

胃癌根治术后早期肠内营养引入结构性营养护理管理理念的临床效果

周海燕, 卫子然

上海市长征医院普外科, 上海 200003

摘要: **目的** 探讨将结构性营养护理管理理念引入胃癌根治术后早期肠内营养中对患者营养状况、并发症和免疫功能的影响。**方法** 选择 2015 年 10 月至 2016 年 10 月收治的行胃癌根治术的患者 84 例,按数字随机法分为两组,每组 42 例。两组均给予术后早期经鼻空肠营养管肠内营养,对照组行常规营养护理管理,观察组引入结构性营养护理管理理念进行护理。观察并记录两组护理前后营养状况变化、免疫功能水平变化和并发症发生率,并进行比较分析。**结果** 观察组护理后体重、腰围、血清总白蛋白、铁转蛋白、血清白蛋白和血红蛋白指标均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$);观察组护理后 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 水平均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$);观察组并发症发生率低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 将结构性营养护理管理理念引入胃癌根治术后早期肠内营养中可明显改善患者营养状况,提高其免疫功能,降低并发症发生率。

关键词: 结构性营养护理管理; 胃癌根治术; 早期肠内营养; 营养状况; 并发症; 免疫功能

中图分类号: R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)06-0855-03

胃癌是一种发病率较高的恶性肿瘤疾病,其对患者生命健康可造成严重影响。相关调查研究表明,我国胃癌发病率占各恶性肿瘤的第二位^[1-2]。目前对胃癌患者主要采用手术切除治疗,但无论是胃部分切除术或胃全切术后均会严重降低胃储备能力,从而使患者机体营养摄入能力显著下降,甚至完全丧失^[3-4]。在术后机体恢复后营养需求不断增加的同时,营养摄入能力下降最终造成营养不良的恶性循环,引发多种并发症,显著降低患者生活质量^[5]。因此如何给予患者有效营养支持以提高胃癌根治术后机体营养状况,并且降低并发症的发生,是目前研究的热点^[6]。本研究对我院收治的行胃癌根治术患者给予引入结构性营养护理管理理念进行护理,对比常规营养护理管理效果。结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 10 月至 2016 年 10 月收治的行胃癌根治术的患者 84 例,按数字随机法分为两组,每组 42 例。对照组男 23 例,女 19 例;年龄为 30~84(59.96±10.03)岁;临床分期:Ⅰ期 29 例、Ⅱ期 13 例;肿瘤部位:胃窦部 10 例、胃底贲门部 18 例、胃体部 7 例、胃角部 7 例。观察组男 24 例,女 18

例;年龄为 31~83(60.12±9.95)岁;临床分期:Ⅰ期 30 例、Ⅱ期 12 例;肿瘤部位:胃窦部 11 例、胃底贲门部 19 例、胃体部 6 例、胃角部 6 例。两组性别、年龄、临床分期及肿瘤部位等基线资料水平比较,差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组实施常规营养护理管理,每天给予葡萄糖、脂肪乳剂、复方氨基酸以及氮量,并且给予补充维生素及微量元素;在术后第 2 天给予患者 200~300 ml 空肠营养管盐水,若患者未出现不良反应症状则增加 200 ml 营养液;在患者未出现任何不良反应前提下则每天给予 1 000~2 000 ml 营养液,控制滴速为 200~300 ml/h,根据患者反应状况适当增加或减少剂量。

1.2.2 观察组 观察组实施基于结构性营养护理管理理念的早期肠内营养干预,其将肠内营养干预分为 6 个板块:(1)健康指导版块:制定经鼻空肠营养管肠内营养支持标准健康指导版本,其主要包括置管前进行营养支持的意义、置管的作用及正确方法、营养支持药物类型和可能出现的不良反应等。护理人员使用通俗易懂的言语、视频、PPT 向患者讲述早期营养支持的重要性。(2)体位管理版块:护理人员在对患者进行肠内营养时进行强化体位管理,加强日常巡视工作,并且用量角器准确测量床头抬起的高度,使其保持在 30°~45°,具体角度需要以患者自觉最佳舒适度而确定,并且根据患者自身需要随时进行调整。

