

大量进入肝脏合成甘油三酯,于是形成脂肪肝。

3.2 肥胖与高脂血症及脂肪肝的关系

关于肥胖的标准,有报道,BMI < 20 为低体重,20 ~ 为正常体重,24 ~ 为超重,26 ~ 为肥胖,≥28 者为明显肥胖^[2]。本资料采用了国内肥胖标准(BMI ≥ 24),与黄继坤等^[3]报道的 BMI ≥ 24(24.2 ± 2.3)为 24.80%,肥胖患病率 53.70% 比较略低。

随着年龄的增加,特别是 50 岁以后,人的运动量逐渐减少,基础代谢下降,加上内分泌的改变,极易发生肥胖及脂肪肝。本组资料也显示 A1 ~ 50 岁组肥胖(47.60%)、高脂血症(33.07%)、脂肪肝(6.46%) 的发生率急速上升,51 ~ 60 岁组呈峰值,肥胖占 50.17%、高脂血症占 35.08%、脂肪肝占 5.87%,然后下降,70 岁以后下降更明显,肥胖占 27.71%、高脂血症占 6.72%、脂肪肝占 0.36%。随着年龄的老化,超重及肥胖者比例减少,因肥胖是影响人类寿命的重要不利因素之一^[4]。另外发现女性肥胖的发生率(45.02%)高于男性(39.01%),与华琦等^[4]的报道一致。高脂血症的发生率女性(20.63%)亦高于男性(14.84%)。脂肪肝的发病率男女性之间无显著性差异,与余永谱等^[5]的报道不同。本次调查还显示,高脂血症的 35.47%、脂肪肝的全部都发生于肥胖者,说明高脂血症、脂肪肝与肥胖密切相关,特别是肥胖对脂肪肝的形成影响最大。

3.3 防治对策

脂肪肝的治疗关键是减轻体重,重点是调整饮食,同时要加强体育锻炼,经常进行户外活动。①调整饮食结构。肥胖性脂肪肝应从节制饮食入手,少食冰淇淋、糖果之类食物,可

多食豆类制品,有去脂作用的蔬菜有大蒜、芹菜、紫菜、香菇、海带等,在日常饮食中可增加这类食物的摄入量,总之宜食高蛋白、低脂低糖饮食。②绝对禁酒。乙醇对肝细胞有一定刺激性,使肝细胞对脂肪酸的分解和代谢发生障碍。因此,饮酒越多,肝内脂肪酸越容易堆积,越容易导致酒精性脂肪肝。③加强体育锻炼,减轻体重。肝内脂肪的堆积与体重成正比,肥胖人体重控制后,其脂肪肝症状减轻。此外,长期不运动会导致体内过剩的营养转化为脂肪,这些脂肪沉积于皮下表现为肥胖,沉积于肝脏时表现为脂肪肝。因此,多参加体育运动,促进血液循环,促进机体消耗及利用过剩的营养物质,这是预防脂肪肝的重要环节。

参考文献:

- [1] 陈国祯. 内科学[M]. 第 2 版,北京:人民卫生出版社,1984.705.
- [2] 姚才良,杜福春,王海燕,等. 肥胖与心血管疾病的调查[J]. 中华流行病学杂志,1986,7(5):217.
- [3] 黄继坤,李跃飞,张鹏祥. 中老年人肥胖及其疾病的关系调查[J]. 老年医学杂志,1990,1(4):217.
- [4] 华琦,汤哲. 北京市老年人群体重、血脂、高血压及血糖水平的调查与分析[J]. 中华内科杂志,1997,36(1):20.
- [5] 余永谱,邓银泉,李夏玉,等. 杭州市 3015 名职工脂肪肝调查报告[J]. 浙江医科大学学报,1994,23(2):75.

