

参考文献

1 Lukaszuk K, Nakonieczny M, Wójcik D, et al. Heterotopic pregnancy after in vitro fertilization[J]. Przegl Lek. ,2006,63(4):239-241.

2 Rojansky N, Schenker JG. Heterotopic pregnancy and assisted reproduction—an update[J]. J Assist Reprod Genet,1996,13(7):594-601.

3 莫璐,裯丽,檀大湊,等. 胚胎移植宫内宫外同时妊娠6例临床分析[J]. 中国计划生育学杂志,2009,(1):45-46.

[收稿日期 2010-02-10][本文编辑 刘京虹 韦颖(见习)]

护理研讨

重型颅脑损伤病人早期肠内营养的实施及护理

唐芳华, 黎艳, 郭靖, 钟小红

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院外科 ICU
作者简介: 唐芳华(1977-),女,大学本科,学士学位,主管护师,研究方向:重症护理及外科护理。E-mail:1260526227@qq.com

【摘要】 目的 探讨重型颅脑损伤病人早期肠内营养的实施及护理措施。**方法** 对 158 例重型颅脑损伤病人早期实施肠内营养支持,实施后加强观察,做好并发症的预防及处理。**结果** 在实施肠内营养的 158 例患者中,通过严密观察,加强护理,明显减少了并发症的发生。**结论** 肠内营养实施过程中,通过护理干预,可以减少不良反应和并发症的发生。

【关键词】 重型颅脑损伤; 肠内营养; 护理
【中图分类号】 R 651.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2010)05-0493-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.05.33

重型颅脑损伤病人因脑外伤后下丘脑分泌肾上腺皮质激素释放因子,促使大量的皮质激素、儿茶酚胺、高血糖素等释放从而导致高代谢、高分解反应的发生,机体出现高尿氮和负氮平衡^[1]。通常重型颅脑损伤病人的能量消耗比正常人静息时能耗约增 20%~70%,如机体不及时补充营养,可造成营养不良、体重下降、免疫力下降、伤口愈合时间延长等而导致感染的发生,增高死亡率和伤残率^[2]。早期肠内营养(EN)支持不但能改善病人的营养状况,同时还有预防应激性溃疡的作用^[3]。我科自 2008-04~2009-04 对收治的 158 例重型颅脑损伤病人早期实施肠内营养支持,取得了良好的效果,现将护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病人 158 例,其中男 106 例,女 52 例,年龄 18~65 岁。所有患者 GCS 评分≤8 分。其中行颅内血肿清除或去骨瓣减压术 107 例,保守治疗 51 例,气管切开 65 例,患者均无其它脏器合并症。本组病人鼻饲时间最短 2 d,最长 6 个月。

1.2 实施方法 在行开颅手术或保守治疗后 48 h,胃肠道蠕动功能恢复,无消化道出血的情况下即给予鼻饲饮食。选择侧孔空小、硬度适中的 8F 或 10F 的硅胶胃管,在严格无菌操作下留置胃管。鼻饲第 1 天以纯米汤 50~100 ml/次,每 4~6 h 鼻饲 1 次,如无异常,第 2 天间断以 40~60 ml/h 的速

度由肠道营养液输注泵输入瑞素(华瑞制药有限公司)肠内全营养乳剂(无纤维型 1 Kcal/ml)500 ml,3~4 d 后若无腹胀、腹泻、反流等症状,则每天以 80~100 ml/h 速度泵入瑞素 1 000~1 500 ml。部分病人应家属要求,经营养师同意,不同程度增加了辅食,如鱼汤、菜汁、果汁等,每次 100~150 ml,每天喂养 2~3 次。每日所需能量按 25~35 Kcal/(kg·d)计算,不足的水与能量由静脉补充。

2 结果

158 例病人中,有 1 例并发严重应激性溃疡出血,有 49 例发生腹泻,36 例发生便秘,25 例发生呕吐,3 例发生误吸,16 例发生高血糖,3 例发生堵管,2 例因并发严重感染而在短时间内停止肠内营养支持,其余病人用量均在 4d 左右达到 1 000~1 500 ml/d,顺利接受了瑞素营养支持。

