

· 临床护理 ·

胃癌根治术后早期肠内外营养应用的比较研究*

何红梅, 苏琼[△]

(重庆医科大学附属第二医院胃肠外科 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.18.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)18-2175-02

胃癌是目前消化系统发病率最高的恶性肿瘤,患病后最容易出现恶病质。大部分患者存在不同程度的营养不良并有进行性体质量下降,占 50%左右,这也是胃癌患者死亡的主要原因^[1]。胃癌根治术是治疗胃癌的最主要方法,但由于手术创伤、禁食、胃肠道多处吻合口以及消化道重建等原因,严重干扰了患者的消化吸收功能,导致患者处于高分解代谢、低合成代谢状态,因而术后常需要积极的营养支持治疗^[2]。胃癌患者术后营养支持治疗的方式分为肠内营养(enteral nutrition, EN)和肠外营养(parenteral nutrition, PN)两种。EN 与 PN 在临床应用,哪一种方式更合适,更利于营养物质的吸收,更能促进患者的康复,更符合快速康复外科理念,本文对 40 例胃癌根治手术患者术后早期肠内外营养进行比较,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 胃镜确诊为胃癌,择期行胃癌根治术,年龄 45~65 岁,术前营养状况良好的患者 40 例,随机分为 EN 组和 PN 组,每组各 20 例。

1.2 方法 EN 组患者术中三腔鼻肠管放至吻合口以下 40 cm 处,于术后第 1~6 天经三腔鼻肠管持续滴注瑞素(每 500 mL 含非蛋白热量 500 kcal,氮量 3 g)1 000~1 500 mL/d,滴注速度为 50~75 mL/h。使用温开水每 4 小时冲洗鼻肠管,防止堵塞,根据患者对瑞素的耐受程度进行稀释。术后第 5 天开始饮水,第 6 天开始恢复半流质饮食。PN 组患者术前安置普通胃管,禁食和胃肠减压,术后患者肠道功能恢复后拔除胃管;术后第 1~6 天,给予 PN 支持治疗,PN 治疗时营养液输入的途径采用的是颈内静脉、外周穿刺中心静脉置管或周围静脉;根据患者身高、体质量、营养状况配置的静脉营养三升袋或成品的静脉营养液;一般为(25~30) kcal·d⁻¹·kg⁻¹。两组患者营养液的用量均根据患者的基础能量消耗和临床情况校正。两组患者同时给予维持水电解质平衡、控制血糖以及其他常规处理。出院时机:两组患者均在伤口无异常、进食无不适后出院。

1.3 观察指标 关注并搜集胃癌术后两种营养支持治疗患者营养状况(血清清蛋白情况)、胃肠道功能恢复情况、患者对鼻肠管/普通胃管耐受程度、并发症(如肺部感染、切口愈合不良等)、营养支持治疗费用、患者住院时间等。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件对资料进行分析处理。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料的组间比较采用 *t* 检验,计数资料的比较用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃癌根治术后早期 EN 与 PN 两组患者术后的血清清蛋白水平均在正常范围之内,两组患者均无切口愈合不良、吻合

口瘘等并发症发生。

2.2 胃癌根治术后 EN 组患者对肠内营养时使用的三腔鼻胃管耐受性较差,主要由于三腔鼻胃管比普通胃管粗、质地较硬,更易引起患者的咽喉部不适。而 PN 组患者在肠道功能恢复后拔除了胃管,留置胃管的时间相对较短,对咽喉部的刺激相对较轻。

2.3 早期 EN 组患者出现腹痛、恶心、腹泻情况比 PN 组患者多。但均未出现肠梗阻、肠痿等情况。通过减慢 EN 液输注速度、生理盐水稀释等方法逐渐缓解。

2.4 早期 EN 组患者术后血糖水平稳定,代谢并发症少,住院营养支持费用较少。与 PN 组比较,肠道功能恢复较早,住院时间缩短,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 胃癌根治术后两组患者相关指标比较

组别	术后清蛋白 (g/L)	胃肠道功能 恢复(d)	肺部并发症 (n)	住院时间 (d)
EN 组	36.2±2.1	1~2*	3	8*
PN 组	35.3±3.5	4~5	2	12

* : $P < 0.05$, 与 PN 组比较。

3 讨论

胃癌根治术后,由于手术的创伤、患者的应激反应以及消化道重建的影响会进一步加重患者的营养消耗,导致术后患者疲惫状态的出现以及免疫功能的抑制^[3]。因此,为胃癌根治术后患者提供合理而有效的营养支持治疗,对患者的康复将起到非常积极的作用。自 1967 年美国的 Dudrick 等证实了 PN 的有效性以来,静脉营养支持在临床上广泛使用。因为传统观点认为胃肠道手术的患者须等到胃肠道功能恢复正常,即肛门排气后才能开始进食,所以,普遍应用 PN^[4]。但近年来来越多的研究证实,机体处于饥饿状态时,肠黏膜萎缩,肠道的屏障功能受损,可导致肠道内微生态紊乱或细菌移位,肠道功能异常和免疫功能损伤^[5-6]。

此研究表明,虽然胃癌根治术后早期 EN、PN 均能满足两组患者术后营养的要求,均不会发生切口愈合不良、吻合口瘘等并发症。但 EN 的使用可以刺激肠黏膜细胞分泌激素,促进肠蠕动和胆囊收缩,恢复肠道功能^[7];有助于维持肠黏膜结构和屏障功能的完整,促进免疫球蛋白的产生,增强肠道的免疫屏障功能,从而预防和减少肠源性感染的发生^[8]。目前认为,不管患者胃肠道具有部分还是全部的功能,能源物质供给的最佳途径是胃肠道^[9]。术后肠道喂养开始愈早,合成代谢恢复愈早^[10]。早期 EN 可刺激肠黏膜细胞的生长,促进胃肠道的运

