

# 早期肠内营养对肝胆外科术后患者胃肠功能恢复的应用及胃肠功能恢复分析

龚解其

上海市复旦大学附属中山医院青浦分院 上海 青浦区 201700

**摘要:**目的: 研究分析早期肠内营养对肝胆外科术后患者胃肠功能恢复的应用及胃肠功能恢复。方法: 研究对象共选取了2021年6月至2023年5月收治的肝胆外科术后患者200例, 这些患者接受随机分组后在术后治疗期间分别早期肠内营养和常规肠内营养模式, 对比两组患者的胃肠道恢复情况。结果: 研究组患者的治疗有效率为96.0%, 治疗后血清白蛋白(34.63±2.62) g/L, 前白蛋白(2.92±0.45) g/dL, 预后营养指数(41.63±2.62), 肠鸣音恢复时间(28.48±1.14) h, 首次肛门排气时间(38.38±2.56) h, 首次进食时间(3.52±0.13) d, 首次排便时间(41.38±3.11) h, 住院时间(6.63±1.62) d, 对照组患者的治疗有效率为86.0%, 治疗后血清白蛋白(28.45±2.52) g/L, 前白蛋白(2.42±0.52) g/dL, 预后营养指数(48.45±2.52), 肠鸣音恢复时间(44.45±1.16) h, 首次肛门排气时间(47.86±2.62) h, 首次进食时间(4.57±1.11) d, 首次排便时间(54.06±3.12) h, 住院时间(8.45±1.52) d, 总胆固醇和高密度脂蛋白胆固醇指标均明显更好。组间对比差异显著( $p < 0.05$ )。结论: 对肝胆外科术后患者实施早期肠内营养有助于维护手术治疗所取得的疗效, 尽早更好地恢复患者胃肠原有的功能。

**关键词:** 早期肠内营养; 肝胆外科术后; 胃肠功能恢复

肝脏的主要功能在于储存肝糖原、分泌蛋白等, 通过胆道完成分泌排泄过程, 所以对于接受肝胆外科手术的患者来说, 需要在术后保证营养供应, 以保证尽早恢复胃肠道的功能<sup>[1]</sup>。促进疾病的恢复, 保证手术的治疗效果<sup>[2]</sup>。本文的研究内容即为分析早期肠内营养对肝胆外科术后患者胃肠功能恢复的应用及胃肠功能恢复。得到如下结果:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 在本次研究中, 入组的患者人数共计200例, 经接受了肝胆外科手术治疗, 全部患者中的男性患者人数为101例, 女性患者人数为99例, 对其平均年龄进行计算得出年龄平均值为(56.9±3.7)岁。通过随机数字表法完成分组, 以消除组间的差异, 保证后续研究获得的数据更有说服力。入组的全部患者均为单纯肝胆外科手术疾病, 未伴发其他器质性疾病, 精神和神志均无异常, 自愿配合完成本次研究。排除伴发其他脏器功能严重不全, 精神或神志存在障碍, 对本次研究存在抵触情绪, 在研究中途临时退出的患者。

1.2 方法 全部患者在手术前均接受了鼻肠管插入, 深度超过十二指肠趋势韧带。其中对照组接受常规肠内营养, 术后3d才进行肠内营养支持治疗, 研究组接受早期肠内营养。具体为: 在术后24h即开展肠内营养支持, 经鼻肠管泵入, 喂养时协助患者取半坐卧位, 预防误

吸。早期选择的营养液浓度以等渗液体为首选, 调节泵入速度为40-60ml/h, 后续每天调节泵入速度加快25ml/h, 直至保证机体的营养供应需求能被满足, 泵入的营养液浓度每天增加5%, 直至达到患者的耐受上限。此外, 在泵入前还需要对肠内营养液进行加温至30-40℃, 以免泵入后诱发并发症。如果肠内营养的支持无法满足患者的营养要求, 可以根据患者的病情恢复情况提供肠外营养。对各种营养底物和微量元素等的用量做好动态监测, 根据结果随时调整喂养方案。

