

一例心脏瓣膜病合并慢性肾衰行气管切开患者 肠内营养支持的观察与护理

谷莹 杨婷婷 王哲芸 李丽

(南京大学医学院附属鼓楼医院心胸外科, 江苏 南京 210008)

【摘要】目的:总结了1例心脏术后行气管切开患者肠内营养支持的观察与护理经验。**方法:**制定肠内营养方案,实施营养的护理,包括精准的容量管理,保证目标喂养量,预防误吸,腹泻的护理以及营养指标的监测。**结果:**通过个性化,精细化的肠内营养支持护理,患者营养状况得到改善,康复出院。**结论:**实施精细的肠内营养支持护理,能显著改善患者的营养状况,促进患者康复。

【关键词】心脏;慢性肾衰气切;肠内营养;护理

【中图分类号】R692.5 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1672-3783(2022)05-15-126-01

瓣膜性心脏病是我国最常见的心脏疾病之一,重症心脏瓣膜病患者心功能不全导致消化道缺血和瘀血长期同时存在,机体处于负氮平衡和高分解代谢状态,重症病人甚至并发心源性恶病质综合征。许多研究早已提示,对重症心脏瓣膜病患者进行肠内营养(EN)支持可改善其临床结局,减少并发症,缩短住院时间,降低病死率等^[1]。此外很多慢性肾功能衰竭患者的生命由于得到透析治疗而被挽救,但每年透析患者的病死率仍较高,据美国统计资料所显示约为21%-23%。近年来研究的难点和重点是提高透析患者的生存率和改善其生存质量,而患者的营养状况,与透析本身的延续以及预后密切相关,其营养状况是影响其生存质量和生存率的重要因素之一^[2]。

随着现代医学的发展与人们对延长寿命的期望,近年来因疾病原因而最终选择气管切开的患者越来越多。对于有胃肠进食条件的气切患者,多选择肠内营养作为日常能量的主要补给方式。肠内营养的支持不仅能抑制危重患者的应激反应,减轻机体的分解代谢,还可维护肠道微环境,保持肠内益生菌群的正常活动,有利于机体整体功能的恢复^[3]。我科收治了1例心脏瓣膜病合并慢性肾衰患者,术后因低氧血症行气管切开,更增加了全身营养消耗。现将对该患者营养支持的过程报道如下。

1 临床资料

患者男,63岁,体重52kg,身高168cm,体质指数18.4。既往史有肾功能不全、高血压、陈旧性脑梗等,诊断主要有二尖瓣中重度关闭不全,慢性肾脏病(CKD5期),心功能不全。入院第4天在全麻体外循环下行冠脉搭桥+二尖瓣成形+三尖瓣成形手术,因术后低氧血症,未能拔除气管插管,患者在术后第10天行气管切开术,术后第28天转出ICU,术后第44天出院。治疗原则有:抗炎、血液透析、维护心肺功能,精确的容量管理,营养支持。

2 肠内营养方案

2.1 营养的评估

根据NRS2002营养筛查量表,该患者营养风险评分为6分,为营养高风险。同时该患者在入院时白蛋白和总蛋白均低于正常值,分别为白蛋白28.8g/L总蛋白52.1g/L,经营养评估该患者需要营养支持。

2.2 肠内营养管的选择

采用复尔凯鼻胃管,有导丝引导,具有聚氨酯生物相容性好,耐胃酸腐蚀,且管径较细,刺激性小,容易置管。采用常规方法置入胃管,以3M鼻贴采用分叉交织法固定,再使用高举平台法二次固定于脸颊一侧。

2.3 肠内营养液的选择及开始时间

该患者在术后45h开始第1天肠内营养,选用5%葡萄糖注射液500ml,以25ml/h速度经鼻胃管泵入,符合指南^[4]建议不能进食的重症患者在24~48小时内开始早期肠内营养。术后第2天开始选用能全力(肠内营养混悬液)500ml,以30ml/h速度泵入,观察患者无腹泻腹胀等不适症状,术后第3天肠内营养总量逐步增加到1000ml,指南^[5]推荐BMI<30kg/m²的患者采用25kcal/(kg*d)计算目标能量,符合该患者1300kcal/d的能量需求。

