

# 针对胃癌全胃切除术后肠内营养支持的护理效果进行研究

田瑾秀

中山大学附属肿瘤医院甘肃医院 甘肃 兰州 730000

**摘要:**目的:分析胃癌TG后EN的护理效果。方法:选取2023年2月-2024年2月本院72例行胃癌TG患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组36例,行PN,观察组36例,行EN,两组均行综合护理,比较两组护理效果。结果:观察组的QLQ-C30评分、Hb、Alb和TP均明显高于对照组,肠鸣音恢复、肛门排气和住院时间均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:给予行胃癌TG患者EN能改善营养状态,提升生活质量和康复效果,具有推广价值。

**关键词:**胃癌;全胃切除术;肠内营养支持;综合护理

胃癌属于多发消化道肿瘤之一,发生部位多为上皮,高于50岁者常见,女性低于男性。胃癌诱发因素较多,常见的有地域环境、Hp感染和遗传因素等,疾病早期症状不显著,后续疾病进展,会出现便血、上腹疼痛等表现<sup>[1]</sup>。当下胃癌首选手术疗法,包含两种,分别为PG和TG,对于严重胃癌,应用TG。为了加强TG疗效,改善预后,应提供营养支持,联合康复护理。既往常采取PN,有研究显示其效果有限,并发症多,早期提供EN,更符合生理状态,但有关研究不多<sup>[2]</sup>。本次研究以行胃癌TG患者为对象,分析EN的应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2023年2月-2024年2月本院72例行胃癌TG患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组36例,男22例,女14例,年龄为41-67岁,平均年龄(54.26±3.62)岁;观察组36例,男23例,女13例,年龄为42-68岁,平均年龄(54.34±3.59)岁。两组一般资料( $P > 0.05$ ),具有可比性。

纳入标准:符合胃癌诊断标准;行TG;有完整资料;知情同意本次研究。排除标准:重要脏器衰竭;认知功能异常;精神疾病;重度感染疾病;沟通障碍。

### 1.2 方法

对照组行PN,选取营养液,予以静滴,结合患者病情,根据其个体差异,计算基本需求量,选用脂肪乳剂和复方氨基酸。观察组行EN,进行时间为消化道重建后,观察肠-肠吻合口,于距离其下方约30cm部位,将营养管放好。术后第1d,选取肠内营养乳剂,含量为200ml,0.9%氯化钠注射液,含量为200ml,将二者混合,调节营养液温度,处于38-42℃,仔细观察,询问患者感受,评估有无不适;第2d,选取肠内营养乳剂,用量为500-900ml;第3、4d,将用量定为1000-1500ml。两

组均积极补充热量和氮源。两组支持时间均为1周。

两组均行综合护理:①心理干预:于一侧鼻腔,将胃管、鼻肠管放入,于另一侧将吸氧管置入,呼吸受到影响,咽喉部伴有不适、疼痛,滋长出焦躁、抑郁等情绪。主动和患者交流,采取通俗、简洁的语言,讲解EN实施意义,介绍其优势。早期予以EN,因其未经口进食,出现饥饿感,患者会感受到不适,护理人员应给予安抚,告知其有一段适应期,一般为1-2d,消除顾虑,提高配合度。②口腔干预:由于患者两侧鼻孔全部放置导管,只能张口呼吸,为其注入营养液,无法经口进食,患者唾液分泌量不足,导致舌和口腔黏膜干燥,口腔感染风险高。做好口腔干预,采取生理盐水浸湿棉签,对口腔进行清洗,然后采取清水进行漱口,共计3-5次,令口腔处于湿润状态。③鼻肠管/胃管干预:经由一侧鼻孔,将胃管、鼻肠管放进去,一旦导管脱出,则医护均受干扰,故而应将导管固定好,采取3M胶布,对其进行剪裁,呈现出“工”形,对于上面一条,将其在鼻翼两侧贴好,对于下面一条,用其将胃管、鼻肠管包裹好,采用该固定法,牢固性高,同时美观,用胶布固定外露头侧,将插入深度标注好,监测体外鼻肠管,记录其长度,关注是否脱出、扭曲等,一旦滑脱,立即干预。输注营养液后,应采取20ml温开水,对管道进行冲洗,然后固定好。④营养液输注干预:术后早期输注营养液,一般需等待24h,此时虽然结肠保持麻痹,但小肠处于蠕动状态,对于观察组,若其血流动力学未见明显异常,存在肠内输注渠道,采取早期EN,实用性高,能推动肠蠕动好转,故而术后1-2内,可开展EN。若患者条件允许,尽量采取半卧位,进行鼻饲后,维持0.5h,避免受营养液呛咳、反流等因素影响,患者鼻肠管/胃管脱出。进行灌注时,应遵循以下原则,对于营养液浓度,保证由低到高,对于灌注量,保证由少至多,对于灌注速度,