1.3 观察项目和指标 (1) 治疗有效率评价标准: 显效: 患者无腹胀, 肛门可以正常排气, 未见其他并发症, 各项指标经过检测后均处于正常范围内。有效: 腹胀的改善程度显著, 肛门排气功能有所恢复, 可见轻度其他并发症。无效: 未达上述标准者。(2) 观察两组患者在治疗前后各项胃肠功能指标的变化, 检测手段为酶联免疫吸附法, 所用仪器为MK II型酶标免疫检测仪, 检测指标为血清白蛋白和前白蛋白。通过人体测量法对患者的治疗前后预后营养指数进行测定。(3) 观察两组患者的胃肠道功能恢复状态, 并对住院时间做好记录。

1.4 统计学方法 针对本次研究中涉及到的数据信息均采用SPSS22.0统计学软件进行分析和处理。

## 2 结果

2.1 两组患者在治疗有效率上的比较 具体见表1。

表1 两组治疗有效率比较(n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	100	90	7	3	97.0% (97/100)
对照组	100	72	12	16	84.0% (84/100)
$\chi^2$					8.527
<i>P</i>					<i>P</i> < 0.05

2.2 两组患者在治疗前后胃肠功能指标上的比较 具体见表2.

表2 两组治疗前后胃肠功能指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	血清白蛋白 (g/L)		前白蛋白 (g/dL)		预后营养指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	100	23.08±2.65	34.63±2.62	2.31±0.25	2.92±0.45	37.08±2.65	41.63±2.62
对照组	100	23.39±2.62	28.45±2.52	2.04±0.37	2.42±0.52	37.39±2.62	48.45±2.52
<i>t</i>		0.245	8.435	0.351	8.537	0.207	8.437
<i>P</i>		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 两组患者在胃肠功能恢复和住院指标上的比较 具体见表3.

表3 两组胃肠功能恢复和住院指标比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	肠鸣音恢复时间 (h)	首次肛门排气时间 (h)	首次进食时间 (d)	首次排便时间 (h)	住院时间 (d)
研究组	100	27.48±1.05	37.38±1.62	3.34±1.23	40.32±2.44	5.86±1.31
对照组	100	43.45±1.28	46.26±1.55	4.97±1.43	53.21±2.66	8.36±1.64
<i>t</i>		8.174	8.074	8.637	8.525	8.661
<i>P</i>		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

### 3 讨论

随着医学技术的快速进步,肝胆外科手术也随之取得了显著的发展,临床目前十分重视对于这类患者开展肠内营养的问题<sup>[3]</sup>。之前的临床经验显示,对于肝胆外科手术治疗的患者来说,术后因为受到缺氧、感染等因素的影响,机体的正常代谢功能会发生紊乱,胃肠道黏膜因为供养供血不足,其正常的功能无法被维持,所以患者的健康会受到严重的影响。对于机体的正常功能运转来说,其中最为重要的器官之一就是肝脏,其代谢功能对于机体来说不可或缺,其代谢产生的废物需要通过胆道排出<sup>[4]</sup>。如肝胆外科手术患者术后胃肠道功能出现异常,会对后续疾病的恢复造成严重影响<sup>[5]</sup>。早期这类患者术后常禁食6-10d,但现代研究表面,禁食期间患者的代谢状态较高,会消耗巨量的能量,分解机体大量蛋白质机体无法正常代谢糖类和脂肪,引起负担平衡,最终诱发低蛋白血症乃至高血糖。而开展早期肠内营养可以有效解决上述问题,从而保证患者的健康。早期肠内营养在患者术后尽早开展,可以最大限度维护小肠的功能不退化,且保持原有的完整肠黏膜状态,这样后续患者不会在黏膜上出现萎缩,且肠道菌群可以维持在较为稳定的状态<sup>[6]</sup>。有学者通过研究发现<sup>[7]</sup>,肠道黏膜的营养供应中,动脉血液供应所占比例为30%,剩余70%为腔内营

