

# 针对性护理在先天性食道闭锁术后全胃肠外营养支持中的应用效果分析

潘丽娜

贵州医科大学附属医院小儿外科 贵州 贵阳 550001

**摘要:** **目的:** 分析针对性护理在CEA术后TPN中的应用效果。**方法:** 选取2021年4月-2024年4月本院76CEA例患者开展研究, 均行TPN, 用随机数字表法平均分为对照组38例, 行常规护理, 观察组38例, 行针对性护理, 比较两组护理效果。**结果:** 观察组的出院时体重、HB、ALB和TP均明显高于对照组, TDIL、TBIL、切口愈合时间和平均住院时间均明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 给予CEA术后TPN患者针对性护理能改善血生化指标和营养状态, 加快康复进程, 具有推广价值。

**关键词:** 先天性食道闭锁; 针对性护理; 全胃肠外营养支持; 营养状态

CEA属于先天性畸形, 程度严重, CEA发生率较低, 仅为1/3000, 通常伴有其他畸形。CEA多采取外科手术, 一般能取得良好疗效, 其中治疗不佳者仅有10%<sup>[1]</sup>。执行手术后, 患儿常需要禁食, 时间为7-9d, 禁食时受手术创伤、应激反应等影响, 会影响内分泌代谢, 导致负氮平衡。进行大手术后, 机体热量代谢明显上涨, 幅度约为5%-50%, 如果未充分补充营养, 会影响器官功能, 干扰免疫力, 组织修复受阻。此时患儿只有一种补充营养渠道, 即TPN, 为了加强整体干预效果, 调节机体状态, 应联合精细化、个性化护理<sup>[2]</sup>。常规护理多关注生理变化, 局限性大, 未关注每个细节, 效果不理想。选择针对性护理, 保证体位适宜, 控制微量泵速度, 减少并发症, 但相关研究较少。本研究以CEA术后TPN患者为对象, 分析针对性护理应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2021年4月-2024年4月本院76CEA例患者开展研究, 均行TPN, 对照组38例, 男19例, 女19例, 日龄为1-8d, 平均日龄 ( $3.25 \pm 0.12$ ) d; 观察组38例, 男19例, 女19例, 年龄为1-9d, 平均日龄 ( $3.30 \pm 0.11$ ) d。两组一般资料 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**纳入标准:** 符合CEA诊断标准; 能耐受TPN; 有完整资料; 知情同意本次研究。**排除标准:** 实施呼吸机介入; 出现营养不耐受反应; 对营养液过敏; 伴有其他严重疾病。

### 1.2 方法

对照组行常规护理, 监测穿刺点变化, 例如有无出血、炎症等, 观察有无局部肿胀、皮下气肿等现象; 观

察体温变化; 敷料一经污染或出现外渗, 要马上更换; 定期更换敷料, 2次/周; 关注是否堵管, 采取注射器, 进行回抽, 注意不能推注, 如果导管受阻, 则应马上拔出; 讲解疾病和TPN基础知识等。观察组以对照组为基础, 行针对性护理:

#### 1.2.1 分析TPN适应证

受CEA影响, 患儿会出现消化道畸形, 难以正常进食, 同时由于切口愈合、手术创伤, 需要营养支持, 其为TPN适应证, TPN通常无绝对禁忌证。

#### 1.2.2 合理使用肠外营养素

在TPN中糖类属于主要来源, 在非蛋白热值中占比为45%-60%; 选择MCT时, 无需肉毒碱即能直接抵达线粒体, 氧化利用率较高, 能调节应激情况下的蛋白质产生, 新生儿、早产儿均适用, 在总热量中脂肪乳占比约为35%-50%, 联合葡萄糖时, 能起到节氮效果; 研究选择小儿专用氨基酸, 其中存在组氨酸, 保证该物质不超过 $3.5g / (kg \cdot d)$ ; 结合患儿日龄, 确定电解质、水供给量; 适当补充微量元素, 多提供维生素等。

#### 1.2.3 确定监护项目

将24h出入量精准记录下来; 定时检验血糖, 每天2次; 定时检查电解质, 每天2次; 定期测量体重, 每天1次; 定期检验肝功能, 每周1次。

#### 1.2.4 选择适宜输注渠道

TPN主要有两种渠道, 分别为CV-PN及PV-PN, 受外周静脉影响, 可能导致液体外渗, 引发静脉炎、皮肤坏死等, 需严格管控输注液体水平、浓度, 本研究的最高葡萄糖浓度为30%-35%, 对于中心静脉置管, 不存在禁忌证, 该置管法能长时间留置, pH值、液体速度/浓度等不会造成

