

# 全胃切除术后病人早期肠内营养观察护理

李玲芳<sup>1</sup> 付娟<sup>2</sup>

(1 江西省儿童医院 南昌 330006; 2 南昌大学第二附属医院 江西南昌 330006)

**摘要:**目的:探索全胃切除术后早期肠内营养支持治疗的效果。方法:对 40 例行全胃切除术后病人采用两种营养支持效果进行观察。结果:术后早期肠内营养支持治疗的患者要比传统营养支持治疗的患者能更好地促进胃肠功能的恢复,保证营养的摄入,减少并发症。结论:术后早期肠内营养治疗能明显改善患者机体状况和预后,是手术治疗的良好辅助治疗之一。

**关键词:**全胃切除;肠内营养;观察;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)06-0087-02

营养的重要性早为人们所熟知,在疾病治疗的同时,常被视为手术治疗良好的辅助治疗方法之一。近年来随着对胃肠疾病诊疗技术的提高,人们开始关注全胃切除术后营养支持治疗的作用。为了更好地改善机体术后状况,减少并发症的发生,本文通过对 40 例病人资料的观察、分析,探索全胃切除术后病人早期肠内营养支持的效果。

## 1 对象和方法

**1.1 对象** 为南昌大学第二附属医院胃肠外科 2006 年 1 月~2008 年 7 月住院手术的胃癌病人 40 例,其中男性 29 例,女性 11 例,年龄 27~68 岁,平均 41.2 岁,均接受全胃切除手术。随机分为观察组和对照组各 20 例。

**1.2 方法** 观察组采取早期肠内营养支持治疗,治疗方法是除常规补液、纠正电解质紊乱外,术后 1~2d 开始鼻肠管或空肠造瘘管泵入肠内营养液 4~7d,常用的有氨基酸类、肽类、蛋白类,主要产品有复方营养要素、安素、能全素、百普素、能全力等。对照组采用传统营养支持治疗,除常规补液、纠正电解质紊乱外,术后 1~2d 开始从周围静脉滴入复方氨基酸、脂肪乳剂等行营养支持。

**1.3 护理** 肠内营养已成为现代治疗手段之一,从护理角度应注意以下几方面:(1)心理支持。病人对术后的输液大多数能接受,而由于鼻肠管置入或空肠造瘘管泵入使病人舒适度改变,加上对肠内营养支持治疗知识缺乏了解,致使对留置鼻肠管或空肠

造瘘管泵入存有疑虑。因此,要多与病人及家属交谈,了解病人的心态,并向患者讲解留置鼻肠管或空肠造瘘管的必要性和重要性及术后早期肠内营养支持的目的及作用,以提高病人对肠内营养支持治疗的认识,消除患者的疑虑,保证肠内营养支持治疗的有效实施。(2)掌握营养液的正确配制,保证适宜温度。营养液的温度易受环境温度、膳食量的多少、营养管的大小及滴注时间的长短等因素的影响,因此,在配制过程中应避免各种影响因素,并做到现配现用,从而保证营养液的温度。如果营养液的温度低于 38~40℃时,宜适当加温。(3)严格按照肠内营养液的要求。在护理治疗过程中,要严格按照营养液配方、输注的速度进行,一般来说应遵循由少到多、由慢到快、由稀到浓的原则,输注速度从 20~80mL/h 开始。(4)营养管每天更换。输注肠内营养液前后应用 10~25mL 生理盐水对管道进行冲洗,至少 8h 冲洗 1 次,防止堵塞管道。(5)保证病人的正确体位。实施肠内营养时,病人宜取低半卧位,卧床病人应调整体位至头高 30~60 度,以减少返流及误吸的可能。(6)严密观察胃肠减压及腹胀情况。如腹胀明显,且 24h 内胃管抽出液大于 400mL,则不宜使用肠内营养。

**1.4 观察指标** 治疗前及治疗后 10d 血浆白蛋白含量,术后肛门排气、排便时间及住院天数等。

## 2 结果

**2.1 两组病人治疗前及治疗后 10d 血浆白蛋白含**

量较强烈的阶段,除前述的一般心理反应外,由于原发疾病的解除,麻醉和手术的安全度过,病人一方面在心理上产生很大的解脱感,对未来生活产生新的期望,另一方面又担心手术会对今后工作、生活带来不良影响。另外,术后切口疼痛的折磨和对并发症的担心也可使病人产生新的焦虑。有时病人会误把术后的正常反应看成是手术的不成功,产生许多疑虑和主诉。手术后应及时随访病人,解答病人的疑问,消除病人的恐惧心理;继续听放松的音乐,

指导病人进行放松训练及心理疏导,减轻病人的焦虑;向病人说明身体活动对术后恢复的意义。术后身体活动的适当提早可促进病人的身体恢复,减少并发症。

综上所述,以美学原理指导护理实践,对于提高整体护理的水平有重要的意义。尤其对手术患者取得更好的疗效、解除围手术期焦虑、减轻疼痛、促进术后恢复、提高患者住院满意度有较好的效果。

(收稿日期:2009-07-13)

# 外周静脉套管针应用的观察与护理

诸纪芬

(江西省胸科医院 南昌 330006)

