

针刺足三里对重症吸入性肺炎盲插鼻空肠管置管成功率的影响

毕爱萍

沈阳医学院附属中心医院, 辽宁 沈阳 110024

[摘要] 目的: 观察针刺干预脑卒中合并吸入性肺炎重症患者经螺旋型鼻肠管置管成功率的影响。方法: 将 46 例患者随机分为针刺组 (16 例)、药物组 (15 例)、空白组 (15 例) 3 组。针刺组采取针刺足三里于插管前期、插管期间、插管结束后进行干预; 药物组于置管后鼻饲胃动力药潘立酮进行干预; 空白组不采用任何干预措施直接插管。比较三组置管成功率、置管后的并发症及置管前后的营养指标。结果: 置管一次性成功率的比较, 针刺组优于药物组和空白组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。置管后并发症比较, 针刺组患者腹泻的次数少于药物组和空白组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 误吸、便秘和胃残量 > 250 mL 次数比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。肠内营养指标于置管前和置管后的比较, 3 组差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 置管后 3 组间营养指标比较, 针刺组和药物组的血清白蛋白指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但均高于空白组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 前白蛋白和血红蛋白指标的比较, 3 组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 针刺组干预脑卒中合并吸入性肺炎患者鼻肠管置管的成功率优于药物组和空白对照组, 且可改善置管后患者的腹泻状况和营养指标血清白蛋白的水平。

[关键词] 吸入性肺炎; 针刺; 螺旋型鼻肠管

[中图分类号] R563 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0251-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.112

脑卒中合并吸入性肺炎患者存在意识障碍, 吞咽困难, 饮食呛咳, 误吸机率高, 给予重症吸入性肺炎患者选择合理的营养方式, 提高机体营养需求是保证治疗质量的重要手段^[1]。肠内营养 (EN) 是指采用口服或管饲等方式经胃肠道提供代谢需要的能量及营养基质的营养支持方式, 它是重症吸入性肺炎最常见的营养方式^[2-3]。许多重症患者存在不同程度的胃动力紊乱, 容易产生腹胀、呕吐、腹泻, 单纯的鼻饲管营养容易发生反流、误吸, 从而加重吸入性感染, 不利于 EN 的支持与实施^[4]。本研究对脑卒中合并吸入性肺炎患者, 采取床旁盲插鼻空肠管进行肠内营养, 于置管的前期、中期、后期进行针刺足三里穴位进行干预, 将传统医学针灸方法融入现代新护理技术过程中, 观察其提高置管成功率的效果。

1 临床资料

1.1 纳入标准 头部 CT 证实有脑血管疾病者; 符合吸入性肺炎的诊断^[5]; 有胃肠功能者; 家属签署知情同意书者, 符合以上 4 条者可入选。

1.2 排除标准 胃吸收功能障碍者; 胃溃疡患者; 胃部恶性肿瘤患者; 上消化道出血患者; 严重鼻咽部手术或鼻咽部狭窄患者; 四肢瘫痪者。

1.3 剔除标准 死亡患者; 多次插管不成功者; 置管后严重并发症者。

1.4 一般资料 观察病例为沈阳医学院附属中心医院 R ICU 住院的脑卒中合并吸入性肺炎呼吸衰竭的患者, 共 46 例。按随机数字表法分为 3 组, 针刺组 16 例, 药物组 15 例, 空白组 15 例。男 25 例, 女 21 例。平均年龄 (62.63 ± 10.69) 岁。其中高血压性脑出血 25 例, 缺血性脑梗死 20 例。均存在吞咽困难、呛咳、肺部感染、无自主排痰能力。3 组患者性别、年龄、疾病类型等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 材料 鼻肠管: 选用 CH 10 型复尔凯螺旋型鼻肠管 (纽迪希亚制药有限公司, 荷兰), 该管道内径 2.4 mm, 外径 3.3 mm, 前端 2.5 圈直径 3 cm 的圆环, 总长度 145 cm。头部有 4 个侧孔, 给水激活后更加圆滑柔韧。管壁下有不透 X 光线的材料, 可在透视下检查管道在体内的位置。电针仪: 韩氏穴位神经刺激仪 LH202 型。针具: 30 号 40 mm 华佗牌毫针。

2.2 置管方法 参与本研究的人员均为主管护师以上职称, 从业 10 年以上, 具有丰富的护理经验。前期参加危重病人肠内营养理论培训和规范化的置管操作流程培训。置管前准确地对患者实施评估, 向家属进行操作前告知, 签署知情同意书。遵医嘱准备用物到患者床前, 将螺旋型鼻肠管置于弯盘, 用少量生理盐水浸泡软化, 在导管前端系无菌丝线约 4 cm, 用注

