

肠外营养术在普外科临床应用疗效研究

周 闽

淄博高新技术产业开发区卫固中心卫生院 山东 淄博 255084

摘要:目的:在普外中探讨肠外营养术的临床效果。方法:2020年12月-2021年12月为研究实施阶段,该过程也是明确研究对象和开展研究的主要阶段,经过本院普外科治疗的患者中选取60例作为样本量,使用计算机序列软件进行样本的编号,并下载随机分配软件,将样本分到两组,其中30例患者给予常规支持治疗视为对照;另外30例采用肠外营养术治疗视为研究组。记录两组的具体情况并进行相关分析和对比。结果:进行两组患者各项临床指标比较,研究组较好,且比对照组优势明显;进行并发症发生情况的对比,对照组发生人数较多,主要为切口造瘘和感染患者,与研究组相比不具优势。上述结果存在统计学意义($P < 0.05$)。结论:普外科患者接受肠外营养术治疗后,其各项生理指标得到了改善,同时还减少了并发症的发生,这对患者的恢复有着积极作用,具有较高的推广性和适用性。

关键词:肠外营养术;普外科;疗效

临床上,普外科患者在经大型手术后,常会存在营养不良的情况^[1]。对此,患者在行手术前,需要给予其一定的营养支持,进而有效降低患者的并发症发生;而肠外营养术适用于大型手术的患者,比如肠肿瘤和胆石症等病症,肠外营养术属于其治疗的重要手段,可以有效改善患者的营养支持情况,预防并发症的发生,提高患者的自愈率。此外,肠外营养术对于其他疾病患者,亦具有显著的改善效果,对于患者的肠道休息以及肠黏膜修复都非常有利。本文作者也将结合自身经验以及临床实际操作,对肠外营养术在普外科临床应用疗效给予调查研究,观察对比临床应用效果,具体内容如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

在我院普外科患者中选取60例,患者选取的时间段为2021年12月到2021年12月之间,男性30例,女性20例,随机平均分为两组,一组为对照组给予常规输液开展治疗,一组为实验组给予肠外营养术开展治疗。对照组和研究组患者的各项数据包括年龄等没有明显区别, P 大于0.05无统计学意义。本次实验的患者参与前提为患者同意实验,并且经过了医院伦理研究会批准。实验排除在本次实验治疗中不能耐受而选择中途退出的患者。

1.2 方法

对照组

患者术后给予肠内营养支持治疗。手术中对患者空肠造瘘,在上段空肠距屈氏韧带下方约18 cm的位置开孔,插入长18 cm、直径0.5 cm的硅胶管,从左侧腹壁引出,将腹膜、肠管固定,固定好硅胶管与皮肤。术后对患

者经过造瘘管进行肠内营养支持,选取肠内营养混悬液[商品名:能全力,纽迪希亚制药(无锡)有限公司,国药准字H20030012],热量控制在6~7 kJ/kg,氮量控制在0.15~0.20 g/(kg·d)。经造瘘管将营养液通过营养泵持续输入,速度要缓慢均匀。术后第1天持续缓慢进行营养液灌注,速度控制在20 ml/h,持续1 d;第2天灌注速度可调整为50 ml/h,第3天增至75 ml/h,第4~5天后就可全速灌注,直至患者正常饮食^[2]。

研究组

患者术后给予肠外营养支持。术后第1天给予静脉能量输入,热量维持在6~7 kJ/kg,氮量维持在0.15~0.20 g/kg。分别采用浓度11.4%、8.4%的复方氨基酸注射液(扬州中宝制药有限公司,国药准字H20055598)供应必需的氮量;维持糖脂比在3:2或者1:1,脂肪供应主要选取浓度为20%的中/长链脂肪乳注射液(C6~24)(华瑞制药有限公司,国药准字H20030610);根据平衡配比给予补充维生素、电解质及微量元素。经外周静脉或是中心静脉导管输入上述营养液,逐渐减少输入量,直至患者可以正常饮食。若患者经过进食就可满足相应的营养支持时要停止输注。若患者有中心静脉感染可由外周输入代替^[1]。

1.3 观察指标

(1)治疗完成后,对患者的生理指标和临床指标进行详细的统参计,主要包括Hb(血红蛋白)、Alb(血浆白蛋白)以及肛门排气时间、住院时间等,完成记录后以小组为单位进行统计学分析。(2)观察患者治疗期间是否有并发症发生,记录并发症类型和发生率,进行小组之间的差异统计学分析。

