

# 冠心病介入治疗术前不禁食的可行性研究

蔡慧婷

**[摘要]**目的:探讨冠心病介入治疗术前不禁食的可行性。方法:将行冠心病介入治疗手术的 99 例患者随机分为观察组和对照组,观察组 45 例术前进食半流质清淡饮食,量为正常的 70%~80%,术前不禁水;对照组 54 例术前禁食 6 h,禁饮 4 h。观察两组口渴、饥饿、血压下降、误吸的发生率。结果:两组口渴、饥饿、血压下降发生率差异均有统计学意义( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ ),两组均无误吸病例。结论:冠心病介入治疗术前适当进食可减少患者不良反应,且不会增加误吸的危险。

**[关键词]** 冠状动脉硬化;介入治疗;术前;不禁食

**[中国图书资料分类法分类号]** R 541.4 **[文献标识码]** A

冠心病患者的介入治疗已普遍应用于临床。为避免围手术期发生胃内容物的反流和呕吐而引起误吸,传统的手术前常规禁食、禁饮习惯已持续了几十年,但这种方法最近几年已受到了质疑。研究表明,长时间禁食、禁饮可增加口渴、饥饿、烦躁、头痛、脱水、血容量减少、低血糖等不良后果,不利于患者对手术的耐受和康复<sup>[1]</sup>。笔者对 45 例行冠心病介入治疗术的患者术前一餐给予适量的半流质饮食,术前不禁水,明显减少了并发症的发生率,且均未发生误吸,现作报道。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2008 年 1~12 月,在本院心内科住院的 99 例行冠心病介入治疗术的患者,随机分成观察组和对照组。观察组 45 例,男 26 例,女 19 例;年龄 40~83 岁。对照组 54 例,男 29 例,女 25 例;年龄 39~81 岁。两组在年龄、性别、病情(心功能、冠状动脉狭窄程度)、造影剂及用量、术者、手术方法、术中出血量、术前血压方面均具可比性。

**1.2 方法** 对照组按冠心病介入治疗护理常规给予术前禁食 6 h、禁饮 4 h<sup>[2]</sup>。观察组采取术前一餐进食易消化的半流质食物,以七八成饱为宜,不禁水。观察两组口渴、饥饿、血压下降[收缩压下降  $\geq 30$  mmHg 或(和)舒张压下降  $\geq 20$  mmHg]、误吸的发生率。

**1.3 统计学方法** 采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

对照组术中、术后并发症的发生均多于观察组( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ )。两组均无误吸病例(见表 1)。

表 1 两组患者术中、术后并发症比较(n)

分组	n	口渴	饥饿	血压下降	误吸
观察组	45	4	0	1	0
对照组	54	41	20	10	0
合计	99	45	20	11	0
$\chi^2$	—	44.49	20.89	6.60	0.00
P	—	<0.01	<0.01	<0.05	>0.05

## 3 讨论

1946 年 Mendelson 提出,误吸 pH < 2.5、容量 > 0.4 ml/kg 的胃内容物,就足以诱发致命的 Mendelson 综合征,即误吸综合征。术前禁食可以直接减少胃内容量,减少麻醉手术中的风险,降低 Mendelson 综合征的发生。对于择期手术,严格的术前禁食成为麻醉医师、临床医师和护士对病人进行术前评估的重要内容。但大量研究表明,术前长时间禁食是不必要的<sup>[3]</sup>。1999 年,美国麻醉医师协会(ASA)对术前禁食指南做了修订,要求缩短禁食禁水时间,特别是缩短限制透明液体的摄入时间<sup>[4]</sup>。指南规定,任何年龄病人术前 2 h 可以进不含乙醇、含少许糖的透明液体,如清水、茶、咖啡、果汁等;成人和儿童术前 6 h 可进易消化食物如茶、面包、牛奶等,8 h 可进固体食物。1990 年,加拿大的麻醉指南中已经删除了建议术前禁食的部分,建议每个麻醉科应有自己的规定,可见世界各国已经放宽了术前禁食的时限。近年研究证明,半流食物中胃内仅存留 1.5~3 h,水或清淡饮料几乎饮后即排空<sup>[5]</sup>。

本文结果显示,对照组口渴、饥饿、血压下降的发生率显著高于观察组( $P < 0.05$ ),观察组进食半流质清淡饮食后术中无误吸发生。提示术前较长时间的禁食、禁饮,患者较易发生血压下降等不良后果,不利于手术的顺利进行,心脏介入手术前给予适

