

肺移植患者术后早期的营养支持

樊宏华, 江 澜

(上海交通大学附属胸科医院, 上海 200030)

关键词: 肺移植; 营养支持; 护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: B

文章编号: 1009-8399(2006)04-0045-02

肺移植已成为治疗各种终末期良性肺部疾病优先考虑的治疗方法。由于免疫抑制剂和围手术期处理技术的迅速发展, 肺移植的成功率明显增加。但因术前病史较长, 器官功能慢性衰竭常伴有营养不良, 而营养不良患者器官移植术后并发症、病死率和住院时间均明显增加^[1]。近年来, 随着对营养支持作用的深入研究术后早期营养支持能减轻组织损伤, 促进移植器官的功能恢复^[2]。因此, 移植术后早期的营养支持有其重要的意义。现对肺移植患者术后早期的营养支持报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2001 年 11 月 ~ 2005 年 3 月在我院行肺移植术的患者 6 例, 其中单肺移植术 3 例, 双肺移植术 3 例。术后行完全胃肠外营养(TPN)2 例, 全胃肠内营养(EN)1 例, EN+肠外营养(PN)3 例。

1.2 营养支持方案 TPN 者于术后第 1 天经中心静脉即以 TPN; EN 者术后第 1 天行鼻胃管或鼻十二指肠营养管予以 EN, 能经口进食后逐步过渡到进口膳食; EN+PN 者于术后第 1 天经中心静脉予以 8.5% 乐凡命 + 20% 脂肪乳剂, 或经中心静脉给于 PN, 并同时经鼻胃管或鼻十二指肠营养管行 EN。

2 结果

6 例患者均安全渡过围手术期。其中 2 例行 PN 患者于术后第 5 天开始经口进食; 1 例行 EN 患者于术后第 3 天开始经口进食; 3 例行 PN+EN 患者均于术后第 3 天开始经口进食。

3 护理

3.1 心理护理 肺移植手术是目前世界上大脏器移植手术中最为复杂、难度最大的手术, 存在着很多危险性^[3]。患者术前生活大多不能自理, 营养状况一般较差; 移植术后因放置鼻胃管或鼻十二指肠营养管, 患者多有咽喉部不适, 以及移植术后激素和免疫抑制剂的应用, 患者会出现咽喉疼痛、

恶心及呕吐等症状以致引起患者的厌食心理。因此, 护士要与患者多交流、多安慰, 及时发现患者的不适和情绪变化, 告诉患者手术后早期营养支持的意义和重要性, 帮助患者调整心态, 消除紧张情绪, 克服厌食心理。保持积极的态度渡过围手术期。

3.2 TPN 护理 通常认为肠外营养易造成肠黏膜屏障功能下降^[4]。但在患者不能进食的状况下, 肠外营养能够维持血浆蛋白水平, 减缓机体消耗。

3.2.1 每日输注时更换输液管道, 并准确连接静脉输液管道, 保持静脉输液管道的通畅。肠外营养输注过程中不可长时间中断, 以免发生堵管。

3.2.2 控制输注速度, 应使用输液泵为好, 以保持均匀输入, 防止血糖波动过大, 速度应控制在每小时 150 ml ~ 180 ml 以下。

3.2.3 每日滴注完毕后用肝素稀释液 5 ml ~ 10 ml 封管, 边注射边退出以保证管内正压、无回血。

3.2.4 每日观察穿刺部位有无肿胀及感染体征; 穿刺点局部每日用静脉注射用皮肤消毒剂消毒, 并更换敷料。

3.3 EN 护理 肠内营养比较符合患者的生理需求, 因肠黏膜不仅从血液中摄取营养, 而且也从肠腔内容物中摄取营养, 以维持自身的生长、修复。肠内营养可防止肠黏膜萎缩, 保护肠屏障; 减少肠源性内毒素移位, 继而减少了内毒素诱发的炎性因子和细胞因子的连锁反应, 使组织器官损伤减轻^[5]。