干扰,有较高技术要求,存在明显损伤,可能引发并发症,例如气胸感染、出血等。于手术室内,开展颈内中心置管,将患儿送往SICU后,定期维护,监测有无异常,例如出血、炎症反应、皮下气肿等;注意测量体温;关注敷料,如存在污染、外渗,马上更换,一般为2次/周;输注完液体后,采取肝素,进行脉冲式封管,肝素浓度为2-5μg/ml,用量为5-10ml,进行冲管,2次/d;一旦出现堵管,应立即回抽注射器,不能推注,如依然堵塞,应及时拔出。

### 1.2.5 配置TPN营养液

本院设有静脉配置中心,遵循有关规范配置营养液,然后配发给科室,定时消毒治疗室,按照规范执行。对于配置人员,其要将一次性手术帽、口罩、隔离衣戴好,遵循有关规范消毒洗手。

### 1.2.6 体位干预

选择长条状纯棉浴巾,将其弯曲,获取到毛巾圈,形成O或U型,于患儿全身绕过,防范热量减少,提升安全感,令患儿感觉舒适,创造良好睡眠环境。采取鸟巢式体位,当下认为其是最安全、最适宜体位,可减轻外界刺激,对患儿提供保护。

### 1.2.7 管控微量泵速度

依据患儿体重、液体需求量等,调节营养液用量,控制微量泵速度,将24h总量计算出来,进行匀速泵入,防范由于液体流速过快导致血糖波动,可以保护血管,避免受压力过高、输液速度过快等影响,导致液体外渗,引发血管坏死。

### 1.2.8 防范并发症

重症层流洁净病房收治患儿,能减少院感,关注生命体征,第一时间记录,提供持续胃肠减压,将胃管留置好,对胃液进行引流,同时支撑吻合口,防范胃管抽

动、脱落,减少吻合口瘘。监测引流液情况,包括色、量及性等,客观、精准记录。手术完毕后,将气管插管留好,观察呼吸道内分泌物,及时吸出,患儿恢复自主呼吸后,进行拔管,提供胸腔闭式引流,维护引流管通畅,若未出现并发症,尽快将导管拔出,监测患儿表现,提供TPN。监测患儿表现,例如脉搏、呼吸等,输入高糖、高氮营养液时,会导致呼吸频率、脉搏增加,如出现寒战、发热等现象,原因不明,则可能由导管感染引发,疾病确诊时应马上拔管,针对导管尖端、血等,开展细菌培养,实施对症抗感染。注意更换切口敷料,按照规范做好消毒工作,令切口处于干燥、清洁状态,监测体温,防范败血症、导管感染等。

### 1.2.9 出院指导

提醒家属持续监测疾病,告诉其复诊时间,提供饮食指导,做好保暖工作,给予充足营养供给。创建健康档案,提供持续随访,包括微信、电话等,提供科学、合理引导。

### 1.3 观察项目和指标

评价血生化指标<sup>[3]</sup>:测量干预前后的TDIL和TBIL。评价营养状态<sup>[4]</sup>:检验干预前后的HB、ALB和TP。评价干预效果<sup>[5]</sup>:观察两组的出院时体重、切口愈合时间和平均住院时间<sup>[6]</sup>。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据,( $\bar{x}\pm s$ )与(%)表示计量与计数资料,分别行 $t$ 与 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组血生化指标比较

干预后两组TDIL和TBIL均明显低于干预前,观察组变化更明显( $P<0.05$ )。详见表1。

表1 两组血生化指标比较[ $n(\bar{x}\pm s)$ ]

组别	例数	TDIL (unol/L)		TBIL (unol/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	77.73±11.18	38.11±7.62 <sup>a</sup>	97.77±11.44	62.74±7.83 <sup>a</sup>
对照组	38	77.82±11.09	45.71±7.52 <sup>a</sup>	98.25±12.24	73.93±6.49 <sup>a</sup>
$t$	/	0.035	4.376	0.177	6.783
$P$	/	0.972	0.000	0.860	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

### 2.2 两组营养状态比较

干预后两组HB、ALB和TP均明显高于干预前,观察

组变化更明显( $P<0.05$ )。详见表2。

表2 两组营养状态比较[ $n(\bar{x}\pm s)$ ]

