胃肿瘤术后早期应用肠内营养护理的研究进展

廖聪聪

温州市人民医院 普外科二 浙江 温州 325100

摘要: 胃肿瘤是一种常见的恶性肿瘤,手术治疗是目前治疗该疾病的主要方式。术后早期的肠内营养护理对于提高患者的手术恢复、减少并发症和改善预后具有重要意义。因此,针对胃肿瘤术后早期应用肠内营养护理的研究备受关注。在胃肿瘤术后早期应用肠内营养护理的研究中,研究背景通常包括对胃肿瘤的发病情况、手术治疗方式、术后并发症、肠内营养的定义和作用机制等进行详细介绍。同时还会探讨目前临床实践中对于胃肿瘤术后肠内营养护理的应用情况和存在的问题,为后续研究提供依据。适当的肠内营养护理可以帮助患者更快地康复,减少手术后并发症的发生率,提高生活质量。术后肠内营养能够减少感染的风险,提高患者的免疫力,避免营养不良导致的并发症。肠内营养护理可以帮助提供足够的营养支持,帮助患者更好地应对手术后的疼痛和不适。通过对胃肿瘤术后早期应用肠内营养护理的研究,可以进一步完善临床实践中的治疗方案,提高患者的治疗效果和生存质量,对于推动临床医学的进步和提升患者的生活质量具有积极的意义。

关键词: 胃肿瘤术后早期;肠内营养护理;研究进展

1 引言

1.1 胃肿瘤术后营养不良的重要性和影响

胃肿瘤术后,患者往往面临着营养吸收和利用的困难。由于手术对胃肠道的影响,以及肿瘤本身可能导致的代谢改变,患者容易出现营养不良的情况。营养不良不仅影响患者的术后恢复,还可能增加并发症的风险,降低生活质量,甚至威胁生命。因此,重视胃肿瘤术后的营养管理至关重要。营养不良可能导致患者生理功能的减退,包括脏器功能下降、免疫力降低等。会使患者更容易受到感染,增加围手术期的风险,如伤口愈合延迟、并发症发生率增高等。此外,营养不良还可能影响患者对治疗的耐受性,降低治疗效果,从而影响生存率和预后。

1.2 肠内营养护理的定义与背景

肠内营养护理是通过给予肠道适当的营养支持来维持患者营养需求的方法。它适用于那些消化功能障碍、不能正常经口进食的患者。肠内营养可以通过口服或管饲途径,将中小分子营养素组成的营养液直接注入胃肠道,从而提供患者所需的营养物质。随着医学的发展和技术的进步,肠内营养护理在临床实践中得到了越来越广泛的应用。肠内营养护理不仅可以满足患者的营养需求,促进康复,还可以减少因营养不良带来的并发症和风险。因此,规范肠内营养护理的实施,提高患者的治疗效果和生活质量,成为了临床上亟待解决的问题。

1.3 目的和意义

肠内营养护理的主要目的是营养支持和营养治疗。

营养支持旨在提高临床疾病治愈率,降低死亡率,纠正营养不良和代谢紊乱,维持机体免疫功能。而营养治疗则更侧重于器官功能的保护,减轻高分解代谢,防止细胞损伤,调节免疫和炎症反应等。肠内营养护理的实施对于改善患者预后具有重要意义。通过规范的肠内营养护理,可以保障患者营养供给、促进和维持其消化道功能,减少肠内营养相关并发症。不仅可以帮助提高患者的生活质量,降低医疗成本,还可以为临床护理工作提供科学依据和有效指导。

2 胃肿瘤术后早期肠内营养护理的方法

2.1 肠内营养(EN)与肠外营养(PN)的比较

肠内营养是通过口服或导管将营养物质直接输入到胃肠道,而肠外营养则是通过静脉途径将营养物质输入到血液中。肠内营养更符合人体的生理特点,能够利用胃肠道的消化和吸收功能,使营养物质得到更好的利用。而肠外营养则绕过胃肠道,可能会导致营养素的损失或吸收不良。肠内营养能够刺激胃肠道的蠕动和分泌,可以帮助维护胃肠道的正常功能。而肠外营养则可能导致胃肠道功能的废用性萎缩。肠内营养的并发症主要包括胃肠道不适、管道堵塞等,而肠外营养的并发症则可能包括感染、电解质失衡等。两种营养方式都有其潜在的风险和并发症,需要根据患者的具体情况进行选择。肠内营养的费用相对较低,因为其所用的营养液和器具相对简单。而肠外营养由于需要特殊的输液器具和营养液,费用通常较高。胃肿瘤术后早期肠内营养护理是有效的营养支持方式,能够改善患者的营养状况,促