3 护理

3.1 正确评估患者的营养状况 根据患者实际情况计算患者每日热量的供应总量。同时根据胃潴留量及临床表现(是否存在呕吐、腹胀、反流)等因素进行增减。热量不足部分由静脉营养补充。

3.2 做好病情观察及监测 实施过程中注意观察有无恶心、呕吐、腹泻、腹胀、胃潴留、返流误吸、应激性溃疡等不良反应。每天监测电解质、血常规等,准确记录 24 h 出入量,并根据其变化及时从 EN 或肠外营养(PN)中补充或调整。监

测肝功能、血糖(1次/4~6 h),预防高、低血糖、酸中毒及高渗性非酮症昏迷的发生,保持血糖在正常范围。

3.3 妥善固定鼻胃管 对躁动不安的患者进行适当约束。每2周更换胃管,鼻饲时抬高床头 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ ^[4],调整好鼻饲液的浓度、温度、输注速度;遵循“浓度由低到高、容量由少到多、速度由慢到快”的原则,首先从少量开始,无不良反应后再逐渐加量(必须先增加量,后增加浓度);实施肠内营养期间,应严密观察有无胃肠道反应,根据病人的具体情况,随时调整“三度”直至病人适应耐受为止。营养液的温度一般为 $38\sim 40^{\circ}\text{C}$,冬季输注时用恒温器或热水带加热近端管道。每次输注完后注入少量温开水(20~30 ml),避免堵塞。持续输注时应每4 h抽吸1次胃残留量,当残留量 $>100\text{ ml}$ 时停止灌注1 h,再次抽吸仍 $>100\text{ ml}$ 者,须查找原因。由于不能经口进食,加之大量抗生素的应用,故要加强口腔护理,预防发生真菌感染,每日作口腔护理2~3次,并注意观察口腔黏膜状态。

4 并发症护理

4.1 腹泻 是最常见的并发症,原因有营养液渗透压高、输注速度过快、灌注环节被污染、长期使用抗生素造成菌群失调、营养不良致肠道吸收能力下降等。护理人员操作过程中严格执行无菌操作,控制输注的速度和温度,避免灌注各环节造成的外源性污染。观察记录粪便性质、颜色、量、次数,对腹泻原因作出准确评估,留取标本送检,必要时使用止泻剂,保持肛周皮肤清洁干燥,减少皮肤刺激。脱水严重者遵医嘱补液。

4.2 便秘 患者因长期卧床,肠蠕动减弱,加之粗纤维食物进食少以及甘露醇的使用,使肠道内水分大量流失而引起便秘^[5]。应及时增加液体的摄入量,增加辅食如菜汁和果汁摄入,必要时用开塞露纳肛能取得满意效果。

4.3 应激性溃疡 重型颅脑损伤患者常因丘脑下部、脑干自主神经功能障碍导致胃肠血管痉挛、胃黏膜缺血、胃酸分泌量增加,引起消化道出血。故对患者预防性使用抑酸剂(如洛赛克),若出现上消化道出血,及时留标本送检,在出血量少情况下,可灌注低温营养液,同时控制营养液的量及灌注速度,若出血量大应立即禁食,遵医嘱予冰盐水100 ml+去甲肾上腺素8 mg分次灌注,同时积极使用止血剂并补充血容量。

4.4 返流及误吸 由于贲门闭锁不全,人工气道吸痰时,易刺激病人咳嗽增加腹压,致胃液返流,返流液若未及时吸出可致误吸,加上呕吐、咳嗽有可能会使胃管变更位置,鼻饲过快引起大量胃残留和肠蠕动减弱,胃排空延迟而导致误吸,严重时可引起吸入性肺炎。因此,每次鼻饲时确保鼻饲管到位、通畅,每次鼻饲前翻身、叩背、吸尽气管内痰液,输注前将胃内残留液排出,鼻饲时抬高床头 $40^{\circ}\sim 50^{\circ}$,昏迷病人尽可能用细小的营养管。气管切开患者,应用气囊打气法预防返流,8 h放气1次,每次放气10 min,避免长期压迫,以免造成食管黏膜受损。鼻饲后30 min内不可翻身、吸痰。如一旦出现误吸,应立即停止输注,迅速清除气道内吸入物,必要时行