作者简介:李元梅(1962-),女,大专,主管护师。

收稿日期:2002-06-30,修回日期:2002-09-30

(本文编辑 刘美玲)

家庭肠道内营养病人的并发症护理

郭莹,李士红,梁飞,孙红玲

(山东省立医院普外科,山东 济南 250021)

关键词:家庭肠道内营养; 并发症; 护理

中图分类号:R473.2 文献标识码:B 文章编号:1001-415X(2003)02-0136-02

近年来,家庭肠道内营养(home enteral nutrition HEN)随着肠道内营养(EN)技术的迅速发展而得到广泛应用^[1]。笔者随访调查了 1995 ~ 2000 年曾在本院普外科住院现行 HEN 的病人 47 例,对其并发症实施了护理并获得良好效果,报告如下。

1 一般资料

47 例中,男 26 例,女 21 例,年龄最小 21 岁,最大 79 岁,平均 63.4 岁。原发疾病:消化系统肿瘤 33 例,占 60.2%;非消化系统肿瘤(短肠综合征、肠痿、炎性肠病、胰腺炎、严重肠道功能失调)14 例。喂养途径:空肠造瘘 21 例,胃造瘘 17 例,经鼻置管 3 例。喂养方式:重力滴注 35 例,注射器推注 12 例。营养膳:要素膳 17 例,非要素膳 30 例。不良反应及并发症:喂养管阻塞 27 例,胃肠道症状(腹痛、腹胀、腹泻、便秘)8 例,营养代谢失调 9 例,吸入性肺炎 6 例。

2 护理

2.1 喂养管阻塞的护理

喂养管阻塞原因为所配营养液粘度过大,含固体杂质,管道护理不当,喂养管口被胃肠粘膜堵塞。当发生喂养管阻塞后,用温水(40℃左右,20 ~ 40 ml)果汁、肉汁、可乐等冲洗复通

或调整喂养管位置。当复通困难时可试用胰酶液溶解堵塞物,但可使吸入性化学性肺炎的发生率增加,风险增加^[2],故本组未用胰酶液。预防措施为调整营养液粘度或管径,尽量用液体药物,必须用固体药物时需碾碎溶解后注入并用水冲洗,每次应用营养液后用温水冲洗喂养管。

2.2 吸入性肺炎的护理

吸入性肺炎常见原因为体位不当、喂养管位置不当、胃肠蠕动功能差、发生麻痹性肠梗阻或胃潴留、喂养管径过粗、营养液灌入方式不当、个体高危状态(本组 4 例)等。当病人出现咳嗽、呼吸困难、发热等症状时,应警惕吸入性肺炎的发生。当确诊后使用抗生素抗感染,解痉排痰。预防措施为输注营养液时床头抬高 30 ~ 45°,改用口径较小喂养管,防止胃潴留和肠麻痹的发生。当发生胃潴留时暂停营养液输入,当胃潴留液 < 100 ml 后重新开始输注营养液,以低速、低浓度为宜,并复查胃内容物量,明确喂养管位置。尽量采用经胃或空肠造瘘置喂养管,减少营养液在胃内潴留。发生吸入性肺炎后立即停止营养液输注,诱发病人咳嗽,咳出误吸营养液或吸出营养液及误吸食物,改用静脉营养(PN),应用白蛋白和短期应用糖皮质激素减少肺水肿,应用抗生素防止肺部感染。

2.3 胃肠道症状的护理

发生胃肠道反应主要由于营养液不洁净或污染,胃肠道内压力过高,注入速度过快,营养液温度过低,病人不能耐受乳糖,经营养管应用有胃肠道不良反应的药物等导致。预防措施为配制营养液过程中,避免污染,所配制营养液尽量一次用完,剩余则置冰箱保存,时间 < 24 h,如在室温下保存,时间 < 8 h。应用等张营养液,控制营养液输入速度及温度,对不能耐受乳糖病人避免应用乳糖,调整经喂养管注入的药物,避免其不良反应或肠道菌群失调形成,对便秘病人,增加膳食纤维以促进肠蠕动。

2.4 营养代谢失调的护理

本组 9 例发生营养代谢失调,其中发生脱水 2 例,血钠异常 3 例,血钾异常 1 例,血糖异常 3 例。定期测量病人的体重,检测各项生化指标,采用记录膳食的摄入量、尿量、大便情况,观察皮下脂肪厚度等方法估计营养状况。如经肠营养一段时间疗效不满意,予以增加热量的摄入,并针对性调整营养素比例使之保持营养平衡。