(3) 温度管理版块: 人体胃肠道的温度通常为 37 °C 左右, 若温度过高或过低均会对胃肠道造成不良刺激, 引发安全风险。所以护理人员在给予患者输入肠内营养液时需要用加热器加温, 将营养液温度维持在 37 °C 左右, 并且使用棉布包裹加热器以尽可能避免皮肤接触烫伤。此外定时更换输液管加热部位, 从而避免出现输液管软化现象。(4) 浓度与速度管理版块: 每位患者因为自身体质各不相同, 因此对输入机体内的肠内营养液的浓度及输入速度也需求各异, 所以护理人员应根据各患者具体情况进行个性化调整。瑞代、瑞素等为临床使用率较高的营养制剂, 但其浓度较大, 初始输入速度需降低, 所以此时容易发生管道阻塞。护理人员在对患者进行营养输入的第 1 天在营养液中参入生理盐水进行稀释, 将浓度降低至 75%, 并且输入速度以患者自觉无腹胀、恶心等不良反应为度。在输入的同时严密观察患者是否出现营养液反流情况, 在出现此现象后立即减缓速度, 并且进行稀释, 情况较严重者可暂停输入。(5) 观察与记录版块: 护理人员设计营养支持护理记录单, 将其挂在患者床头, 记录下每次患者肠内营养支持的具体内容, 主要包括输入量、输入速度、起止时间、症状变化以及 24 h 输入总量等。(6) 质量控制版块: 科室建立有效肠内营养护理管理质量控制制度, 根据护理三级质控模式, 对肠内营养护理进行三级质控。护士长每日质控 1 次, 对患者进行床旁观察和询问以了解护理状况; 高级责任护士每天进行质量控制 2 次, 并且在交接班时检查上一班次护理质量, 同时制定本班次护理管理的内容和重点项目; 初级责任护士在进行日常巡查、护理干预等工作时进行有效自检。各级质控在发现护理问题后立即做出有效处理或向上级反馈, 并且进行相应记录。

1.3 观察指标 (1) 营养状况: 使用电子体重计测量两组护理前后体重变化, 并记录; 使用皮尺在患者

肚脐上方 3 cm 左右围绕 1 周, 记录周长; 取患者清晨空腹静脉血 2 ml, 使用全自动生化分析仪对两组血清总白蛋白、铁转蛋白、血清白蛋白和血红蛋白指标进行检测。(2) 并发症: 统计两组并发症发生率。(3) 免疫功能: 采用磷酸酶桥联酶标法对两组护理前后 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 指标进行检测, 并计算 CD4⁺/CD8⁺ 比值, 进行比较分析。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 18.0 软件进行数据处理。计数资料用 $n(\%)$ 表示, 行 χ^2 检验; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较行成组 t 检验, 组内比较行配对 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 免疫功能比较 观察组护理后 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于对照组, 差异有统计学意义 (P 均 < 0.05)。详见表 1。

2.2 营养状况比较 观察组护理后体重、腰围、血清总白蛋白、铁转蛋白、血清白蛋白和血红蛋白指标均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。详见表 2。

2.3 并发症比较 观察组并发症总发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。详见表 3。

表 1 两组护理前后免疫功能水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CD3 ⁺	CD4 ⁺	CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
对照组	42	护理前	42.87 ± 10.05	30.96 ± 5.23	1.61 ± 0.47
		护理后	54.27 ± 10.25	42.47 ± 6.82	1.71 ± 0.55
观察组	42	护理前	43.11 ± 8.79	31.02 ± 5.38	1.59 ± 0.51
		护理后	62.25 ± 12.33	48.41 ± 8.25	2.03 ± 0.41
t^1 值		0.116	0.052	0.187	
P^1 值		0.908	0.959	0.852	
t^2 值		3.225	3.839	3.023	
P^2 值		0.002	0.000	0.003	

注: 1 为两组护理前比较, 2 为两组护理后比较。

表 2 两组护理前后营养状况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	体重 (kg)	腰围 (cm)	血清总白蛋白 (g/L)	铁转蛋白 (g/L)	血清白蛋白 (g/L)	血红蛋白 (g/L)	
对照组	42	护理前	51.16 ± 7.74	78.25 ± 9.46	66.17 ± 7.04	2.01 ± 0.21	36.28 ± 4.12	126.08 ± 5.78
		护理后	56.18 ± 4.45	81.26 ± 6.26	55.73 ± 7.25	2.09 ± 0.23	27.25 ± 3.15	96.48 ± 5.02
观察组	42	护理前	51.08 ± 5.42	78.83 ± 9.55	66.08 ± 7.11	2.05 ± 0.24	36.22 ± 3.93	126.56 ± 5.27
		护理后	59.96 ± 7.42	84.42 ± 7.37	65.28 ± 7.24	2.78 ± 0.49	35.41 ± 3.79	125.02 ± 5.57
t^1 值		0.055	0.280	0.058	0.813	0.068	0.398	
P^1 值		0.956	0.781	0.954	0.419	0.946	0.692	
t^2 值		4.713	2.118	6.041	8.261	10.731	24.667	
P^2 值		0.000	0.037	0.000	0.000	0.000	0.000	

注: 1 为两组护理前比较; 2 为两组护理后比较。

表 3 两组并发症发生率比较 例(%)

组别	例数	腹泻	腹胀	呕吐	反流致误吸	总并发症
对照组	42	8(19.05)	10(23.81)	5(11.90)	7(16.67)	30(71.43)
观察组	42	2(4.76)	1(2.38)	2(4.76)	1(2.38)	6(14.29)
χ^2 值						25.715
P 值						0.000

3 讨 论

目前对胃癌患者主要需采用胃癌根治术治疗,其虽然具有较好疗效,但患者由于胃组织被部分或全部切除,使组织对营养的摄入量显著下降^[7]。同时患者术后需大量营养以促进机体功能恢复,最终会造成严重营养不良,使患者免疫功能下降,显著增加了术后感染的发生率,对患者术后恢复和机体健康造成严重影响^[8-9]。因此胃癌患者行胃根治术后需接受有效营养支持,通过肠内外营养输入能够有效维持机体正常代谢,促进术后机体恢复,提高机体免疫功能^[10]。结构性营养护理管理模式通过健康指导版块、体位管理版块、温度管理版块等护理管理版块可有效提高营养支持效果,促进患者术后恢复^[11]。

