

膀胱癌术后早期肠内营养支持与护理路径实践

胡 璨

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430000

【摘要】目的：探讨膀胱癌术后早期肠内营养支持结合规范化护理路径的临床应用效果。方法：选取2023年1月—2025年1月我院泌尿外科收治的80例膀胱癌术后患者，随机数字表法分为观察组（实施早期肠内营养支持与规范化护理路径，n=40）与对照组（实施常规护理与肠外营养支持，n=40）。结果：观察组术后7天检测血清白蛋白、前白蛋白水平均高于对照组，并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：膀胱癌术后实施早期肠内营养支持与规范化护理路径，可以有效改善患者营养状态、降低并发症风险。

【关键词】膀胱癌术后；早期肠内营养支持；护理路径

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.004

膀胱癌是泌尿系统临床中发病率较高的恶性肿瘤，手术治疗是临床治疗膀胱癌的主要方式，其中根治性膀胱全切术、经尿道膀胱肿瘤电切术是临床常用的手术术式。该类手术创伤较大，手术操作范围同时涉及泌尿系统与消化系统，患者术后极易出现营养摄入不足、肠道功能受抑制等问题，进而对术后康复进程造成不良影响。术后营养支持是促进膀胱癌患者术后康复的关键环节，传统肠外营养支持存在治疗费用较高、易引发静脉炎等诸多弊端。而早期为患者实施肠内营养支持，能够有效维持患者肠道黏膜的屏障功能，减少术后肠道损伤，改善患者营养状况，规避传统营养支持的不足，为患者术后顺利康复提供重要保障，是更适配膀胱癌术后患者的营养支持方式。因此，本研究旨在探讨膀胱癌术后早期肠内营养支持结合规范化护理路径的临床应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月—2025年1月我院泌尿外科收治的80例膀胱癌术后患者，随机数字表法分为观察组与对照组。观察组男28例、女12例，年龄45~78岁，平均（ 58.6 ± 7.2 ）岁；对照组男27例、女13例，年龄46~79岁，平均（ 59.3 ± 6.8 ）岁。两组一般资料对比（ $P>0.05$ ），具有可比性。所有患者均经病理活检确诊为膀胱癌，行手术治疗，排除严重肝肾功能不全、肠道疾病、营养代谢障碍者。

1.2 方法

对照组实施常规护理与肠外营养支持：患者术后48小时内需严格遵循医嘱禁食、禁饮，护理人员为其静脉输注三升袋肠外营养制剂，该制剂包含葡萄糖、氨基酸、脂肪乳等营养物质，可有效维持患者术后机体正常的营养需求。待患者肛门排气，提示胃肠功能初步恢复后，再协助其逐步调整饮食，依次过渡为流质饮食、半流质饮食。护理期间，护理人员需全面落实基础护理措施，实时监测患者生命体征，规范做好手术切口护理与导尿管护理，同时向患者清晰告知术后饮食的相关注意

事项，确保术后护理工作有序开展。

观察组实施早期肠内营养支持与规范化护理路径：①护理路径制定：在开展早期肠内营养护理工作，首先由主治医师和责任护士共同组建专项护理小组，护理人员结合患者的病情轻重、手术方式等实际情况，经过综合评估后，为患者制订个体化的早期肠内营养护理路径。护理方案中明确划分术后1~7天各阶段的护理重点，细化不同阶段的营养支持方式、输注规范及病情观察内容，使每一步护理操作都有据可依。这种针对性的护理安排，能够让肠内营养护理更规范、更贴合患者需求，为术后营养支持的顺利开展提供可靠保障。②早期肠内营养支持：护理人员需精准把控肠内营养启动时机，在患者术后24小时内，确认其无恶心、呕吐、腹胀等不适，且胃肠功能未被完全抑制时，及时开展早期肠内营养支持。护理中采用鼻胃管输注能全力营养制剂，该制剂每100ml含热量450kJ、蛋白质3.2g，可满足患者术后基础营养需求。初始输注速度设为20ml/h，每日剂量250ml，后续根据患者耐受情况，每日递增剂量100~200ml、输注速度递增10ml/h，直至达到1500~2000ml/d的目标剂量。输注全程，责任护士将营养液温度稳定在38~40℃，避免温度不适刺激胃肠道。术后7天，护理小组需结合患者胃肠功能恢复情况，逐步拔除鼻胃管，先引导患者过渡至口服流质饮食，再根据身体耐受度逐步转为半流质饮食，最终恢复普通饮食。③护理路径落实：术后1天，护理人员需全面评估患者胃肠功能与营养状况，规范建立鼻胃管，并向患者及家属详细讲解早期肠内营养的目的与注意事项，提高患者配合度。术后2~3天，护理人员需密切监测输注速度与营养液温度，观察患者有无恶心、呕吐等不良反应，同时做好鼻胃管固定护理，防止管路移位或滑脱。术后4~5天，护理小组再次评估患者营养状况，合理调整营养制剂剂量与输注速度，指导患者进行床边轻微活动，促进肠道蠕动。术后6~7天，重点评估患者肠道功能恢复情况，指导患者循序渐进过渡饮食，同时做好拔管后的护理指导，减少并发症发生，助力患者术后康复。

