

肠内营养泵持续喂养应用于危重患者的临床观察

王国琴(重庆医科大学附属第一医院中心 ICU 400016)

【摘要】 目的 观察肠内营养泵持续喂养对减少危重患者肠内营养并发症的作用。**方法** 将 120 例开始肠内营养的危重患者随机分成两组观察,对照组 60 例采用肠内营养泵持续喂养,观察组 60 例采用 50 mL 空针分次注入喂养,连续进行观察。**结果** 观察组发生恶心呕吐、腹泻感染、反流误吸、血糖紊乱、胃管堵塞的例数明显少于对照组($P<0.01$)。**结论** 肠内营养泵持续喂养是危重患者较理想的肠内营养喂养法,可有效减少并发症的发生。

【关键词】 肠内营养; 危重患者; 喂养方法; 并发症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.07.065 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)07-0876-02

肠内营养(EN)是经胃肠道用口服或管饲来提供代谢需要的营养基质及其他各种营养素的营养支持方式。近年来,营养支持在危重患者的救治中也越来越受到重视,尤其是 EN,更符合生理状态,并能维护胃肠道功能,维持内脏血流稳定及胃肠黏膜完整,减少应激性溃疡等严重并发症的发生,提高治愈率^[1]。临床上常用的 EN 喂养方法有:持续喂养和分次注入。选择更适合危重患者的 EN 喂养方法,有效预防和减少并发症成为护理工作中观察的重点。作者通过对本科室 120 例采用两种不同的 EN 喂养方法的危重患者进行观察,证实肠内营养泵持续喂养可减少危重患者 EN 过程的并发症,是危重患者较为理想的 EN 喂养法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 3 月至 2010 年 9 月在本科室住院的进行 EN 的危重患者 120 例,男 62 例,女 58 例,年龄 14~98 岁。机械通气和建立人工气道(未作机械通气)患者 100 例,其他 20 例。

1.2 方法

1.2.1 观察观察组方法 观察组 60 例将营养液连接专用肠内营养管道,前端与胃管或空场管相接后安装在 EN 泵上持续输注。输注速度开始一般在 30~60 mL/h,6~8 h 后检查胃内残留,如无异常,增加 10~20 mL/h,最大速度在 80~120 mL/h,3~5 d 后,也可根据营养液的总量除以 24 h 匀速输入。营养液的温度在 38~40 ℃。患者体位,在无禁忌证情况下将床头抬高 30°~45°。

1.2.2 观察方法 对照组 60 例采用 50 mL 空针经胃管或空场管分次注入喂养,注入量每次 200~250 mL,4~6 次/天,时间安排 07:00~11:00,13:00~17:00 或 07:00~11:00,15:00~15:00,23:00~03:00,营养液的温度在 38~40 ℃。患者体位,在无禁忌证情况下将床头抬高 30°~45°。

1.2.3 效果观察方法 从不同并发症方面连续观察 10 d,并发症包括:腹泻、反流误吸、感染、血糖波动、胃管堵塞。

1.2.4 统计学方法 数据分析采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 观察分析 观察组 60 例,平均年龄 54 岁,对照组 60 例,平均年龄 55 岁,两组在年龄、疾病种类、治疗、病情等方面比较差异无统计学意义,有可比性。

表 1 两种喂养法临床效果观察[n(%)]

组别	腹泻	反流误吸(感染)	血糖紊乱	胃管堵塞
观察组	3(5)	0(0)	0(0)	1(1.67)
对照组	24(40)	5(7.3)	22(37)	24(40)
χ^2	21.39	5.22	26.94	26.53
P	<0.01	0.025 <P<0.05	<0.01	<0.01

2.2 两种喂养法的临床效果观察,见表 1。观察组与对照组在发生腹泻、反流误吸、感染、血糖紊乱、胃管堵塞并发症比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

