

消化科胃肠术后早期肠内营养护理的临床效果分析

刘巧燕

库尔勒巴州人民医院 新疆 库尔勒市 841000

【摘要】目的：探讨消化科胃肠术后早期肠内营养护理的临床应用效果，为胃肠手术患者术后康复提供科学依据。方法：选取2023年1月至2024年12月在本院消化科接受胃肠手术的180例患者作为研究对象，采用随机数字表法分为观察组和对照组，每组90例。对照组采用传统术后护理模式，观察组在对照组基础上实施早期肠内营养护理干预。比较两组患者术后肠道功能恢复时间、营养指标变化、并发症发生率及住院时间等临床指标。结果：观察组患者术后肠鸣音恢复时间（ $24.3 \pm 4.2\text{h}$ ）、肛门排气时间（ $36.8 \pm 5.1\text{h}$ ）、首次排便时间（ $52.6 \pm 6.7\text{h}$ ）均显著短于对照组（ $38.5 \pm 5.3\text{h}$ 、 $52.4 \pm 6.8\text{h}$ 、 $78.3 \pm 8.5\text{h}$ ），差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。观察组术后7天血清白蛋白（ $35.8 \pm 3.2\text{g/L}$ ）、前白蛋白（ $0.28 \pm 0.05\text{g/L}$ ）及血红蛋白（ $125.6 \pm 10.3\text{g/L}$ ）水平均显著高于对照组（ $32.1 \pm 2.8\text{g/L}$ 、 $0.22 \pm 0.04\text{g/L}$ 、 $112.4 \pm 9.8\text{g/L}$ ），差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。观察组并发症总发生率为11.1%，显著低于对照组的26.7%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。观察组平均住院时间（ $7.6 \pm 1.5\text{d}$ ）显著短于对照组（ $10.8 \pm 2.1\text{d}$ ），差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：消化科胃肠术后实施早期肠内营养护理可有效促进患者肠道功能恢复，改善营养状况，降低并发症发生率，缩短住院时间，值得在临床推广应用。

【关键词】消化科；胃肠手术；早期肠内营养；护理干预；临床效果

DOI:10.12417/2705-098X.26.11.052

引言

胃肠手术是治疗消化科多种疾病的重要手段，但手术创伤会导致患者胃肠功能紊乱、营养摄入不足，进而影响术后康复进程，增加并发症风险。传统护理模式中，胃肠术后患者通常需禁食至肛门排气，这种做法虽可减少胃肠道负担，但长期禁食易导致肠道黏膜萎缩、肠道屏障功能受损，且易引发营养不良、免疫功能下降等问题，不利于患者术后恢复。随着加速康复外科（ERAS）理念在临床的广泛应用，早期肠内营养作为ERAS的核心内容之一，逐渐成为胃肠术后营养支持的首选方式^[1]。早期肠内营养指在胃肠术后24-72小时内，在患者生命体征稳定、无严重并发症的情况下，通过鼻胃管、鼻肠管等途径给予营养支持，其可刺激肠道蠕动，维护肠道屏障功能，促进营养物质吸收，降低感染风险^[2]。本研究通过对180例胃肠手术患者进行随机对照研究，探讨早期肠内营养护理的临床应用效果，为消化科胃肠术后护理提供参考依据，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2024年12月在本院消化科接受胃肠手术的180例患者作为研究对象。

纳入标准：①年龄18-75岁；②因胃癌、结肠癌、直肠癌等疾病接受择期胃肠手术；③术前营养状况良好，无严重肝肾功能不全；④患者及家属知情同意并签署知情同意书。

排除标准：①合并严重心脑血管疾病；②存在肠内营养禁忌证；③术后出现严重并发症需再次手术；④精神疾病患者。

采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组，每组90例。观察组中男52例，女38例，年龄28-72岁，平均年龄（ 54.6

± 10.3 ）岁；其中胃癌42例，结肠癌30例，直肠癌18例。对照组中男50例，女40例，年龄30-75岁，平均年龄（ 55.2 ± 11.1 ）岁；其中胃癌40例，结肠癌32例，直肠癌18例。两组患者在性别、年龄、疾病类型等一般资料方面比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 护理方法