[收稿日期] 2015-08-12

[作者简介] 毕爱萍 (1980-), 女, 主管护师, 主要从事呼吸危重症护理、人工气道管理及重症病人营养护理。

射器抽吸 20 mL 生理盐水注入管腔内, 检查管腔是否通畅。患者取半卧位(30° ~ 45°), 清洁双侧鼻腔, 测量插管长度, 鼻尖经耳垂至胸骨剑突的距离约为 50 ~ 55 cm, 做第一个刻度。将引导钢丝的手柄完全推入鼻肠管内, 以使整根引导钢丝完全进入鼻肠管中, 让患者头部后仰, 将鼻肠管从鼻腔插入, 然后患者头部向前弯曲插入胃内; 听诊在剑突偏左方明显的气过水声, 证明导管头端已进入胃贲门下。注温水 30 mL, 脉冲式的推入胃内。胃区置入结束后, 将患者床头抬高 60°, 保持患者头颈和躯干在同一纵轴上, 撤引导钢丝 0.5 ~ 1 cm。使导管前端稍弯曲, 边旋转手中管道边向前推进, 送管 5 cm, 听诊气过水声在上腹中线偏右, 证明导管末端向幽门方向, 撤钢丝 25 cm, 送管 25 cm, 撤出全部导丝。留在管腔外的管道保持松弛状态 40 cm, 注温水 30 mL, 在 24 h 后, 观察外露导管刻度。拍床旁 X 线摄片确定鼻肠管前端是否自行通过幽门进入屈氏韧带以下, 导管位置理想则妥善固定。

2.3 置管后的护理 监测生命体征、血常规、凝血功能、肝肾功能、血糖、电解质和营养状况。记录 24 小时出入量。观察患者有无呕吐、便秘、腹泻、消化道出血、误吸入气管等并发症。妥善固定营养管, 每天检查鼻肠管的位置。监测胃残留量(GRV), 每 6 h 一次。若胃残留量 < 200 mL, 可维持原速度, 如胃残留量 < 100 mL 可增加输注速度, 若胃残留量 > 200 mL, 应该暂时停止输注或降低输注速度。遵医嘱能全力或百普力用胃肠营养泵以 50 ~ 60 mL/h 泵入。管路留置过程中, 生理盐水或温开水 25 mL 每 8 h 脉冲式冲洗导管, 确保导管通畅。

2.4 服用胃动力药干预组 采用常规实验组置管方法, 在置入胃区后明确导管在胃内, 鼻饲多潘立酮 24 小时, 拍床旁 X 线片确定鼻肠管前端位置是否过幽门进入十二指肠。

2.5 针刺足三里干预组 针刺人员为我院中医科和康复科的中医师, 临床经验丰富。在置管前明确双侧足三里位置: 足三里穴位于外膝眼下四横指、胫骨边缘。取双侧足三里穴进行针刺, 常规消毒局部皮肤, 用 30 号 40 mm 华佗牌毫针刺, 刺入 1 寸左右, 得气以患者肌肉跳动为佳, 接上电针, 频率为 50 Hz, 留针 10 min。采用常规实验组置管方法, 在置入胃区后等待约 24 h 内, 重复针刺足三里穴 2 次, 24 h 后拍床旁 X 线摄片确定鼻肠管前端位置, 如通过幽门则进行常规肠内营养护理, 同时每天进行针刺足三里穴 2 次, 每次 10 min。

3 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 比较采用 t 检验和方差分析; 计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 一次性插管成功情况比较 见表 1。经 χ^2 检验, $\chi^2=7.78$, $P=0.020$, 3 组一次性插管成功次数比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。3 组间两两比较, P 值按校正后 $P=2 \times 0.05/3 \times (3-1)=0.0167$ 来比较。针刺组与空白组比较, $P=$

$0.007 < 0.0167$, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 药物组与空白组比较, $P=0.068 > 0.0167$, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 针刺组与药物组比较, $P=0.35 > 0.0167$, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 一次性插管成功情况比较

组别	n	一次性插管成功	失败	成功率(%)
针刺组	16	13	3	81.3
药物组	15	10	5	56.5
空白组	15	5	10	33.3

4.2 置管后并发症发生情况比较 见表 2。经 χ^2 检验, 3 组误吸、便秘和胃残量 > 250 mL 次数情况比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。腹泻次数比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 进行两两比较, 按校正后 $P=2 \times 0.05/3 \times (3-1)=0.0167$ 值来比较, 针刺组与空白组比较, $P=0.004 < 0.0167$, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 药物组分别与空白组及针刺组的比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 置管后并发症发生情况比较

