

肝硬化门静脉高压症围手术期经鼻饲肠内营养患者的护理分析

马书艳

西安交通大学医学院第一附属医院 陕西 西安 710000

摘要：目的：研究肝硬化门静脉高压症患者的围手术期护理措施，分析经鼻饲肠内营养护理的应用效果。方法：研究时间选取2023.08-2024.08期间，对本院收治的肝硬化门静脉高压症患者88例，予以随机数字表法分组干预，对照组患者44例，应用围手术期护理，观察组患者44例，在对照组基础上加用经鼻饲肠内营养护理，比较两组护理效果：①营养状况；②术后康复情况；③活动度；④并发症；⑤生活质量。结果：观察组患者干预前的营养状况与对照组患者相比差异无统计意义，（ $p > 0.05$ ），干预后1个月、3个月后，观察组患者的营养状况评分显著高于对照组，（ $p < 0.05$ ）；观察组患者首次排气时间、胃管留置时间、尿管留置时间及住院时间，均与对照组患者上述时间相比更短，（ $p < 0.05$ ）；两组患者术后4d、出院前的活动度（活动距离和时间）相比之下，观察组均显著优于对照组，（ $p < 0.05$ ）；两组患者的术后并发症发生率相较可见，观察组更低于对照组，（ $p < 0.05$ ）；观察组患者在SF-36评估下的生活质量各评分，相较对照组患者显著更高，（ $p < 0.05$ ）。结论：在肝硬化门静脉高压症患者的围手术期护理中，予以经鼻饲肠内营养，可有效改善患者的营养不良状况，促进患者术后早日康复，值得推广。

关键词：肝硬化门静脉高压症；围手术期护理；经鼻饲肠内营养

肝硬化作为临床常见的一种慢性、进行性的肝病，以肝细胞坏死、肝小叶结构破坏及假小叶为主要表现，往往早期的肝脏代偿功能无典型变化，而随着病情进展，诱发门静脉高压症，累及多个系统，出现腹水、上消化道出血及感染等症状，甚至增加癌变风险^[1]。目前临床以手术进行治疗，可有效挽回患者生命，但因多数患者存在营养不良情况，对患者预后造成严重的影响，故而围手术期的护理干预至关重要，以便促进患者尽快康复。

近几年临床研究发现^[2]，经鼻饲肠内营养这一护理方法，可有效提高机体营养水平，因此在肝硬化门静脉高压症患者的围手术期护理中运用该营养支持模式，对患者展开一系列的营养管理，利于患者营养不良状态得以改善，并积极规避术后并发症风险，进而提升患者预后质量。为此，本文选取近年本院收治的该病患者88例进行研究，旨在探讨围手术期经鼻饲肠内营养的护理效果，现作出如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023.08-2024.08期间，本院收治的88例肝硬化门静脉高压症患者予以研究，以随机数字表法对患者分两组实施护理，每组患者各占44例，对照组患者男、女占比为23:21，年龄分布44岁-82岁，平均（ 60.82 ± 3.89 ）岁；观察组男患者占24例、女患者占20例，年龄处于45

岁-80岁之间，平均（ 60.56 ± 3.91 ）岁。两组患者临床基线资料进行分析，对比年龄、性别等方面差异，均无统计意义，具备研究可比性，（ $p > 0.05$ ）。该研究在医院伦理委员会批准下执行。

纳入标准：入选患者经CT、彩超检查，均符合肝硬化门静脉高压症的诊断标准；电子胃镜提示白细胞计数降低；患者及家属配合签署知情同意书加入研究。

排除标准：合并心肺肾等重要器官功能障碍；凝血功能异常；肝功能失代偿；肝脏体积缩小；胃出血；急性化脓性胆管炎；严重血液系统疾病；精神类障碍性疾病等患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者应用围手术期护理，内容如下：①术前营养评估：护理人员对患者进行术前的营养状态评估，若患者存在营养不良，需予以肠外营养支持，如低蛋白血症（白蛋白 $< 40\text{g/L}$ ），应遵医嘱输注血浆或白蛋白，或者贫血患者，应输血，直至血红蛋白 $> 90\text{g/L}$ 。②术前肝功能评估：护理人员根据肝功能分级Child分级对患者进行术前评估，若B级患者遵医嘱指导其服用利尿剂，同时配合肠外营养支持^[3-4]。③进入手术室前做好胃管及尿管留置，在手术过程中予以患者保暖处理，如保温毯，且液体进行加温处理。④手术完成后遵医嘱给予患者镇痛药物，同时展开早期营养支持，在手术后前3d为患者