3 讨论

3.1 腹泻是 EN 最常见的并发症,重症监护室(ICU)发病率可达 56%~62%^[2,5],其主要原因为营养液浓度过高,灌注速度过快,营养液配制时被污染以及危重患者胃肠道功能减弱^[3-4]。也有研究认为,EN 腹泻与营养液温度有关,但目前还没有证据显示加温或冷藏能显著改变胃肠道并发症^[5]。EN 泵持续喂养因其整个过程均在相对密闭的无菌装置种完成,可避免营养液被污染;并能严格控制营养液的速度和量,从而可以减少腹泻的次数。EN 泵持续喂养是一个连续过程,是非间歇性的;这样可以避免发生急性腹胀,更好地维持内环境的稳定。从观察中作者还发现 EN 泵持续喂养患者比分次注入喂养患者的大便次数少。对于危重患者,持续喂养可更快地满足营养需求,减轻负氮平衡,减少低蛋白血症的发生率。

在用注射器注入喂养时,自行配置的营养液或瓶装营养液开启后达不到相对无菌,加之危重患者抵抗力低;且将营养液一次注入,胃肠道不适应;是引起患者腹泻或“倾倒综合征”的一大诱因。大量的广谱抗生素的应用导致肠道菌群失调并肠道感染,患者本身的特异性对营养液中的脂肪不耐受等都是引起腹泻的重要原因。

3.2 误吸是 EN 最危险的并发症,恶心、呕吐是引起误吸的主要原因^[6]。危重患者一旦出现误吸,营养液进入气道有的可能会表现为明显的呛咳,有的则表现为慢性吸入性肺炎^[5]。胃内储留物和一次注入过快,量过多都会引起恶心、呕吐从而误吸。EN 泵持续喂养能严格控制速度,有助于胃内容物的及时消化,可有效地避免误吸。注射器分次注入喂养,很难控制注入速度,一次注入量相对较多,导致急性胃内压增高,刺激迷走神经和交感神经兴奋性增高,引起恶心、呕吐而发生误吸。

3.3 近年来临床研究表明,任何形式的营养支持都应用胰岛素控制血糖,以免血糖紊乱影响预后^[4]。EN 泵持续喂养用的营养液都是瓶装,容易计算加入胰岛素的量。持续输入的营养液对胰腺分泌胰岛素有稳定的刺激作用,可将血糖维持在稳定水平。自行配置的营养液难以计算加入胰岛素的量,分次注入的营养液对胰腺分泌胰岛素不能发生稳定的刺激作用,血糖不稳定。

3.4 胃管堵塞原因多见于忘记冲洗管道或冲洗管道不当,营养液未混匀,后者可以完全避免。EN 泵持续喂养是连续,匀速将营养液输入胃肠道能避免胃管堵塞。分次注入的营养液若忘记冲洗管道或冲洗管道不当,就容易出现胃管堵塞。

据大量研究表明,总结临床经验 EN 泵持续喂养过程中应

注意:操作前洗手、戴口罩、帽子,遵循无菌原则;速度从慢到快,从少量到适量,每 4 小时用温开水冲洗管道;无禁忌证情况下患者体位床头抬高 30°~45°。防止管道扭曲、受压;严密监测血糖、电解质、出入量及有无胃内储留。

综上所述,经过临床实际观察证实 EN 泵持续喂养是危重患者较理想的 EN 喂养法,可有效减少腹泻、反流误吸、感染、血糖紊乱、胃管堵塞并发症的发生,保证 EN 的有效实施,尽快达到营养目标,提高治愈率。

参考文献

[1] 蒋朱明,吴蔚然. 肠内营养[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:221-230.

[2] 张卫宁,康飞,任丽华. 神经外科昏迷患者鼻饲常见并发

症及处理[J]. 临床误诊误治,2004,17(7):515-516.

[3] 马惠,王菊廷,张善芳. 循证护理在重型颅脑外伤患者鼻饲并发症中的应用[J]. 广西医学,2009,31(6):860-862.

[4] 潘下蔡,林碎钗,邵丽香,等. 鼻胃肠管营养应用于重症患者的研究进展[J]. 中华护理杂志,2007,42(3):268-270.

[5] Stroud M,Duncan H,Nightingale J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients[J]. Gut,2003,52: 1-12.

[6] 钟美容. 急性脑卒中偏瘫早期康复循证护理现状[J]. 广西医学,2007,29(9):1370-1372.