本研究中,观察组护理后各营养指标均优于对照组。表明通过实施基于结构性营养护理管理理念的早期肠内营养干预,能够有效改善胃癌根治术患者术后营养支持效果。原因主要为此护理模式能够使护理人员对肠内营养护理相关内容根据各护理管理版块有效梳理,对产生并发症的潜在危险因素进行全面评估,分析营养支持效果,通过系统、全面的肠内营养支持管理结构替代过往常规单一、死板的营养护理管理模式,最终有效提升营养支持效果,尽早加快患者术后机体的恢复^[12-13]。本研究中,观察组护理后 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于对照组,且观察组术后总并发症发生率为 14.29%,相比于对照组的 71.43% 显著降低。表明行胃癌根治术患者接受结构性营养护理管理后,可明显提升术后机体免疫力,降低术后并发症发生率。原因主要在于,胃癌根治术患者在手术后需要接受经鼻空肠营养管肠内营养支持,但由于患者对营养支持相关知识的认知度较低,术后体位护理不当,且在护理观察记录中缺乏全面性和细致性,从而易引发腹泻、腹痛等不良反应^[14]。而在结构性营养护理管理中,护理人员对营养支持护理管理进行全面、科学的分析,将护理内容分为 6 个管理版块,并且各版块间以简明扼要的名称匹配,确定规范、细致、科学的护理行为作为指引,从而有效规范护理人员的护理行为,实施高质量体位护理,有效控制好营养液温度、浓度及输入速度,并且通过三级质控体系,全面控制胃癌根治术后患者产生并发症的危

险因素,从而有效降低肠内营养后并发症发生率,提升营养支持效果,促进患者机体免疫功能显著上升^[15]。

综上所述,将结构性营养护理管理理念引入胃癌根治术后早期肠内营养中可明显改善患者营养状况,提高其免疫功能,降低并发症发生率。

参考文献

- [1] 张凌,路潜,张萍,等. 胃癌根治术后康复期患者营养状况和症状的相关性研究[J]. 中华现代护理杂志,2016,22(13):1809-1813.
- [2] 谢凤兰,林芳宇,彭利芬,等. 全程延续护理指导对胃癌患者化疗依从性的影响[J]. 中国实用护理杂志,2016,32(18):1401-1404.
- [3] 朱春艳,马书单. 以问题为导向的护理对胃癌手术患者康复水平的影响[J]. 实用临床医药杂志,2015,19(18):31-34.
- [4] 周春花,胡雅婷. 集束化护理对胃癌根治术患者术后胃肠功能恢复的影响[J]. 护理实践与研究,2016,13(16):86-87.
- [5] 陈晓红,张秀珍,张露,等. 医护一体化护理对胃癌根治术患者负性情绪和术后康复的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2016,22(14):39-40.
- [6] Acher AW, Squires MH, Fields RC, et al. Can the risk of non-home discharge after resection of gastric adenocarcinoma be predicted: a seven-institution study of the US Gastric Cancer Collaborative[J]. J Gastrointest Surg,2015,19(2):207-216.
- [7] 许平平. 个案护理管理模式对胃癌病人术后自我护理能力和健康行为的影响[J]. 全科护理,2016,14(16):1682-1684.
- [8] 郑莉俊. 护理干预在腹腔镜胃癌切除术手术期中的应用效果评价[J]. 中国基层医药,2013,20(22):3503-3505.
- [9] 陈凤. 胃癌根治术患者引入循证护理对其术后康复状况的影响[J]. 国际护理学杂志,2016,35(5):661-662,715.
- [10] 林雪梅,全小明,符梅华,等. 中医情志护理在胃癌根治术患者围手术期应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2014,30(20):41-43.
- [11] Alidosti M, Sharifirad GR, Golshiri P, et al. An investigation on the effect of gastric cancer education based on Health Belief Model on knowledge, attitude and nutritional practice of housewives[J]. Iran J Nurs Midwifery Res,2012,17(4):256-262.
- [12] Matsumoto C, Uto Y, Muranaga F, et al. DPC in acute-phase inpatient hospital care. Visualization of amount of nursing care provided and accessibility to nursing care[J]. Methods Inf Med,2013,52(6):522-535.
- [13] 史亚丽,李彦平,吴爱须,等. 持续质量改进在胃癌根治术后病人肠内营养护理管理中的应用[J]. 护理研究,2014,28(10):1199-1200.
- [14] 易昌华,张冰. 胃癌根治术后肺部并发症的危险因素及护理干预分析[J]. 国际护理学杂志,2013,32(10):2272-2274.
- [15] 王佳丽. 围术期整体护理对胃癌根治术患者自尊和应对方式的影响[J]. 国际护理学杂志,2013,32(2):262-263.