者静脉输注400ml的血浆、20g的白蛋白^[5]。⑤术后管道护理：当患者的胃液引流净出量 < 200ml时，排除出血风险后予以拔管，且术后第1d排除尿道梗阻予以拔管，同时予以患者双下肢气压治疗，避免形成血栓，鼓励患者尽早下床活动，以吹气球活动强化肺功能。

1.2.2 观察组患者在对照组护理基础上，应用经鼻饲肠内营养：护理人员根据患者的身体状况，为患者选择适合的营养师，以低脂肪及易消化的食物为主，禁忌高浓度食物，以防患者腹泻，且流食的浓度从低到高逐渐增加，经鼻饲为患者输入食物，直至患者恢复胃肠道功能后经口进食^[6]。

1.3 观察指标

1.3.1 观察营养状况：参照MNU-ST（营养状态评估量表）^[7]，在干预前、干预1个月及3个月后，对两组患者的食量是否减少、体重是否减轻、活动能力、精神心理疾病、是否出现应激性疾病等情况进行评估，评分0-14分，得分越高患者的营养状况越好。

1.3.2 观察术后康复情况：记录两组患者首次排气时间、胃管留置时间、尿管留置时间及住院时间。

1.3.3 观察术后活动度：在干预后对两组患者术后4d及出院前的活动度进行记录，包括活动距离、活动时间。

1.3.4 观察术后并发症：密切监测两组患者围术期出现的并发症，包括腹胀、感染及顽固性低蛋白血症（每日输注人血白蛋白20g，血清白蛋白 < 30g/L）。

1.3.5 观察生活质量：根据SF-36（健康调查简表）

量表，用于两组患者的生理职能、心理职能、社会功能、精神健康四个方面展开评价，每项评分以100分为最高分，患者的生活质量与得分呈正比。

1.4 统计学分析

软件统计分析运用SPSS23.0，处理研究涉及的数据，对比组间计量资料，行*t*进行检验， $(\bar{x} \pm s)$ 为各项指标的描述形式，对比组间计数资料以 χ^2 进行检验， $(n, \%)$ 率为并发症的描述形式，统计意义按照 $p < 0.05$ 为差异。

2 结果

2.1 对比两组营养状况

由表1数据可见，两组患者在干预前的营养状况评分，相比差异无统计意义， $(p > 0.05)$ ，在干预后1个月、3个月，两组患者营养状态明显改善，相较评分可见观察组均高于对照组， $(p < 0.05)$ 。

表1 两组患者营养状况评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ ，分

组别	例数 (n)	干预前	干预1个月	干预3个月
观察组 (n)	44	8.46±0.37	10.61±0.47	12.59±0.33
对照组 (n)	44	8.42±0.32	9.33±0.65	10.47±0.41
<i>t</i> 值	-	1.046	10.879	17.674
<i>p</i> 值	-	> 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 对比两组术后康复情况

下表2数据显示，两组患者的术后康复指标相比，观察组均显著优于对照组，组间数据存在差异， $(p < 0.05)$ 。

表2 两组术后康复指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数 (n)	首次排气时间 (h)	胃管留置时间 (h)	尿管留置时间 (h)	住院时间 (d)
观察组 (n)	44	47.26±6.01	26.49±7.35	21.52±4.96	12.39±2.13
对照组 (n)	44	62.02±11.05	69.81±11.04	43.74±7.47	15.99±3.17
<i>t</i> 值	-	6.053	17.507	13.298	5.015
<i>p</i> 值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 对比两组患者活动度

详见下表3结果，两组患者在干预后4d及出院前的活

动度相比，观察组患者的活动距离及活动时间显著长于对照组， $(p < 0.05)$ 。

表3 两组术后活动度比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数 (n)	术后4d		出院前	
		活动距离 (m)	活动时间 (min)	活动距离 (m)	活动时间 (min)
观察组 (n)	44	896.69±56.91	88.61±9.84	1296.37±105.94	135.83±11.86
对照组 (n)	44	674.84±34.68	70.58±9.37	974.81±59.88	95.67±12.89
<i>t</i> 值	-	23.307	9.226	18.465	15.991
<i>p</i> 值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 对比两组患者并发症

以表4可知，观察组患者围手术期的并发症发生率，

显著比对照组患者更低，两组数据具有统计意义， $(p < 0.05)$ 。

表4 两组患者并发症发生率比较[n (%)]

