

早期滋养性肠内营养联合护理干预对胃癌患者胃肠功能的改善作用

徐震

江南大学附属医院 肿瘤科 江苏无锡 214000

摘要: 目的: 探究早期滋养性肠内营养联合护理干预对胃癌患者胃肠功能的改善作用。方法: 选取 2023 年 1 月至 2025 年 1 月在本院接受手术治疗的 60 例胃癌患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 30 例。对照组给予常规护理干预, 观察组实施早期滋养性肠内营养联合针对性护理干预。比较两组患者胃肠功能恢复指标、营养指标、炎症指标及并发症发生情况。结果: 观察组肛门排气时间 (28.62 ± 4.15) h、排便时间 (45.31 ± 5.24) h、肠鸣音恢复时间 (18.25 ± 3.06) h 均显著短于对照组 (42.58 ± 5.32) h、(68.45 ± 6.78) h、(29.76 ± 4.18) h (P < 0.05); 干预后观察组血清白蛋白 (38.56 ± 2.34) g/L、前白蛋白 (0.28 ± 0.04) g/L、血红蛋白 (125.34 ± 8.67) g/L 均高于对照组 (33.21 ± 2.15) g/L、(0.21 ± 0.03) g/L、(110.25 ± 7.89) g/L (P < 0.05); 观察组 C 反应蛋白 (15.23 ± 3.12) mg/L、降钙素原 (0.35 ± 0.08) ng/mL 低于对照组 (28.67 ± 4.56) mg/L、(0.68 ± 0.12) ng/mL (P < 0.05); 观察组并发症发生率 6.67% 低于对照组 26.67% (P < 0.05)。结论: 早期滋养性肠内营养联合护理干预可有效促进胃癌患者术后胃肠功能恢复, 改善营养状况, 减轻炎症反应, 降低并发症发生率, 具有临床推广价值。

关键词: 早期滋养性肠内营养; 护理干预; 胃癌; 胃肠功能; 改善作用

胃癌, 作为全球范围内高发的恶性肿瘤类型之一, 已显著威胁人类生命健康^[1]。4.9 据此, 该疾病占癌症总体比例达 %, 其发病率与死亡率在各类癌症中位居第五^[2]。在中国, 胃癌同样被视作癌症预防与治疗的关键领域之一。鉴于此类患者通常伴随蛋白质营养不良与能量流失, 手术创伤则加剧其营养消耗。而胃部次全切除或全切除不仅显著削弱患者的胃部存储功能, 还严重制约其营养摄取能力, 从而引发营养不良的恶性循环, 使得患者术后易遭受多种并发症的困扰, 极大地影响了患者的生活质量^[3]。本文提出的早期滋养性肠内营养可以在患者术后早期提供针对性的营养支持, 促进肠道功能的快速恢复, 维护患者肠道黏膜的完整性, 减少细菌移位和感染的发生。与此同时, 科学的护理干预可以提升患者对营养支持的依从性, 及时发现并处理可能出现的问题, 进一步提高营养支持的效果。具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2025 年 1 月在本院胃肠外科接受胃癌根治术的 60 例患者作为研究对象。纳入标准: (1) 经病理学检验确认为胃癌; (2) 初次施行胃癌根治手术; (3)

年龄区间为 40 至 75 岁; (4) 术前肝肾功能及凝血指标均在正常范围内; (5) 无肠内营养禁忌证; (6) 意识清晰, 能配合完成研究。排除标准: (1) 合并其他恶性肿瘤; (2) 存在严重心肺功能障碍、糖尿病等慢性疾病; (3) 有胃肠道手术史; (4) 存在精神疾病或认知功能障碍; (5) 对肠内营养制剂过敏; (6) 术后出现严重并发症需二次手术。两组患者基线资料比较 (P > 0.05), 具有可比性。详见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较 [n (%)]

指标	对照组 (n=30)	观察组 (n=30)	t/χ ² 值	P 值
性别 (例, %)			0.136	0.713
男	18 (60.00)	19 (63.33)		
女	12 (40.00)	11 (36.67)		
年龄 (岁, x ± s)	58.62 ± 7.34	59.15 ± 6.89	0.283	0.778
肿瘤分期 (例, %)			0.357	0.837
I - II 期	16 (53.33)	17 (56.67)		
III 期	14 (46.67)	13 (43.33)		
手术时间 (h, x ± s)	2.85 ± 0.42	2.91 ± 0.38	0.578	0.565
术中出血量 (mL, x ± s)	185.32 ± 35.67	190.15 ± 32.45	0.536	0.594

1.2 研究方法

1.2.1 对照组

采用常规肠内营养及护理干预。术后 48–72h 待患者肠鸣音恢复、肛门排气后，经鼻肠管给予肠内营养制剂（整蛋白型，商品名：能全素，荷兰纽迪希亚公司），初始剂量为 500mL/d，浓度为 50%，输注速度为 20–30mL/h，根据患者耐受情况逐渐增加剂量至 1500–2000mL/d，浓度调至 100%，速度增至 80–100mL/h。护理措施包括常规病情观察、管道固定、口腔护理及基础生活护理。