[收稿日期] 2009-03-17

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 心内科,233000

[作者简介] 蔡慧婷(1980-),女,护士。

量的半流质饮食,术前不禁水,不会增加误吸的风险,还可以有效避免口渴、饥饿、血压下降、低血糖等不良反应的发生。心脏介入手术通常是接台手术,由于手术时间不确定,医护人员无法准确通知患者确切的禁食、禁饮时间,而按常规通知,常导致患者实际禁饮食的时间延长。在长时间禁食状态下,体内的水及盐分减少,血液浓缩,细胞外液减少,导致血容量偏低或不足,在此状态下进行有创手术,较易发生血流动力学改变,导致血压下降,发生虚脱甚至休克。另外,禁食还可引起低血糖等不良反应,均不利于患者对手术的耐受和康复。

冠心病介入治疗采用局部麻醉,患者受麻醉药物的影响很小,患者在清醒状态下接受手术,进半流清淡易消化饮食,进食量为平日量的70%~80%,

术前不禁水,可减少术中并发症发生,而且不增加误吸的危险,是安全可行的。

#### [参 考 文 献]

- [1] 王丽姿,李亚洁.传统术前禁食原则对病人影响的探讨[J].中华护理杂志,2004,39(4):262-264.
- [2] 毛燕君,许秀芳,杨继金.介入治疗护理学[M].北京:人民军医出版社,2007:81-84.
- [3] 刘辉,王丽姿.术前禁食的现状与进展[J].中华护理杂志,2005,40(4):308-310.
- [4] American society of anesthesiologists task force on preoperative fasting. Practice Guideline for preoperative fasting and use of pharmacology agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to health patients undergoing elective procedures[J]. Anesthesiology,1999,90(3):896-905.
- [5] 陈玮,庄芳.冠状动脉造影术前禁食方法的探讨[J].心血管康复医学杂志,2000,9(4):68-69.

[文章编号] 1000-2200(2010)01-0094-03

· 护理学 ·

## 紫杉醇联合表阿霉素治疗乳腺癌不良反应的护理

吴子琳,魏少美,彭可勤,沈学敏

**[摘要]**目的:探讨紫杉醇联合表阿霉素方案治疗乳腺癌不良反应的护理。方法:45例乳腺癌患者采用紫杉醇加表阿霉素治疗,21天为1周期,每位患者均完成2个周期以上。化疗前实施心理护理,化疗过程中强化护理,观察毒副反应,并进行针对性护理。结果:过敏反应3例,骨髓抑制17例,胃肠道反应31例,脱发45例,神经系统反应21例,心脏毒性反应1例,口腔溃疡2例。无IV度反应者。结论:乳腺癌患者化疗过程中实施相应的护理措施,保证了化疗的顺利完成。

**[关键词]** 乳腺癌;肿瘤/药物疗法;紫杉醇;表阿霉素;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 737.9;R 730.53 [文献标识码] A

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤。随着生活水平的提高,其发病率近年有逐步上升的趋势。紫杉醇是新一类广谱抗肿瘤药,它与表阿霉素是治疗乳腺癌最具活性的两种药物,联合应用有协调作用<sup>[1]</sup>。2006年9月至2008年3月,我科采用紫杉醇联合表阿霉素治疗乳腺癌45例,取得满意疗效。现将治疗过程中常见的不良反应和护理措施作一总结。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组45例均为女性,年龄27~70岁。均经病理确诊为乳腺癌,其中浸润性导管癌39例,浸润性小叶癌6例。化疗前经检查血常规、尿常规、肝肾功能、心电图无异常,卡氏评分>80,均无化疗禁忌证。

1.2 方法 表阿霉素按75~90 mg/m<sup>2</sup>,加入5% GS 40 ml,第1天静脉推注紫杉醇135~175 mg/m<sup>2</sup>,

加入生理盐水或5% GS 500 ml中;第2天静脉滴注维持3 h。给药6~12 h前服用地塞米松20 mg,给药前30~60 min给予苯海拉明50 mg口服,西米替丁300 mg静脉推注。化疗前30 min给予昂丹司琼,甲氧氯普氨预防胃肠道反应,化疗后水化2天,间隔3周重复1个疗程。

1.3 结果 治疗后患者食欲有不同程度的改善。输注后并发过敏反应3例(6.7%),骨髓抑制17例(37.8%),胃肠道反应31例(68.9%),脱发45例(100%),关节肌肉酸痛21例(46.7%),窦性心动过速1例(2.2%),口腔溃疡2例(4.4%)。

### 2 护理

2.1 心理护理 为患者提供感情心理支持,使患者树立战胜疾病的信心,积极配合治疗。

2.2 药物配制 紫杉醇类药物必须使用非聚氯乙烯材料,并配有0.22 μm过滤装置的输液器,配制时使用玻璃瓶装的溶液及玻璃注射器,因紫杉醇中的聚氯基代蓖麻油会引起增塑剂二基己胺酸化物从

[收稿日期] 2008-08-08

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 肿瘤内科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 吴子琳(1977-),女,护师。