

食管癌术后肠内营养并发症的护理新进展

何娟 李少怀 牟秀丽 李舒玲*

上海长征医院 200003

【摘要】目的 探讨对食管癌术后肠内营养并发症的护理效果。**方法** 在 2018 年 1 月到 2018 年 1 月期间来我院就诊的食管癌患者中选取 52 例, 根据随机数字表法分组, 各 26 例。对参照组行基础护理, 对实验组行肠内营养护理。分析 2 组患者的并发症发生率。**结果** 实验组食管癌患者的并发症发生率相比于参照组较低, 组间数据对比差异存在统计学意义 ($p < 0.05$)。**结论** 对食管癌患者行肠内营养护理, 可保证营养支持的效果, 有助于患者恢复, 控制并发症发生。

【关键词】 食管癌; 肠内营养; 并发症; 护理**【中图分类号】** R473.73**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1005-4596 (2019) 06-139-02

肠内营养主要指经胃肠道提供代谢需要的营养物质, 并以各种营养素的支持方式。因食管癌患者术前营养状况不佳, 手术对机体创伤性较大, 术后需长时间禁食, 因此对患者实施肠内营养支持具有重要意义^[1]。肠内营养干预可使患者机体营养状况得到改善, 对肠黏膜的屏障功能起保护作用, 有助于肠道蠕动。胃肠内营养可使肠道直接吸收营养物质, 具有经济实惠、给药方便的特点^[2]。现对食管癌术后肠内营养并发症的护理效果作分析。

1 基本数据与方法

1.1 基本数据

在 2018 年 1 月到 2018 年 1 月期间来我院就诊的食管癌患者中选取 52 例, 根据随机数字表法分组, 各 26 例。实验组: 有 13 例男性患者, 有 13 例女性患者, 年龄选取范围为 46 岁至 78 岁, 年龄均值为 (60.31±2.47) 岁。参照组: 有 15 例男性患者, 有 11 例女性患者, 年龄选取范围为 45 岁至 78 岁, 年龄均值为 (60.25±2.43) 岁。分析患者的基本数据, 经对比无明显差异性, 统计学不存在意义 ($p > 0.05$)。

1.2 方法

对患者行鼻肠营养管进行肠内营养供给, 营养方式为: 术后 1 天取 500mL 浓度为 10% 的葡萄糖液经鼻肠管进行缓慢滴入, 对肠道蠕动进行刺激。如患者不出现腹泻、腹痛、腹胀气情况。术后 2 天取 300mL 橙汁、300mL 米油对患者进行注入, 如患者无明显不适症。术后 3 天可增加荤汤注入, 如鸽汤、鱼汤等, 将汤表面的油渍去除, 将患者对脂肪的摄入量予以减少。术后 4 天, 如患者适应, 可将滴速调为每小时 100~200mL, 每天予以 7~8 次, 可放在一次性补液袋中, 使用肠道泵进行匀速滴入。使用加热器进行加热。当肠道蠕动恢复正常后, 需让其口服流质食物。

对参照组行基础护理, 对实验组行肠内营养护理, 主要包含: (1) 心理干预: 多数患者均会因鼻插管造成不适, 使大部分患者不能接受。护理人员将肠内营养的目的、必要性、重要性等告知患者和家属, 向其讲述肠内营养灌注的流程和相关问题, 将肠内营养的优点告知患者, 将患者的信心予以提升。(2) 营养管护理: 将营养管进行固定, 避免出现移动、滑脱、扭曲情况, 避免因牵拉等情况, 导致营养管脱落。对之后的营养供给造成影响。鼻贴如出现潮湿情况需及时更换。管道需标识明显。肠内营养与静脉液可同时进行, 将标识意外区域可使用 2 个输液架将其分开。管饲时因口腔腺体缺乏持物刺激, 导致唾液分泌减少, 极易出现细菌繁殖情况, 每天需清洗口腔 2 次^[3]。(3) 为保证肠道适应, 营养液需缓慢

