

套或保鲜膜,可使局部皮肤保持一定的温度更利于局部皮肤对硫酸镁的直接吸收,能较快地扩张毛细血管,松弛血管平滑肌,解除血管痉挛,改善微循环,从而控制炎症。因此本研究利用50%硫酸镁的功效应用到术中急性压疮的处理中,效果显著。

3.3 术中急性压疮的预防 防止术中急性压疮的发生,关键在于预防,但对于脊柱后路内固定手术,尽管做足了保护措施,但是仍避免不了皮肤受压的情况,甚至发生难免性压疮,给手术患者的皮肤完整性造成严重威胁,这是手术室护理工作中迫切需解决的难题。本研究用50%硫酸镁湿敷治疗术中急性压疮Ⅰ、Ⅱ期,让患者在第一时间得到救治,阻止受压皮肤进一步发展,大大缩短皮损恢复时间,弥补预防压疮工作的不足,让患者的伤害降到最低,及时有效地解决术中难免性压疮发生的问题,提高手术室护理质量。因此早期给予正确防治和护理是防止压疮继续扩展的关键。另外,由于患者都是全身麻醉,在复苏过程中就能解决压疮前期和Ⅰ期压疮的皮肤问题,减少手术后压疮的发生,减轻病房护理工作量,同时也省去很多麻烦。总之50%硫酸镁湿敷治疗术中急性压疮,疗效显著,操作方便,成本低且

无副作用,值得临床推广。

参考文献

- 1 王 艳,陈慧敏,袁 方,等.营养相关指标对老年患者压疮发生率的影响[J].护理学杂志,2011,26(7):1-4.
- 2 魏 革,胡 玲,祝发梅.手术患者压疮风险因素评估表的设计与应用[J].中华护理杂志,2011,46(6):578-580.
- 3 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2012:173-174.
- 4 黄著艺,胡瑞兰.37℃50%硫酸镁湿敷治疗Ⅱ期压疮的疗效浅析[J].临床医学工程,2012,19(5):795-796.
- 5 苗 虹,金丽丽.循环护理在120例神经外科压疮预防中的应用探讨[J].中国实用医药,2012,7(15):218-219.
- 6 梁妙玲,蔡保芳,杨西宁.压疮防治及护理研究进展[J].中国临床新医学,2010,3(11):1151-1153.
- 7 杜心平.术中急性压疮相关因素研究进展[J].天津护理,2010,18(5):305-306.
- 8 杨世杰,杨宝峰,颜光美,等.药理学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2010:132,308,309,313.
- 9 韦倡梅.胰岛素联合庆大霉素山莨菪碱注射液用于压疮伤口护理的效果观察[J].中国临床新医学,2012,5(2):171-173.
- 10 刘龙美,谭 健,刘红红,等.湿性愈合理论在压疮治疗中的应用[J].护士进修杂志,2010,(18):1716-1718.

[收稿日期 2015-05-22][本文编辑 吕文娟]

护理研讨

早期肠内营养应用于食道癌术后患者的临床疗效观察

韦艳琴, 兰月文, 黎利娟, 林小英

作者单位: 546300 广西,河池市第一人民医院

作者简介: 韦艳琴(1975-),女,大学专科,主管护师,研究方向:临床护理。E-mail:zaq919701@163.com

【摘要】 目的 观察早期肠内营养应用于食道癌术后患者的临床效果。**方法** 选取2013-08~2015-08住院的50例食道癌患者为研究对象,按照营养治疗方式的不同分为对照组(20例)和观察组(30例)。对照组采用静滴营养液,观察组采用早期肠内营养支持治疗,观察比较两种营养治疗方式的效果。**结果** 观察组的肛门首次排气时间、首次下床活动时间、住院时间均少于对照组;观察组的血浆白蛋白、血浆转铁蛋白、淋巴计数、体重等均高于对照组;观察组的并发症发生率低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 早期肠内营养应用于食道癌术后患者中效果显著,安全可靠,在促进肠道功能恢复上具有重要意义,值得在临床上推广。

【关键词】 早期肠内营养; 食道癌; 静脉治疗

【中图分类号】 R 47 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2016)02-0169-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.02.26

