

基于营养风险评估的个性化营养支持护理对胃癌患者术后恢复的影响

王秋菊

云南省昆明市 北京大学肿瘤医院云南医院 650118

摘要：本文主要研究根据营养风险评价，给胃癌患者术后恢复提供个性化营养支持护理。选择胃癌手术病人，使用营养风险评估工具进行评估，对不同风险等级的病人实行个性化的营养支持护理，即营养支持途径、营养制剂的选择等。结果表明该护理模式可以改善患者的营养状况，促进胃肠功能的恢复，减少并发症的发生，给胃癌患者术后护理提供一定的理论支持。

关键词：营养风险评估；个性化营养支持护理；胃癌；术后恢复

一、引言

胃癌属于常见的消化道恶性肿瘤，手术是主要的治疗方法。但是胃癌患者术前常常由于肿瘤消耗、食欲减退等原因存在不同程度的营养不良，术后又由于手术创伤、禁食等原因加重了营养负担。营养不良会直接影响到患者术后体力恢复、切口愈合，也会增大感染等并发症的发生几率，从而影响患者的预后情况。根据营养风险评价结果来制订个性化的营养支持护理计划，可以提高患者术后康复效果。

二、资料与方法

2.1 一般资料

选取我院 2025 年 10 月到 2026 年 3 月间的 30 例行胃癌手术患者，男女各半，年龄为 36-65 岁。纳入标准为经过病理确诊的胃癌，首次接受胃癌根治术，意识清楚，可以配合研究。排除标准是合并严重的心、肝、肾等重要脏器功能障碍、精神疾病的患者。将病人分为病人的观察组和对照组每组各 15 人。两组患者年龄、性别、肿瘤分期等一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），有可比性。

2.2 方法

对照组给予常规护理，即病情观察、基础生活护理、术后饮食指导（术后禁食 1 天，待胃肠功能恢复后再慢慢开始饮食）。

观察组在常规护理的基础上加上根据营养风险评分的个性化的营养支持护理。

营养风险评价在入院后的 24h 内用营养风险评估工具（NRS2002 等）做评价。评估的内容有患者的体重指数（BMI）、近期的体重减轻或者增加情况，

饮食摄入量的变化以及疾病严重程度等。根据评价结果把患者分成低危组（NRS 评分<3 分）、中危组（NRS 评分 3-4 分）和高危组（NRS 评分≥5 分）。

低风险患者护理，术后第一天开始经口少量饮水，无不适后第 2 天给予清流食，逐渐过渡到流食、半流食。饮食清淡易消化、富含营养的米汤、果汁、蛋羹等，注意少食多餐。

中风险患者护理，术后 24~48 小时开始进行肠内营养支持。根据患者胃肠道耐受情况选择合适的肠内营养制剂，短肽型或者整蛋白型制剂均可使用。通过鼻饲或者胃肠造瘘管匀速输注，开始时速为 20~30ml/h，逐渐增大到 80~

100ml/h，总量按患者的营养需要量来计算。根据患者的口味可加入果汁等调味品来提高患者的接受程度。肠内营养支持时应仔细观察病人有无腹胀、腹痛、腹泻等胃肠道反应，及时调节输注速度及量。

高危病人护理，在术后 24 小时内同时给肠内营养和肠外营养。肠内营养实施方法同中风险患者，肠外营养根据患者营养状况和能量需求，制定个体化的配方，通过中心静脉或者外周静脉输注。在营养支持期间定时查血常规、生化指标（白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白等）以决定是否需要改变营养计划。

2.3 观察指标

营养状况指标，术前、术后第 7 天分别取血清白蛋白(ALB)、前白蛋白(PA)、转铁蛋白(TF)。胃肠功能恢复指标有第一次排气、排便的时间，肠鸣音恢复的时间。并发症发生情况是指患者术后切口感染、肺部感染、吻合口瘘等并发症有没有出现以及轻重如何。

2.4 统计学方法

用统计学软件对数据进行分析，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，用 t 检验；计数资料以率（%）表示，用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

