

肠内营养支持护理在腹部手术后胃瘫患者护理中的应用

瞿素萍

中山大学附属肿瘤医院甘肃医院 甘肃 兰州 730050

【摘要】目的：观察肠内营养支持护理在腹部手术后胃瘫患者护理中的应用效果。方法：研究对象为我院 2023.11-2024.10 收治的腹部手术后胃瘫患者，分组试验采用随机数字表法，即分组人数均为 34 例的参照组与观察组，且护理周期均为 2 周。参照组给予腹部术后胃瘫常规护理，而观察组在其基础上增加肠内营养支持护理，比较应用效果。结果：相较于参照组胃管拔除时间、首次进食流质饮食时间、肠鸣音恢复时间，观察组更短 ($P<0.05$)；护理后，观察组血清白蛋白、前白蛋白、血红蛋白水平均优于参照组 ($P<0.05$)；观察组院内感染、电解质紊乱、腹泻与低血糖等并发症发生率低于参照组 ($P<0.05$)。结论：针对于腹部手术后胃瘫患者而言，依据个体差异性开展肠内营养支持护理，有助于缩短胃管拔除时间，加快胃肠动力恢复速度，值得推广。

【关键词】：肠内营养支持护理；腹部手术；胃瘫；胃肠动力；营养状态

DOI:10.12417/2705-098X.26.12.052

术后胃瘫是腹部手术后较常见的并发症，以非机械性梗阻胃排空障碍为主要特点，常因侵入性操作损伤胃肠道神经、肌肉，诱发胃肠动力减退，并以餐后上腹疼痛、饱胀、食欲下降等表现为主，严重影响营养物质的吸收、利用，不利于预后^[1]。既往多采用肠外营养支持，长期应用易导致患者出现肠道黏膜萎缩、肠道菌群移位，诱发感染、代谢紊乱等并发症。相关研究指出，肠内营养支持护理基于患者个体化营养需求，为其提供蛋白质、维生素等综合性营养物质，有助于加快免疫功能恢复^[2]。为此，本研究选取数例术后胃瘫患者开展护理试验，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023.11-2024.10 我院收治的 68 例腹部手术后胃瘫患者，遵循随机数字表法分组原则分为参照组与观察组，资料如下：参照组男性 20 例，女性 14 例，均值年龄 (50.32 ± 4.73) 岁，均值体重指数 (21.94 ± 0.83) kg/m^2 ，均值术后胃瘫出现时间 (7.42 ± 0.81) d。观察组男性 21 例，女性 13 例，均值年龄 (50.47 ± 4.69) 岁，均值体重指数 (21.83 ± 0.74) kg/m^2 ，均值术后胃瘫出现时间 (7.19 ± 0.74) d。上述两组患者一般资料无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

纳入标准：(1) 符合腹部手术后胃瘫的诊断标准，即术后出现上腹部饱胀、呕吐胃内容物，胃肠减压引流量 $>800\text{ml/d}$ 且持续超过 5d，经胃镜、上消化道造影检查排除机械性梗阻；(2) 术后生命体征平稳；(3) 病历资料齐全者；(4) 视听功能正常者；(5) 同期未参与其他试验者。

排除标准：(1) 精神、认知异常者；(2) 非腹部手术引起胃瘫者；(3) 中途退出研究者；(4) 存在肠内营养支持禁忌证者；(5) 合并胃肠道器质性病变、代谢性疾病、血液系统疾病者。

1.2 方法

1.2.1 参照组

腹部术后胃瘫常规护理，即密切观察并记录引流液性状，监测患者生命体征、意识状态，遵医嘱应用胃动力药物，纠正水电解质平衡紊乱。主动与患者沟通，加强沟通交流力度，介绍术后胃瘫护理配合要点，妥善固定胃管，遵医嘱给予肠外营养支持。同时，床旁宣教时耐心讲解疾病知识，落实口腔护理、皮肤护理等。

1.2.2 观察组

在其基础上增加肠内营养支持护理，即选取若干医疗工作者组建肠内营养支持小组，由护士长定期组织相关成员参与肠内营养系统培训，明确肠内营养支持护理技巧。以“腹部手术后胃瘫”、“肠内营养支持”为关键词，查询相关文献，针对性制定肠内营养支持护理方案，具体措施如下：

(1) 心理护理：术后长期进食、疼痛、临床症状等因素导致患者长期置于高度紧张状态，极易滋生心理应激反应，抑制迷走神经功能，不利于疾病护理工作的开展^[3]。医疗工作者应灵活运用心理学知识，减少或消除患者的高度紧张状态，并基于患者的个体差异性开展多元化健康宣教，使其深入了解肠内营养支持方法，同时利用深呼吸、冥想等形式放松身心。

(2) 肠内营养支持：依据术后胃瘫患者年龄、手术类型等因素，针对性选择整蛋白型肠内营养混悬液，初始输注浓度控制在 12%-15%，而输注速度要求设定在 20-30ml/h，具体速度依据术后胃瘫患者实际情况予以针对性调整^[4]。同时加强输注温度控制，即利用恒温营养泵予以持续输注，输注温度控制在 38-40℃，循序渐进增加输注量，由起始逐步增加至 50-80ml/h，确保每日输注总量控制在 1000-1500ml 左右。

(3) 病情观察：严格禁食、持续胃肠减压，密切关注引流液性质，积极落实口腔护理。在肠内营养支持期间，密切关注营养状态改善情况，询问有无不良反应（恶心、呕吐等）。

同时详细记录 24h 出入量、排气排便情况，加强肝肾功能、免疫功能检查工作，以便医疗工作者依据患者实际情况调整营养支持方案^[5]。

(4) 并发症预防护理：辅助患者在肠内营养输注支持时行半卧位，床头抬高 30°-45°，每次输注前回抽胃液，依据胃内残留量调整输注时间，并定期监测患者营养指标，加强口腔护理，借助温和和口腔护理液预防口腔感染、口干等不适症状。

1.3 观察指标

(1) 胃肠功能指标：记录胃管拔除时间、首次经口进食流质饮食时间与肠鸣音恢复时间。

(2) 营养状态指标：采集患者空腹静脉血，检测血清白蛋白、前白蛋白、血红蛋白水平。

(3) 并发症发生率：统计院内感染、电解质紊乱、低血糖和腹泻发生情况，计算总发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS28.0 统计学软件录入数据并分析，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，行 t 检验，计数资料以 [n (%)] 表示，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠功能指标比较

表 1 显示：观察组胃肠功能指标恢复时间均短于参照组 ($P < 0.05$)。

表 1 胃肠功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	参照组	t 值	P
例数	34	34		
胃管拔除时间(d)	5.93 ± 0.72	7.03 ± 0.81	6.714	<0.05
首次进食流质饮食时间(d)	6.23 ± 1.24	9.51 ± 1.32	15.436	<0.05
肠鸣音恢复时间(d)	2.13 ± 0.71	3.39 ± 0.84	8.249	<0.05

2.2 营养状态指标比较

表 2 显示：护理后，观察组营养指标高于参照组 ($P < 0.05$)。

表 2 营养状态指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间点	观察组(n=34)	参照组(n=34)	t 值	P 值
血清白蛋白(g/L)	护理前	30.14 ± 2.42	30.31 ± 2.14	0.783	0.472
	护理后	37.82 ± 2.81	33.43 ± 2.67	9.082	<0.001
前白蛋白(mg/L)	护理前	126.11 ± 15.65	125.33 ± 15.48	0.761	0.452
	护理后	189.43 ± 20.24	156.82 ± 18.39	8.173	<0.001

血红蛋白(g/L)	护理前	104.86 ± 8.42	105.29 ± 8.34	0.652	0.653
	护理后	123.57 ± 9.68	114.38 ± 9.13	8.892	<0.001

2.3 并发症发生率比较

表 3 显示：观察组院内感染、电解质紊乱、低血糖及腹泻等并发症总发生率低于参照组 ($P < 0.05$)。

表 3 并发症发生率比较 [n (%)]

组别	观察组	参照组	χ^2	P
例数	34	34		
院内感染	0(0.00)	2(5.88)		
电解质紊乱	1(2.94)	2(5.88)		
低血糖	0(0.00)	1(2.94)		
腹泻	0(0.00)	1(2.94)		
总发生率	1(2.94)	6(17.65)	9.376	<0.001

3 讨论

腹部手术极易因侵入性操作、手术创伤等因素，导致迷走神经、胃十二指肠神经等损伤，部分患者机体可因炎症因子的释放，抑制胃肠道正常运动，进而增加胃瘫发生风险。术后胃瘫患者常因消化能力下降，难以消化和吸收食物，机体无法摄取足够的营养物质，致使体力衰弱、免疫力下降等问题频发，严重影响患病群体的身心健康^[6]。肠内营养可有效弥补患病群体口服摄取营养的不足，直接将营养物质输送至肠道，可促进伤口愈合，减轻胃肠道负担，避免消化、吸收问题。研究数据指出，观察组胃肠功能指标恢复时间均短于参照组 ($P < 0.05$)，说明肠内营养支持护理应用价值突出。试分析原因如下：腹部手术会对患者胃肠道造成机械性刺激与应激损伤，而胃瘫患者的胃排空功能又处于完全丧失状态，致使常规进食无法满足患者的营养需求^[7]。肠内营养要求借助鼻肠管等工具，确保营养物质直接输送至小肠内，具有维持肠道结构、功能完整性突出功效。营养物质与肠道黏膜的物理性接触，可通过刺激小肠黏膜上的机械感受器与化学感受器，激活肠道神经丛，并通过触发小肠平滑肌的节律性收缩，带动胃肠道蠕动，并防止肠道黏膜萎缩，确保营养素吸收、利用。