养物质。肝胆外科手术只有胃和结肠存在麻痹,术后4-8h小肠已经恢复了正常的生理功能,此后可以消化吸收营养物质。如果术后禁食的时间过长,会减轻小肠黏膜的重量,诱发其出现萎缩,降低肠绒毛的高度,最终损伤到肠黏膜的屏障功能。临床现在十分认可早期肠内营养,认为该模式可以促进术后恢复,预防出现各种术后并发症,保证机体营养供应,从而保证手术治疗取得预期的疗效。

现代医学研究发现<sup>[8]</sup>,临床在判断胃肠动力的恢复程度时,较为可信的指标就是胃移动运动复合波,术后早尽早对患者展开肠内营养支持,可以保证该波顺利传导,进而使胃肠道的原有功能得到恢复。在本次研究中,得到的研究结果显示,研究组与对照组相比较,血清白蛋白、前白蛋白和预后营养指数均更优,说明对肝胆外科术后患者实施早期肠内营养可以在一定程度上促进恢复胃肠道的功能。肝胆外科手术后的患者,短时间内常需要禁食水。此时极易高发感染,且胃粘膜长期废用,也有萎缩的可能。而尽早开展肠内营养支持,机体维持基础功能所需的各项营养素可以得到有效补充,轻度受到损伤的胃粘膜也能及时恢复,尚未被损伤的胃粘膜可以得到有效的保护<sup>[9]</sup>。早期肠内营养在操作上没有高要求,仅需一些简单的设备设施,患者及其家属更能

接受。在本次研究中,结果显示研究组与对照组相比,治疗有效率显著更高,也在一定程度上证实了对肝胆外科术后患者实施早期肠内营养可以取得较好的效果。本次研究结果显示,研究组胃肠功能和住院时间均显著优于对照组,说明开展早期肠内营养可以缩短患者的康复时间,进一步对上述结论做出了证实。这里需要增加一点说明,虽然本次研究中没有探讨关于术后并发症的问题,但有学者的研究中证实存在这问题,常见的并发症为腹胀、腹泻和呕吐等<sup>[10]</sup>,虽然常见的并发症种类较多,但各种并发症的程度均较轻,经对症处理后就可以明显改善。

综上所述:对肝胆外科术后患者实施早期肠内营养有助于维护手术治疗所取得的疗效,尽早更好地恢复患者胃肠原有的功能。

#### 参考文献

[1]杨惠雄.早期肠内营养对肝胆外科术后患者胃肠功能恢复的应用及胃肠功能恢复分析[J].黑龙江中医药,2022,51(6):136-137.

[2]雷哲锋,罗雄.肠内营养对肝胆外科大手术患者术后胃肠功能恢复的效果分析[J].中国药物与临床,2021,21(15):2699-2701.

[3]徐新强,赖小易,杨四清,等.早期肠内营养对肝胆外科术后患者胃肠功能恢复的影响[J].中国现代药物应

用,2021,15(18):230-232.

[4]叶国德.早期肠内营养干预对肝胆疾病患者外科手术后胃肠功能恢复的影响效果探讨[J].中国保健营养,2020,30(26):273-274.

[5]黄育英,欧国英,孙玥,等.加速康复外科理念下肠内营养支持在肝胆外科患者围手术期应用效果分析[J].国际医药卫生导报,2018,24(11):1726-1729.

[6]夏伟芬,张坤,谭炜.早期肠内营养支持对肝癌术后患者胃肠功能恢复和营养状态的影响[J].浙江医学,2023,45(9):955-958.

[7]闵瑶,李文怡.肠内营养不同输注速度对重型急性胰腺炎患者营养状况、胃肠功能恢复效果的影响[J].蛇志,2023,35(3):342-345.

[8]孙娟,任鸿萍.早期肠内营养对重症急性胰腺炎患者胃肠道功能恢复情况及预后的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(3):476-481.

[9]陈敏,李静,欧阳慧,等.不同肠内营养给予途径对小肠瘘切除术后胃肠道功能恢复的影响[J].肠外与肠内营养,2021,28(6):362-367,375.

[10]李想,张楠,张静蕾,等.术前大承气汤加味及肠内营养预适应对胃癌患者术后胃肠道功能恢复的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(1):44-48.