[7] 吕霞. 输液泵恒温下持续喂养对减少危重患者肠内营养并发症的探讨[J]. 基础研究,2005,11(24):2106-2107.

(收稿日期:2010-12-22)

碘伏含漱用于手术前口腔护理的效果观察

杨 霞¹,刘祥平²,李 英²(1. 重庆市南川区第二人民医院麻醉科手术室 408400;2. 重庆市南桐总医院麻醉科手术室 400802)

【摘要】 目的 探讨碘伏口腔护理的术前应用效果。**方法** 将 100 例术前患者分为两组,观察组术前采用碘伏含漱效果,并与对照组进行比较。**结果** 观察组口臭强度明显低于对照组。**结论** 用碘伏含漱对手术患者的口腔护理具有显著效果。

【关键词】 碘伏; 口腔护理; 择期手术
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.07.066 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)07-0877-01

择期手术患者由于术前禁食、禁饮、抗胆碱能药的应用容易导致唾液分泌减少、细菌繁殖分解而引起口臭,对患者的术后康复会产生不利影响,但临床上对此普遍不太重视。本院于 2006 年开始应用碘伏含漱进行口腔护理,效果满意。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 100 例择期手术患者随机分为对照组和观察组,每组 50 例。对照组:男 29 例,女 21 例,其中全麻 14 例,椎管内麻醉 31 例,神经阻滞 5 例;观察组:男 27 例,女 23 例,其中全麻 12 例,椎管内麻醉 34 例,神经阻滞 4 例。

1.2 方法 观察组患者在麻醉前采用 0.5%碘伏稀释 10 倍后含漱,间隔 5 min 再含漱 1 次;对照组未作处理。手术结束后观察并记录两组患者口臭程度。口臭诊断采用感官分析法,口臭程度分级,不明显:距离患者口腔 20 cm 不能闻及臭味;明显:距离患者口腔 20 cm 可闻及臭味,超过 50 cm 不能闻及;严重:超过 50 cm 范围仍可闻及臭味。

2 结 果

两组患者口臭程度结果,见表 1。

表 1 两组患者口臭程度比较(n)

组别	不明显	明显	严重
对照组	19	23	8
观察组	37	11	2

两组计数资料采用 χ^2 检验。观察组严重口臭率、明显口臭率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。

3 讨 论

口臭是口腔内的微生物大量繁殖分解蛋白和氨基酸产生

吲哚、挥发性硫化物、有机酸和氨类所致^[1]。住院和应激状态可显著加大细菌的繁殖,手术前禁食、禁饮、抗胆碱能药的应用容易导致唾液分泌减少,而唾液的分泌量对口腔生态平衡有着重要的意义^[2],口腔生态失衡导致细菌大量繁殖。本观察发现择期手术患者中明显或严重口臭的发生率高达 62%,反映了择期手术患者口腔内细菌的繁殖,对患者术后的康复将产生不利影响。

本实验组明显或严重口臭的发生率 26%,远低于对照组,说明 0.5%碘伏含漱用于术前口腔护理效果佳。碘伏是一种含碘灭菌剂,对各类细菌及其芽孢、病毒真菌、原虫均有较强的杀灭作用^[3]。且碘伏性质温和,无毒、无致敏性,对口腔黏膜无刺激性,患者易于接受。此外碘伏药源广,经济简便,有推广价值。值得注意的是稀释后的碘伏不稳定,应现配现用。亦有报道 0.5%甲硝唑注射液作为漱口液,对消除口腔异味有非常显著的效果^[4]。

参考文献

[1] 俞莉,张育苗,孙彩,等. ICU 患者口腔护理液的选用[J]. 护理与康复,2005,4(6):456-457.

[2] 周学东,胡涛. 口腔生态学[M]. 北京:军事医学科学出版社,2000:5-10.

[3] 史爱珍,严翎. 0.5%聚维酮碘用于口腔清洗消毒的效果评价[J]. 中华护理杂志,2001,36(2):137-138.

[4] 陈春丽,华路雅. 甲硝唑注射液用于脑血管患者口腔护理效果观察[J]. 现代医药卫生,2008,24(18):2827-2828.

(收稿日期:2010-12-18)