

· 临床护理 ·

重症胰腺炎患者应用肠内外营养治疗的临床护理

刘晓玲,徐灵莉[△]

(重庆市肿瘤研究所 400030)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.34.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)34-3791-02

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis,SAP)是一种特殊的急腹症,具有病情险恶、病死率高、并发症多等特点^[1],SAP的急性发作造成体内的高分解代谢及全身炎性反应,并可能造成多种重要器官功能不全^[2]。近二十年来,除了禁食、胃肠减压、抑制胃酸胰液分泌等常规治疗外,针对患者存在的代谢紊乱及营养不足症状,营养支持成为被广大医生患者接受并认可的SAP的重要治疗手段^[3-4]。回顾性分析本院收治的26例SAP患者的临床资料以及护理措施,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集2009~2012年1月本院收治的26例重症胰腺炎患者,经腹部CT增强扫描检查证实均符合《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》规定的ASP诊断标准^[5]。其中男15例,女11例,年龄21~78岁,平均(52.3±6.1)岁。发病原因包括胆源性患者17例,暴饮暴食3例,高脂血症2例,分娩后发作2例,不明原因2例。合并症包括糖尿病10例,高血压9例,冠心病6例,慢性支气管5例,肾功能不全1例。26例患者均因上腹痛入院,并伴有不同程度的黄疸、上消化道出血,尿淀粉酶增高等腹膜刺激征。

1.2 治疗方法与护理措施

1.2.1 治疗方法 对所有患者给予常规治疗,包括胃肠减压、纠正水电解质及酸碱平衡、解痉止痛、早期抗休克及监测心肺等重要器官的功能等,至患者心肺功能、血流动力学基本稳定后开始施行SAP阶段性营养方案:(1)在患者确诊、病情稳定后的3~5d,及早期行中心静脉穿刺置管的全胃肠外营养支持(TPN)。3L的PN营养液组成为氮0.16~0.2g·d⁻¹·kg⁻¹,主要由复方氨基酸溶液提供;热量与氮的比值约为150,热量主要由脂肪乳剂(主要提供近40%的非蛋白热卡)、糖提供;胰岛素用量比7:1。营养液的具体成分:1000~1500mL的葡萄糖注射液(10%)、约500mL的氯化钠溶液(5%)、约500mL的脂肪乳剂(1%)、1000mL的复方氨基酸、约4g的氯化钠联合各种微量元素;(2)行TPN约7~14d后,逐渐转变为肠外营养(PN)与经胃镜监视下置入鼻肠管的肠内营养(EN)联合方案。增加的EN组主要是能全力和能全素,提供能量为15~25kcal·d⁻¹·kg⁻¹,当日给予约500mL等渗盐水补充,次日另补充500mL能全力后逐渐增加,最大量为1500mL;(3)待稳定后,逐渐过渡到全胃肠内营养。

1.2.2 主要护理措施 将营养管固定于鼻部和前额并做好标记后,密切观察患者营养管的位置是否偏移并确认通畅。药物调配确保无沉淀或悬浮颗粒,调整适宜流速。同时根据患者的个人情况对肠内营养输注的时间进行调整,同时控制营养液的流速和温度。监察患者的生命体征和病情变化,保持口腔清洁和呼吸通畅,避免肺部感染。对肠内营养的输注时间进行控制,调整配比和流速,避免患者并发症的发生。同时对患者进行心理指导和健康教育,使患者有充分的思想准备并保持良好心态。

1.3 观察指标 记录患者并发症的出现情况,住院时间以及患者病情的好转程度与满意程度。其中满意程度采取0~5的计分方式,0为最差,5为满意。

2 结果

2.1 并发症及住院时间 26例患者无死亡病例,发生的并发症包括细菌或真菌感染有6例,胰周脓肿1例,均治愈;住院时间最短为12d,最长为28d,平均住院时间为(17.00±1.73)d。
2.2 患者的满意程度 所有患者均参与满意度评分,其中满意13例(5分),比较满意11例(4分),评分中等2例(3分),无患者评分不满意或很差。平均满意程度为(4.70±0.23)分。

3 讨论

本研究中,患者对护理基本表示满意,满意率为50.0%,基本满意率42.3%。患者均痊愈出院,住院时间为12~28d,平均住院时间(17.00±1.73)d,与同类其他研究相比较短,达到了较好的治疗效果^[6]。