关键词: 静脉置管; 化疗; 护理措施

中图分类号: R 473.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)06-0088-01

外周静脉套管针具有柔韧性好、对血管刺激性小的特点, 弥补了金属针头行化疗容易扎破血管, 引起化疗药物外渗的弊端, 故在临床工作中被广泛应用于化疗。化疗药物对血管刺激性大, 导致留置时间较短, 如何既延长留置天数, 又能有效预防静脉炎及导管相关并发症的发生, 我们通过对 100 例外周静脉套管针行化疗病人的观察、分析及采用一整套切实可行的护理措施, 取得良好效果。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 自 2007 年 5 月~2008 年 5 月, 我院内四科行外周静脉留置套管针的病人中随机抽样 100 例, 均为肿瘤病人, 其中肺癌病人 81 例, 其它癌症病人 19 例, 男 77 例, 女 23 例, 年龄 26~74 岁, 平均年龄 54 岁。

1.2 比较方法 A 组 50 例不采取任何静脉防护措施滴注化疗药液, B 组 50 例采取以下防护措施。留置针采用美国 BD 公司生产的静脉留置套管针 (商品名: INTLMA), 使用型号: 22GA, 穿刺方法为常规套管针穿刺。观察比较项目: 置管侧手臂有无静脉炎发生、手臂水肿、药液外渗和套管堵塞。静脉炎是指沿静脉走向, 血管发红、变硬, 局部红肿、疼痛, 滴数缓慢或不滴。药液外渗是指在点滴过程中, 药液量变化比较 见表 1。

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	20	32.8± 3.9	37.5± 4.1
对照组	20	32.6± 3.8	33.7± 5.2
p		>0.05	<0.05

2.2 两组病人术后肛门排气、排便时间及住院天数比较 见表 2。

组别	n	肛门排气时间(h)	排便时间(h)	住院天数(d)
观察组	20	41.1± 3.4	48.1± 2.2	20.6± 5.3
对照组	20	54.6± 4.8	56.2± 4.3	24.2± 6.1
p		<0.01	<0.05	<0.05

## 3 讨论

胃肠道手术后机体处于应激状态, 代谢率明显高于正常, 术后早期营养支持是减少并发症、促进病人康复的重要措施。从表 1 看, 治疗前后两组病人血浆白蛋白含量均有变化, 观察组治疗后增加明显, 经 t 检验, 差别显著 ( $P < 0.05$ )。肠内营养液能够

返流自针眼处渗出。套管堵塞是指外套管内血液凝固, 药液无法滴入。手臂水肿是指置管侧手臂肿胀疼痛, 与未置管手臂比较, 臂围明显增粗, 用 0.9% NS 冲管时疼痛, 滴数缓慢。

### 1.3 防护措施

1.3.1 心理护理 对置管病人进行置管前的指导, 消除病人的恐惧心理, 告诉病人置管后的注意事项, 全面了解病人置管前后情况及需求。

1.3.2 操作技巧 选择上肢较粗大的静脉, 避开关节, 尽量避免选择反复多次穿刺、血管硬度大、弹性差的血管。严格无菌操作, 消毒范围大于敷料面积, 掌握进针角度, 动作轻柔, 避免穿刺时损伤血管壁内皮。以 20~30° 角度快速刺入皮下, 直刺静脉, 见回血后降低角度与皮肤平行, 顺静脉走向将留置针外套管置入静脉内少许, 将内芯退出导管, 并将外套管完全送入静脉内, 尽量一次穿刺成功, 避免针头在血管内来回移动。套管脱出部分勿再送入血管内, 防止皮肤表面细菌通过针眼侵入, 造成细菌性静脉炎甚至败血症。

1.3.3 穿刺后护理 为防止液体外漏的发生, 应嘱患者输液肢体与心脏平齐或稍高, 穿刺静脉上方衣服勿过紧, 避免影响局部血液回流, (下转第 94 页) 提供足够的热量和氮源, 促进总蛋白和应激蛋白的合成, 使病人在不进食的情况下保持良好的营养状况。从表 2 看, 两组病人在术后肛门排气、排便时间及住院天数等方面比较, 差别显著 ( $P < 0.05$ 、 $P < 0.01$ )。观察组病人术后肛门排气、排便时间分别比对照组提前 13h 和 8h。这可能是因为肠内营养液进入肠道内刺激肠道, 激活肠道内分泌系统, 促进胃肠激素的合成和释放, 从而使消化道的重要器官血流量增加, 有利于其功能恢复和提高全身免疫力。同时肠内营养液含纤维素, 也可促进胃肠道功能恢复。有报道, 术后病人首次肛门排气、排便时间较未实施肠内营养支持组提前<sup>[1-2]</sup>。

### 参考文献

[1] 杨道贵, 孙瑞利, 侯守玺, 等. 胃术后早期肠内营养[J]. 肠内与肠外营养, 1996, 3 (4): 212-215  
 [2] 康继生, 杨胜厚. 胃切除术后早期肠内营养的临床观察[J]. 中国临床营养杂志, 2001, 9 (3): 163-165

(收稿日期: 2009-06-25)