3.3.1 妥善固定营养管道并且做好标记, 输注前检查营养管是否在预期的位置, 并正确连接输注管道。

3.3.2 床头摇高 30 度 ~ 45 度, 患者取自然、舒适的半卧位。

3.3.3 每次喂养前及喂养过程中每 4 小时检查胃内残留的营养液量, 胃排空功能存在时其量不应大于 150 ml, 反之则应停止输注数小时。

3.3.4 在开始输注时应遵循浓度从低到高、容量从少到多、速度从慢到快的原则; 营养液的温度保持在 37℃ 左右。

3.3.5 每次输注完毕后用温开水冲管, 封闭喂养管末端, 并用无菌敷料包裹。

3.4 饮食护理 患者能经口进食后, 应鼓励患者多进食, 并

(如牛奶)。次日可进食半流质,并向普食过渡。

3.4.1 肺移植患者术前由于常存在低蛋白血症,加上手术创伤、免疫抑制剂的应用加速了蛋白质的分解,造成营养不良^[6]。术后应给予优质动物类蛋白质饮食,如鸡蛋清、奶制品、鱼、家禽类,适量的蛋白有利于伤口的愈合。

3.4.2 肺移植术后由于使用激素治疗易发生糖及脂代谢异常^[7],应予以低糖、低脂饮食,可食用复合碳水化合物,如藕粉、麦淀粉等;免疫抑制剂本身可能会引起高脂血症,导致动脉粥样硬化。因此移植后的患者更应限制胆固醇的摄入,饮食宜清淡,防止油腻,不食用油煎、油炸食品,避免食用猪油、动物内脏等含胆固醇较高的食物。多吃各类蔬菜、水果,既可以补充各种维生素及纤维素,又可增加抗感染能力,更便于通便。

3.4.3 肺移植术后因行类固醇激素治疗,骨质形成能力降低。免疫抑制剂不仅抑制肠道吸收钙,而且加速钙的排出^[6],饮食中要注意摄取含钙高的食物,排骨汤、贝壳类食物。熬汤时适当加醋,可增加钙的溶解、吸收。补钙的同时还得注意补充维生素D,以促进钙的吸收。

3.5 做好监测工作,每日了解各项血液生化指标,准确记录出入量。如发现异常及时与医师联系处理。

4 小结

肺移植术后早期营养支持是改善患者营养状况,安全渡

过围手术期的必要基础之一。心理护理、肠内外营养的护理及相关知识的宣教,是达到营养支持目的的有效保证。通过营养护理经验的不断积累,术后早期的营养支持也将变得更加有效。

参考文献:

- [1] Stephenson JRG, Moretti EW, Hoalem EI, et al. Malnutrition in liver transplantation patients: Pre-operative subjective global assessment (SGA) is predictive of outcome following liver transplantation [J]. Transplantation, 2001, 72: 666-670.
- [2] Hasse JM. Nutrition assessment and support of organ transplant recipients [J]. JPEN, 2001, 25: 120-131.
- [3] 李天心. 医学心理学[M]. 北京: 北京协和医科大学出版社, 2001. 330.
- [4] Reynolds JV, Murchan P, Leonard N, et al. Gut barrier failure in experimental obstructive jaundice [J]. J Surg Res, 1996, 62(1): 11-15.
- [5] Prummel MF, Wierdinga WM, Lips P, et al. The course of biochemical parameters of bone turnover during treatment with corticoids [J]. J Clin Endocrinol Metab, 1991, 72: 382.
- [6] 蔡东联. 现代饮食治疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 1996. 309-317.
- [7] Pikul J, Sharpe MD, Lowndes R, et al. Degree of Preoperative malnutrition is predictive of postoperative morbidity and mortality in liver transplant recipients [J]. Transplantation, 1994, 57: 469.

直肠癌患者低位前切除术后吻合口漏的护理

唐金萍¹, 曹健², 徐萍¹, 曾明秀¹, 陈珉¹

(1. 复旦大学附属肿瘤医院复旦大学上海医学院肿瘤学系, 上海 200032;

2. 上海市普陀区长寿地段医院, 上海 200060)

关键词: 直肠癌; 低位前切除术; 吻合口漏; 护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: B

文章编号: 1009-8399(2006)04-0046-03

经腹前切除术为目前治疗直肠癌最理想的保肛术式,但术后吻合口漏是较常见的并发症。该并发症的预防与治疗是提高疗效的重要环节^[1]。我科自2004年8月~2005年12月收治直肠癌患者行低位前切除术139例,其中并发吻合口漏12例。针对容易诱发吻合口漏的重要环节,我们采取了相应的措施,获得良好的效果,现报道如下。

1 临床资料

2004年8月~2005年12月在我院行低位前切除术的直肠癌患者139例,其中并发吻合口漏12例。男8例,女4例,年龄38岁~69岁,平均年龄51.8岁。原发性肿瘤距肛缘≤8 cm者11例,距肛缘>8 cm者1例;肿瘤直径≤4 cm者3例,直径在4 cm~6 cm者8例,直径>6 cm者1例;血常规: