

肠内营养在胃肠外科术后的早期应用及护理

龙 凤

重庆医科大学附属第一医院 重庆 400016

【摘要】目的：通过对我院胃肠患者现有的病例进行调查，并为其早期治疗采用肠内营养的方式进行护理，让患者感受到先进的治疗手段以及高质量的服务体验。**方法：**随机选取我院100名胃肠外科患者进行调查，并将其入院时间控制在2020年7月—2021年7月，其中对照组使用常规护理方法开展治疗，随机分配50名患者；观察组将早期应用个性化护理以及健康教育护理进行结合，同样随机分配50名患者。分别记录两组患者在治疗前后血清蛋白含量的变化、排气时间、住院时间以及平均药费方面的内容，并进行准确记录。**结果：**观察组患者在健康状况以及常识认知方面的能力均高于对照组，观察组排气时间以及住院时间均在理想范围内，并且观察组患者以及家属对胃肠外科疾病方面有着一定的认知，并能使用正确的应急方法，且各环节数据统计工作均具有统计学意义，且未出现其他并发症，其中观察组排便时间为56~72.8小时，对照组排便时间为69.9~98.5小时；观察组排气时间为31.5~70.3小时，对照组排气时间为57~83.1小时；观察组住院时间为10.2~18.6天，对照组住院时间为13.8~24.6天；观察组平均药费为3200.2~4108.4元，对照组平均药费为4082.9~5441.5元。**结论：**在为胃肠患者开展治疗时，应结合其自身健康状况制订完善的肠内营养个性化护理方案，从根本上解决患者在手术后可能出现的并发症，减少患者治疗时间，并且合理应用健康教育护理方式能够减少患者的并发症和不良反应，取得很好的效果，能够有效改善患者和家属的消极心理，值得推广。

【关键词】肠内营养；胃肠外科手术；早期应用与护理

【中图分类号】R473.6

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2021)50-9-02

1 资料和方法

1.1 研究对象

将我院100名患者作为调研对象，将入院时间控制在2020年7月—2021年7月，并按照数学中所涉及的内容进行平均分组，保证实验的有效性。其中对照组男性患者以及女性患者的人数分别为24名、26名，年龄37~65岁，平均年龄(41.8~57.6)岁；观察组男性患者以及女性患者的人数分别为26名、24名，年龄39~65岁之间，平均年龄(44~58.8)岁。两组患者均通过胃肠科疾病筛选检查，符合各项标准，且所有患者对本次调查与实验具有知情权，双方达成一致签订知情书，无其他方面疾病，并且男女比例以及年龄无明显差距，各环节工作的开展具有统计学意义。

1.2 研究方法

1.2.1 有关营养方式方面的内容

在为对照组患者进行治疗时，需要在术后采用肠外营养支持的方式进行，并需要在完成手术后的一个星期内注射特定药物，每天注重热量、氮量、微量元素和维生素等营养物质的补充，保证所提供患者体内的营养物质能满足其自身消耗需求；在对观察组患者进行治疗时，同样需要在其术后采用肠外营养支持的方式进行，保证营养液的温度同人体温度保持一致，并需要在手术后的第一天鼻饲一定量的生理盐水、手术后的第二天鼻饲一定量的百普力并控制其流速、手术后的第三天鼻饲一定量的能全力并控制其流速、手术结束后的第四到七天同样需要鼻饲一定量的能全力并控制其流速。另外，还应综合患者自身康复状况静脉注射其他药物，将每天所能摄入的能量控制在120kJ/kg/d，后期可根据患者的实际情况喂食鱼汤等物质。

1.2.2 两组患者在进行护理时所选用的主要方式

两组患者在正式开始治疗时，医护人员需要对患者有足够的了解，并确定胃管长度，同时需要将胃管经鼻腔置入并最终调整位置进行固定，同时还应做到以下几点：第一，医护人员列举常见的几种病情以及注意事项，可以通过讲座或者培训的方式进行宣传，树立个性化教育护理图，并进行问卷调查，管理患者在饮食以及锻炼方面的能力，加强与患者之间的沟通，缩短医患之间的距离，避免患者出现恐惧心理；第二，加强对患者术后各方面的观察力度，确保营养管位置未发生移动以及脱离，并每日清洗

营养管，确保其流动性，同样还需要每日对患者口腔进行护理，保持卫生；第三，将设计好的肠内营养治疗图发放给患者，进而能调动患者在治疗方面的积极性。除此之外，患者在刚刚入院时，需要有专门人员对健康护理工作进行检查，以此指定良好的优秀指导员，最后再将健康教育整体内容进行考评；第四，为患者讲解有关康复知识方面的内容。由于胃肠疾病的治疗并不是一朝一夕能完成，因此会出现复发的状况，这对患者以及家属无疑不是一种困扰，需要医护人员将有关胃肠外科疾病方面的内容装订成册发放给患者以及家属，同时还应为患者讲解有关病情方面的内容、副作用以及其他方面的注意事项；第五，定期为患者进行胃肠减压，首先，医护人员需要定期检查减压器设备良好状况，防止管道出现弯漏气或者堵塞等问题。在使用仪器时应将负压控制在6.67kpa以下，避免因负压过高而对患者的消化道造成破坏，同时还应定时清洗胃管，防止出现导管堵塞的状况，当流通不畅通时需要及时找出原因，并进行记录。目前常见的几种问题包括但不限于以下几种：胃管所插入的长度不达标，此时可以结合实际情况抽取胃液；患者体内血块或者食物造成胃管堵塞，此时可以使用特定注射器进行抽吸、采用盐水进行清理，或者重新为患者更换胃管；倘若胃管在体内的时间过长，则十分容易出现屈曲、打结以及凹陷的状况，不利于胃溶液的排出，此时医护人员可以先向其中插入少许胃管，当没有胃液被抽出时再缓慢将胃管抽出；倘若胃管出现打结，则应在第一时间停止减压工作，并及时为患者更换胃管，使用石蜡油来消除管结。其次，医护人员需要观察患者胃液，并进行呼吸道护理。要求医护人员能及时倾倒胃液，并记录液体的物理性质，比如颜色、性质、数量。通常情况下，胃液是无色的，每天大多在1500~2500mL。在完成胃肠手术后，胃液则会呈现红色、暗红色、咖啡色、草绿色、淡黄色等等，当出现大量鲜红色鲜血时应及时进行治疗，此时可能是胃出血。最后，还应定期对室内进行通风，保证室内温度以及湿度满足患者康复需求，帮助患者及时清理口腔内的异物，为其早日康复奠定基础；第六，在患者出院前为其进行健康指导以及测评。要求医护人员为患者讲解有关健康生活方面的内容，并进行健康指导。通过分析患者在治疗时测评表中的相关内容，根据每位患者的不同情况进行治疗，最后定出具体复查时间以及方案，帮助患者尽

早康复。

1.3 对患者治疗状况进行测评

医院需要有专门护理人员对患者健康方面的内容进行测评, 引导患者完成健康状况测评表, 并且对比观察组以及对照组患者在健康状况方面的不同, 同时还应记录有关胃肠以及健康恢复方面的内容。具体调查结果如下表。除此之外, 还应对患者在胃肠外科疾病、药物、自我预防以及饮食锻炼方面的内容进行考察, 对相关数据进行记录, 并通过打分的形式来为患者进行记录, 当正确率超过 70% 时则表明已掌握肠胃疾病方面的内容。

表 1 两组患者在治疗前后体内所含有的清蛋白数量

分组名称	调查人数	前清蛋白	前清蛋白	清蛋白	清蛋白
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	160.9~212.5	214.1~264.5	25.8~34.6	30.3~40.7
对照组	50	174.9~217.1	177.2~272.6	27.5~34.9	25.8~39
P 值	--	--	--	--	< 0.05

2.2 两组患者在经过营养支持治疗后的数据内容

通过下表可以发现, 观察组患者采用肠内营养支持方式进行治疗, 每小时排便以及排气情况要好于对照组, 并且住院天数也

2 两组在护理方面的相关数据

分析对照组以及观察组患者在经过治疗后有关体内所含有的清蛋白以及前清蛋白数据内容进行测评, 下表为两组患者在进行健康状况测评方面的主要内容, 具体数据如下:

2.1 两组患者在治疗前后体内所含有的清蛋白数量

通过下表可以发现, 两组患者在接受治疗前的蛋白含量均低于治疗后, 并且观察组的各项效果要好于对照组, 且具有统计学意义, 如表 1 所示。

有不同程度的缩短, 所花医疗费用也相对较低, 且具有统计学意义, 如表 2 所示。

表 2 两组患者在经过营养支持治疗后的数据

分组名称	调查人数	排便时间 / 小时	排气时间 / 小时	住院时间 / 天	平均药费 / 元
观察组	50	56~72.8	31.5~70.3	10.2~18.6	3200.2~4108.4
对照组	50	69.9~98.5	57~83.1	13.8~24.6	4082.9~5441.5
P 值	--	--	--	--	< 0.05

2.3 两组患者并发症的调查情况

通过对整体并发症的调查可以发现, 观察组中出现并发症的人数为 3 人, 占全部人数的 6%; 对照组中出现并发症的人数为 5 人, 占全部人数的 10%。在调查过程中两组数据不存在明显差异, 各环节护理工作具有可比性。

3 对治疗结果进行讨论

通过对此次 100 名患者的调查可以发现, 胃肠外科手术不仅会使患者身体上承受痛苦, 还会对患者的心理健康带来影响, 并且患者在进行手术后, 自主进食的能力也会受到破坏, 不利于其吸收营养物质, 倘若此种情况下不能及时解决, 便会增加患者感染其他症状的可能, 进而会给患者的身体以及心理带来更多压力, 给后续各环节治疗工作的正常进行带来影响。

这里所提到的术后营养支持需要医护人员结合患者自身实际情况制定相应的治疗方案, 根据患者自身吸收营养物质的实际状况开展治疗, 此方法可以有效解决患者营养不良的问题, 缩短治疗周期, 使患者尽早恢复正常。另外, 医护人员应叮嘱患者在做完手术后需禁食, 否则会加大患者出现营养不良的可能, 甚至一些患者会产生一系列并发症, 不利于患者恢复身体健康。要想从根本上解决这一问题, 需要医护人员制定完善的干预治疗方案, 制定个体化肠内营养治疗方案, 保证每位患者在治疗时均有足够的营养供给, 帮助患者减轻痛苦, 尽早恢复。

倘若患者采取了全胃切除手术, 其自身分解蛋白的速度也会减慢, 同样自身所能摄取的营养物质也会逐渐降低, 进而导致患者出现营养不良的状况, 对提高患者自身免疫力带来不利, 甚至会影响其恢复身体健康。如果可以肠内营养支持治疗的方式, 则能向患者体内运输能量以及营养物质, 加速体内总蛋白和应激蛋白的形成, 平衡体内各元素的协调性。除此之外, 还能促进患者肠道内有足够量的免疫球蛋白 A 形成, 为加速患者吸收营养物质奠定基础, 提高免疫力, 甚至可以预防出现肠源性感染等并发

症, 提高患者生活质量, 再加上使用能全力等物质, 及时向患者体内补充膳食纤维、谷氨酰胺, 避免出现菌群移位或者失调的现象, 进而避免患者出现便秘或者腹泻的可能, 降低对毒素的摄入量, 保证身体机能不会因此受到影响。

通过上文论述可以发现, 观察组患者在经过肠内营养^[1-2]支持后体内所含有的前清蛋白以及清蛋白数量均有所上升, 并且上升幅度要远远高于对照组。因此可以得出结论, 医护人员在对胃肠患者采用肠内营养支持时需要加大对患者的关注, 术后对其进行护理, 及时记录其体内营养物质的变化, 确保营养管能保持流畅, 食物流速能得到控制。另外, 医护人员还应吸取国外经验, 终身学习, 制定完善的应急方案, 倘若出现问题时能在第一时间解决, 倘若患者在接受完静脉注射后发生副作用, 则对应医护人员需要及时救助。由于肠内营养治疗具有十分简单以及安全的特点, 因此常被用于临床治疗, 不仅可以帮助患者增加体内蛋白质以及热能的吸收量, 还有助于医护人员为患者改善其营养状况, 加速胃肠的蠕动与恢复, 将出现并发症的可能性降到最低。且两组患者在经过营养支持治疗后, 观察组的排便时间、排气时间、住院时间均小于对照组, 营养指标要高于对照组。由此可以发现, 为胃肠外科手术患者进行肠内营养治疗, 能有效缩短其治疗时间, 帮助患者吸收更多营养物质, 降低治疗成本、缩短治疗周期, 并且对胃肠外科疾病患者开展健康教育护理能够缓解患者以及家属焦虑以及紧张情绪, 得到了越来越多人的认可, 是一项值得大范围推广的技术, 同样还能推动我国医疗行业的发展。

参考文献

[1] 笪开秀. 肠内营养在胃肠外科术后的早期应用及护理分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(25): 138.
 [2] 方翠芸. 肠内营养在胃肠外科术后的早期应用及护理体会 [J]. 家庭生活指南, 2019(12): 161.