1.3 观察指标

(1) 营养指标: 术后7天检测血清白蛋白、前白蛋白水平; (2) 并发症发生率。

1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 处理数据, 计数(由百分率(%))进行表示)、计量(与正态分布相符, 由均数±标准差表示)资料分别行 χ^2 、t 检验; $P < 0.05$, 则差异显著。

2 结果

2.1 两组术后7天血清白蛋白、前白蛋白水平对比

观察组高于对照组 ($P < 0.05$), 见表1。

表1 血清白蛋白、前白蛋白水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	40	40	-	-
血清白蛋白(g/L)	35.26±2.18	30.15±2.42	6.892	0.000
前白蛋白(mg/L)	225.36±15.28	186.52±16.34	7.125	0.000

2.2 两组术后并发症发生率对比

观察组低于对照组 ($P < 0.05$), 见表2。

表2 术后并发症发生率对比【n(%)】

组别	观察组	对照组	χ^2	p
n	40	40		
腹胀	1(2.5)	4(10.0)		
腹泻	1(2.5)	3(7.5)		
恶心呕吐	1(2.5)	3(7.5)		
总发生率	3(7.5)	10(25.0)	5.541	0.019

3 讨论

膀胱癌是泌尿系统临床中最常见的恶性肿瘤之一, 其发病群体主要集中在 50~70 岁的中老年人, 且存在明显的性别差异, 男性的发病率大约是女性的 3~4 倍。这一性别差异主要与男性吸烟率更高、长期接触工业化学物质的概率更大有关, 除此之外, 吸烟、长期接触芳香胺类等工业化学产品以及膀胱慢性感染等, 都是诱发膀胱癌的主要危险因素。在临床症状上, 膀胱癌患者最典型的表现就是无痛性肉眼血尿, 这也是多数患者就诊的主要原因。目前, 手术是治疗膀胱癌最核心、最有效的手段, 但膀胱癌手术, 尤其是根治性膀胱全切术, 对患者身体的创伤较大, 很容易影响患者的胃肠道功能和营养状态。术后, 患者通常需要短期禁食, 再加上手术创伤带来的身体消耗, 常常会出现营养摄入不足、肠道蠕动抑制的情况, 进而引发营

养不良、腹胀、腹泻等一系列问题, 不仅会延长患者的住院时间, 还会直接影响患者的术后康复效果, 增加康复难度^[1]。在临床实际护理工作中, 传统的术后护理方式多采用肠外营养支持, 这种方式虽然能暂时为患者机体补充营养, 维持身体基本需求, 但长期使用会带来诸多并发症。长期输注肠外营养容易引发静脉炎, 还可能导致肠道黏膜萎缩, 影响肠道正常的免疫功能, 反而不利于患者的长期康复, 无法从根本上改善患者的术后恢复状况。由此可见, 膀胱癌术后患者的营养支持和护理工作至关重要, 当前传统的护理模式已无法满足患者的康复需求。因此, 医护人员亟需寻找一种科学、高效的术后营养支持与护理相结合的模式, 切实改善膀胱癌术后患者的营养状态和胃肠道功能, 减少并发症的发生, 缩短住院时间, 从而有效提升患者的康复结局, 这对膀胱癌术后患者的恢复具有十分重要的临床意义^[2]。