组别	例数 (n)	腹胀	感染	顽固性低蛋白血症	发生率
观察组 (n)	44	1 (2.27)	0	1 (2.27)	2 (4.55)
对照组 (n)	44	4 (9.09)	1 (2.27)	6 (13.64)	11 (25.00)
χ^2 值	-	-	-	-	4.673
p值	-	-	-	-	< 0.05

2.5 对比两组SF-36评分 者各方面的评分与对照组患者相较显示显著更高，（ $p < 0.05$ ）。
据表5显示，两组患者经SF-36量表评估，观察组患

表5 两组患者SF-36评分比较[($\bar{x} \pm s$) ， 分]

组别	例数 (n)	生理职能	心理职能	社会功能	精神健康
观察组 (n)	44	92.22±2.08	91.98±2.99	90.68±2.76	90.53±2.96
对照组 (n)	44	80.64±2.13	81.59±2.24	80.32±2.19	80.28±2.88
t值	-	16.057	15.554	14.909	11.337
p值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

肝脏作为人体重要的一个器官，属于代谢体内蛋白质、糖分及脂肪的主要器官，可为人体提供20-30%的能量。通常情况下，肝硬化患者机体处于高代谢的状况，此时的肝功能异常，代谢机能难以满足机体所需，易于出现营养不良情况，且随着病情发展，患者机体对摄入营养物质吸收出现障碍，导致食物摄入不足，以此合并门静脉高压症，进而需手术进行治疗，有效控制患者的病情加重，但若不好围手术期的护理干预，在较大程度上诱发并发症，产生免疫紊乱，延迟患者的术后恢复。

临床研究发现^[8]，患者营养状况与手术后应激反应密切相关，所以需临床做好围手术期的营养管理，但以往采用的肠外营养支持方式，以注射营养液为首选，无法达到患者机体所需，而经鼻饲肠内营养，可通过鼻胃管为患者输入高蛋白、高纤维的流食，更利于保证食物的营养成分，增加患者蛋白质的摄入，以此规避腹水、低蛋白血症等风险，同时促进患者的机体营养水平得以提升，进一步降低应激反应，促进患者术后尽快康复。本研究数据可见：观察组患者干预后的营养状况评分、术后康复指标、术后活动度及SF-36评分，相比对照组患者上述指标均显著更优，（ $p < 0.05$ ），且观察组患者的围手术期并发症发生率，更比对照组患者较低，（ $p < 0.05$ ），两组数据差异具有统计意义。由此说明，围手术期经鼻饲肠内营养护理干预，可将食物的营养成分完全输送患者体内，确保患者机体营养均衡摄入，以此改善患者的机体营养状况，避免应激反应及并发症发生，促进患者尽早拔管，早日出院。

综上所述，针对肝硬化门静脉高压症患者的围手术期护理干预，应用经鼻饲肠内营养护理的效果最佳，可达到患者机体营养所需，提高患者的营养水平，预防应激反应与并发症，加快患者的术后康复进程，具有临床推广价值。

参考文献

[1]林玲玲,胡伟珍.门静脉高压型原发性胆汁性肝硬化患者粪菌移植的护理[J].中国乡村医药,2024,31(14):60-61.
[2]张芬.肝硬化门静脉高压症并上消化道出血程序化急救护理效果分析[J].河南外科学杂志,2024,30(02):176-178.
[3]王立云,田明国.肝硬化门静脉高压症围手术期管理中应坚持“三精”原则[J].肝胆外科杂志,2024,32(01):4-6.
[4]宋丹,邓燕妹,范井月,李焕萍,谢玉宝,吴树铎.中医延续性护理联合常规疗法干预肝硬化门静脉高压症经颈静脉肝内门体分流术后临床研究[J].新中医,2023,55(10):147-152.
[5]黄楚君.护理干预对肝硬化合并门静脉高压症患者术后的临床效果[J].中国卫生标准管理,2021,12(24):145-148.
[6]邓旭,任白悦,韩小宏.老年肝硬化门静脉高压并发上消化道出血的危险因素分析与护理对策[J].血栓与止血学,2021,27(04):716-718.
[7]尹芳.老年肝硬化门静脉高压并发上消化道出血的危险因素分析与护理策略分析[J].中国农村卫生,2020,12(11):40-41.
[8]周风华.老年肝硬化门静脉高压并发上消化道出血的危险因素分析与护理对策[J].护理实践与研究,2019,16(21):29-31.