进康复^[1]。在选择肠内营养还是肠外营养时,需要根据患者的具体情况、营养需求和耐受性进行综合考虑。

2.2 营养配方和成分选择

肠内营养配方通常包括标准配方、疾病专用配方和特殊配方。对于胃肿瘤术后的患者,常选择易于消化、吸收的配方,同时根据患者的营养状况和疾病状态,调整配方的营养成分。在成分选择上,应确保配方含有足够的蛋白质、碳水化合物、脂肪、维生素和矿物质,以满足患者的营养需求。特别是蛋白质,对于术后患者的伤口愈合和免疫力提升至关重要。此外,还可以根据患者的具体情况,添加一些特殊成分,如谷氨酰胺、脂肪酸等,以促进肠道功能的恢复和减少并发症的发生^[2-3]。

2.3 营养输注途径选择

肠内营养的输注途径主要有口服和管饲两种,对于胃肿瘤术后的患者,由于手术对胃肠道的影响,口服可能不是最佳选择。因此,管饲成为常用的输注途径。管饲包括鼻饲管、胃造瘘管等。选择哪种途径,需要根据患者的具体情况和手术方式来决定。例如,如果患者进行了胃大部切除或全胃切除,可能需要通过胃造瘘管进行肠内营养。在选择输注途径时,还需考虑患者的耐受性、舒适度以及可能的并发症。

2.4 营养支持方式与时间安排

营养支持方式的选择应根据患者的具体情况和需求来确定。对于胃肿瘤术后患者,常用的肠内营养支持方式包括口服和管饲。口服适用于胃肠功能恢复良好、能够自行进食的患者;而管饲则适用于胃肠功能尚未完全恢复或无法自行进食的患者。管饲包括鼻饲管、胃造瘘管等,具体选择应根据患者的手术方式和病情来决定。在时间安排上,肠内营养支持通常在术后早期开始,具体时间取决于患者的恢复情况和医生的建议^[4]。一般来说,术后24-48小时内,当患者的生命体征稳定、无严重并发症时,即可开始肠内营养支持。初期应以小量、低浓度的营养液开始,逐渐增加用量和浓度,以适应患者的胃肠功能。

3 胃肿瘤术后早期肠内营养护理的效果评价

3.1 营养状况指标的评估

营养状况指标的评估是评价肠内营养护理效果的关键环节。通过观察患者的体重、体质指数(BMI)、血浆白蛋白、前白蛋白等生化指标的变化,可以直观地了解患者的营养状况是否得到改善。相关指标的恢复和稳定,不仅可以帮助促进患者的康复,还能减少因营养不良导致的并发症风险。

3.2 术后并发症的发生率与严重程度评估

术后并发症的发生率与严重程度评估是评价肠内营养护理效果的另一个重要方面。通过比较实施肠内营养护理前后患者并发症的发生率,可以判断肠内营养护理是否可以帮助降低并发症的风险。同时,对并发症的严重程度进行评估,可以进一步了解肠内营养护理对患者术后恢复的影响。一般来说,肠内营养护理能够减少感染、吻合口瘘等严重并发症的发生,从而缩短患者的住院时间和康复周期^[5-6]。

3.3 生活质量的评估

生活质量的评估也是评价肠内营养护理效果不可忽视的一部分。通过问卷调查、访谈等方式,了解患者在术后恢复过程中的疼痛程度、心理状态、生活自理能力等方面的变化,可以全面评估肠内营养护理对患者生活质量的影响。如果肠内营养护理能够减轻患者的疼痛、缓解焦虑情绪、提高生活自理能力,那么就可以认为其效果是积极的。

4 胃肿瘤术后早期肠内营养护理的优点与局限性

4.1 优点

4.1.1 提供充足的营养支持

胃肿瘤术后,患者常常面临食欲下降、消化不良等问题,导致营养摄入不足。早期肠内营养护理通过直接向肠道提供营养素,确保患者获得充足的营养支持。可以帮助促进伤口愈合、恢复体力,为患者的康复提供物质基础^[7]。

4.1.2 维持肠道功能和免疫力

肠内营养护理可以帮助维持肠道的正常蠕动和分泌功能,减少肠道废用性萎缩的风险。同时,通过提供必要的营养素,肠内营养还可以增强肠道的屏障功能,减少细菌和内毒素的移位,从而维持机体的免疫力。对于预防术后感染和其他并发症具有重要意义。

4.1.3 减少并发症发生率

相比肠外营养,肠内营养更符合人体的生理特点,能够减少一些与肠外营养相关的并发症,如感染、静脉血栓等。此外,肠内营养还可以帮助减少术后肠道粘连、肠梗阻等肠道并发症的发生。相关优势使得肠内营养成为胃肿瘤术后营养支持的首选方式。

4.2 局限性

4.2.1 需要严格的操作技巧和团队配合

肠内营养护理需要严格的操作技巧和团队配合。包括选择合适的肠内营养配方、确保营养液的清洁卫生、控制输注速度和量、以及妥善固定鼻肠管等步骤。每一步都需要医护人员具备专业的知识和技能,并且需要团队之间的紧密配合,以确保患者的安全和营养支持的效果。

