012,23(4):505-506.
[3] 杨文字,陈立富,宋斌.区域军队医院信息化为部队服务平台构建[J].解放军医院管理杂志,2013,20(2):137-138.
[4] 方胜昔.坚持强化改革创新积极探索实践高标准完成师级干部门诊就医“一卡通”试点任务[J].东南国防医药,2012,14(1):3-4.
[5] 任国荃.解放军总医院为部队服务工作实践与体会[J].解放军医院管理杂志,2011,18(7):605-606.
[6] 刘世君.合理用药管理提高医疗服务质量[J].中国医院管理杂志,2007,27(1):44-45.
[7] 郭志华,宋斌,肖海,等.数字化循证医学管理在干部保健工作的应用[J].中华保健医学杂志,2010,12(5):399-400.

(收稿日期:2015-06-07;修回日期:2015-08-05)

(本文编辑:徐燕茹)

(上接第 540 页)

的作用^[12-13]。积极有效的护理可改善患者心理、生理状况,确保肠内营养治疗的顺利实施,加快患者恢复,改善患者预后。

综上所述,肠内营养在腹腔镜胃癌根治术后的早期应用是安全可行的,临床疗效显著。积极有效的护理措施在其中发挥着重要的作用,值得临床推广应用。

【参考文献】

[1] 支永发,高军林.腹腔镜辅助下远端胃癌 D2 根治术的临床效果[J].世界华人消化杂志,2014,22(25):3835-3838.
[2] Kelly KJ, Selby L, Chou JF, et al. Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric adenocarcinoma in the west: a case - control study[J]. Ann Surg Oncol, 2015, 22(1):1-7.
[3] Lee JH, Lee CM, Son SY, et al. Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: long-term oncologic results [J]. Surgery, 2014, 155(1):154-164.
[4] 闫雨龙,李家生.胃癌根治术后早期肠内营养支持的开始时间研究[J].中华全科医学,2014,12(8):1272-1274.
[5] 赵建军,毕新宇,黄振,等.不同营养支持治疗方式对肝癌术后恢复的前瞻性对照研究[J].医学研究杂志,2014,43(4):75-79.
[6] 陈虹,张余柳.胃癌患者外科治疗术后早期肠内营养支持的

临床疗效与护理[J].世界华人消化杂志,2014,22(23):3475-3478.
[7] 毛宏铭,王光远,毛洪绪.肠内营养支持对胃癌患者术后营养状况和免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2014,34(15):4362-4363.
[8] Karcz W, Gluszek S, Kot M, et al. Influence of nutritional treatment on the postoperative course in patients with gastric cancer[J]. Adv Med Sci, 2006, 51(2):278-282.
[9] 冯立,王峰,董培德,等.胃癌患者根治术后早期肠内营养的临床疗效观察[J].中国普外基础与临床杂志,2014,21(3):325-329.
[10] Ding D, Feng Y, Song B, et al. Effects of preoperative and postoperative enteral nutrition on postoperative nutritional status and immune function of gastric cancer patients[J]. Turk J Gastroenterol, 2015, 26(2):181-185.
[11] 费燕,林雪玉,陈尚瑜,等.神经科肠内营养支持治疗的药学监护[J].东南国防医药,2014,16(4):404-406.
[12] 郭静,黎娜,范杨,等.早期肠内营养支持对喉癌术后患者营养状况的改善作用[J].肠外与肠内营养,2014,21(3):132-134.
[13] Bicakli D H, Yilmaz M C, Aksoylar S, et al. Enteral nutrition is feasible in pediatric stem cell transplantation patients [J]. Bicakli Blood Cancer, 2012, 59(7):1327-1329.

(收稿日期:2015-06-02;修回日期:2015-07-21)

(本文编辑:黄攸生)