组别	例数	HB (g/L)		ALB (g/L)		TP (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	98.44±12.56	115.42±12.36 <sup>a</sup>	35.67±3.28	41.05±5.38 <sup>a</sup>	55.72±7.64	66.83±6.36 <sup>a</sup>

续表:

组别	例数	HB (g/L)		ALB (g/L)		TP (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	38	98.52±11.98	104.36±11.36 <sup>a</sup>	35.72±3.19	38.14±5.86 <sup>a</sup>	55.69±7.78	63.64±6.58 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.028	4.061	0.067	2.255	0.017	2.149
<i>P</i>	/	0.977	0.000	0.946	0.027	0.987	0.035

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup>*P*<0.05。

### 2.3 两组干预效果比较

观察组的出院时体重明显高于对照组,切口愈合时间和平均住院时间均明显低于对照组(*P*<0.05)。详见表3。

表3 两组干预效果比较[n( $\bar{x}\pm s$ )](%)

组别	例数	出院时体重 (kg)	切口愈合时间 (d)	平均住院时间 (d)
观察组	38	3.83±0.42	6.21±1.14	26.45±3.38
对照组	38	3.30±0.41	11.25±1.33	34.64±3.56
<i>t</i> / $\chi^2$	/	5.566	17.736	10.285
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000

### 3 讨论

受食道发育畸形影响,导致食道闭锁,称之为CEA<sup>[7]</sup>。该病多发生于新生儿,特别是早产儿,有较高致死率<sup>[8]</sup>。CEA主要行手术治疗,为了加强手术效果,常要联合TPN,尽管TPN能补充营养,但可能导致局部肿胀,易引发并发症,例如液体外渗、炎症反应等,需联合适当护理措施<sup>[9]</sup>。

提供TPN,其能补充所有营养物质,能挽救危重患者安全,可加快康复进程,能缩短出院时间。但TPN有较高特殊性和风险性,并发症多,主要有两种类型,一为导管相关型,包括静脉炎、空气栓塞等,二为代谢性,包括氨基酸代谢异常、酸碱平衡失调等。实施针对性护理,严格控制注入量、速度,加强宣教,减少并发症,令患儿感觉安全、舒适。注意防范并发症,遵循无菌理念,全程监测患者表现,防范感染等症状。研究结果显示和对照组比,观察组的TDIL和TBIL均更低(*P*<0.05),表示针对性护理能改善血液生化指标,可缓解病情。观察组的HB、ALB和TP均更高(*P*<0.05),代表该模式能调节营养状态,可改善机体素质。观察组的出院时体重更高,切口愈合时间和平均住院时间均更低(*P*<0.05),表明应用该模式,患儿体重明显增加,能快速

好转。说明应用针对性护理可以提升CEA术后TPN效果。

综上所述,给予CEA术后TPN患者针对性护理能改善血生化指标和营养状态,加快康复进程,具有推广价值。

### 参考文献

- [1]李桂娟.针对性护理在先天性食道闭锁术后全胃肠外营养支持中的应用效果分析[J].青海医药杂志,2023,53(9):24-27.
- [2]舒慧玲.标准化护理模式在先天性食道闭锁患儿术后护理的效果评价[J].黔南民族医学专学报,2023,36(1):56-58.
- [3]施凤双,李晓艳,李冉,唐晓敏.VACTERL综合征低体重早产儿行食道闭锁根治及心内畸形矫治术1例的术后护理[J].护理与康复,2022,21(9):78-81.
- [4]吴红妹,何秀云.基于微信支持的健康教育在先天性食道闭锁新生儿母亲中的应用[J].当代护士(下旬刊),2022,29(6):151-154.
- [5]朱稚玉,汤晓丽,沙莎,金倩.脐静脉置管联合PICC置管方案在早产儿肠外营养支持中的效果研究[J].护士进修杂志,2022,37(4):289-293.
- [6]欧婷婷,舒丽丽,杨红梅.Ⅲ型先天性食道闭锁新生儿围术期护理效果探讨[J].当代护士(下旬刊),2021,28(7):96-98.
- [7]廖泽娟,刘晶,郑玲.1例食道合并肠道闭锁新生儿同期行胸腹腔镜手术的术中护理[J].当代护士(下旬刊),2021,28(7):154-157.
- [8]马小香.先天性食管闭锁患儿围术期护理体会[J].中国药物与临床,2021,21(11):2017-2018.
- [9]邵院玲,李雅军,鱼娟,李华,李文霞.1例法洛氏四联症合并食道闭锁术后吻合口狭窄患儿的围术期护理[J].临床医学研究与实践,2021,6(16):44-45+49.