

胃大切术后早期肠内营养临床效果研究

甘星亮

岳阳市第一人民医院胃肠外科 湖南岳阳 414000

[摘要] 目的 研究分析胃大切术后给予患者早期肠内营养(EN)的疗效。方法 选取在我院实施胃大切术患者 65 例,按照手术治疗的先后顺序分为两组:实施组(35 例)和未实施组(30 例),未实施组对术后的患者实施常规护理,实施组对术后的患者实施 EN,对比两组患者的护理效果。结果 实施组在氮摄入和氮平衡与未实施组比较后说明,差异明显,具有统计学意义 $P < 0.01$; 术后 5d PAM 和 TFM 比较($P < 0.05$); 术后 7dPAM 和 TFM 两组比较($P < 0.05$)。结论 对胃大切术患者术后早期肠内营养的供给不仅能提高患者的机体免疫了还能改善全身的营养状况,对促进肠道恢复功能和早日康复的意义重大。

[关键词] 胃大切; 早期; 肠内营养

[中图分类号] R656.61

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2017)03-007-02

[Abstract] Objective To study the analysis of early enteral nutrition in patients with gastric resection (EN) curative effect. Methods A total of 65 cases of patients with gastric resection in our hospital, according to the order of surgical treatment were divided into two groups: Group (35 cases) and unimplementing group (30 cases), not the implementation of group of routine nursing of postoperative patients, the implementation of group on postoperative patients with EN, nursing effect comparison two groups of patients. Results the implementation of group in nitrogen intake and nitrogen balance and not the implementation of group comparison, significant difference was statistically significant, $P < 0.01$; 5d:PAM and TFM after operation ($P < 0.05$); operation After 7dPAM and TFM between the two groups ($P < 0.05$). Conclusion the gastric resection in patients with postoperative early enteral nutrition supply can not only improve the immune of patients can improve the nutritional status of the body, to promote the recovery of intestinal function and the recovery of great significance.

[Key words] gastric resection; early stage; enteral nutrition

胃大切术后的患者机体是高代谢的状态,机体的代谢率明显高于其他病患,早期给予 EN 支持,不仅可以给予患者充分的营养支持,还是患者恢复身体健康的基本需求,根据大量的文献中记载,对胃大切术后给予 EN 的效果已经被临床医生和患者所认同^[1],现将我院研究的成果,整理相关材料简述如下:

1 材料与方法

表 1: 两组患者基本资料 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	年龄(岁)	中值年龄(岁)	溃疡	胃癌	华氏 I 式	华氏 II 式
实施组	35	19—81	50.3 ± 1.2	27	8	20	15
未实施组	30	22—82	52.1 ± 1.5	24	6	19	11
P		$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P > 0.05$

1.2 方法

1.2.1 未实施组: 未实施组术前给予置入普通胃管,术后给予常规护理如:补液、抗感染、酸碱和电解质平衡等,并根据患者的病情给予适当的补充血液,在术后的 3—5d 待肠功能恢复后,并出现肛门排气后,可以摄入食物,起初摄入的食物为易消化流质,而后逐渐项半流食过渡^[2]。

1.2.2 实施组: 实施组患者在术后待病情稳定后,通过鼻胃管和鼻空肠管以及空肠造口术对患者实施循序渐进的方式,刚开始为:少量→适量→多次的患者实施肠内营养液(瑞素:有华瑞制药有限公司提供,按照 30ml/kg·d 来推算,不足的可以应用葡萄糖注射液替代)术后 1d 剂量为 500ml; 术后 2d 可以将剂量加大至 1000ml; 第 3d 可以给予完全剂量,治疗时间为 7d^[3]。

1.2.3 病况的监测 ①对患者的创口进行观察,是否出现浅美兰色,一旦发现该种颜色应立即停止营养液的滴入^[3]; ②对患者腹部的情况进行密切的观察(腹胀、腹痛、恶心和呕吐等),对其的肠鸣音进行听诊,方便随时按照患者的病情调整营养液滴入的速度和剂量; ③对患者此时的营养状况进行评估,并严格按照规定的时间给予患者营养供给。

1.3 观察指标

表 3: 对比两组患者术后 5d 和 7d 氮平衡情况 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	时间					
		术后 5d			术后 7d		
		氮摄入	氮排泄	氮平衡	氮摄入	氮排泄	氮平衡
未实施组	30	8.5 ± 1.2	13.5 ± 1.5	-5.0 ± 0.6	11.5 ± 1.5	12.5 ± 0.9	-1.0 ± 0.7
实施组	35	14.5 ± 1.9	13.3 ± 1.6	-0.5 ± 0.3	14.6 ± 1.6	12.9 ± 1.2	1.75 ± 0.9
P		< 0.01	> 0.05	< 0.01	< 0.01	> 0.05	< 0.01