3.1 肠内营养管的置放和护理 营养管置放好并做好标记后,需要注意以下几点:(1)注意对烦躁易怒的患者进行约束,避免其自行拔除导管,避免导管滑脱,易位;(2)输注前对导管位置和长度进行检查,确认在位和通畅,预防反流和误吸;(3)在营养液的调配过程中,药物需注意研细并完全溶解,流速避免过快,管饲后应注意冲洗,防止导管堵塞。在以往报道中有出现导管阻塞的病例^[7-8],一经发生需立即行压力冲洗和负压抽吸,并对患者体位进行调整,以解决导管阻塞。在本组患者中此类现象并未出现。

3.2 肠内营养输注护理 在进行肠内营养输注护理时需注意肠内、肠外营养护理时机的选择,一般认为首先进2~3周的PN再转为EN。但随着PN时间的延长,发生感染等并发症的发生率也可能增高,故何时转为肠内营养要根据患者的病情针对性处理,有报道称病情稳定后2~3d可及早开展EN^[9]。同时,营养液的配方需要加强个性化管理原则,首先必须保证配置全过程的无菌操作,保证营养液的新鲜,控制配置液体的量、搅拌速度及温度(约37℃),温度不可过高或过低,过高将影响营养液的疗效,过低可能增加患者腹部的不适。如速度或温度不适宜,患者易出现胃肠道并发症,发生腹泻^[10-11]。如出现此类情况则应迅速调整输注速度,以减缓症状,缓解后再继续对患者进行肠内营养支持。

3.3 基础护理 密切注意患者的病情和生命体征变化。对患者恶心、呕吐、腹痛等胃肠道症状进行观察,并对动脉血气、血糖、心电图^[12]等指标进行动态监测,定时行血常规、肝肾功能检查并对体质量进行测量。由于患者长期禁食并卧床,故易引起口腔、皮肤、呼吸系统和泌尿系统的感染,故应严格检查患者体征,保持呼吸通畅和口腔清洁,防止肺部感染。

3.4 预防并发症 在给予营养支持的过程中可能伴随胃肠道不良反应、低血糖、感染等并发症发生,可以通过积极的护理措施来预防。肺部感染往往因误吸和反流引起,在护理过程中应

严密注意,一旦发现应立即停止输注,对气道和口鼻内液体进行彻底清除,防止进一步反流。同时应密切观察患者出现的腹泻、呕吐等症状,并根据患者病情调整营养液的量、输注速度、温度等可控因素,增强患者对营养液的耐受能力^[13];丰富营养的营养液不仅为人体所需,也是细菌滋生的基地,故需特别注意无菌操作,如保证每天更换导管、输注时间控制在 8 h 以内等措施,防止感染的发生;密切监测患者血糖,并及时调整营养液的配方输注速度,避免高血糖昏迷及低血糖的发生。同时要做好静脉置管及导管的护理,严格无菌操作,熟练插拔管、碘伏消毒、肝素溶液冲洗、无菌纱布包扎等操作。密切观察穿刺点有无脱出,是否出现红肿痛等并及时处理。避免肠内营养过程中的细菌感染。在本组患者中,出现细菌或真菌感染患者 6 例,可能因营养液污染或导管输注过程污染所致。细菌感染患者采用 β -内酰胺类抗菌药物或大环内酯类抗菌药物进行对症治疗,真菌感染患者采用抗真菌药物氟康唑进行治疗,治疗后均痊愈。轻度胰周脓肿 1 例,可能因胰腺炎的炎症浸润产生,使用经皮穿刺清创引流并加用喹诺酮抗菌药物治疗,患者好转并痊愈。

3.5 心理护理和健康教育 SAP 病情较凶险且病程长,长期接受肠内外的营养支持可能给患者带来不适、造成依从性下降,并容易引起患者对自身健康恢复的担心。护士应该主动向患者及家属讲解接受营养治疗的原理、有效性及可行性,强调其必要性,并预告其可能出现的不良反应及有效的应对策略,增加患者对治疗的信心,保持良好的心态,积极配合营养治疗。加强对患者的健康教育及基础护理。同时注意患者的体位是否有利于营养液的输注,并结合患者的舒适度时时调整。针对患者不同的心态给以不同的护理措施,使患者具备充分思想准备的同时保持乐观的心态,帮助建立自信并克服心理和生理上的困难。患者对治疗和护理积极的配合也是达到有效治疗的关键。

参考文献:

[1] 应文娟,郭光华,吴丽萍. 不同途径营养支持治疗急性重症胰腺炎的效果[J]. 中华现代护理杂志,2009,15(18):1736-1738.

