

于溶液的温度不适或患者有痔疮,灌肠后引起腹部、肛门不适,疼痛;另有些患者年龄大,行动不便或行外阴、阴道修补术的患者,因操作困难而失败。

3.1.4 减少术后并发症,促进康复 用甘露醇口服法有术后排气早、无腹胀等优点,减少了切口感染,促进切口愈合。即便发生无效时,再行肥皂水灌肠,对患者影响不大。同时还发现,妇科患者在B超检查中腹胀明显无法检查时,可口服甘露醇注射液,效果良好。选用该方法还可以减轻夜班护士工作量。

3.2 临床禁忌证 对心肺功能不全、糖尿病、严重体弱及不配合口服的患者,不宜采用口服甘露醇。此外,有文献报道^[2],肠梗阻或潜在肠梗阻患者不宜采用口服甘露醇,以免加速肠穿孔的发生。

[文章编号] 1000-2200(2006)06-0672-02

。临床护理。

消化道肿瘤患者术后早期肠内营养疗效观察及护理

张艳芳,孙涛

[摘要]目的:总结消化道肿瘤患者术后早期肠内营养(EEN)的疗效及护理体会。方法:60例消化道肿瘤患者随机分为EEN及延迟期肠内营养组(DEN),EEN组30例,术后24h开始给予所需50%肠内营养支持,另50%由肠外营养补充,持续3天,过渡到全肠内营养;DEN组30例,进行全肠外营养,直至肠蠕动恢复,再逐渐过渡到肠内营养,观察两组肠蠕动恢复时间、术后住院时间、并发症等。结果:术后EEN组肠蠕动恢复时间明显早于DEN组($P < 0.001$);住院时间亦显著少于DEN组($P < 0.001$)。术后两组各种并发症差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论:早期肠内营养可促进消化道肿瘤患者术后肠功能恢复,缩短住院时间,是一种良好的营养支持方法。

[关键词] 消化系统肿瘤;肠内营养;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 735 [文献标识码] A

手术创伤可导致患者代谢紊乱和机体免疫功能受损,这对于肿瘤患者表现更为突出,纠正创伤后机体营养不良被认为是控制免疫功能低下及防止感染最简单有效的方法^[1,2]。为探讨术后早期肠内营养对消化道肿瘤患者的治疗效果,选取我科2004年9月~2005年9月收治的60例消化道肿瘤患者,随机分为早期肠内营养(EEN)组和延迟期肠内营养(DEN)组,以观察两种营养支持方式对上消化道肿瘤患者术后恢复的影响,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 男36例,女24例;年龄32~78岁。其中胰头癌10例,肝癌20例,胆管癌20例,胃癌10例,随机分EEN组和DEN组,两组患者一般情况均具有可比性。

[收稿日期] 2006-02-14

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院肝胆外科,安徽蚌埠233004

[作者简介] 张艳芳(1978-),女,护师。

甘露醇注射液属脱水剂,通常必须静脉注射给药,达到脱水和利尿作用^[3]。本文通过给患者口服20%甘露醇注射液后,疗效与肥皂水灌肠相同($P > 0.05$),但副作用小,患者易于接受。且口服甘露醇组排气时间短于肥皂水灌肠组($P < 0.05$),笔者认为用此方法可以代替肥皂水灌肠。

[参考文献]

- [1] 张永霞.大剂量口服甘露醇引起疼痛性休克1例[J].实用护理杂志,1998,14(1):49.
- [2] 左铁,洪文元,李远华,等.甘露醇清洁肠道致肠梗阻并肠破裂1例[J].西藏医药杂志,2002,23(3):63.
- [3] 肖激文主编.实用护理药理学[M].北京:人民军医出版社,2003:450.

1.2 营养支持方法 EEN组在术后24h尝试进行EN,其所需要的能量50%由肠内营养提供,采用能全力与生理盐水搭配,比例为1:1;另外50%由肠外营养供给,术后48h~72h后逐渐过度到全肠内营养,不足的能量和水分由静脉补充。DEN组在肠道功能恢复后进行。肠内营养主要经鼻肠管24h持续均匀的泵入。营养物需要量采用能全力(荷兰Nutriciu公司产品)作为标准肠内营养,4.18 kJ·kg⁻¹·d⁻¹,非蛋白热量氮=133:1,也可根据消化功能选择其它肠内营养制品,如百普力、瑞素等。

1.3 观察指标 观察两组术后肠蠕动恢复时间、住院时间及并发症情况。

1.4 统计学方法 采用t检验和 χ^2 检验。

2 护理

2.1 心理护理 在行肠内营养前,向患者介绍肠内营养的优点,以及在输注过程中可能发生的并发症,

如恶心、呕吐、腹泻、腹胀等,使患者有一定的心理准备,及时发现情况,及时处理。对预计较长期携带鼻肠管的患者,需做好解释工作,消除顾虑,以便接受,并教会家属一定的操作技术,可共同参与实施。

