

重症颅脑损伤病人肠内营养的护理体会

李燕芬 孙莉莉 蒋淑蓉
(浙江省宁海第一医院 宁海 315600)

关键词: 颅脑损伤; 肠内营养; 护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0077-02

重症颅脑损伤病人病死率及致残率均偏高, 胃肠内营养(EN)在降低病死率、改善病人生存质量的重要性方面备受关注。作者对 42 例重型颅脑损伤患者应用肠内营养支持治疗的护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院自 2001 年~2003 年 5 月对收住 42 例重症颅脑损伤病人实施肠内营养支持治疗, 其中男 32 例, 女 10 例; 年龄 12~78 岁; 硬膜外血肿 9 例, 硬膜下血肿 11 例, 脑挫裂伤 5 例; GCS 评分 3~5 分 18 例, 6~8 分 24 例。

1.2 营养选择 选用国产“瑞素”肠内营养乳剂, 500mL/ 瓶。

1.3 胃管选择 选用聚氨酯(PV)胃管 12~14 号, 因其质地

软, 管径细, 刺激小, 病人感觉舒服。

1.4 营养支持方法 于入院后或手术后 2~3d 将胃管插入胃内, 开始用瑞素肠内营养支持时, 首剂量减半喂养 500mL, 以后逐日增加量, 胃肠适应 3~5d 后按全量给予, 一般成人每天 1 000mL, 每日分 4~6 次鼻饲^[1], 每次量 100~150mL 左右, 速度要缓慢, 在 5~10min 内缓缓注入喂养管^[2]。

2 结果

本组 42 例, 有 6 例病人在肠内营养支持中发生腹泻, 3 例病人中途并发应激性溃疡出血暂停, 其余病人经过 2 周~1 个月的瑞素肠内营养支持治疗后, 逐渐过渡到混合奶、半流饮食和正常饮食。全身营养情况正常占 40%, 中度营养不良

入上腔静脉, 当导管送至所测长度标记后, 按住套管针上方, 退出穿刺套管, 再慢慢拔出导丝, 安装连接器, 抽取回血, 检查置管情况, 确定良好后装肝素帽接头。(6)用碘酒消毒穿刺点后压 1 块小纱布, 将体外导管放置呈“S”状弯曲, 用无菌自黏贴固定导管, 置管后拍 X 片确定 PICC 导管位置并记录。

2 结果

一次性穿刺成功 48 例, 成功率 97%, 2 例出现置管困难, 置管时间最短 5d, 最长 200d, 目前仍在使用中, 平均在 30~90d 之间。

3 护理

3.1 穿刺部位的护理 注意观察穿刺点的渗血情况, 首次穿刺后次日应换药 1 次, 以后每周换药 1 次, 夏天 2 次。如果敷贴不黏、受潮或污染时应及时更换。换药时应逆导管方向揭开敷贴以免将导管带出。然后用 2% 碘伏棉球从针眼处螺旋向外消毒皮肤 6~8cm, 左手固定接头, 从针眼处开始顺着导管往外消毒至连接器处, 重复数次, 待干, 再贴上无菌自黏贴, 注意一定要采取“S”型固定。

3.2 封管 输液完毕后, 采用脉冲式或 SAS 封管法, 用 20mL 生理盐水点射状推注, 使整个导管和接头都充满盐水, 使其内保持正压状态, 防止血流进入导管。

3.3 并发症的预防和护理对策

3.3.1 感染 本组 2 例发生在置管后 1~3 周, 表现为寒战、高热, 体温在 39℃ 以上, 给予拔除导管并作细菌培养, 按药物敏感试验结果给予应用相应的抗生素后症状得到控制。多数是由于导管处皮肤上的细菌经皮下隧道移居到管腔外引起的。因此在穿刺操作时应严格无菌操作, 穿刺后每日观察局部有无红肿、疼痛、渗血及分泌物, 敷贴受潮或污染时应及时更换, 洗澡时用保鲜膜把带管上肢包裹好上举, 避免进水, 以