气管镜检查。气异常者尽早行人工机械辅助呼吸,遵医嘱应用抗生素防治肺部感染。

4.5 血糖紊乱 主要为高血糖,高血糖与大量鼻饲高渗糖及颅脑损伤的应激反应有关^[6]。高血糖引起的渗透性利尿可导致继发性脱水,需补充大量水份及适量胰岛素(严格记录出入水量),使用快速床边血糖监测仪监测血糖变化(1次/4~6 h)。

4.6 堵管 多因持续滴注混悬液,粘附于鼻饲管内壁上造成管腔关闭所致。在滴注过程中,每2~3 h应用温开水30~50 ml冲洗胃管。发生堵管时可应用温水等冲洗,必要时可用导丝疏通管腔。

5 讨论

近年来,肠内营养(EN)的应用与研究日渐增多。大量研究表明,采用持续缓慢滴入、循序渐进的方法能使绝大多数重型颅脑损伤患者顺利接受早期肠内营养治疗,有助于肠道的机械、生物、免疫屏障功能的恢复,防止细菌易位,维护肠黏膜结构与功能的完整性,降低感染发生率^[7]。进行早期营养支持的意义就是在患者出现高代谢状态时根据其机体需要提供足够的营养物质,从而促进机体各脏器功能恢复和改善意识状态,增强机体免疫力,缩短监护时间,提高患者生存率^[8]。本组病例中使用华瑞公司的“瑞素”是一种全面均衡的液体肠内营养制剂,其中所含营养素的品种丰富,配比合理(蛋白质、碳水化合物、脂肪分别供热15%、55%、30%),蛋白质取源于大豆蛋白,能提供人体必需的氨基酸,有较高的生物利用价值,所供给脂肪中24%为中链甘油三酯,代谢快而完全,吸收较好;其必需脂肪酸的含量为37%,可满足机体应激时的代谢需要;其渗透压为250 mOsm/L,不含膳食纤维,可改善患者的营养状况,疗效较传统治疗好,且不良反应和并发症较少,是一种理想的肠内营养制剂,适合大多数人群^[9]。EN不仅有良好的临床效果,而且操作简单易行,费用低、并发症少,是重症颅脑损伤早期首选的营养支持方案。

参考文献

- 1 Scheff SW, Dhillon HS. Creatine- enhanced diet alters levels of lactate and free fatty acids after experimental brain injury [J]. Neurochem Res, 2004, 29(2): 469 - 479.
- 2 杨慕龙. 颅脑外伤的代谢紊乱和营养支持[J]. 中华创伤杂志, 1994, 10(2): 97.
- 3 万海涛, 路红社, 平 君, 等. 营养支持治疗在脑外伤危重病人中的合理应用[J]. 肠外与肠内营养, 2003, 30(1): 141 - 143.
- 4 孔芳红. 重型颅脑外伤患者早期肠内营养支持的观察与护理[J]. 中华现代护理学杂志, 2009, 2(6): 127.
- 5 汤 云, 潘丽英, 雍海荣. 重型颅脑外伤患者早期肠内营养支持的观察与护理[J]. 皖南医学院学报, 2007, 26(1): 76 - 77.
- 6 张玉玲, 刘秀兰, 张林霞, 等. 早期胃肠内营养在重度颅脑损伤治疗中的应用[J]. 中国乡村医药杂志, 2008, 6(15): 24.
- 7 黎景光, 严拥军, 龚高新, 等. 重型颅脑损伤患者早期肠内营养支持治疗的临床分析[J]. 中国临床神经外科杂志, 2008, 13(1): 28.

8 王秀英. 肠内与肠外营养支持的临床对比研究[J]. 肠外与肠内营养, 1996, 3(2): 85.

9 张敏, 王芳艳. 神经外科危重病人早期肠内营养的实施及护理[J]. 西南军医, 2008, 10(3): 146.

