

肠内营养在食管破裂病人治疗中的应用

雷佩

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710061

【摘要】目的：分析肠内营养护理在食管破裂患者治疗中产生的效果。**方法：**选择我院2020年1月至2022年1月接收的80例食管破裂患者为研究对象，将其按照随机数表方式分组，分为对照组和观察组，各组40例。对照组实施常规护理，观察组在对照组基础上加入肠内营养支持护理，对比两组护理效果。**结果：**观察组并发症发生率明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）为差异显著，有统计学意义。观察组SAS、SDS评分明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）为差异显著，有统计学意义。观察组排气时间、排便时间、恢复饮食时间、住院时间明显短于对照组（ $P < 0.05$ ）为差异显著，有统计学意义。观察组SF-36评分明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）为差异显著，有统计学意义。**结论：**肠内营养支持在食管破裂病人治疗中效果较明显，能够加快症状恢复，降低并发症发生率，改善心理状况和生活水平，值得临床重视并积极推广。

【关键词】：肠内营养；食管破裂；并发症；SF-36评分

Application of Enteral Nutrition in the Treatment of Patients with Oesophageal Rupture

Pei Lei

The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Shaanxi Xi'an 710061

Abstract: Objective: To analyze the effect of enteral nutrition care in the treatment of patients with esophageal rupture. Methods: 80 patients with esophageal rupture from January 2020 to January 2022 were selected as study subjects and divided into random groups: control group and observation group, with 40 cases in each group. The control group implemented routine nursing, and the observation group added enteral nutrition support nursing on the basis of the control group to compare the nursing effect of the two groups. Results: The complication rate in the observation group was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$) and was statistically significant. The difference of SAS and SDS scores in the observation group than the control group ($P < 0.05$) was statistically significant. The exhaust gas time, defecation time, recovery diet time, and hospitalization time were significantly shorter than those of the control group ($P < 0.05$). The SF-36 score in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$), which was significantly different. Conclusion: Enteral nutrition support has an obvious effect in the treatment of patients with esophageal rupture, which can accelerate the recovery of symptoms, reduce the incidence of complications, improve the psychological condition and living standard, which deserves clinical attention and active promotion.

Keywords: Enteral nutrition; Esophageal rupture; Complications; SF-36 score

食管破裂分为自发性和继发性两种。自发性破裂是因为腹内压急剧增高而传递到紧闭声门，促使食管腔内压力迅速增高，导致食管扩张而撕裂自发性食管破裂^[1]。自发性破裂死亡率较高，主要是因为食管破裂后导致胸腔严重感染^[2]。继发性食管破裂是因为误食骨头、鱼刺、细针等坚硬异物引起的。食管破裂可导致消化液溢入纵隔内引起严重纵隔感染可能，导致相关并发症出现，包括感染中毒衰竭、大动脉瘘、大呕血等^[3]。食管破裂患者在治疗过程中极容易出现营养不良情况，实施有效的营养支持能够维持患者机体正常代谢，对治疗具有促进作用^[4]。营养支持过程中实施有效护理干预，对减少并发症，保证患者安全营养支持，缩短住院时间具有重要意义。此次研究则分析肠内营养护理在食管破裂患者治疗中产生的效果。详细内容见下文：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2020年1月至2022年1月接收的80例食管破裂患者为研究对象，将其按照随机数表方式分组，分为对照组和观察组，各组40例。对照组男24例，女16例，年龄范围27岁-68岁，平均年龄 40.12 ± 1.24 岁。观察组男23例，女17例，年龄范围28岁-67岁，平均年龄 40.07 ± 1.20 岁。两组

基础资料无明显差异（ $P > 0.05$ ）。纳入标准：①均为食管破裂患者。②均知情同意。排除标准：①精神异常，沟通困难，认知障碍。②中途退出。③合并肝肾脏脏损坏。

1.2 方法

对照组实施常规护理，观察组在对照组基础上加入肠内营养支持护理。

对照组

对照组为常规护理，即加强患者病情观察，做好口腔护理，加强呼吸道管理，协助患者采取坐位，扣背，指导有效咳嗽、排痰，积极预防感染等常规护理操作。

观察组

观察组在对照组基础上实施肠内营养支持护理，具体操作：①综合评估，护理人员全面评估患者病情状况、禁食时间以及机体营养状况、全身状况和经济条件等，给予患者肠内营养支持。根据患者耐受力、肠道吸收功能、体质量制定合理配方和日需要量的营养液。针对以往肠内营养支持护理常见问题以及患者当前机体状况制定肠内营养支持护理方法。②置管护理，保证营养管通畅，避免堵塞。每次输注前利用20—30ml温开水脉冲式冲管，避免药物和营养液配伍不当引起凝块阻塞管道。注意药物和营养液需要分开输注，药片磨碎完全溶解后注入。利用管道固定