1.2.2 观察组

(1) 早期滋养性肠内营养：患者术后 8h 开始进行滋养性肠内营养支持，采取鼻空肠管输注方式。选取短肽型肠内营养制剂，如百普力，最初的剂量控制在 30ml/h，保持匀速输注。每隔 6h 评估一次患者的身体耐受情况，是否出现恶心、腹胀等不适症状，若无任何不适情况，可逐渐提高输注速度，每次增加 20ml/h，最大速度不可超过 100ml/h。与此同时，按照患者的营养情况及身体的代谢需求，调整营养液的剂量以及具体成分，确保患者每天摄入足够的蛋白质及热量等。(2) 护理干预：①心理。护理人员需要主动与患者及家属进行深入沟通，详细了解患者的心理状态及内心需求，向患者及家属科普早期滋养性肠内营养的重要性和必要性，以及可能发生的不良反应和注意事项，降低患者内心的恐惧感及负面情绪，提升患者治疗的依从性。护理人员与患者每天沟通时间不低于半小时，每周进行 2 次的心理状态评估。②管理护理。护理人员需帮助患者妥善固定好鼻空肠管，避免管道出现扭曲、受压及脱出等情况。每天检查管道的具体位置及通畅情况，每次输注后需要用 30ml 温水反复冲洗管道，避免营养液残留堵塞管道。护理人员若发现管道堵塞，可以反复用温水冲洗，若是还不通畅，可使用碳酸氢钠溶液，每周更换一次鼻空肠管，避免出现管道老化及感染等不良现象的情况。③饮食。在患者接受肠内营养干预期间，护理人员需按照患者的胃肠功能恢复情况进行指导，从肠内营养过渡到口服饮食。术后 2 天，患者胃肠功能未完全恢复，给予

患者少量温水或是米汤，每次 20ml，每隔 3h 一次。术后 4 天，待患者胃肠功能逐渐得到恢复，可以给予半流食，例如粥、面条、鸡蛋等，每次 50–100ml，每天 5 次。术后 7 天，患者胃肠功能得到基本的恢复，可过渡到软食，例如米饭、蔬菜、水果等，同时需要规避食用辛辣、油腻、刺激性食物。同时，指导患者合理搭配饮食，保证营养均衡。

1.3 观察指标

记录两组患者的肛门排气时间、排便时间以及肠鸣音恢复时间。肠鸣音恢复的时间界定为术后首次观察到肠鸣音频率达到每分钟 3 至 5 次。(2) 营养参数在手术前 1 日与术后 14 日，分别采集每位患者的空腹静脉血 5 毫升，利用全自动生化分析仪测定血清白蛋白 (ALB)、前白蛋白 (PA) 以及血红蛋白 (Hb) 的浓度。(3) 炎症标志物在术前 1 天和术后 14 天，我们对患者的血清 C 反应蛋白 (CRP) 和降钙素原 (PCT) 水平进行了检测，其中 CRP 的测定采用了免疫比浊法，而 PCT 的测量则使用了电化学发光法。(4) 并发症。评估并对比两组患者在术后出现吻合口瘘、肺部感染、腹泻及腹胀等并发症的频率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS26.0 统计学软件，计量资料与计数资料分别应用 ($\bar{x} \pm s$)、百分比描述，行 t 及卡方检验， $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠功能恢复

观察组短于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者胃肠功能恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s, h$)

组别	肛门排气时间	排便时间	肠鸣音恢复时间
对照组 (n=30)	42.58 ± 5.32	68.45 ± 6.78	29.76 ± 4.18
观察组 (n=30)	28.62 ± 4.15	45.31 ± 5.24	18.25 ± 3.06
t 值	11.563	15.234	12.876
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 营养指标比较

观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组患者干预前后营养指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	ALB (g/L)		PA (g/L)		Hb (g/L)	
	术前 1d	术后 14d	术前 1d	术后 14d	术前 1d	术后 14d
对照组 (n=30)	35.21 ± 2.45	33.21 ± 2.15	0.20 ± 0.03	0.21 ± 0.03	120.34 ± 8.56	110.25 ± 7.89
观察组 (n=30)	35.36 ± 2.38	38.56 ± 2.34	0.21 ± 0.04	0.28 ± 0.04	121.15 ± 7.98	125.34 ± 8.67

组别	ALB (g/L)		PA (g/L)		Hb (g/L)	
	术前 1d	术后 14d	术前 1d	术后 14d	术前 1d	术后 14d
t 值	0.235	9.012	1.126	7.895	0.412	7.234
P 值	0.815	<0.001	0.265	<0.001	0.682	<0.001

2.3 炎症指标比较

观察组低于对照组 (P<0.05)。详见表 4。

表 4 两组患者干预前后炎症指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	ALB (g/L)		PA (g/L)	
	术前 1d	术后 14d	术前 1d	术后 14d
对照组 (n=30)	35.67 ± 5.24	28.67 ± 4.56	0.85 ± 0.15	0.68 ± 0.12
观察组 (n=30)	36.12 ± 4.89	15.23 ± 3.12	0.87 ± 0.13	0.35 ± 0.08
t 值	0.365	14.021	0.578	14.563
P 值	0.716	<0.001	0.565	<0.001