[收稿日期 2009-11-17][本文编辑 黄晓红 韦颖(见习)]

护理研讨

两种拍背排痰手法的应用比较

胡艳其, 罗珍玉, 李晓峰, 周礼圆

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院神经内科
作者简介: 胡艳其(1963-), 女, 大学本科, 医学学士, 主管护师, 研究方向: 神经内科护理。E-mail: huyanqihp@163.com

[摘要] **目的** 比较改良的拍背手法和传统的拍背手法的排痰效果。**方法** 将 60 例肺炎患者随机分为实验组和对照组, 实验组采用改良的拍背手法为病人拍背排痰; 对照组采用传统的拍背手法为病人拍背排痰。两组病人拍背后均给予机械吸痰, 观察两组患者排痰前后肺部啰音、指脉氧、背部皮肤的变化, 每次吸痰量。**结果** 观察组在减少肺部啰音及改善指脉氧方面优于对照组; 对局部皮肤的影响小于对照组; 每次吸痰量多于对照组。**结论** 改良的拍背手法拍背排痰效果, 优于传统的拍背手法, 患者的不良反应较轻。

[关键词] 肘关节; 腕关节; 拍背排痰法
[中图分类号] R 473.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)05-0495-02
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.05.34

临床上对长期卧床或受伤、手术后不能有效咳嗽、咳痰的患者, 适当协助翻身拍背排痰能有效预防及控制肺部感染, 改善通气, 改善患者体内缺氧状况。近年来, 虽然很多医院已用振动排痰器代替人工拍背排痰, 但人工拍背排痰由于操作简单、方便, 仍被广泛应用。目前临床认为有效的人工拍背排痰手法为: 将五指并拢, 掌指关节微屈, 掌呈凹式, 指腹与大小鱼际肌着落, 利用腕关节用力, 由下至上, 自边缘到中央, 有节律地叩拍病人背部^[1,2]。笔者在临床操作上对拍背排痰手法进行了改良, 效果满意, 介绍如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 观察对象为 2007-01~2008-10 住我院神经内科重症监护室的并发肺部感染的患者 60 例。排除心脏病、脑出血急性期及颅内高压患者。随机将 60 例患者分为观察组和对照组各 30 例, 两组患者年龄、性别、病情比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	拍背前肺部评分(分)
		男	女		
观察组	30	17	13	66.67 ± 16.56	2.63 ± 0.49
对照组	30	19	11	66.17 ± 16.48	2.6 ± 0.50
χ^2/t	-	-	0.28	0.48	0.17
P	-	-	> 0.05	> 0.05	> 0.05

1.2 方法

1.2.1 观察组 患者取侧卧位, 操作者站在患者的正面, 上身稍向前弯, 一手扶住患者上侧肩部, 另一手五指并拢, 掌指关节微屈, 掌呈凹式, 腕关节伸直不动, 肩关节及/或肘关节活动(叩拍近处时, 操作者的上臂下垂、内收靠紧上身, 利用肘关节活动叩拍; 叩拍远处时前臂向前伸, 利用肩关节或与肘关节同时活动), 指腹与大小鱼际肌着落, 利用手臂与手掌的力量, 由下至上, 自边缘到中央, 以 60~70 次/min 的频率, 有节律地叩拍病人背部。拍背后给予电动吸痰(下称改良的拍背手法)。

1.2.2 对照组 利用腕关节活动用力拍击, 其他条件同观察组(下称传统的拍背手法)。

1.3 观察指标

1.3.1 拍背排痰前后肺部体征 在每次完成拍背前及吸痰后分别用听诊器听取患者肺部啰音变化情况, 并按体征的轻重进行评分: 3 分为听诊肺部无啰音, 呼吸音正常; 2 分为听诊肺部少量湿啰音, 呼吸音基本正常; 1 分为听诊呼吸音粗且有大量湿啰音或痰鸣音。排痰后评分提高 2 分为显效; 提高 1 分为好转; 小于 1 分为无效^[3]。

1.3.2 拍背排痰前后指脉氧 每次拍背前及吸痰后 30 min 分别记录监护仪上的指脉氧。

1.3.3 拍背前后患者背部皮肤变化特征 每次拍背前后分别观察患者背部皮肤情况, 记录拍背后患者背部皮肤的变化情况, 按红、微红、不变三等级记录。