防感染。

3.3.2 穿刺处渗血 出现在穿刺后 1d 内, 表现为局部敷贴上有渗血, 经更换敷贴, 压迫穿刺点 20~30min 后大多数可止血。因此穿刺后应向患者讲明相关注意事项, 嘱术侧上肢勿过早活动和用力过猛。

3.3.3 静脉炎 5 例患者出现静脉炎, 发生在置管后 5~7d。表现为局部发红, 肿胀, 沿静脉走向出现红线, 或呈条索状。主要与患者自身静脉条件及导管质量有关。因此置管后应每天早晚预防性地应用红外线照射, 配合喜疗妥软膏外用能很好的防止静脉炎的发生。

3.3.4 导管堵塞 主要是由于血液回流过久, 未能及时处理, 未正压封管, 输注脂肪乳剂时速度过慢等原因引起管腔阻塞。因此输液过程中应加强巡视, 观察滴数, 正确封管。出现导管阻塞时切勿用液体加压冲洗, 应用肝素稀释液间断负压抽吸来恢复通畅。

3.3.5 导管脱出 发生 2 例, 由于患者更衣时不小心带出或固定不当引起, 2 例均完全脱出。主要预防是工作时向患者作好宣教及相关注意事项, 固定时导管末端最好用纱布包裹, 再用胶布固定。

PICC 置管术是一种创伤小, 操作简单, 应用广泛的新技术, 目前主要应用于肿瘤病人。但现在越来越多的老年病人也正在使用中。它的优点在于: 穿刺点在外周静脉, 比较直观, 穿刺成功率高, 血管可选择性大, 穿刺点表浅易于止血, 创伤小感染机会也少。因此很多长期住院的老年病人都愿意选用 PICC 进行输液。但在护理上应加强术前宣教, 重视自我预防, 避免不必要的危险发生, 同时加强 PICC 规范化护理操作也是十分重要的。

(收稿日期: 2005-08-23)

天花粉治疗异位妊娠的观察和护理

许静芳

(浙江省嘉兴市中医院 嘉兴 314001)

关键词:天花粉;异位妊娠;护理

中图分类号:R 473.71

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0078-02

近年来,异位妊娠的发病率明显增高。异位妊娠的发生率国内、外报道差异很大,国外文献报道约 1:50~1:303 次妊娠,国内报道为 1:43~1:50,近年来发生率有所上升^[1]。异位妊娠的治疗包括非手术治疗及手术治疗:采取哪一方法主要取决于异位妊娠的类型及发病程度^[2]。我院临床上对需保留生育功能的患者,在符合非手术治疗的基础上采用天花粉保守治疗效果明显。现报告如下:

1 临床资料

2003 年 1 月~2004 年 12 月 2 年间输卵管妊娠 37 例,宫外孕 8 例;年龄 22~35 岁。病例纳入标准:(1)生命体征平稳;(2)腹痛不明显,无输卵管破裂和腹腔内活动性出血;(3)停经时间短,流血时间长,估计腹腔内出血 <150mL;(4)B 超检测,包块 <6mm(<4mm 成功率高);(5)血 HCG<6 000U/L,最好 <1 000U/L。

30%,轻度营养不良 30%。

3 体会

3.1 EN 应用优点

3.1.1 补充营养最佳途径 在过去对营养缺乏病人都是以胃肠外营养(TPN)支持治疗为主,长期应用会出现胃肠道黏膜萎缩、免疫功能障碍、正常菌群易位、胆汁瘀滞及胆石症等,今年来肠内营养支持治疗受到普遍重视,许多专家认为,胃肠道功能完整,补充营养最佳途径是胃肠道。