动;有利于胃癌根治术后患者胃肠道功能的恢复,更符合生理要求,且能减少使用 PN 导致的代谢并发症,患者住院时间明显缩短;更符合现代快速康复外科理念。也就是说,早期 EN 是胃癌根治术后营养物质提供的首选途径。而 EN 由于临床实际应用中患者对三腔鼻肠管的耐受性较低以及肺部并发症的问题,要求医务人员今后在鼻肠管材质的选择及术后肺部并发症的预防上应引起重视。

参考文献:

- [1] 王明俊,潘裕国,卫智强.老年胃癌患者术后早期肠内营养与肠外营养疗效的比较[J].山东医药,2009,49(1):90-91.
- [2] 吴肇汉.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:1140-1141.
- [3] 宋延强,吕文平,庞新.老年胃癌患者术后早期肠内营养与肠外营养疗效的比较[J].中华普通外科杂志,2004,19(1):97-99.
- [4] 吴孟超,吴在德.黄家驷外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:374-380.
- [5] 邓鑫,赵毅,崔钊,等.早期肠内营养在全胃切除术后的应

用[J].中国实用外科杂志,2008,28(9):766-767.

- [6] 王琦三,王海江,陈鹏.早期肠内营养对胃癌术后患者营养状况和肠功能的影响[J].新疆医科大学学报,2007,30(12):1387-1388.
- [7] Brazziti MJ, Braga M, Benedetti E, et al. A randomized controlled trial of oral supplementation with a specialized diet in patients with gastrointestinal cancer[J]. Gastroenterology, 2002, 122(7):1763-1767.
- [8] Okamoto K, Fukatsu K, Ueno C, et al. T lymphocyte numbers in human gut associated lymphoid tissue are reduced without enteral nutrition[J]. J Parenter Enteral Nutr, 2005, 29(1):56-58.
- [9] 黎介寿.临床营养支持——一项重要的治疗措施[J].江苏临床医学杂志,2002,6(1):85-87.
- [10] Schroeder D, Robert B, Manolell LA. Effect of immediate postoperative enteral nutrition on body composition, muscle function and wound healing[J]. J PEN, 1991, 15(3):367-369.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-03-23)

• 临床护理 •

体外循环术后患者的护理危机管理

曹林英, 苏琼[△]

(重庆医科大学附属第二医院胸心外科 400010)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.18.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)18-2176-03

在体外循环下行心内直视手术是治疗各种先天性心脏病、后天性心脏病如风湿性心脏病、心脏肿瘤、冠状动脉粥样硬化性心脏病等疾患的最主要治疗手段。术后患者由于手术创伤大,病情变化快,有创监测及引流管道多,很容易发生各种并发症,导致医疗护理纠纷的发生。如何利用危机管理理论妥善应对医疗纠纷,有效缓和医患矛盾,构建和谐医患关系,日益成为众多医疗机构所关注的问题^[1]。2007年8月至2012年12月本科共收治体外循环手术患者314例,运用危机管理理论,术后经过严密监测与护理,取得了满意效果,无1例护理纠纷发生,现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2007年8月至2012年12月进行体外循环手术患者314例,其中,男198例,女116例,年龄11~78岁,平均54.6岁。其中,先天性心脏病56例,心脏瓣膜置换手术213例,心房黏液瘤摘除术10例,冠脉搭桥手术35例。术前心功能分级:Ⅱ级181例,Ⅲ级105例,Ⅳ级28例。本组死亡8例,其余全部治愈出院。

1.2 护理 患者均行胸部正中切口,在全麻加体外循环下行心内直视手术。术后带气管插管、桡动脉置管、中心静脉置管(颈内静脉或锁骨下)、心包、纵隔引流管、留置尿管。部分患者带临时起搏导线及起搏器、胸腔引流管等。术后入监护病房后予以呼吸机机械通气、心电血氧饱和度监测、有创动脉测压、中

心静脉压等监测,根据病情持续泵入多巴胺、硝酸甘油、硝普钠、乙胺碘呋酮、氯化钾、胰岛素等药物,拔出气管插管后转入普通病房继续监护治疗。

2 方 法

危机管理的含义是指个人或组织通过对可能发生危险导致不良后果的事件进行危机决策、危机监控和危机处理,从而达到减少、避免危机事件的发生、发展,甚至将危机转化为机会的目的^[2]。危机管理理论从实质上来说,就是一个全面和动态的管理过程,包括对危机事件进行发生前、中、后所有方面的管理,主要目的就在于消除或降低危机所带来的不良后果和负面影响。危机预防是指在管理过程中提前做好各种准备,采取各种有效措施,对于危机产生的可能性因素进行全程全方位的预测、防范和管理^[3]。本科从1992年开始进行体外循环手术,通过多年的临床经验与知识积累,同时查阅相关文献,确定把体外循环手术患者的以下几个方面作为护理危机管理的主要工作内容:管道危机管理、血管活性药物使用危机管理、术后大出血危机管理、护理并发症危机管理。

2.1 人员培训

2.1.1 护士危机意识的培养 (1)建立护理危机事件管理培训:体外循环手术风险高于一般患者,这是所有医护人员的共识,可是,哪些环节、哪些方面是属于护理危机高发事件,本科组织全科护士系统学习有关体外循环护理相关知识,分别从管