保证由快至慢,先选取5%糖盐水,进行滴注,将滴速控制在15gtt/min,若患者出现腹泻、恶心等表现。输注液体时,采取加热器展开加温处理,令其处于37-40°C,不管太热,还是太冷,皆会对肠道产生刺激,造成腹泻、腹痛,将营养液放置于输液架上,为患者输注,设置红色鼻饲牌,将其挂好,区分其和静脉营养液。将营养液打开后,应于24h内输注完毕,秉持无菌理念,防止营养液受到污染。待患者肛门排气后,将胃管拔除,提供少量流质,若不存在腹胀、腹痛等表现,第二天给予全量流质,等待2-3d,予以半流质,在病情未变化情况下,观察2-3d,将鼻肠管拔除,转换为经口进食。⑤观察并发症:预防腹泻,严格控制输注速度,适当加温,一旦出现腹泻,遵医嘱提供解痉药。预防腹胀,降低输注速度,若

引发原因为便秘,提供开塞露。

### 1.3 观察项目和指标

评价生活质量:选择QLQ-C30量表<sup>[3]</sup>,纳入5个项目,均为百分制。评价营养指标<sup>[4]</sup>:检验干预前后的Hb、Alb和TP。评价康复效果<sup>[5]</sup>:观察两组的肠鸣音恢复、肛门排气和住院时间。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ( $\bar{x} \pm s$ )表示计量,行t检验,  $P < 0.05$ , 差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组生活质量比较

干预后两组5个项目QLQ-C30评分均明显高于干预前,观察组变化更明显 ( $P < 0.05$ )。详见表1。

表1 两组生活质量比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	情绪功能(分)		角色功能(分)		社会功能(分)		认知功能(分)		躯体功能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	36	70.22±5.59	88.42±5.65 <sup>a</sup>	75.60±4.41	88.42±5.62 <sup>a</sup>	74.00±6.57	87.43±6.62 <sup>a</sup>	72.65±5.45	86.98±4.74 <sup>a</sup>	60.56±6.58	79.34±7.78 <sup>a</sup>
对照组	36	70.25±5.51	78.42±5.46 <sup>a</sup>	75.82±4.39	80.44±5.56 <sup>a</sup>	74.16±6.48	75.10±6.58 <sup>a</sup>	72.72±5.37	73.12±4.61 <sup>a</sup>	60.61±6.47	62.23±7.42 <sup>a</sup>
t	/	0.023	7.636	0.212	6.056	0.104	7.926	0.055	12.577	0.033	9.549
P	/	0.982	0.000	0.833	0.000	0.917	0.000	0.956	0.000	0.974	0.000

注:与干预治疗前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组营养指标比较

干预后两组Hb、Alb和TP均明显高于干预前,观察组

变化更明显 ( $P < 0.05$ )。详见表2。

表2 两组营养指标比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	Hb (g/L)		Alb (g/L)		TP (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	36	92.56±7.57	116.23±11.64 <sup>a</sup>	25.34±3.23	37.83±6.25 <sup>a</sup>	62.64±5.02	79.75±8.47 <sup>a</sup>
对照组	36	92.64±7.68	107.56±12.26 <sup>a</sup>	25.41±3.17	30.12±6.53 <sup>a</sup>	62.71±4.98	71.02±6.56 <sup>a</sup>
t	/	0.045	3.077	0.093	5.118	0.059	4.889
P	/	0.965	0.003	0.926	0.000	0.953	0.000

注:与干预治疗前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组康复效果比较

观察组的肠鸣音恢复、肛门排气和住院时间均明显

低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表3。

表3 两组康复效果比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	肠鸣音恢复时间(h)	肛门排气时间(h)	住院时间(d)
观察组	36	51.17±7.48	47.70±6.62	10.51±1.64
对照组	36	74.56±7.65	84.46±6.72	16.63±1.17
t	/	13.117	23.382	18.227
P	/	0.000	0.000	0.000