器妥善固定管道，避免出现脱落、弯折等情况。③健康宣导，给予患者和家属健康宣导，通过健康手册、面对面讲解等方式告知肠内营养重要性，使其能够积极配合。④心理护理，在肠内营养过程中，加强观察患者心理变化，给予患者心理引导，告知良好的心理状况有利于病情恢复，使其能够自我调节。⑤并发症护理，肠内营养支持时，将床头抬高30°-40°，嘱咐患者采取半卧位姿势。鼻饲后，维持此体位30—60min，避免体位较低，导致食物反流引起误吸。左侧卧位患者食管反流较少，指导患者鼻饲后尽量采取左侧卧位。选择管径大小合适胃管，严格控制输液营养液温度、速度，营养液量。采取小剂量，低浓度，低速度开始，逐步增加剂量和浓度。遵循少量多次原则，促使患者逐渐耐受。输注过程中采取恒温器自动控温，保证营养制剂温度适宜，不低于37℃。肠内营养液过程中，严格无菌操作，做到现配现用。输注结束后，营养液输注端采取聚维酮碘消毒后无菌纱布包裹，避免被污染。加强关注患者有无呼吸急促，咳嗽、肺部啰音等症状。

1.3 观察指标

分析两组并发症发生率。并发症：误吸、腹泻、压疮、感染。并发症发生率=（误吸+腹泻+压疮+感染）/总例数。

根据SAS焦虑自评量表和SDS抑郁自评量表分析两组护理后心理状况。SAS标准分界值为50分。50分以下为正常状态；50分到59分为轻度焦虑；60分到69分为中度焦虑；70分以上为重度焦虑。SDS评分分界值为53分，53-62分为轻度抑郁，63-72分为中度抑郁，73分以上为重度抑郁。

分析两组排气时间、排便时间、恢复饮食时间、住院时间。

根据生活质量评分表（SF-36）分析两组护理后生活水平。主要包括：心理功能、健康功能、生理功能三方面进行分析，每方面总分为100分，分数越高说明生活状态越好。

1.4 统计学方法

将数据纳入SPSS20.0软件中分析，计量资料比较采用t检验（两组SAS、SDS评分；两组排气时间、排便时间、恢复饮食时间、住院时间；两组心理功能、健康功能、生理功能），并以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，率计数资料采用 χ^2 检验（两组并发症发生率），并以率（%）表示，（P<0.05）为差异显著，有统计学意义。

2 结果

2.1 分析两组并发症发生率

得出结果，观察组并发症发生率明显低于对照组（P<0.05）为差异显著，有统计学意义。见表1。

表1 分析两组并发症发生率 [n,(%)]

组别	例数	误吸	腹泻	压疮	感染	发生率
观察组	40	0 (0%)	1(2.50%)	0 (0%)	0 (0%)	2.50%(1)
对照组	40	1(2.50%)	2 (5%)	1(2.50%)	2 (5%)	15% (6)

χ^2	-	2.553	0.889	2.553	5.217	10.453
P	-	0.110	0.346	0.110	0.022	0.001

2.2 分析两组护理后心理状况

观察组SAS评分（40.02±2.12），SDS评分（41.23±2.18）；对照组SAS评分（57.24±3.18），SDS评分（57.33±3.29）。两组SAS评分（t=2.304,p=0.002），SDS评分（t=3.764,p=0.010）。得出结果，观察组SAS、SDS评分明显降低于对照组（P<0.05）为差异显著，有统计学意义。

2.3 分析两组临床指标情况

观察组排气时间（32.47±2.34）h、排便时间（40.02±2.57）h、恢复饮食时间（40.02±2.35）h、住院时间（28.23±2.11）d；对照组排气时间（53.46±3.68）h、排便时间（57.35±3.12）h、恢复饮食时间（51.27±2.56）h、住院时间（37.35±2.79）d。两组排气时间（t=5.101,p=0.001）、排便时间（t=4.675,p=0.001）、恢复饮食时间（t=3.575,p=0.001）、住院时间（t=3.785,p=0.001）。得出结果，观察组排气时间、排便时间、恢复饮食时间、住院时间明显短于对照组（P<0.05）为差异显著，有统计学意义。

2.4 分析两组护理后SF-36评分

观察组心理功能评分（90.23±2.13）健康功能评分（90.02±1.36）生理功能评分（91.22±1.33）；对照组心理功能评分（80.02±0.23）健康功能评分（80.04±0.25）生理功能评分（81.02±0.17）。两组心理功能评分（t=4.785,p=0.001）、健康功能评分（t=5.102,p=0.001）、生理功能评分（t=4.806,p=0.001）。得出结果，观察组心理功能评分、健康功能评分、生理功能评分明显高于对照组（P<0.05）为差异显著，有统计学意义。