1.1 患者基本资料

选取在我院实施胃大切术患者 65 例,按照手术治疗的先后顺序分为两组:实施组(35 例)和未实施组(30 例),所有患者均实施伟大切除术治疗,并排除存在糖尿病、肝脏功能异常、肾脏功能异常、肠梗阻等;具体资料见表 1。

- (1) 所有患者术后,定时给予患者听肠鸣音操作直至恢复为止;
(2) 对两组患者术后至初次肛门排气的时间、首次排便的时间进行统计和记录;
(3) 对两组患者胃部引流量、色泽等记录和统计;
(4) 对两组患者术前 1d、术后第 5d 以及 8d 的尿素氮;血浆中的蛋白以及内毒素;患者的体重等进行统计。

1.4 统计学方法

本文研究所得数据资料采用 SPSS16.0 统计学软件进行处理分析,计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,实施 t 检验;计数资料使用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者术后胃减压后的引流量

两组患者术后胃减压后的引流量,无统计学意义 $P > 0.05$,见表 2。

表 2: 对比两组患者术后胃减压后的引流量 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	24h	48h	72h
未实施组	30	472.5 ± 99.5	312.5 ± 58.5	120.5 ± 30.5
实施组	35	470.5 ± 97.5	417.5 ± 57.5	125.0 ± 28.5

2.2 对比两组患者术后 5d 和 7d 氮平衡情况

· 论 著 ·

两组患者氮排泄差异微小,无统计学意义 $P > 0.05$;而实施组在氮摄入和氮平衡与未实施组比较后说明,差异明显,具有统计学意义 $P < 0.01$,见表 3。

2.3 对比两组患者血浆蛋白水平的变化情况

①术前 1d 两组比较:TP(总蛋白)、ALB(白蛋白)、PAM(前

表 4: 对比两组患者血浆蛋白水平的变化情况

指标	术前 1d			术后 5d			术后 7d		
	未实施组	实施组	P	未实施组	实施组	P	未实施组	实施组	P
TP	61.2±1.5	59.0±1.8	> 0.05	58.2±2.0	57.5±1.2	> 0.05	57.1±1.6	58.9±0.7	> 0.05
ALB	33.5±2.5	32.3±2.9	> 0.05	32.1±2.5	32.5±2.2	> 0.05	33.1±1.9	32.7±1.6	> 0.05
PAM	291.3±60.2	290.6±50.5	> 0.05	277.5±45.2	299.3±46.1	< 0.05	270.3±55.5	320.5±70.1	< 0.05
TFM	2.32±0.82	2.34±0.91	> 0.05	2.37±0.40	2.93±0.67	< 0.05	2.03±0.35	3.52±0.81	< 0.05

2.4 两组患者平均丢失体重

未实施组丢失体重(3—8)kg,平均丢失体重 (5.5 ± 0.6) kg;实施组丢失体重(2—4)kg,平均丢失体重 (3.0 ± 0.4) kg,两组比较具有统计学意义 $P < 0.05$ 。

3 讨论

胃部切除患者大部分在术前存在营养不良,故术后对其应用营养支持的意义非常重大,术后给予应用支持,可以有效减少相关并发症发生的几率在临床上已经达成共识。胃大切除后患者一般情况下,在 5d 左右即可首次肛门排气,排气后需要将胃肠减压管进行拔除,之后伴随肠功能的逐渐恢复,慢慢的患者可以摄入易消化的食物,在患者出院时往往因为治疗后高代谢的状态致使身体营养流失过多,又得不到充分的应用供给,从而引发营养不良、免疫功能抑制和体重迅速的减轻等,故身体机能低下是引发各种并发症的直接因素,患者的尽快恢复产生一定的影响^[4]。相关研究中说明,在患者经过腹部手术后,肠蠕动功能会在数小时后慢慢的恢复,而术后的小肠在 6—12h 之后,就具有消化和吸收的作用。近些年以来,在胃肠道手术后,给予 EN 的效果,越来越多的受到医学研究者的认可,术后给予患者早期 EN 可以有效地减少体重的丢失,与本次研究结果相一致。肠内营养支持可以调节患者肠内的菌群平衡,不仅可以改善患者的营养问题,同时对于并发症发病率可以有效降低^[2]。早期实施肠内营养,能够有效促进肠部蠕动及激素的释放,维持肠道黏膜保护肠道的功能,避免发生

白蛋白)、TFM(转铁蛋白)差异微小,不具有统计学意义 $P > 0.05$;②术后 5d:TP 和 ALB 两组比较($P > 0.05$),而 PAM 和 TFM 比较($P < 0.05$);③术后 7d:TP 和 ALB 两组比较($P > 0.05$),而 PAM 和 TFM 两组比较($P < 0.05$),见表 4。