## 3 讨论

胃癌发生率高,疾病早期为无症状或表现不明显,一旦出现相应病变,则代表已经发展到晚期,患者一般行手术治疗,例如胃切除术、胃癌根治术等<sup>[6]</sup>。行TG

后,患者常伴有营养障碍,胃部正常解剖结构改变,生理功能受到影响,一旦消化道出现重建,则胃部消化吸收能力大幅度减弱,恢复困难<sup>[7-8]</sup>。同时TG创伤较大,各个器官、系统均会受到干扰,提供营养支持,能为处于

高分解状态的机体快速补充能量,供给蛋白质,通过营养支持,能加快康复速度,防范并发症。

目前临床常采取两种营养支持方法,分别为PN和EN<sup>[9]</sup>。早期予以EN,能作用于小肠上段,提升血浆胃动素含量,促进胃肠道尽快恢复蠕动能力。进行EN,能保护胃肠黏膜,维护其完整性,可改善T淋巴细胞功能,解除其免疫抑制情况,加强其免疫功能<sup>[10-11]</sup>。对于胃肠道,无论是营养物质消化,还是吸收,其均为最佳渠道,采取EN,其和机体正常生理状态相符,能加强肠黏膜细胞性能,保护其完整性。本次研究结果显示和对照组比,观察组的5个项目QLQ-C30评分均更高( $P < 0.05$ ),表示采取EN,联合综合护理,能提升生活质量。观察组的Hb、Alb和TP均更高( $P < 0.05$ ),代表联合EN能改善营养状态,强化免疫能力。观察组的肠鸣音恢复、肛门排气和住院时间均更低( $P < 0.05$ ),表明联合EN能促进胃肠功能好转,促使其快速出院。说明应用EN,实施综合护理,可以有效加强胃癌TG疗效,促进病情好转。

#### 结束语

综上所述,给予行胃癌TG患者EN能改善营养状态,提升生活质量和康复效果,具有推广价值。

#### 参考文献

[1]吴帅只,石现州,卢少峰.早期肠内营养支持对老年胃癌手术患者术后快速康复、营养状态和肠屏障的影响[J].黑龙江医药科学,2023,46(6):123-125.

[2]姚远,李翰嵩,张磊,韩龙才,赵辉.老年腹腔镜胃癌患者术后早期肠内营养不耐受的高危因素分析[J].临床消化病杂志,2023,35(5):344-347.

[3]赵翠平,左越,罗琼,李琅.个体化精准营养干预改善老年胃癌术后患者营养状况及免疫功能的作用[J].中国医学创新,2023,20(28):102-106.

[4]张莉颖.肠胃营养支持联合康复外科护理在胃癌全胃切除术患者中的应用效果观察[J].中国社区医师,2023,39(16):125-127.

[5]景晓芳,靳红.胃癌全胃切除术后肠内营养支持的护理效果探讨[J].贵州医药,2023,47(5):804-805.

[6]邹广思.肠外结合肠内营养支持对胃癌切除术后并发吻合口瘘患者的影响[J].世界复合医学,2021,7(1):104-107.

[7]毛一清,魏云海,朱云.胃癌全胃切除术后早期肠内营养支持的临床效果[J].中国现代医生,2021,59(6):17-19+27.

[8]程康文,马冬花,孙陟,王亚娟,王洁,左贵泽,王贵和.ω-3鱼油脂肪乳对腹腔镜辅助胃癌根治术后影响的研究[J].临床外科杂志,2021,29(9):853-856.

[9]王琳,邓艳,刘勃,冯梅梅.基于变革理论的集束化护理在胃癌患者全胃切除术后早期肠内营养支持中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(23):185-188.

[10]王勇,阎波,司运飞,赵云韵.胃癌术后行早期肠内营养对患者营养状况和免疫功能的影响[J].山西医药杂志,2021,50(14):2170-2172.

[11]李靖,谢波,汪虎,马家驰,张晨嵩,潘成武,王庆康,贾建光.胃癌病人全胃切除术后早期经口营养与空肠营养管肠内营养的对比研究[J].蚌埠医学院学报,2021,46(8):1007-1010.