3 结果

38 例胃肠道反应经对症处理,均好转。9 例营养代谢失调,进行针对性处理后,营养代谢失调得到纠正。27 例喂养阻塞,19 例用水冲洗复通,8 例无法复通更换喂养管。5 例吸入性肺炎经过抗感染、解痉排痰后治愈,1 例并发胸腔积液,更换抗生素,胸腔穿刺后好转。以上病例经对症处理后,营养代谢失调均得到不同程度纠正。6 例吸入性肺炎出院时已行 EN 1~4 周,平均 2.1 周,平均体重 62.9 kg,一般情况可,胃肠功能恢复。

4 讨论

在进行 HEN 前,首先对病人及其家属进行健康教育,让病人及家属对所患疾病有较详细的认识,了解 HEN 的基本知识,明确行 HEN 的必要性及自觉执行计划。有针对性地进行心理护理,消除病人及家属的疑虑,树立治疗信心。出院前 3~5 d 应对病人及家属进行 HEN 操作培训,通过书面材料、讲授、演示、录像、实际操作等方式指导其掌握营养液的配制、喂养的途径、方法、时间、注意事项及各种并发症的症状和处理措施。帮助其制定一性能/价格比较高的方案,出院后医护人员通过电话随访或接受咨询,及时发现病人心理变化并作出处理。

目前 HEN 病人采取胃或空肠造瘘是最常见的喂养途径,喂养方式中以重力滴注最普遍,本组中重力滴注者 35 例,占 74.4%。重力滴注法同注射器推注相比较,前者病人易于耐受。两者都应间歇注入,重力法 4~6 次/d,250~500 ml/次;注射法 6~8 次/d,200 ml/次。随着输液泵的应用,病人易耐受,并发症少、适应面宽的优点越来越得到凸现。可以按每小时 100~125ml 的速度输入。要素膳和非要素膳的病人因胃肠道条件不同而各有不同。本组病人中应用要素膳者 17 例,占 36%,非要素膳者 30 例,占 64%。其中 13 例使用国产要素膳,4 例使用进口要素膳制品。按 146 kJ/(kg·d) 配制。要素膳配制时,根据需要浓度称量出一定量要素膳,先用少量温开水调成糊状,再用 60~70℃ 温开水稀释至一定容积,充分搅拌均匀溶液,热量密度一般为 4.184 kJ/ml,放置 10 min 后即可使用,每日配制当天用量,输入时速度应由慢到快,浓度由稀到浓。要素膳勿须消化即可吸收,成分明确,通过增减某种成分以达到治疗效果。近年来,谷氨酰胺、膳食纤维研究不断深入,认识到谷氨酰胺可维持肠粘膜正常功能,防止菌群失调,细菌移位,降低 MODS 的发生率,有利于维持人体血液及各组织器官内谷氨酰胺水平。膳食纤维也有利于维持肠粘膜正常结构和功能,促进肠蠕动,减少毒素吸收,减少便秘、腹泻等并发症的发生。近年来,含上述两种成分的要素膳制品不断出现如能全力、能全素、安素、白普素等,但价格较贵,非要素膳以整蛋白或蛋白游离物为氮源,使用方便,可以用市场购得的食物自行配制,肉汁、果汁、牛奶、豆浆均可加入,配制时根据配方选择特定食物按一定数量称量备用,牛奶、豆浆等消毒,与全部食物混匀,搅拌成匀浆即可。非要素膳价格较低,适合长期 HEN 病人。

参考文献:

- [1] Carol L, Kohn M S, Joyce K, et al. Enteral nutrition potential complications and patient monitoring[J]. Nurs Clin North Am, 1989, 24(2): 339.
- [2] Dorothy B, Lynda J, Carol R, et al. The effect of psyllium hydrophilic mucilloid on diarrhea in enterally fed patients[J]. Heart Lung, 1997, 26: 229.

作者简介 郭莹(1974-),女,中专,护士。

收稿日期 2002-08-28,修回日期 2002-11-05

(本文编辑 颜巧元)

来稿请详细注明作者单位、科室、邮政编码、联系电话、E-mail 地址,并附单位介绍信,属直辖市者注明城市名称及其所在区域,请勿一稿多投。

《护理学杂志》编辑部