3 讨论

导致食管破裂的原因较多，主要包括剧烈呕吐、吞食异物、外伤、食管溃疡、腐蚀性损伤等^[5]。剧烈呕吐：剧烈呕吐可以造成食管张力过大，出现食管破裂的情况。吞食异物：吞入鱼刺、骨头、铁钉、铅笔、义齿等异物，可以造成食管出现破裂甚至穿孔，常伴有明显的咽喉异物感。外伤：枪击、刺伤等穿透伤，以及腹部挤压或者爆炸伤导致食管内压力迅速增高，可以造成食管破裂^[6]。食管溃疡：较深的食管溃疡，可以造成食管自发性破裂，常伴有呕吐、胸痛等表现。腐蚀性损伤：误服或者自服强酸、强碱等物品，造成食管腐蚀性烧伤，从而出现食管穿孔破裂。食管破裂患者肠内营养支持护理尤为重要，是促进食管裂口愈合的重要条件，不仅有利于纠正患者因长期禁食导致的营养不良，维持机体正常的代谢，还能改善全身情况，有效降低并发症发生^[7]。

患者治疗过程中，蛋白质分解代谢紊乱，术后营养支持能够维持患者机体营养均衡，能够减少并发症，促进康复。肠内营养能够维护肠黏膜屏障功能，维持胃肠道正常功能，安全性较高，是外科营养支持首选途径。给予置管护理，妥善固定管道，利用管道固定器固定，不容易脱

落, 并且还能够减轻对鼻腔的压力。做好患者健康宣导和心理指导, 能够促使患者保持良好心态, 积极配合营养支持护理工作^[8]。肠内营养过程中并发症需要引起高度重视, 需要掌握并发症发生风险因素, 积极采取针对护理措施, 降低并发症发生率。误吸属于感染性并发症, 是肠内营养最严重的并发症之一^[9]。鼻饲时体位不当会引起误吸发生。胃管插入深度也会增加误吸发生率。除外输注营养液温度较低, 速度较快, 量较大, 也会引起误吸发生。给予体位指导, 选择大小合适胃管, 严格控制营养液温度, 速度和量能够降低误吸发生率。腹泻是肠内营养支持常见并发症。反复腹泻容易刺激肛门或者肛周皮肤, 容易

引起红肿、糜烂甚至溃疡, 破坏皮肤完整性, 是压疮发生的危险因素。所以需要预防腹泻发生, 严格控制输注量和速度^[10-11]。此次研究则分析肠内营养护理在食管破裂患者治疗中产生的效果。结果发现, 肠内营养支持后并发症发生率明显降低; SAS、SDS评分明显降低; 排气时间、排便时间、恢复饮食时间、住院时间明显缩短; 心理功能评分、健康功能评分、生理功能评分明显增高。肠内营养护理对食管破裂患者治疗具有较大价值。

综上所述, 肠内营养支持在食管破裂病人治疗中效果较明显, 能够加快症状恢复, 降低并发症发生率, 改善心理状况和生活水平, 值得临床重视并积极推广。

参考文献

- [1] 李程, 庆琳琳, 郭银燕. 肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血内镜治疗后超早期肠内营养支持的安全性及结局分析[J]. 中华临床营养杂志, 2022, 30(06): 328-333.
- [2] 尚晓云. 预防食管胃底静脉曲张破裂出血患者发生肝性脑病的护理[J]. 中国医药指南, 2022, 20(22): 175-177.
- [3] 王玲玲. 食管胃底静脉曲张破裂出血内镜下止血治疗的护理效果[J]. 中国医药指南, 2022, 20(17): 146-148.
- 高巍. 肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血患者的护理效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19(32): 184-185.
- [5] 葛云. 肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血的护理干预探讨[J]. 当代临床医刊, 2021, 34(04): 39-40.
- [6] 刘娟, 李倩, 李思, 丛珊. 多学科协作护理模式在肝硬化食管胃底静脉曲张破裂致上消化道出血患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(24): 111-113.
- [7] 刘晓东. 食管胃底静脉曲张破裂出血患者的护理体会[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2020, 37(03): 272-273.
- [8] 李晓晓, 任福超. 自发性食管破裂围手术期的护理干预价值分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(46): 9+21.
- [9] 陈鹏远, 杨旻斐, 姚晓月. 颈部闭合性损伤致气管断裂合并食管破裂患者的护理[J]. 中华急危重症护理杂志, 2021, 2(03): 280-282.
- [10] 屠燕, 黄莹, 杨婵娟等. 冠状动脉支架植入术后并发自发性食管破裂患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(10): 1558-1560.
- [11] 李莉, 周丽娇, 郭莎莉. 肠内营养延续护理在消化道肿瘤患者化疗间歇期的应用效果观察[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(32): 117-119.