2.2 肠内营养液输入的控制 使用肠内营养液的数量、浓度由小到大,速度由慢到快,由于肠功能未恢复,如果大量快速使用可引起患者恶心、腹胀。能全力应以 10~20 ml/h 的速度由管泵泵入,如患者无不适则调整到 50~60 ml/h 泵入。根据患者情况调整,同时避免大量营养液泵入引起反流导致患者误吸。由于肠功能未恢复,肠黏膜对温度的适应也较差,因此温度过低可导致肠黏膜痉挛,引起患者痉挛性腹痛、腹泻。夏季室温下可直接输入,冬季可以用配置的肠内营养加热器或热水袋,以提高液体温度。

2.3 鼻肠管护理 妥善固定鼻肠管,防止滑脱移动,盘绕扭曲,由于营养成分高黏稠,容易造成物质沉积而阻塞管腔,故每次输注前后以生理盐水 20 ml 冲洗鼻肠管后封管。

2.4 EN 输液泵的使用 我们使用复尔凯 800 型肠内营养泵,该泵需和复尔凯 800 型泵管配套使用,要熟悉其操作程序、报警原因和处理。常见报警原因有电源不足、管道堵塞、滴管内液面过高或过低,液体滴空等。泵管 24 h 更换 1 根。注意输液泵的维护,避免液体渗入泵内,经常用温湿布清洁泵的表面和马达转轴处,以保证正常旋转。

2.5 其他维护 由于营养液不从口腔进食,引起唾液分泌减少,口腔黏膜干燥,因此要注意口腔护理,每天 2 次。减少并发症发生,定期检测肝、肾功能,测定尿比重、尿糖、血电解质,正确估计营养状态,检测血浆白蛋白及体重变化情况。

3 结果

EEN 组术后肠蠕动恢复时间明显早于 DEN 组 ($P < 0.001$), 术后住院时间明显少于 DEN 组 (见表 1); 两组术后各种并发症差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 2)。

表 1 两组患者术后肠蠕动恢复和住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	肠蠕动恢复时间 (h)	住院时间 (d)
EEN 组	30	61.22 ± 13.92	12.8 ± 3.83
DEN 组	30	79.30 ± 15.66	16.6 ± 4.57
t	—	4.73	3.49
P	—	< 0.001	< 0.001

表 2 两组患者术后并发症比较 (1)

分组	n	腹痛 腹胀	腹泻	静脉炎	高血糖	低血钾	胆红素 升高
EEN	30	5	3	0	0	1	2
DEN	30	2	0	5	2	5	3
合计	60	7	3	5	2	6	5
χ^2	—	0.65	1.40	3.49	0.52	1.67	0.00
P	—	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

4 讨论

消化道肿瘤患者术前多有不同程度的消化道功能障碍或消化道不完全性梗阻,这类患者在术前常处于不同程度的营养不良状态,使其对手术及综合治疗的耐受性下降,增加术后并发症的发生率,延长住院时间,肠内营养的作用绝不仅仅是维持患者的营养状况,更重要的是维持内脏器官的各种生理功能^[3],有利于肠道形态和功能的恢复,防止菌群失调所致的肠源性感染,故消化道肿瘤患者的营养支持非常重要^[4,5]。传统观念认为消化功能的恢复要在 72 h 左右,并认为功能恢复是全消化道所有功能,如:消化、吸收、分泌、运动等功能的基本恢复。分析我科术后早期肠内营养支持在消化道肿瘤患者中的应用情况效果良好,仅少部分发生腹部并发症,如腹痛、腹胀等, EEN 组中有腹痛、腹胀 5 例,腹泻 3 例,经过控制输注速度、总量以及降低渗透压、加热、采取半卧位等措施后症状缓解,最终耐受肠内营养。而血胆红素升高、高血糖反应及电解质紊乱(低血钾症)虽较 DEN 组无明显减少 ($P < 0.05$),但例数较少,说明在防止肝功能、糖代谢、电解质紊乱上 EEN 组优于 DEN 组。因此 EEN 支持可使消化道肿瘤患者术后消化道功能恢复提前,并进一步改善患者营养状况,提高患者的免疫力,使感染等并发症减少,从而使住院时间缩短,经济、方便。因此,术后 EEN 较 DEN 对改善机体的营养状况更有效。

[参 考 文 献]

[1] 范新,蒋小华. 添加中链甘油三酯和膳食纤维的肠内营养对腹部手术后患者营养及免疫的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2006, 10(1): 62-64

[2] 蔡瑛,黄青青,万林骏,等. 肠内营养加黄芪对创伤大鼠免疫功能的影响 [J]. 肠外与肠内营养, 2003, 10(2): 65-67.

[3] 许勤,戴晓冬,卢翠凤. 经鼻肠管行肠内营养的实施及护理体会 [J]. 护士进修杂志, 2005, 21(8): 506.

[4] 林锋,王志度. 术后早期肠内营养支持在消化道肿瘤病人中的应用 [J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(11): 661-662.

[5] 徐世斌,严中亚,魏大中,等. 食管癌术后早期肠内营养的临床应用 [J]. 蚌埠医学院学报, 2004, 29(2): 140-142.