食道癌是常见的消化道肿瘤,全世界每年约有30万人死于食道癌,食道癌典型的症状为进行性咽下困难,先初始为硬质食物,继而为半流质食物,最后为流质食物^[1]。食道癌通常采用手术治疗,由于术前肿瘤消耗与术后禁食导致患者严重营养不良,而营养不良是导致术后身体虚弱、术后切口恢复慢、肠道功能虚弱的根本原因^[2]。因此,对食道癌患者进行良好的营养治疗是保证手术质量以及促进患者恢复的重要环节,本文探讨早期肠内营养应用于食道癌术后患者的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2013-08~2015-08住院的50例食道癌患者为研究对象,按照营养治疗方式的不同分为对照组和观察组,对照组20例,观察组30例。对照组中男15例,女5例,年龄55~78(67.3 ± 1.3)岁;观察组中男20例,女10例,年龄56~77(68.4 ± 1.2)岁。两组患者在性别、年龄方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 入选和排除标准 患者均有进行性吞咽困难史,家属均签署知情书;排除心脑血管疾病患者;排除精神病患者;排除心、肺、肾功能不全者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 两组患者均在气管插管全麻下行食道癌根治手术,术后对照组采用静脉营养治疗,静脉营养液氨基酸(国药准字H19999529,河南医科大学制药厂)3 L袋静脉点滴治疗,持续1周,观察患者的生命体征,待病情稳定后,可经口进食,指导其家属合理分配食物营养。

1.3.2 观察组 先左侧腋后至左侧肩胛下角斜向开胸,切除瘤块后,将胃提升至胸腔内与食管残端吻合,手术过程中将鼻饲管插入胃腔,可帮助鼻饲管注入的营养液进入胃部。术后第1天经鼻饲管滴入温盐水250 ml,滴入速度保持在35滴/min,患者若没有明显不适感,术后第2天采用早期肠内营养治疗,灌注蛋白粉营养液500 ml,速度约为25 ml/h,第3天增加至1 000 ml左右,提速为100 ml/h。待患者病情稳定后,第4、5、6天可增加1 700 ml左右,根据患者病情制定营养量。保持营养液温度控制在39℃左右并密切观察患者的生命体征及电解质变化。早期肠内营养注意事项:(1)营养液需要加温,匀速滴入。(2)保持鼻口腔卫生。(3)保持管道通畅、防止脱落。(4)观察患者是否出现腹泻,若发生,找出原因并暂停使用。(5)妥善固定营养管,应适当约束患者双手,以防止自行取管。(6)患者取舒适体

位,床头可稍微抬高,防止因体位导致营养液倒流引发患者咳嗽、误吸等。每天生理盐水棉签清洁鼻腔,根据患者不同的鼻腔情况决定清洁次数,可在鼻前庭顺营养管滴入鼻孔内少量液体石蜡油,防止鼻饲管长期压迫鼻内黏膜引发鼻内溃疡、出血等。两组患者均在术后1周经口进全流质食物,术后10 d改为半流质食物,将营养液的量改为原量的一半,密切关注患者的切口是否有出血情况,如发现异常,及时汇报医生。术后,医护人员要耐心与患者沟通,解除患者的思想包袱,讲解营养治疗的不适症状,多向患者介绍肠内营养的优点,增强其恢复信心。

1.4 疗效判定标准 营养治疗15 d后,观察比较两组患者营养治疗后首次肛门排气时间、住院时间、首次下床活动时间;观察比较两组患者的血浆白蛋白、血浆转铁蛋白、淋巴计数、体重等。观察比较两组患者的并发症发生率,并发症包括:腹胀、腹泻、肺不张等。

1.5 统计学方法 应用SPSS13.0统计软件对数据进行分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者首次肛门排气时间、住院时间、首次下床活动时间比较 观察组的首次肛门排气时间、首次下床活动时间、住院时间均少于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表1。

表1 两组患者首次肛门排气时间、住院时间、首次下床活动时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次肛门排气时间(h)	住院时间(d)	首次下床活动时间(h)
对照组	20	75.4 ± 10.1	16.8 ± 1.2	48.5 ± 3.6
观察组	30	47.6 ± 5.3	13.1 ± 0.7	30.3 ± 2.7
t	-	12.641	13.773	20.412
P	-	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者的血浆白蛋白、血浆转铁蛋白、淋巴计数、体重比较 观察组的血浆白蛋白、血浆转铁蛋白、淋巴计数、体重均高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表2。

表2 两组患者的血浆白蛋白、血浆转铁蛋白、淋巴计数、体重比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血浆白蛋白(g/L)	血浆转铁蛋白(g/L)	淋巴计数($10^9/L$)	体重(kg)
对照组	20	29.56 ± 3.56	2.12 ± 0.42	1.15 ± 0.36	40.12 ± 2.32
观察组	30	33.78 ± 3.12	3.04 ± 0.14	1.51 ± 0.23	48.23 ± 1.23
t	-	4.422	11.151	4.4414	13.931
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者并发症发生率比较 观察组并发症发生率低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表3。