2.4 并发症发生情况

观察组低于对照组 (P<0.05)。详见表 5。

表 5 两组患者并发症发生情况比较 (例, %)

组别	吻合口瘘	肺部感染	腹泻	腹胀	总计
对照组 (n=30)	2 (6.67)	3 (10.00)	2 (6.67)	1 (3.33)	8 (26.67)
观察组 (n=30)	0 (0.00)	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	2 (6.67)
χ^2 值	2.069	1.064	0.346	1.017	4.320
P 值	0.150	0.302	0.556	0.313	0.038

3 讨论

胃癌患者经常伴随营养不良症状,这是因为肿瘤细胞的快速增殖会持续消耗大量的营养物质,同时肿瘤还会影响到患者的日常食欲和消化功能^[4]。手术作为胃癌患者的重要治疗方式,虽然可以直接切除肿瘤组织,但也会对患者的胃肠道结构和功能形成严重损害,导致进一步加重营养消耗和吸收障碍^[5]。营养不良不仅会削弱患者的机体免疫能力,提升患者感染风险等并发症,还会影响到患者伤口愈合和身体康复,进一步地降低患者的生活质量及生存率^[6]。为此,营养支持在胃癌治疗和康复过程当中具备非常关键的作用,它可以通过补充患者的营养缺失,提升患者的营养状态,增强其自身免疫能力,提高对手术及化疗的耐受性,降低并发症发生,进而改善患者的预后效果。

结果分析:观察组患者的康复周期均显著短于对照组。为了加速胃肠运动的恢复,自手术后 6 至 8 小时即开始提供滋养性肠内营养,此举有助于迅速激发肠道功能,促进其蠕动的复原。短肽型肠内营养制剂能够不经繁复的消化步骤而被有效吸收,从而减轻肠道压力,促进肠道功能的早期康复。根据本研究的发现,观察组患者的肛门排气、排便以及肠鸣

音恢复的时间显著短于对照组,这有力地证实了早期实施滋养性肠内营养对于加速胃肠运动、促进胃肠功能复原具有积极效应。为了保护肠黏膜屏障的功能,早期给予滋养性肠内营养能够为肠黏膜细胞供应必需的营养物质,确保肠黏膜的结构完整,从而预防肠道微生物移位及内毒素血症的出现^[7]。在促进营养吸收的视角下,短肽型肠内营养补充剂展现出更高的可吸收性,能高效地为患者提供所需营养,从而提升血清白蛋白、前白蛋白、血红蛋白等关键营养指标的水平。在本研究中,相较于对照组,接受干预措施的患者营养指标显著提升,这表明,将早期滋养性肠内营养与护理干预相结合,能够有效地优化患者的营养状态。为了调控患者的免疫机能并减缓炎症反应,合理的营养供给与恰当的护理措施均能发挥关键作用。C、维生素 E 与锌等营养素能够抑制自由基生成,从而减少炎症介质的释放。针对并发症发生率的降低,早期实施滋养性肠内营养结合护理干预策略,旨在加速胃肠功能恢复,优化营养状态,以及抑制炎症反应,从而有效减少了吻合口瘘、呼吸道感染、腹泻等不良事件的出现概率。在本研究中,观察到干预模式显著降低了观察组患者的并发症发生率,这充分彰显了该模式的优越性^[8]。

综上所述,早期滋养性肠内营养联合护理干预可有效促进胃癌患者术后胃肠功能恢复,改善营养状况,减轻炎症反应,降低并发症发生率,具有临床大力推广价值。

参考文献:

- [1] 吴青兰,康江荣,黄钦.三联预康复护理策略对胃癌术后患者预后情况及生活质量的影响[J].中国临床护理,2025,17(6):354-359.
- [2] 余喜梅,都艳艳,王胜红."5E"康复护理模式对早期胃癌手术患者自我效能及自我管理行为的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(2):288-292.
- [3] 汤海琴,郑江,罗静枝.基于 ERAS 理念手术室护理对腹腔镜胃癌根治术患者手术应激和预后康复效果的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(10):1745-1749.
- [4] 秦语欣,凌蓉.基于循证的早期肠内营养支持护理对胃癌术后患者营养指数、免疫功能及生存质量的影响[J].中

外医学研究 ,2025,23(20):113-117.

[5] 公玮玮. 术后护理干预用于促进胃癌根治术后患者胃肠功能恢复及生存质量的改善效果 [J]. 中外医疗 ,2025,44(1):122-125.

[6] 彭红, 连萍红, 陈丰梅, 等. 早期肠内营养支持联合针对性护理应用于胃癌合并糖尿病患者术后的效果及护理

要点探讨 [J]. 糖尿病新世界 ,2025,28(9):138-141.

[7] 范静静, 吴晓鹃, 肖佩华, 等. 基于互联网平台的 4C 延续性护理模式在胃癌术后病人家庭肠内营养中的应用 [J]. 肠外与肠内营养 ,2025,32(2):101-106.

作者简介: 徐震, 1976-08-19、女、汉、江苏无锡、本科、主任护师、研究方向 肿瘤护理