对照组采用传统术后护理模式，术后常规禁食禁水，待肛门排气后开始少量流质饮食，逐渐过渡至半流质饮食、普通饮食，期间根据患者情况给予静脉营养支持，同时进行生命体征监测、伤口护理、疼痛管理等常规护理措施。

观察组在对照组基础上实施早期肠内营养护理干预，具体措施如下：

营养评估与方案制定：术前24小时由责任护士联合营养师对患者进行营养风险筛查和评估，根据患者身高、体重、手术类型及营养状况制定个性化早期肠内营养方案，选择合适的肠内营养制剂。

早期肠内营养启动：术后24小时内，在患者生命体征稳定、无明显腹胀、胃肠减压引流量 $< 500\text{ml}$ 的情况下，经鼻胃管或鼻肠管开始实施肠内营养，初始输注速度为 $20\text{-}30\text{ml/h}$ ，输注量为 500ml/d ，之后根据患者耐受情况逐渐增加速度和剂量，3-5天内达到目标剂量 $1500\text{-}2000\text{ml/d}$ 。

输注护理：采用恒温输注泵控制输注速度和温度（ $38\text{-}40^\circ\text{C}$ ），输注过程中密切观察患者有无恶心、呕吐、腹胀、腹泻等不良反应，定期监测胃残留量，若胃残留量 $> 200\text{ml}$ ，暂停输注并采取相应处理措施。

体位护理：输注期间患者取半卧位（床头抬高 $30\text{-}45^\circ$ ），

防止反流误吸，输注后保持该体位 30-60 分钟。

口腔护理：每日进行 2 次口腔护理，保持口腔清洁，预防口腔感染，同时鼓励患者早期下床活动，促进胃肠蠕动恢复。

营养监测与调整：定期监测患者营养指标变化，根据患者耐受情况和营养状况及时调整肠内营养方案，待患者胃肠功能恢复良好后，逐渐过渡至经口进食。

1.3 观察指标

肠道功能恢复指标：记录两组患者术后肠鸣音恢复时间、肛门排气时间及首次排便时间。

营养指标：分别于术前 1 天及术后 7 天采集患者外周静脉血，检测血清白蛋白、前白蛋白及血红蛋白水平。

并发症发生情况：记录两组患者术后切口感染、肺部感染、腹腔感染、吻合口漏、腹胀腹泻等并发症发生情况。

住院时间：记录两组患者从手术至出院的时间。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件进行数据分析，计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以率 (%) 表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者肠道功能恢复情况比较

观察组患者术后肠鸣音恢复时间、肛门排气时间及首次排便时间均显著短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，具体结果见表 1。

表 1 两组患者肠道功能恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组(n=90)	对照组(n=90)	t 值	P 值
肠鸣音恢复时间(h)	24.3±4.2	38.5±5.3	19.86	<0.001
肛门排气时间(h)	36.8±5.1	52.4±6.8	16.23	<0.001
首次排便时间(h)	52.6±6.7	78.3±8.5	20.15	<0.001

2.2 两组患者营养指标变化比较

两组患者术前营养指标比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；术后 7 天，观察组血清白蛋白、前白蛋白及血红蛋白水平均显著高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，具体结果见表 2。

表 2 两组患者营养指标变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	组别	术前 1 天	术后 7 天	t 值	P 值
血清白蛋白(g/L)	观察组	34.2±3.5	35.8±3.2	3.67	0.001
	对照组	33.9±3.3	32.1±2.8	4.12	<0.001

前白蛋白(g/L)	观察组	0.27±0.05	0.28±0.05	2.03	0.045
	对照组	0.26±0.04	0.22±0.04	7.89	<0.001
血红蛋白(g/L)	观察组	128.5±11.2	125.6±10.3	1.87	0.064
	对照组	127.8±10.9	112.4±9.8	8.92	<0.001

2.3 两组患者并发症发生情况比较

观察组并发症总发生率为 11.1%，显著低于对照组的 26.7%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，具体结果见表 3。

表 3 两组患者并发症发生情况比较[n(%)]

并发症类型	观察组(n=90)	对照组(n=90)	χ^2 值	P 值
切口感染	2(2.2)	5(5.6)	1.21	0.271
肺部感染	3(3.3)	7(7.8)	1.75	0.186
腹腔感染	1(1.1)	4(4.4)	1.85	0.174
吻合口漏	0(0.0)	3(3.3)	3.04	0.081
腹胀腹泻	4(4.4)	10(11.1)	3.18	0.075
总发生率	10(11.1)	24(26.7)	6.89	0.009