4.2.2 部分患者不适宜使用肠内营养护理

部分患者可能不适宜使用肠内营养护理。包括那些存在严重肠道功能障碍、肠道梗阻或穿孔、以及肠道吸收不良的患者。对于相关患者，肠内营养可能无法有效吸收或可能加重病情。此外，一些患者可能对肠内营养配方中的某些成分过敏或不耐受，也需要谨慎使用。

5 胃肿瘤术后早期肠内营养护理的发展趋势

5.1 营养治疗技术的改进

营养治疗技术将不断改进。随着科学技术的进步和医疗水平的提高，肠内营养治疗的技术手段也在不断更新和完善。例如，营养液的配方将更加精准和科学，能够更好地满足患者的营养需求；营养液的输送方式也将更加便捷和安全，能够减少患者的痛苦和并发症的发生。同时，新的营养支持工具和设备也将不断涌现，为肠内营养治疗提供更有力的支持^[8-9]。

5.2 营养支持策略的个体化

营养支持策略将更加注重个体化。每个胃肿瘤患者术后的身体状况、营养需求以及并发症风险都有所不同，因此，未来的肠内营养护理将更加注重个体化差异。医护人员将根据患者的具体情况，制定个性化的营养支持方案，包括选择合适的营养液配方、调整输注速度和量、以及制定个性化的康复计划等。样能够更好地满足患者的需求，提高治疗效果和患者的生活质量。

5.3 多学科团队的合作与交流

多学科团队的合作与交流将更加紧密。胃肿瘤术后早期肠内营养护理涉及到多个学科领域的知识和技能，包括营养学、护理学、外科学、肿瘤学等。未来的肠内营养护理将更加注重多学科团队的合作与交流，通过共同制定治疗方案、分享治疗经验和研究成果，提高肠内营养护理的水平和质量。同时，多学科团队的合作也将可以帮助推动肠内营养治疗技术的创新和进步^[10]。

6 结论

胃肿瘤术后早期肠内营养护理的未来发展前景广阔且充满希望。随着医疗技术的不断进步和人们对健康需求的日益增长，早期肠内营养护理将在胃肿瘤患者的康复过程中发挥越来越重要的作用。营养治疗技术将继续得到改进和优化。新的营养液配方将更加符合患者的生理需求，能够提供更全面、更均衡的营养支持。同时，

营养液输送技术也将得到改进，使得输送过程更加便捷、安全，减少患者的痛苦和并发症的发生。胃肿瘤术后早期肠内营养护理的发展趋势将更加注重营养治疗技术的改进、营养支持策略的个体化和多学科团队的合作与交流。相关趋势将可以帮助提高肠内营养护理的效果和质量，为胃肿瘤患者提供更好的康复支持。

参考文献

- [1] 陈静怡,潘玲敏,李金燕. 量化评估策略护理干预在胃肿瘤术后患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2023,29(24):129-131.
- [2] 白雪洁,刘丽萍,张星星,等. 胃肿瘤切除术后患者居家口服营养支持的最佳证据总结[J]. 护理学报,2023,30(20):24-30.
- [3] 陈素凯,吴敏. 快速康复外科应用于胃肿瘤患者围手术期的临床效果观察[J]. 中国现代药物应用,2023,17(23):169-172.
- [4] 蔡泽君,俞连英,崔琼,等. 口服营养支持补充集束化护理方案在胃癌术后患者居家护理中的应用[J]. 中华现代护理杂志,2023,29(1):51-56.
- [5] 刘颖,聂平英. 激励式护理干预对单孔加一腹腔镜胃癌根治术后心理状况及生活质量的影响[J]. 腹腔镜外科杂志,2023,28(2):148-150.
- [6] 孙媛媛,周健,李帆,等. PG-SGA营养化护理干预对胃癌术后化疗患者生活质量的影响[J]. 医学临床研究,2023,40(7):1101-1104.
- [7] 汪洁,李海潮,邬丹,等. 胃癌术后早期肠内营养支持的循证护理实践[J]. 中华现代护理杂志,2023,29(29):4012-4017.
- [8] 高鹏,曹松梅,吕书红,等. 胃癌患者术前营养管理最佳证据应用审查及分析[J]. 护士进修杂志,2023,38(19):1791-1794,1798.
- [9] 杨颜竹,李育玲,崔映琴,等. 计算机化认知行为疗法对胃癌患者围手术期身心症状的影响[J]. 中华现代护理杂志,2023,29(29):4006-4011.
- [10] 周星星,王梦,颜哲,等. 胃癌根治术后患者正念水平与复发恐惧: 疾病不确定感与消极应对方式的链式中介作用[J]. 中国实用护理杂志,2023,39(4):292-298.