组别	n	胃残量 > 250 mL	腹泻	便秘	误吸
针刺组	16	1	1	2	1
药物组	15	2	4	4	2
空白组	15	4	8	5	3

4.3 置管后营养指标的比较 见表 3。置管后与置管前比较, 针刺组和药物组指标, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 空白组血清白蛋白和血红蛋白, 置管后较置管前降低, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 前白蛋白置管前后比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。置管后, 3 组血清白蛋白情况比较, 针刺组与药物组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。针刺组与空白组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 药物组与空白组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 置管后 3 组血红蛋白和前白蛋白比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 3 组置管后营养指标情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	血清白蛋白(g/L)	前白蛋白(mg/dL)	血红蛋白(g/L)
针刺组	置管前	33.1± 4.1	23.0± 4.3	115.0± 12.9
	置管后	34.1± 3.7 ^②	24.8± 5.0	117.2± 11.9
药物组	置管前	34.0± 4.2	22.1± 5.5	117.6± 12.3
	置管后	33.3± 3.9 ^②	20.2± 6.6	111.8± 12.0
空白组	置管前	34.5± 4.8	22.7± 5.0	119.9± 10.7
	置管后	30.2± 5.0 ^①	20.8± 6.2	105.8± 10.8 ^①

与同组置管前比较, ① $P < 0.05$; 与空白组比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

近年来, 临床营养的理论研究与临床实践有了很大的进

展,然而危重症感染患者营养不良的发生率却未见下降^[1],对危重症患者的营养干预包括:肠内营养(EN)和肠外营养(PN)。EN 有能量供给不足的可能,PN 并发症多,维持营养状况差,易发生肠道粘膜萎缩,最终可能导致胃肠和免疫功能障碍^[2]。

脑血管疾病并发吸入性肺炎患者,全身代谢紊乱,呈现高分解,高消耗,低合成的状态。营养支持非常重要,胃内喂养已明确容易出现反流而加重肺内感染^[4-5]。鼻空肠管是危重症患者重要的肠内营养途径。对于 R ICU 重症吸入性肺炎采用床旁无引导下盲插置入鼻肠管是该类患者的可行性肠内营养途径。因此,保证正常有效的胃肠动力,提高胃动力,促进胃肠蠕动是置管成功的重要保障^[6-7]。自 2013 年 2 月以来,我们着眼于如何提高重症感染病人的胃肠动力,作为提高床旁无引导下盲插鼻肠管置管成功率的研究与实践。我们尝试在置管后使用胃肠动力药多潘立酮进行干预,置管成功率未有明显提高。

“肚腹三里留”,针刺足三里可治疗胃肠疾病。现代医学临床实践及实验表明,针刺对胃肠运动分泌及消化吸收功能均有调控促进作用。本研究结果显示,针刺足三里可以提高脑卒中合并吸入性肺炎患者鼻肠管置管的成功率,且可改善置管后患者腹泻状况和营养指标血清白蛋白的水平。

本研究通过简便经济的针灸方法干预提高置管成功率,较胃镜引导节省医疗费用,减轻医保负担,保证患者营养,缩短

住院时间,提高治愈率,给脑卒中吞咽困难呛咳反流患者提供了正确的营养途径。

[参考文献]

- [1] Burgos, P.R., G.H. Seguro, and L.I. Breton. Nutritional support in stroke patients [J]. *Nutr Hosp*, 2014, 29(Suppl2): 57-66.
- [2] 林峰. 危重症患者的营养支持[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2010, 13(3): 167-169.
- [3] 张蕾, 张蕴. 老年危重症患者的肠内外营养支持[J]. *中华老年医学杂志*, 2010, 29(2): 140-141.
- [4] 魏伟, 沈钊清, 张金英, 等. 两种鼻饲途径肠内营养在危重症患者中的应用比较[J]. *检验医学与临床*, 2011, 12(24): 2887-2988.
- [5] 王红阳, 张庆, 郭纪全. 呼吸内科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009: 151-155.
- [6] 朱佳, 赵莹, 孙婷, 等. 经鼻胃镜下行空肠营养管置入术的临床应用[J]. 2010, 24(1): 13-15.
- [7] 尹明, 黎檀实. 急危重症应激状态下的营养支持[J]. *中国危重病急救医学*, 2003, 15(2): 127-128.

(责任编辑: 刘淑婷)

中医辨证施护在急性脑梗死中的临床应用

徐新兰

新昌县人民医院, 浙江 新昌 312500

[摘要] 目的: 观察中医辨证施护在急性脑梗死中的临床应用。方法: 选取 76 例急性脑梗死患者为研究对象, 随机分为 2 组, 各 38 例。对照组予以常规护理措施; 实验组予以中医辨证施护措施。比较 2 组患者干预前后运动功能评分 (Fugl-meyer) 及中医证候积分, 记录其美国国立卫生院神经功能缺损评分 (NIHSS) 及生活能力评分 (ADL) 情况。结果: 2 组护理后中医证候积分、运动功能评分与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 实验组各指标变化幅度均大于对照组, 与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组护理后 ADL、NIHSS 评分与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 实验组 ADL、NIHSS 评分与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 急性脑梗死患者行中医辨证施护, 能有效改善其预后, 值得临床借鉴。

[关键词] 急性脑梗死; 辨证施护; 预后; 影响

[中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0253-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.113

[收稿日期] 2015-06-22

[作者简介] 徐新兰 (1977-), 女, 主管护师, 研究方向: 中医护理。