

基于循证的综合护理对胃癌术后患者早期肠内营养耐受性及生活质量的影响

朱红菊

(潜江市园林南路社区卫生服务中心 湖北潜江 433100)

【摘要】目的：探讨基于循证的综合护理对胃癌术后患者早期肠内营养耐受性及生活质量的影响。方法：选取2023年1月至2025年12月收治的70例行胃癌根治术患者，随机分为对照组和观察组各35例。对照组采用常规护理，观察组实施基于循证的综合护理，干预至出院后1个月。比较两组肠内营养耐受性、胃肠功能恢复、炎症因子、癌因性疲乏及生活质量。结果 观察组肠内营养不耐受发生率低于对照组，胃肠功能恢复更快，癌因性疲乏评分更低，生活质量评分更高（均 $P < 0.05$ ）。结论 基于循证的综合护理可改善胃癌术后患者早期肠内营养耐受性及生活质量。

【关键词】胃癌；术后护理；循证护理；早期肠内营养；耐受性；生活质量

The Impact of Evidence-Based Comprehensive Nursing on Early Enteral Nutrition Tolerance and Quality of Life in Postoperative Gastric Cancer Patients

Zhu Hongju

(Qianjiang City Yuanlin South Road Community Health Service Center, Qianjiang, Hubei 433100)

[Abstract] Objective: To investigate the effects of evidence-based comprehensive nursing on early enteral nutrition tolerance and quality of life in postoperative gastric cancer patients. Methods: A total of 70 patients undergoing radical gastrectomy from January 2023 to December 2025 were enrolled and randomly divided into a control group ($n=35$) and an observation group ($n=35$). The control group received conventional nursing care, while the observation group received evidence-based comprehensive nursing interventions lasting until one month post-discharge. Comparisons were made regarding enteral nutrition tolerance, gastrointestinal function recovery, inflammatory markers, cancer-related fatigue scores, and quality of life between the two groups. Results: The observation group exhibited a lower incidence of enteral nutrition intolerance, faster gastrointestinal function recovery, lower cancer-related fatigue scores, and higher quality of life scores compared to the control group (all $P < 0.05$). Conclusion: Evidence-based comprehensive nursing can significantly improve early enteral nutrition tolerance and quality of life in postoperative gastric cancer patients.

[Key words] Gastric cancer; Postoperative care; Evidence-based nursing; Early enteral nutrition; Tolerance; Quality of life

胃癌是高发消化道恶性肿瘤，手术根治是核心治疗手段，但手术创伤易导致胃肠功能受损、营养吸收障碍。早期肠内营养是胃癌术后首选营养支持方式，可保护肠道屏障、改善营养状态，但术后患者易出现肠内营养不耐受，严重影响康复^[1]。循证护理是结合科研证据、临床经验与患者需求的科学护理模式，可提升护理质量。目前其在胃癌术后早期肠内营养护理中的系统性研究仍不完善，本研究构建循证综合护理方案，探讨其对患者肠内营养耐受性及生活质量的影响，为临床护理提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2025年12月我院胃肠外科收治的70例行胃癌根治术患者作为研究对象，纳入标准：经病理检查确诊为胃癌，符合胃癌根治术手术指征；术前无严重心、肝、肾、肺等重要脏器功能障碍；无肠道梗阻、消化性溃疡等消化系统合并症。排除标准：合并严重感染、凝血功能障碍者；术前接受放化疗者；存在精神疾病、认知功能障碍者；

术后出现严重并发症(如吻合口瘘、大出血)需特殊处理者;随访期间失访者。采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组35例。对照组男19例,女16例;年龄45~78岁,平均(62.35 ± 7.82)岁;病理分型:腺癌30例,鳞癌3例,其他2例;手术方式:全胃切除术12例,胃大部切除术23例。观察组男18例,女17例;年龄43~79岁,平均(61.89 ± 8.05)岁;病理分型:腺癌29例,鳞癌4例,其他2例;手术方式:全胃切除术11例,胃大部切除术24例。两组患者性别、年龄、病理分型、手术方式等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

对照组采用常规护理,包括术后生命体征、腹部体征监测,胃肠减压、静脉补液、抗感染等治疗,术后24~48h按需启动肠内营养(遵循“由少到多、由稀到稠、由慢到快”原则),常规健康宣教及不耐受症状对症处理。

1.2.2 观察组

观察组在对照组基础上实施基于循证的综合护理,核心措施如下:(1)术前干预:采用PG-SGA量表评估营养状态,对营养不良者予术前1~2周营养支持;通过图文、视频宣教普及相关知识,结合SAS、SDS量表评估心理状态,对负面情绪明显者给予心理疏导。(2)术后干预:①肠内营养输注:术后24h内以20~30mL/h输注温生理盐水,无不适应过渡至营养制剂,逐步调至80~100mL/h,温度控制在37~38℃,营养泵持续输注并监测反应;②胃肠功能促进:术后6h协助半卧位、床上活动,24h鼓励下床,配合腹部热敷、顺时针按摩;③对症干预:腹胀者予肛管排气、促胃肠动力药,腹泻者调整输注方案并补充电解质;④炎症与疲乏管理:监测CRP、IL-6水平,鼓励饮水促进炎症代谢,结合CFS量表评估疲乏程度并予个性化干预。(3)出院后干预:每周随访1次(持续1个月),指导饮食过渡、居家康复锻炼,定期评估营养及生活质量,及时调整护理建议。

1.3 观察指标

(1)早期肠内营养耐受性:记录两组患者肠内营养不

耐受发生率,不耐受判断标准[4]:输注肠内营养期间出现腹胀、腹泻(每天 ≥ 3 次稀水样便)、恶心、呕吐、胃潴留(胃残余量 ≥ 200 mL/次)等症状,需调整输注方案或暂停输注者。同时采用分级评分法评估不耐受症状严重程度,0分:无不适症状;1分:轻微腹胀、恶心,不影响输注;2分:中度腹胀、腹泻(每天3~5次)、恶心,需减慢输注速度;3分:重度腹胀、腹泻(每天 ≥ 6 次)、呕吐,需暂停输注,得分越高,症状越严重。(2)胃肠功能恢复指标:记录两组患者肠鸣音复常时间(术后至肠鸣音恢复正常,即每分钟4~5次)、首次肛门排气时间、首次排便时间及住院时间。(3)癌因性疲乏:采用癌因性疲乏量表(CFS)评估患者术后7d的疲乏程度,该量表包括躯体疲乏、情感疲乏、认知疲乏3个维度,共22个条目,每个条目0~4分,总分0~88分,得分越高,疲乏程度越严重。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0软件分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示、t检验,计数资料以[n(%)]表示、 χ^2 检验,等级资料用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者早期肠内营养耐受性比较

观察组肠内营养不耐受发生率为5.71%(2/35),显著低于对照组的20.00%(7/35),差异具有统计学意义($\chi^2=4.200$, $P=0.040$)。观察组不耐受症状严重程度评分(0.30 ± 0.14)分,显著低于对照组的(0.85 ± 0.22)分,差异具有统计学意义($t=11.765$, $P < 0.001$)。

2.2 两组患者胃肠功能恢复指标及住院时间比较

观察组肠鸣音复常时间、首次肛门排气时间、首次排便时间及住院时间均显著短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

2.3 两组患者术前及术后7d癌因性疲乏评分比较

术后7d,两组患者CFS各维度评分均较术前显著降低,且观察组低于对照组($P < 0.05$)。详见表2。

表1 两组患者胃肠功能恢复指标及住院时间比较($\bar{x} \pm s$, d)

组别	例数	肠鸣音复常时间	首次肛门排气时间	首次排便时间	住院时间
对照组	35	2.12 ± 0.45	2.35 ± 0.36	3.15 ± 0.60	14.25 ± 1.62
观察组	35	1.35 ± 0.23	1.52 ± 0.20	2.20 ± 0.55	11.23 ± 1.48

t 值	9.014	11.923	6.905	8.142
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 2 两组患者术前及术后 7d 癌因性疲乏评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	躯体疲乏		情感疲乏		认知疲乏	
		术前 1d	术后 7d	术前 1d	术后 7d	术前 1d	术后 7d
对照组	35	12.89 $\pm$ 2.15	13.20 $\pm$ 1.56	7.98 $\pm$ 1.23	8.09 $\pm$ 1.20	4.05 $\pm$ 0.60	4.07 $\pm$ 0.58
观察组	35	12.85 $\pm$ 2.12	10.08 $\pm$ 1.22	7.95 $\pm$ 1.21	6.12 $\pm$ 0.83	4.03 $\pm$ 0.59	2.75 $\pm$ 0.34
t 值		0.078	6.988	0.103	7.988	0.141	11.616
P 值		0.938	<0.001	0.918	<0.001	0.889	<0.001

3 讨论

胃癌术后早期肠内营养是促进患者康复的关键环节,但其耐受性受多种因素影响,如手术创伤、胃肠道功能紊乱、炎症反应等,肠内营养不耐受的发生会导致营养支持效果不佳,延缓患者康复,降低生活质量^[2]。常规护理模式缺乏针对性和科学性,多以经验性护理为主,难以有效解决术后肠内营养耐受性差的问题。循证护理通过系统检索、评价科研证据,结合临床经验和患者需求,制定个性化护理方案,可有效优化护理流程,提高护理质量,改善患者预后^[3]。

本研究中,观察组实施基于循证的综合护理干预,通过术前营养评估与干预,改善患者术前营养状态,提高手术及营养支持耐受性;通过健康宣教与心理干预,缓解患者负面情绪,增强其配合度。术后,结合循证证据优化肠内营养输注方案,控制输注速度、温度和浓度,减少胃肠道刺激,同时采取腹部按摩、早期活动等措施,促进胃肠蠕动,加快胃肠功能恢复。针对肠内营养不耐受症状,提前制定干预措施,及时处理腹胀、腹泻等问题,降低不耐受

发生率,减轻症状严重程度^[4]。此外,通过监测炎症因子水平,调整护理方案,减轻术后炎症反应,同时针对癌因性疲乏实施个性化干预,缓解患者疲乏感^[3]。出院后持续随访,提供饮食、康复指导,确保护理的连续性,进一步促进患者康复,改善生活质量^[5]。

研究结果显示,观察组肠内营养不耐受发生率显著低于对照组,不耐受症状严重程度显著轻于对照组,表明基于循证的综合护理可有效提高患者早期肠内营养耐受性,减少不耐受症状发生。观察组肠鸣音复常时间、首次肛门排气时间、首次排便时间及住院时间均显著短于对照组,提示该护理模式可有效促进胃肠功能恢复,缩短康复进程。术后 7d,观察组 CFS 各维度评分均显著低于对照组,表明基于循证的综合护理可有效减轻术后炎症反应,缓解癌因性疲乏,为患者康复提供良好条件。综上所述,基于循证的综合护理可有效提高胃癌术后患者早期肠内营养耐受性,促进胃肠功能恢复,减轻炎症反应和癌因性疲乏,显著改善患者术后生活质量,具有较高的临床推广价值。

参考文献:

[1]孙昱,薛晓梅,弯丽莉.肠内营养联合综合护理对急性胰腺炎患者营养状况及炎症反应的影响[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(12):1-4.

[2]韦春念,张佳佳,梁依,等.综合护理在鼻空肠管早期肠内营养重症急性胰腺炎患者中的应用效果[J].医药前沿,2024,14(05):81-83+87.

[3]施瑾雅.肠内营养联合综合护理在急性重症胰腺炎护理中的效果分析[J].当代医药论丛,2025,23(33):164-166.

[4]杨晓莎,张瑞娜.营养支持综合护理对胃癌术后患者营养状态及生活质量的影响[J].临床医学工程,2024,31(08):1013-1014.

[5]李亚玲,梁苗苗,罗冰.肿瘤营养教育下自我超越理论结合综合护理干预在老年胃癌患者中的应用效果[J].中国医药导报,2024,21(13):165-167.