匀速的滴入, 肠道泵需对营养液滴速进行严格控制, 速度有慢变快。营养液温度需控制在 38℃ 左右, 使用加热器对营养液进行加热, 使恒温营养液逐渐进入胃肠道中。(4) 在鼻饲时, 护士需增加巡视次数, 并仔细观察鼻饲情况, 对营养液的输入速度进行严格控制, 对患者的腹泻、呕吐、恶心、腹痛等胃肠道情况进行密切观察。需重视气促、胸闷、胸痛等情况, 对胸液的质量、色等进行观察, 如出现黄色混浊液体, 需考虑吻合口情况。

1.3 判定指标

分析 2 组患者的并发症发生率。

1.4 统计学分析

对计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 的形式表示, 并用 t 值进行检验, 对计数资料采用百分比形式表示, 并进行卡方检验, 核对数据软件选择 SPSS19.0 软件, 当所有研究指标存在明显差异时, 采用 p 值小于 0.05 表示。

2 结果

2.1 分析 2 组患者的并发症发生率

实验组患者的并发症发生率为 3.85% (1/26), 参照组患者的并发症发生率为 30.77% (8/26), 经对比组间差异性显著 ($p < 0.05$), 见表 1。

表 1: 分析 2 组患者的并发症发生率 [例 (%)]

组别	消化道症状	误吸	发生率
实验组 (n=26)	0 (0.00)	1 (3.85)	1 (3.85)
参照组 (n=26)	3 (11.54)	5 (19.23)	8 (30.77)
χ^2 值			6.5840
p 值			< 0.05

3 讨论

患者出现消化道症状, 主要因营养液用量过大、营养液滴速过快、胃肠动力较差、液体温度较低、个体耐受差异等因素有关。对于以上问题可减少用量、放慢滴速速度、降低浓度。如输入营养液速度过快、体位不适宜, 可使导管脱落, 或者发生胃潴留情况^[4]。输注时需将滴注速度调好, 使患者取半坐卧位, 让患者保持体位进行肠内营养滴注。比死后护理人员需询问患者是否出现腹胀感, 一经出现呛咳、胸闷、呼吸急促情况, 需立即停止肠内营养支持。将肠内营养支持的意义、重要性和实施方法均告知患者, 并向患者详细讲述注意事项, 将营养管进行固定^[5]。对于烦躁不安、精神异常的患者, 需予以严加看管, 避免出现自行拔管情况。在肠内营养干预时, 需注意外露管长度, 防止管道出现移位情况。每次输注营养物质前, 需使用 20mL 温开水进行冲管。输注营养液时需使用无菌纱布进行过滤, 防止出现食物残渣。

* 通讯作者: 李舒玲

消毒供应室医务人员还需要定期对医疗设备等进行消毒处理和检查,提高消毒供应室的整体护理质量水平。

1.3 判断标准

主要是通过问卷调查的方式对护理人员的满意度进行调查,同时对两组数据间的感染情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS18.0 统计软件进行统计分析,采用 t 检验和 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 1: 两组护理人员满意度和医院感染发生情况比较 %

组别	护理人员满意度	医院感染发生情况
研究组	97.23±1.05	0.28
对照组	86.45±2.11	1.72
p	<0.05	<0.05

3 讨论

供应室护理质量控制工作,是降低医院感染的发生率,预防医院感染的重要措施,需要供应室护理人员积极主动地参与其中。若不能做好供应室护理质量控制,往往会导致交叉感染情况的发生,威胁病人的生命安全。为保证工作质量,在护理管理工作中不同的人员分别担负不同的责任,如组织

者主要是对供应室的管理措施以及流程等进行制定和完善,保证护理质量控制工作能够有序进行;实施者则需要严格按照相关规定进行各项操作,保证各项工作落到实处;最后,教育者则是对护理人员进行培训教育,将日常供应室护理质量控制中存在的问题进行重点培训,并对护理人员的专业技能进行教育,提高其日常工作水平。