3.1.2 能维持肠道功能的完整性 正常人肠道内含有多种细菌,而完整的肠道黏膜屏障功能可以阻止细菌、病毒及其毒素,不至于发生细菌易位。如长期使用肠外营养支持可引起肠黏膜萎缩,黏膜屏障功能削弱。肠内营养制剂能提供比肠外营养制剂更完全的营养素,维持肠道功能的完整性,防止肠道细菌侵入和易位^[3]。

3.1.3 操作简便,并发症少 放置鼻饲管由消化道补充营养液不会加重血液循环负荷,由于无需静脉穿刺,这就避免了与穿刺导管相关的并发症。肠道吸收营养素有自我调节功能,不易发生代谢并发症,因而无需过多的进行代谢监测。

3.2 操作过程注意事项 (1)鼻饲管置入部位要根据病人情况确定,对颅内压高有呕吐的病人,因营养液返流引起窒息及吸入性肺炎者,胃管置入十二指肠空肠为宜^[4]。喂养前必须确证管端的位置。(2)在肠内营养支持的第一个 24h 内,每 2~3h 抽吸 1 次鼻饲管,若抽出的营养液超过 100mL,应暂时减少或停止输入^[5]。(3)营养液温度在 38~40℃为宜^[6],每次鼻饲结束后,用 20~50mL 温开水冲洗胃管,然后抬高胃管末

2 治疗方法

取天花粉 1.8~2.4mg 作臀部肌肉注射。过敏性体质及天花粉试敏阳性者禁用,活动性心肝肾疾病及功能不良、出血性疾病、严重贫血等亦为禁忌。

3 结果

血 β -HCG 降至正常,B 超包块缩小为治愈标准。本文 45 例中,40 例治愈,5 例未愈治疗过程中出现急腹症、腹腔内出血,给予手术治疗,治愈率 88.9%。天花粉是一种大分子植物蛋白,有时可引起一部分人过敏反应,还伴有发热、头痛、骨节酸痛、注射处红痛等不良反应,经过我们的精心护理无 1 例有并发症的发生。

4 观察和护理

4.1 过敏反应观察 应用天花粉之前先做皮内注射,观察 20min,如皮试阴性,再做肌肉试探注射,观察 2h,如血压、心

端,用无菌纱布包好。(4)肠内营养支持治疗的过程中,要注意观察病人神志,有无恶心呕吐、腹胀、腹泻等症状及排便次数、形状、量,发现异常及时处理并记录。(5)观察病人皮肤弹性、光泽、伤口愈合情况及有无褥疮发生等,注意各项生化指标:肝功能、血清总蛋白、白蛋白、电解质等,发现异常及时报告医生。

3.3 并发症的护理

3.3.1 腹泻 原因可能有以下几点:(1)由于长期输注高能高渗饮食,刺激肠蠕动产生腹泻;(2)营养液温度低,导致肠道不适而产生腹泻;(3)广泛大量应用抗生素,引起菌群失调,产生腹泻。对策:肠内营养前 3d 从小剂量、低浓度逐渐增加量,是解决早期腹泻的有效措施。

3.3.2 误吸 昏迷病人胃内喂养时将病人头端抬高 20~30°,灌注速度要缓慢,灌注前要抽吸鼻饲管,检查胃内营养液是否有潴留,以减少返流及吸入的可能,也可以将鼻饲管置入十二指肠或空肠。

参考文献

[1] 蒋朱明.人工胃肠支持[M].北京:人民卫生出版社,1994.202~208

[2] 李茹芳.国内营养管饲方法的研究进展[J].护理与康复,2004,2(3): 16~17

[3] 杨国平.颅脑术后昏迷病人应用肠内营养支持的体会[J].肠外与肠内营养,1999,10(4): 212

[4] 李亚洁.脑损伤昏迷病人肠内营养的研究进展[J].实用护理杂志, 1998,14(3): 122

[5] 张思源,陈亭苑.临床胃肠内营养[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1995.1,57,112,216~219

[6] 陈维英.基础护理[M].南京:江苏科学技术出版社,1999.125

(收稿日期: 2005-08-15)