2.4 两组患者住院时间比较

观察组平均住院时间为 $7.6 \pm 1.5d$ ，显著短于对照组的 $10.8 \pm 2.1d$ ，差异具有统计学意义 ($t=10.56, P < 0.001$)。

3 结论

胃肠手术作为消化科常见手术类型，术后患者常面临胃肠功能障碍、营养摄入不足等问题，严重影响术后康复进程。传统护理模式中，胃肠术后患者通常需禁食至肛门排气，这种做法虽可减少胃肠道负担，但长期禁食易导致肠道黏膜萎缩、肠道屏障功能受损，且易引发营养不良、免疫功能下降等问题，增加并发症风险^[3]。近年来，随着 ERAS 理念的推广，早期肠内营养在胃肠术后的应用越来越受到重视，相关研究表明，早期肠内营养可有效促进患者肠道功能恢复，改善营养状况，降低并发症发生率^[4]。

本研究结果显示，观察组患者术后肠鸣音恢复时间、肛门排气时间及首次排便时间均显著短于对照组，这与以往研究结果一致^[5]。早期肠内营养可刺激肠道蠕动，促进胃肠激素分泌，加速肠道功能恢复，这可能是因为肠内营养物质可直接刺激肠道黏膜，促进肠道蠕动和消化液分泌，同时维护肠道屏障功能，减少肠道菌群移位。观察组术后 7 天血清白蛋白、前白蛋白及血红蛋白水平均显著高于对照组，表明早期肠内营养可有效改善患者营养状况，这与相关研究结果相符。胃肠手术患者处于应激状态，蛋白分解代谢增强，早期肠内营养可提供足够的营养物质，满足机体代谢需求，促进蛋白质合成，改善营养状况。

观察组并发症的总发生率比对照组低,这或许和早期肠内营养能改善患者营养状况、增强机体免疫力、促使切口愈合有关,同时早期肠内营养还能减少肠道菌群移位,降低感染风险。观察组的平均住院时间比对照组短,这说明早期肠内营养可以加快患者康复进程,缩短住院时间,进而降低医疗费用。实施早期肠内营养护理要留意这些方面:其一,要严格把控早期肠内营养的适应证与禁忌证,要是患者有严重肠道梗阻、吻合口漏等并发症,那就应暂缓进行早期肠内营养,其二,要依据患者状况制定个性化营养方案,挑选合适的肠内营养制剂、输注途径,其三,在输注过程中要密切观察患者反应,及时处理不

良反应,以保障早期肠内营养的安全性和有效性。

本研究存在一定的不足之处,像样本量相对比较小,研究时间比较短,并且只是在单一中心进行,未来需要扩大样本量,进行多中心、长期随访研究,进一步验证早期肠内营养护理在胃肠术后的应用效果。

消化科胃肠术后实施早期肠内营养护理能够有效推动患者肠道功能恢复,缩短肠鸣音恢复时间、肛门排气时间、首次排便时间,改善营养状况,提高血清白蛋白、前白蛋白、血红蛋白水平,降低并发症发生率,缩短住院时间,具有重要的临床应用价值,值得在消化科胃肠术后护理中推广使用。

参考文献:

- [1] 钟玉凤,崔林晟,张丽燕.肝移植患者术后早期肠内营养与肠外营养护理的 meta 分析[J].首都食品与医药,2026,33(5):131-135
- [2] 张娟娟.肠内营养在胃肠外科手术后的早期应用及护理[J].黑龙江医药科学,2019,42(6):237-238
- [3] 王磊,杨洁.胃肠外科术后早期肠内营养护理的要点与进展[J].护理学论坛,2025,2(3):49-51
- [4] 舒晓亮,康凯,钟静霞,等.胃肠术后早期肠内营养对患者预后影响的 Meta 分析[J].中华胃肠外科杂志,2025,28(2):189-196.
- [5] 赵艳娇.加速康复外科理念在胃肠肿瘤术后患者早期营养护理中的应用效果研究[J].临床医学研究与实践,2025,10(21):156-159.