本文研究显示, 观察组术后7天血清白蛋白、前白蛋白水平低于对照组 ($P < 0.05$)。这一临床观察结果充分表明, 采用早期肠内营养支持联合规范化护理路径的干预方式, 能够有效改善患者术后的营养状态, 为患者术后康复奠定良好基础。具体分析其原因, 主要体现在观察组与对照组的干预方式差异上。对于观察组患者, 临床护理人员在其术后 24 小时内便启动肠内营养支持, 及时为机体补充所需的蛋白质、维生素等营养物质, 有效避免了患者因术后创伤出现的高分解代谢状态, 减少了机体自身蛋白质的消耗, 从源头为营养状态改善提供保障。同时, 在规范化护理路径的实施过程中, 护理人员会结合患者的年龄、体重、术后恢复情况及消化功能, 为每位患者制定个性化的营养支持方案。在营养制剂输注过程中, 护理人员会根据患者的耐受情况, 逐步调整输注速度与输注剂量^[3], 有效降低胃肠道不适反应的发生, 确保营养制剂能够被机体充分吸收利用。此外, 护理人员会定期监测患者的血清白蛋白、前白蛋白等营养指标, 根据指标变化及时优化营养方案, 从而最终有效提升患者的营养指标水平, 改善整体营养状况。与之相比, 对照组患者采用的是术后 48 小时肠外营养支持模式, 营养供应存在明显延迟, 无法及时满足术后机体的营养需求^[4]。同时, 肠外营养主要通过静脉输注营养制剂, 无法模拟肠道的生理吸收过程, 也不能刺激肠道黏膜分泌相关消化酶, 难以实现营养物质的生理吸收与利用, 无法有效改善患者的营养状态, 因此其营养指标改善效果远不及观察组。

观察组术后并发症总发生率(7.5%)低于对照组(25.0%), ($P < 0.05$)。这一临床数据清晰表明, 早期肠内营养支持联合规范化护理路径的应用, 在提升术后护理安全性方面具有显著优势, 为临床术后护理方案的优化提供了切实依据。具体来看, 观察组所采用的规范化护理路径中, 明确界定了术后各类并发症的预防要点、观察标准及处理流程, 为护理人员的临床操作提供了明确指引^[5]。在患者营养输注期间, 护理人员会全程密

切监测患者的身体反应，重点观察患者是否出现恶心、呕吐、腹胀等胃肠道不良反应，一旦发现异常情况，会第一时间采取针对性干预措施，如根据患者耐受情况调整营养输注速度、暂时暂停输注，同时做好患者腹部保暖、指导患者适当翻身活动等，通过科学及时的干预，有效降低了各类并发症的发生概率。与此同时，早期肠内营养支持的应用发挥了重要辅助作用。术后早期给予肠内营养，能够及时为患者机体补充所需营养，维持肠道黏膜的完整性和屏障功能，减少肠道内细菌移位现象的发生，进而降低胃肠道感染的风险，从根源上减少了腹泻、腹胀等并发症的出现，为患者术后恢复奠定了良好基础^[6]。而对

照组患者采用的是临床常规护理模式，该模式缺乏规范化的并发症预防流程和统一的操作标准，护理人员在护理过程中多依据自身经验开展工作，对并发症的预防和观察缺乏系统性，难以及时发现潜在的不良反应。此外，对对照组采用肠外营养支持方式，这种营养供给模式易导致患者肠道功能紊乱，肠道黏膜屏障功能受损，进一步增加了并发症的发生风险，因此其术后并发症发生率明显高于观察组。

综上所述，膀胱癌术后采用早期肠内营养支持结合规范化护理路径，能够显著改善患者的营养状况，减少并发症的发生率，临床推广价值较高。

参考文献：

- [1] 黄桂英,宫满成,董文静,等.早期肠内营养在3D腹腔镜下膀胱癌根治加回肠代膀胱术围手术期中的应用效果观察[J].黑龙江医学,2022,46(11):1398-1400.
- [2] 孙义胜,于洪强,于新娇.早期肠内营养及静脉营养在膀胱癌根治术后的应用效果分析[J].中国保健营养,2023,33(18):124-126.
- [3] 李萍,吴程为,庄小明,等.早期肠内营养联合静脉营养在膀胱癌根治术后的应用[J].中国现代医生,2018,56(36):89-92.
- [4] 赵晔.胃癌根治术后早期肠内营养支持对肠道功能恢复的护理效果观察[C]//重庆市健康促进与健康教育学会.临床医学健康与传播学术研讨会论文集(第三册).中国重庆市重庆市,2025:1010-1014.
- [5] 狄华明&赵勇.(2024).术后早期肠内营养治疗在腹腔镜胃癌根治术中的应用效果.中国卫生标准管理,15(20),128-132.
- [6] 刘洪一,王白石,张加金,等.早期肠内营养与肠外营养在胃癌根治术后应用效果比较[J].中国肿瘤临床,2014,41(18):1166-1169.