综上所述,对供应室护理质量的控制可有效的降低院内感染的发生率,显著提高护理人员的工作质量,对保障患者的生命安全也有重要的作用,值得临床推广和应用。

参考文献

- [1] 郑淑贞,徐娟.消毒供应中心护理质量控制对预防院内感染的效果[J].医疗装备,2016,29(18):186-187.
- [2] 谢齐珍.消毒供应中心护理质量控制对预防院内感染的效果分析[J].航空航天医学杂志,2015,26(10):1300-1301.
- [3] 张献珍.供应室护理质量控制对预防院内感染中的作用探讨[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015,15(55):207-207.
- [4] 吴筱冰,徐爱梅,蔡朝晖.消毒供应中心灭菌质量控制策略[J].中国药物经济学,2015,16(1):120-121.

(上接第 139 页)

综上所述,对食管癌患者予以术后肠内营养支持,需采取有效护理干预,良好的控制并发症发生,此种方法较安全、操作简单且经济实惠,保证患者机体营养需求。

参考文献

- [1] 徐科芳.食管癌术后肠内营养并发症成因及临床护理体会[J].医学信息,2014(17):271-271.
- [2] 王相华.食管癌合并糖尿病患者术后早期肠内营养与血糖控制的护理[J].护士进修杂志,2015(6):529-530.

[3] 牛国景,刘军校,刘世伟等.液囊空肠导管在食管癌、贲门癌术后实施肠内营养支持的效果与护理[J].护士进修杂志,2015,30(23):2168-2169.

[4] 喻红,潜艳,董翠萍等.预见性护理在食管癌患者术后肠内营养风险控制中的应用[J].当代护士(下旬刊),2018,25(9):73-74.

[5] 施赛磊,黄迎春,许勤等.一例食管、肺双原发癌患者术后早期肠内营养的护理[J].中华现代护理杂志,2017,23(5):733-735.

(上接第 140 页)

参考文献

- [1] 黄红英.临床护理路径对腹腔镜下小儿腹股沟疝手术 60 例护理效果观察[J].湖北科技学院学报(医学版),2016,30(5):435-436.
- [2] 卢超,胡玉连.临床护理路径在小儿腹股沟斜疝手术患儿中的应用[J].基层医学论坛,2015(19):2718-2719.

[3] 商玉环,叶春花.临床护理路径在腹股沟疝围手术期护理中的应用[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2015,9(5):44-46.

[4] 郑小娟.临床护理路径在腹股沟斜疝手术患者护理中的应用[J].外科研究与新技术,2015,4(2):127-128.

[5] 方丽.临床护理路径在腹腔镜小儿腹股沟斜疝围手术期的应用[J].大家健康(学术版),2016,10(10):210-210.

(上接第 141 页)

早期康复护理对以患者为中心的护理服务理念给予了重点强调,其理论依据为康复医学,通过制定和实施科学系统的护理干预措施,对肢体运动功能的恢复起到促进作用,降低或防止发生废用综合征、肌肉痉挛等并发症,加快患者回归家庭及社会的速度。早期康复护理可帮助患者消除心理障碍,维持最佳心理状态,积极配合功能康复训练,提升其依从性和主动性,恢复神经及运动功能,改善生活自理能力,减轻肢体功能障碍的严重程度,进一步提升生活质量。

此次实验结果显示,研究组护理后 FMA 评分、ADL 评分均较对照组高,两组有明显差异($P < 0.05$)。由此可以表明,

早期康复护理干预可显著改善脑卒中偏瘫患者的生活自理能力,促进肢体功能恢复,值得在临床中普及推广。

参考文献

- [1] 杨秋菊,兰丽梅,朱俐俐,等.脑梗死偏瘫患者实施早期康复护理干预对肢体功能恢复的影响[J].中国现代医药杂志,2017,19(06):88-90.
- [2] 杨静.早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复的影响分析[J].中外医疗,2018,37(25):138-140.
- [3] 武桂荣.早期康复护理干预对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J].中国继续医学教育,2017,9(11):224-225.