三、结果

3.1 营养状况指标

指标	组别	术前	术后第 7 天	t	P
ALB	观察组	35.2 ± 3.1	38.5 ± 3.5	2.785	< 0.05

指标	组别	术前	术后第 7 天	t	P
	对照组	34.8 ± 3.3	35.1 ± 3.2	—	—
PA	观察组	0.18 ± 0.03	0.23 ± 0.04	2.974	< 0.05
	对照组	0.17 ± 0.03	0.19 ± 0.03	—	—
TF	观察组	2.05 ± 0.21	2.32 ± 0.25	2.813	< 0.05
	对照组	2.02 ± 0.23	2.10 ± 0.22	—	—

3.2 胃肠功能恢复指标

指标	观察组 (n = 15)	对照组 (n = 15)	t	P
首次排气时间	2.5 ± 0.5	3.2 ± 0.6	3.452	< 0.05
首次排便时间	3.8 ± 0.8	4.6 ± 0.9	2.671	< 0.05
肠鸣音恢复时间	1.8 ± 0.4	2.3 ± 0.5	3.018	< 0.05

3.3 并发症发生情况

并发症	观察组 (n = 15)	对照组 (n = 15)	χ^2	P
切口感染	1 (6.67)	3 (20.00)	1.036	< 0.05
肺部感染	0 (0.00)	2 (13.33)	2.286	< 0.05
吻合口瘘	1 (6.67)	3 (20.00)	1.036	< 0.05
总发生率	2 (13.33)	8 (53.33)	5.357	< 0.05

四、讨论

4.1 改善胃癌患者营养状况

胃癌患者术前由于肿瘤的存在会存在营养摄入不足、代谢紊乱等问题，术后创伤又会增加机体的分解代谢，从而加重了营养不良。经由营养风险评价可以可靠地发现各个营养风险水平的病人。低风险患者早期给予经口饮食指导可以促进胃肠道蠕动、消化液的分泌，有利于营养物质的吸收，维持肠道的屏障功能。中、高风险患者根据患者的胃肠道功能、营养需要给予相应的肠内营养或者肠外营养支持，保证机体的能量和营养素的供给，纠正负氮平衡，提高患者的营养状况。

4.2 促进胃癌患者胃肠功能恢复

早期的合理的营养支持可以保护胃肠道黏膜，促使胃肠激素分泌，保证胃肠道正常的生理功能。对中、高危病人来说，手术初期开始肠内营养有益处，能给肠道带来营养来源，促使肠道黏膜细胞生长，改善肠道屏障机能，加速胃肠功能的恢复。

4.3 减少胃癌患者术后并发症发生

良好的营养状况是机体免疫功能的基础物质。营养不良可以导致机体的免疫力下降，增大术后感染及其它并发症发生的几率。个性化营养支持护理可以改善患者的营养状况，提高机体的免疫力，减少并发症的发生。另外早期肠内营养支持可以减少细菌移位，降低肠道内毒素血症发生的危险，也利于预防感染等并发症的发生。

五、结论

以营养风险评价为依据的个体化营养支持护理可以针对胃癌患者的各个营养风险水平给出相应的营养支持计划，改善患者的营养状况，促使胃肠功能恢复正常，降低术后并发症的发生率，提升患者的生活质量。临床护理中要重视胃癌患者营养风险评估工作，采取个性化营养支持护理手段，促使病人术后早日康复，提升患者生活质量。

参考文献

- [1] 卞晔, 李福宁, 孙甜甜. 多学科营养管理模式对机器人辅助胃癌根治术患者的干预效果及影响因素分析[J]. 机器人外科学杂志(中英文), 2026, 7 (03)
- [2] 多学科心理干预对胃癌术前分期诊断患者情绪及配合度的影响[J]. 马青;冯浩;王丽丽;王丽娜;任继媛;李春星. 国际精神病学杂志, 2024 (05)
- [3] 加速康复外科护理对胃癌根治术后患者心理状态及康复效果的影响[J]. 薛玲玲;宋荣燕. 现代中西医结合杂志, 2025 (06)