本次研究结果指出，观察组护理后的营养指标均高于参照组 ($P < 0.05$)，表明肠内营养支持护理可有效改善患者的营养状态。腹部手术后胃瘫患者极易因胃排空障碍、进食受限而诱发营养失衡问题，如：低蛋白血症、贫血等，不利于胃肠功能整体恢复。血清白蛋白、前白蛋白是反映术后胃瘫患者机体营养状态的重要指标，而肠内营养支持要求将整蛋白型营养液借助鼻空肠营养管输送至小肠，这类蛋白质含有人体必需氨基

酸,可直接补充机体合成白蛋白、血红蛋白等物质的原料。同时,营养液含有谷氨酰胺、膳食纤维等肠道黏膜特异性营养成分,可为肠道屏障功能的修复奠定良好基础^[8]。营养液中的麦芽糊精、低聚果糖等碳水化合物可避免对患者的胃肠道产生不良刺激,并满足患者的能量需求。常规护理中的肠外营养支持需经静脉进入肝脏代谢后再输送至全身,这种输注方式会增加肝脏代谢负担,且膳食纤维、短链脂肪酸等营养成分无法经过静脉补充,难以实现改善营养指标的目的。此外,观察组出现电解质紊乱者1例,而参照组发生院内感染、电解质紊乱各2例,低血糖和腹泻各1例,共计6例,两组总并发症发生率对比差异显著($P<0.05$),表明肠内营养支持护理可预防并控制并发症风险。常规护理中的肠外营养支持要求长期静脉输注营养物质,肠道黏膜可因无食物刺激而导致上皮细胞出现代谢减

慢、厚度变薄等问题,表现为黏膜吸收功能下降,诱发腹胀、腹泻等问题。同时,肠外营养多为固定标准化方案,胃肠功能恢复较慢的患者可因营养液浓度、速度不适宜而引发恶心、呕吐等症状。肠内营养利用鼻空肠管直接输送营养液,可在避开胃排空障碍部位的基础上,有效刺激小肠黏膜,加快胃肠动力恢复速度。与此同时,肠内营养支持护理要求患者在营养支持时采取半卧位,并依据胃内残留量调整输注时间,循序渐进地调整输注参数,可有效降低电解质紊乱、感染等并发症风险。

综上所述,依据腹部手术后胃瘫患者个体差异性开展肠内营养支持护理,有助于全面缩短胃管拔除时间,加快胃肠动力恢复进程,改善患者营养状态,并降低腹泻、电解质紊乱等并发症风险,值得推广。

参考文献:

- [1] 陶晓波,孟冉,刘楠.系统化护理干预在腹腔镜胃癌根治术患者术后胃瘫综合征护理中的应用价值研究[J].中外医疗,2024,43(31):113-117.
- [2] 刘胜芬,吕凌之,赵鹏娟,等.循证护理在胃癌术后胃瘫综合征患者中的应用研究[J].甘肃医药,2024,43(07):659-661.
- [3] 周骏.针刺疗法联合肠内营养对腹部手术后胃瘫患者血清胃肠激素及胃肠动力的影响[J].中外医学研究,2024,22(12):136-139.
- [4] 陈颖,胡丹红,郑子越.胰十二指肠术后胃瘫的临床特征及危险因素分析[J].海南医学,2023,34(19):2788-2791.
- [5] 中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会,中华医学会肠外肠内营养学分会.胃瘫患者的营养治疗专家共识[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2023,10(03):342-347.
- [6] 中国研究型医院学会.中国肿瘤患者术后胃瘫诊治中西医结合专家共识(2022版)[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(03):188-191.
- [7] 许锦程,高翔,聂新月.电针联合穴位贴敷辅助术后胃瘫综合征临床观察[J].实用中医药杂志,2023,39(01):62-64.
- [8] 王振波,王晓青.健脾理气汤灌肠对胃癌术后并发胃瘫综合征患者细胞免疫功能、胃肠功能及肠内营养状况的影响研究[J].中医临床研究,2022,14(36):70-72.