表3 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	腹胀	肺不张	腹泻	并发症发生率
对照组	20	2	1	4	7(35.00)
观察组	30	1	0	2	3(10.00)

注:两组并发症发生率比较, $\chi^2 = 11.83, P = 0.000$

3 讨论

3.1 手术切除是治疗食道癌的主要方法,但手术会对身体造成较大创伤,术后由于患者出现应激反应,体液及消化液的丢失,患者对热量及蛋白质的需要明显增加^[3]。食道癌患者术前均有营养不良的症状,加上术中消耗体能,术后禁食等加重了患者营养不良,因此,补充患者所需营养促进其肠道功能恢复非常重要。传统营养治疗采用静脉滴注,补充患者缺失营养。早期肠内营养被定义为手术24 h内开始进行的肠内营养支持,研究表明,小肠在术后6 h左右就能基本恢复蠕动和吸收功能,因此,早期肠内营养符合患者的生理需求^[4]。

3.2 我们通过比较两种营养方式治疗结果,得出早期肠内营养的优点:(1)术中置管可减少患者痛苦。(2)早期肠内营养,提供身体所需能量,降低并发症发生率^[5]。(3)营养可直接被小肠吸收,安全可靠。(4)通过鼻饲管注入营养,为后期经口进食奠定基础,减少患者不适应症状发生,有利于患者补充营养^[6]。(5)刺激体内某些消化酶和胆囊收缩素的分泌,营养液刺激可加快肠蠕动、促进肠功能恢复。行静脉滴入营养有以下缺点:(1)静脉穿刺对技术要求很高,如导管没有置入胸膜输入营养,可能导致液胸,也易发生气胸、血胸、血管损伤等^[7]。(2)需要保持液体匀速,流体过慢导致导管扭曲,极易使患者形成血栓。(3)与早期肠内营养比较,费用高。(4)极易出现水电解质平衡失调等^[8]。早期肠内营养

对食道癌患者的好处是显而易见的,它更符合患者的生理需要,并且经济实惠,大量研究已证实早期肠内营养能增加高蛋白、高热量的摄入,保持体重不易丢失,促进患者肠胃功能恢复。结果显示,观察组的首次肛门排气时间、首次下床活动时间、住院时间等均少于对照组,观察组经过早期肠内营养治疗后血浆白蛋白、血浆转铁蛋白、淋巴计数、体重等均高于对照组。说明肠内早期营养治疗能充分补给患者缺失营养,费用相对较少,能增强患者身体免疫力,促进肠功能恢复。并且观察组的并发症发生率明显低于对照组。肠内早期营养安全可靠,相对于静脉滴入治疗其医疗费较少,而且能保证机体所需营养,缩短住院时间,在医护人员的认真细致治疗下,早期肠内营养是可行的。

综上所述,早期肠内营养应用于食道癌术后患者中效果显著,安全可靠,在促进肠道功能恢复上具有重要意义,值得在临床上推广。

参考文献

- 1 梁志民. 早期肠内营养在胃癌术后的临床应用及护理体会[J]. 中国临床新医学, 2014, 7(5): 465-467.
- 2 苏小林, 徐王彦. 鼻肠管及空肠营养性造口管早期肠内营养在上消化道肿瘤术后的临床应用比较分析[J]. 中国临床新医学, 2012, 5(8): 750-753.
- 3 刘琼, 王显华. 早期肠内营养结合十二指肠营养管护理用于食道癌术后32例[J]. 中国药业, 2015, (9): 68-69.
- 4 王永丽, 马婷, 王晓芳, 等. 食道癌术后肠内营养的观察与护理[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(9): 1975-1976.
- 5 赵飞英. 胃癌患者术后早期肠内营养的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(17): 36-37.
- 6 赵静文, 吴冰. 老年重型颅脑损伤患者30例早期肠内营养的疗效分析[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(5): 1068-1069.
- 7 米磊, 仲蓓, 张佃良, 等. 胃癌患者术后早期肠内营养对临床结局的影响[J]. 中华胃肠外科杂志, 2012, 15(5): 464-467.
- 8 陈小枫, 叶纪录, 叶军, 等. 早期肠内营养对重型颅脑损伤患者免疫功能及结局的影响[J]. 中华临床营养杂志, 2012, 20(2): 108-111.

[收稿日期 2015-09-10][本文编辑 韦颖]

欢迎订阅

欢迎投稿

欢迎刊登广告

本刊地址:广西南宁市桃源路6号,邮编:530021,电话:(0771)2186013

E-mail: zgclxyxzz@163.com

《中国临床新医学》杂志编辑部