• 临床护理 •

“主动”静脉治疗应用于 60 例肺癌患者的临床分析

吴红梅,周泽云

(第三军医大学新桥医院呼吸科,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.35.047

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)35-3792-02

随着医学的不断进步,静脉输液不仅是输入生理盐水、葡萄糖和输血。90%的患者需要使用静脉输液来完成治疗和诊断,如补水、给抗菌药物、化疗、营养液、造影剂等。输入的药物很多是强酸、强碱、强刺激、高灼伤、高渗压,如果不采用正确的器材和方法,会对患者造成不同程度的损害。安全输液已经成为不可忽略的问题,静脉输液护理已经发展成为单独的领域。本科室 2011 年下半年采取“主动”静脉模式对肺癌患者进行输液治疗,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本科 1 病区 2011 年上半年的 60 例确诊肺癌患者作为对照组,采取常规的“被动”静脉治疗模式;同年

- [2] 赵玉敏,周娅. 早期肠内营养联合肠屏障保护剂用于急性重症胰腺炎患者的治疗与护理[J]. 中华现代护理杂志,2009,15(24):2365-2367.
- [3] 曾超,唐勇. 重症胰腺炎营养支持治疗的临床研究[J]. 重庆医学,2010,39(17):2332-2333.
- [4] 任俊,余开焕,马鹏. 早期肠内营养对重症急性胰腺炎疗效的影响[J]. 中国医药,2012,7(2):166-168.
- [5] 中华医学会消化病学胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华内科杂志,2004,30(2):143-156.
- [6] 吴珍. 中西医结合治疗重症胰腺炎护理体会[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(7):887-888.
- [7] Wu XM, Ji KQ, Wang H. Total enteral nutrition in prevention of pancreatic necrotic infection in severe acute pancreatitis[J]. Pancreas, 2010, 39(2):248-251.
- [8] 许伟. 急性重症胰腺炎阶段性营养支持治疗的临床观察[J]. 重庆医学,2010,39(6):675-676.
- [9] 裘丹英,胡智明. 急性重症胰腺炎肠内、外营养的效果比较及护理[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(5):65-66.
- [10] 张志刚,芦国芳,魏花萍,等. 肠内营养对有血滤等治疗的急性重症胰腺炎的护理[J]. 中华临床营养杂志,2011,19(3):193-194.
- [11] Petrov MS, Whelan K. Comparison of complications attributable to enteral and parenteral nutrition in predicted severe acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis[J]. Br J Nutr, 2010, 103(9):1322-1332.
- [12] 张晓霞,周衍,包大威. 急性胰腺炎的心电图改变(附 61 例心电图分析)[J]. 心血管康复医学杂志,2002,11(1):70-71.
- [13] 陈俊英,段廷莉,吴扬. 急性重症胰腺炎并发 Wernicke 脑病的治疗和护理干预[J]. 重庆医学,2012,41(7):723-724.

(收稿日期:2012-01-09 修回日期:2012-02-22)

下半年的 60 例肺癌患者为实验组,采取“主动”静脉治疗的模式。两组患者病种均为肺癌,静脉治疗包括给予抗菌药物、补液、化疗、输血、肠外营养支持治疗等,不为单一的化疗。对照组男 40 例,女 20 例;文化程度:初中及以下 12 例,高中 23 例,大专及以上 25 例;职业:农民 15 例,工人 27 例,干部 18 例。改进组男 38 例,女 22 例;文化程度:初中及以下 15 例,高中 22 例,大专及以上 23 例;职业:农民 16 例,工人 26 例,干部 18 例。年龄 18~78 岁不等。

1.2 方法

1.2.1 建立静脉输液专业小组 选取静脉治疗专职护士。静脉治疗护士的资质:A、注册护士;B、PICC 穿刺者(临床工作 5