3 护理

3.1 术后早期容量管理与保证目标喂养量

该患者心脏术后早期需严格控制出入量,因为容量过多会增加心脏做功,有引起心力衰竭和肺水肿的风险;而容量不足会导致血流动力学不稳定,进而出现组织低灌注和功能障碍^[6]。患者本身患有慢性肾脏病(CKD5期),间断予患者血液透析治疗。血透期间,医生根据患者体重及肾功能情况予患者制定的目标入量2000-2200ml,其中肠内营养目标喂养量为1000ml,出超1000ml,术后早期患者需要输液输血补充容量维持循环稳定,实际液体量超出目标液体量时,肠内营养速度减慢,容易造成喂养不足,待循环稳定逐步增加肠内营养速度由30ml/h至50ml/h再调整至80ml/h,保证患者肠内营养需求。患者未做血透期间,医生予患者制定的目标入量为1600-1800ml,其中包括必要的抗生素治疗和每天30g蛋白质的静脉输入,与医生共同商讨,不影响患者的治疗效果情况下,减少不必要的液体输入,使用输液泵严格控制输液速度,保持肠内营养匀速全量输入保证目标喂养量。

3.2 预防误吸的护理

①体位 患者肠内营养期间,保持床头抬高35°,借助重力和坡度作用,防止患者出现胃内容物返流事件,同时还可提高肺部扩张效果,改善患者通气功能,预防VAP的发生^[7]。翻身时避免营养管打折扭曲,保持管道通畅。

②气囊压力监测予患者鼻饲前检查气囊压力,每4h使用气囊压力监测表注气校正一次,保持压力在25-30mmHg^[8],防止压力偏小造成胃内容物反流造成误吸或过大使气管黏膜缺血坏死。

③及时吸痰并行声门下吸引 机械通气患者的通气管路和鼻饲管路对病人咽喉部持续性刺激,会导致口咽分泌物增多,加上该部分患者气道保护性反射感觉的减弱,加大误吸的风险^[9]。患者发生呛咳时,应先暂停胃肠营养,充分吸痰同时进行声门下吸引,并检查气囊压,再次打开营养泵,保持一天3次气切护理同时使用复方氯己定口腔护理,预防肺部感染。

④监测胃残余量 文献报告^[10],有97.0%以上的国内外护士通过监测胃残余量来判断患者是否存在喂养不耐受,而使用注射器回抽是临床最常被应用的胃残余量监测方法,大量胃残余量的临界值为50~500ml,以200ml为临界值最为常见,而高水平的胃残余量容易导致患者呕吐从而增加发生误吸的风险。及时予患者管饲枸橼酸莫沙必利清5mg,一天3次,可以刺激胃肠道蠕动,促进胃排空,降低因喂养不耐受导致呕吐腹胀引起误吸的风险。患者肠内营养期间均未发生误吸或吸入性肺炎。

3.3 腹泻的护理

术后第3天,患者发生4次腹泻,解出绿色稀便共1200ml,当日以易蒙停1粒,一天2次管饲,下调肠内营养速度至30ml/h持续肠内营养,使用胃肠营养加热器保持营养液37℃-42℃,留取大便常规和培养,积极查明患者腹泻原因,大便常规和培养均未见明显异常指标。术后第4天患者再次发生2次腹泻,解出黄色稀便共400ml,以思密达一袋管饲,当日患者腹泻好转,术后第5天后未发生腹泻。腹泻期间,及时清理大便,保持患者肛周皮肤清洁干燥,使用赛肤润皮肤保护剂,同时使用造口袋收集大便,避免大便刺激皮肤造成失禁性皮炎。护士在为患者实施肠内营养期间,避免直接管饲钾制剂,有研究显示该补钾方式会增加低蛋白血症患者的腹泻发生率^[11]。经过精心的护理,患者住院期间腹泻得到有效控制,未发生皮肤破损或失禁性皮炎。

3.4 监测营养指标

定期监测患者体重,因为患者术后严格限水,血滤脱水,以及各种引流液的丢失,患者在术后18天,体重整体减轻最低至43.8kg,但是后期有上升的趋势,在术后第22天,体重增加到47kg。每日监测患者血糖及电解质水平,患者血糖基本维持在正常范围内,但是经常出现低钠的情况,遵医嘱管饲浓氯化钠,并及时评价补充后的效果。同时定期监测患者肝肾功能,白蛋白和总蛋白较入院都有上升趋势,术后第20天,患者总蛋白上升至88.6g/L,白蛋白上升至48.5g/L。随着营养状况的改善,患者呼吸功能也逐步好转,术后20天,患者可以脱机自主呼吸。

3 小结

该患者因为严重低氧血症在心脏术后行气管切开,早期实施肠内营养为后期脱机康复奠定了基础。同时患者有慢性肾衰病史,研究显示慢性肾衰病人中蛋白质-能量营养不良常见。在实施肠内营养前,我们要评估患者营养风险为其制定个体化肠内营养方案。在实施肠内营养过程中,我们要注重患者心脏术后容量管理与肠内营养需求的平衡,同时积极采取措施预防气切患者发生误吸,减少了患者发生感染的风险。患者发生腹泻等肠内营养并发症时,我们要积极查找原因,对症处理,不能轻易中断肠内营养,造成患者喂养不足。最后动态评

估患者营养指标,观察营养改善状况,促进患者早期康复。

参考文献

- [1] 王艺萍,肖菲,潘灵爱,等.早期肠内营养对重症心脏瓣膜病人术后营养状态和免疫功能的研究[J].肠外与肠内营养,2015,22(03):136-139.
- [2] 李杰,文青松,吴春林,等.维持性血液透析病人的营养评价及营养支持治疗[J].右江医学,2012,40(01):8-10.
- [3] 王燕南.43例老年气管切开患者肠内营养支持的观察与护理[J].现代实用医学,2015,27(07):973-974.
- [4] McClave Stephen A,Taylor Beth E,Martindale Robert G,Warren Malissa M,Johnson Debbie R,Braunschweig Carol,McCarthy Mary S,Davanos Evangelia,Rice Todd W,Cresci Gail A,Gervasio Jane M,Sacks Gordon S,Roberts Pamela R,Compher Charlene. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.).[J]. JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition,2016,40(2):
- [5] McClave SA,Taylor BE,Martindale RG, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine(SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2016, 40(2): 159-211.
- [6] 卢星,夏燕飞,郑晓铸.无创心输出量监护对心脏瓣膜手术后患者容量反应性的预测价值研究[J].浙江医学,2016,38(14):1158-1160+1165.
- [7] 曹玲,张晓梅,仲悦萍,陈晓艳.两种床头抬高方式在机械通气患者中的应用比较[J].护理学杂志,2017,32(14):22-24.
- [8] 米元元,沈月,王宗华,黄培培,孙亮,陈城,李素云,罗健,喻姣花,黄海燕.机械通气患者误吸预防及管理的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2018,53(07):849-856.
- [9] 王慧君,叶向红,顾璐璐.重症病人肠内营养误吸监测方法的研究进展[J].肠外与肠内营养,2020,27(02):117-120.
- [10] 余昆容,夏莹,赵淑雅,李峥,翁利.持续肠内营养患者胃残余量变化趋势及喂养达标的影响因素研究[J].中华护理杂志,2021,56(01):50-55.
- [11] 米元元,沈月,郝彬,李锐,黄辉辉,胡蝶,冷秋,马婷婷,喻姣花,黄海燕.ICU患者肠内营养支持并发腹泻的循证护理实践[J].中华护理杂志,2017,52(11):1291-1298.

(上接第125页)

- [7] 张涵博,张晨,赵新玲,等.利妥昔单抗联合个案管理的延伸护理在非霍奇金淋巴瘤患者治疗中的应用研究[J].现代医学与健康研究杂志,2021,05(13):123-126.
- [8] 林梓乐,胡明星.罗伊适应模式对恶性淋巴瘤靶向治疗后癌因性疲乏及靶向药物滴注成功率的影响[J].护理实践与研究,2021,18(08):1227-1230.
- [9] 温小珊.三阶梯护理策略对行化学药物治疗非霍奇金淋巴瘤患者相关院内感染的预防效果[J].中西医结合护理(中英文),2021,07(03):54-57.
- [10] 郑佳蕾,郑丽丽,闫金凤,等.预见性护理干预对白血病患儿不良情绪和并发症改善效果及凝血功能的临床观察[J].血栓与止血学,2018,24(01):178-180.