细菌移位,起到改善患者营养状况,提高免疫功能的作用^[5]。

本次研究结果充分的说明,对胃大切术后的患者早期给予 EN 的临床价值,该种提供营养的方式更加的符合人体的生理结构,早期摄入营养的患者,不仅能刺激胃肠道黏膜的分泌,还能促进肠道的恢复蠕动的功能,增强患者身体免疫力的提高,给予肠道内提供营养还能保护肠黏膜结构。

综合以上的阐述和研究结果充分的说明,对胃大切术患者术后早期肠内营养的供给不仅能提高患者的机体免疫了还能改善全身的营养状况,对促进肠道恢复功能和早日康复的意义重大。

[参考文献]

- [1] 纪梅香.45 例胃癌患者术后早期肠内营养的护理[J].中国实用医药,2012,7(35):231-232.
- [2] 邱玉梅.胃癌术后早期肠内营养的应用及护理观察[J].甘肃医药,2012,31(7):543-545.
- [3] 何彦坤,张静,何若冲.肠内与肠外营养对胃癌根治术后患者恢复情况的 Meta 分析[J].中华临床医师杂志(电子版),2013,7(5):2077-2081.
- [4] 王昌国.胃癌根治术后早期肠内、肠外营养效果比较[J].山东医药,2010,50(38):71-72.
- [5] 刘同运,毛伟征,李杨,等.胃癌术后早期肠内营养支持的研究[J].中国现代普通外科进展杂志,2010,13(7):868-870.

(上接第 5 页)

通过本文研究结果得出:所有患者均顺利完成手术,术后骨疼痛和瘙痒等症明显缓解,1 个月后,甲状旁腺激素和血清钙、磷、碱性磷酸酶等指标均得到缓解,而不良反应患者 2 例,仅 1 例复发。说明难治性甲状旁腺功能亢进症运用甲状旁腺切除术治疗的临床效果较理想,可以有效的降低患者 iPTH 水平,改善患者临床症状,复发率较低,安全性较高。但是笔者在研究的过程中发现,患者手术时机远较国外患者为晚,加之对低磷饮食等依从性较差,移植可能增加 SHPT 复发率。

总之,甲状旁腺切除术对难治性甲状旁腺功能亢进症的治疗效果较为理想,可以在短期内使患者的相关指标恢复正常,改善其生活质量,纠正钙磷骨代谢紊乱效果较高,值得临床的推广与应用。

[参考文献]

- [1] JE Coulston, R Egan, E Willis et al. Total parathyroidectomy

without autotransplantation for renal hyperparathyroidism[J]. British J of Surg, 2010, 97:1674-1679

- [2] Schneider R, Emily P, Karakas E, et al. Initial Parathyroid Surgery in 606 patients with renal hyperparathyroidism[J]. World J Surg, 2012, 36(2):318-326.

- [3] 邵德荣, 马晓霞, 宋铁军. 原发性甲状旁腺功能亢进症临床治疗分析[J]. 中国药物经济学, 2014, 3(2):301-302.

- [4] 毕智敏, 余毅, 王琰, 等. 甲状旁腺切除术治疗维持性透析患者继发性甲状旁腺功能亢进 15 例临床分析[J]. 中国血液净化, 2014, 13(12):832-850.

- [5] 王海峰, 张凌, 姚力, 鲁瑶, 等. 左三种不同甲状旁腺切除术治疗继发性甲状旁腺功能亢进 425 例疗效比较[J]. 中国血液净化, 2016, 15(9):455-458.

(上接第 6 页)

< 0.05)。以上研究结果说明在慢性阻塞性肺疾病辨证分型中肺肾气虚型且处于稳定期的患者在西药治疗的基础上联合中药补肺益肾汤,其治疗效果显著,患者的临床症状明显改善,急性发作次数明显减少,利于患者的预后,生活质量的提高,可对临床广泛应用推广。

[参考文献]

- [1] 寇焰. 补肺益肾汤治疗肺肾气虚型慢性阻塞性肺疾病稳定期 30 例临床观察[J]. 中医中药, 2014, 12(1):180-181.

- [2] 王向伟, 穆国萍. 噻托溴铵治疗中重度稳定期慢性阻塞性肺疾病临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(18):139-140.

- [3] 欧江琴, 刘良丽. 加味补肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期肺脾虚证[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 7(19):303-306.

- [4] 赵世波. 慢性阻塞性肺疾病稳定期患者大红景天治疗后肺膜弥散和肺毛细血管床容量的改变[J]. 山西医药杂志, 2012, 41(17):722-723.

- [5] 俞宁宁, 王真, 杨瑶超. COPD 稳定期中医证治研究进展[J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36(4):467-468.