1.4 统计学方法

在本次研究中采用 SPSS20.00 软件对患者的相关数据进行分析处理计算,计算方法为根据患者数据不同行卡方检验或者 t 检验,计算结果以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的血浆白蛋白和血红蛋白表达水平比较

研究组血浆蛋白、血红蛋白水平均高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

表1 两组患者治疗前后的血浆白蛋白和血红蛋白的表达水平比较

组别	血浆白蛋白水平	血红蛋白水平
研究组 ($n = 30$)	39.9±4.3	114.6±9.9
对照组 ($n = 30$)	32.8±5.6	103.3±9.8

2.2 普外科患者 VAS 评分对比

从表 2 可知,实验组普外科患者 VAS 评分低于对照组, $P < 0.05$ 有统计学意义。

表2 普外科患者 VAS

组别	例数	术后
对照组	30	4.51±1.84
研究组	30	2.85±1.24

2.3 不同方法治疗后比较2组并发症

并发症发生率比较研究组低于参照组 ($P < 0.05$),见表3。

表3 不同方法治疗后比较2组并发症

组别	例数	切口感染	切口造瘘	总发生率
对照组	30	2	2	4 (1.30%)
研究组	30	1	1	2 (0.60%)

3 讨论

患者在进行腹部手术时一直处于一种应激状态,所以机体要消耗大量的脂肪甚至蛋白质供应必需的能量^[4]。营养状态是决定患者预后的重要因素之一,营养支持是患者基础治疗的一个重要组成部分。对患者进行必要的营养支持可改善其代谢运作,对患者持续恶化的营养状况有显著帮助,可减少并发症发作及病死率,帮助患者快速恢复病情。现阶段有肠内营养支持和肠外营养支持。其中肠外营养支持作为临床治疗的一项重要措施普遍在普外科及危急重病房中应用。50多年来,通过不断改善肠外营养支持理论,作为临床不可或缺的治疗手段,对大型外科手术的

发展有显著的促进作用。由于现代医学科学水平的持续改善,医务工作者已逐步全面和深化了解肠外营养支持的认知和理念,已经由简单的静脉高能量支持逐渐发展到营养、代谢、调理相结合,一直到现在阶段的免疫营养、生态免疫营养等理论,无论是内涵还是外延方面都得到了长足的发展。其实营养支持的目的可不是简单的通过维持氮平衡来维持机体肌肉组织,而是通过合理均衡的营养补充方法保持细胞的代谢,修复和维持组织器官的构造,保证其生理功能。

在临床营养支持方法中,肠外营养术是较为常见的一种方式,其应用能够满足患者的能力需求,同时还能够能够在机体的代谢活动中起到重要作用,不仅能够使机体功能保持平稳,还能使身体处于快速恢复状态。在普外科患者术后应用肠外营养支持术,应该保证配置的合理性和科学性,在营养要素的混合过程中,根据科学的比例进行配置,之后采用输注的方法为患者提供营养支持,有利于机体功能的恢复,同时还减少患者的不良反应发生。一般情况下,患者接受葡萄糖单独输注后,其会出现尿频反应,此时不仅会给患者的肝功能造成一定的损伤,还会损伤患者的肺功能,严重的情况下,患者会出现高渗性非酮症,在营养支持中将脂肪乳、葡萄糖以及氨基酸混合后输注,则可避免不良反应的发生,其主要是提高了氮含量的保持效果,有利于避免血管的刺激。

综上所述,以肠外营养术对普外科患者进行治疗有利于患者的疼痛评分降低,住院时间缩短,术中出血降低,手术切口更小,肠外营养术在临床对普外科患者的治疗中具有推广价值。

参考文献:

- [1]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(01):104-107.
- [2]曲彦博.肠外营养给予方式对老年胃肠术后患者预后的影响分析[J].中国老年保健医学,2020,18(05):116-117.
- [3]仲英雄.改良低位颈内静脉穿刺置管术在普外科胃肠肿瘤患者肠外营养中的临床应用[J].中国医疗器械信息,2019,25(04):92-93.
- [4]仲英雄.改良低位颈内静脉穿刺置管术在普外科胃肠肿瘤患者肠外营养中的临床应用[J].中国医疗器械信息,2019,25(4):92-93.