

DOI: 10.12209/CAIM202406180001

· 中西医结合临床案例 ·

1例基于ERAS理念的食管癌患者的综合营养管理

刘 兰, 刘桂芳, 李 婵

(河北省中医院 外三科, 河北 石家庄, 050000)

摘要: 本文总结1例基于ERAS理念的食管癌患者的综合营养管理的护理经验。通过护理评估制定个性化护理方案,在基础护理、病情观察的基础上予患者术前营养支持,术后快速恢复胃肠功能,分析护理重点,并运用中医外治法开展辨证施护,加速患者康复。

关键词: 食管癌; 肠内营养; 快速康复; 护理

A Comprehensive Nutritional Management of Esophageal Cancer Patient Based on ERAS Concept

LIU Lan, LIU Guifang, LI Chan

(Department of External Medicine, Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang, Hebei, 050000)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of comprehensive nutrition management for a patient with esophageal cancer based on the ERAS concept. Develop personalized nursing plans through nursing evaluation, provide preoperative nutritional support to patients based on basic nursing and disease observation, quickly restore gastrointestinal function after surgery, analyze nursing priorities, and use traditional Chinese medicine external treatment methods to carry out differentiated care and accelerate patient recovery.

KEY WORDS: esophageal cancer; enteral nutrition; rapid recovery; nursing

食管癌是已知与癌症相关营养不良相关性最高的疾病之一^[1]。研究表明,食管癌病人术前营养不良发生率为50~80%^[2],术后营养不良发生率为70%^[3]。基于加速康复外科(ERAS)的全程营养管理模式可促进肠蠕动和胃肠道激素分泌,防止肠黏膜萎缩、肠道菌群移位及内毒素吸收,促进蛋白质合成及吻合口愈合,改善患者营养状况和免疫力,从而加快胃肠功能的恢复^[4],显著改善病人围术期营养状况,促进病人快速康复。本文总结基于ERAS理念的1名食管癌患者的综合营养管理的护理经验,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,59岁,主因“食欲下降,胃脘部疼痛,食后加重9d”于2023年2月8日入院。患者既往体健。入院生命体征:体温(T)36.1℃,脉搏

(P)84次/min,呼吸(R)17次/min,血压(BP)102/71 mm Hg。中医诊断:噎膈,证型:痰瘀阻络证。西医诊断:食管恶性肿瘤。

1.2 四诊合参

①望诊:望神、望色:神志清、精神少神;望形、望态:形体适中、体位自动;望舌:舌质暗红,苔色白,苔质腻。②闻诊:气息均匀,口气无特殊、体气无特殊。③问诊:二便正常;睡眠:夜寐尚可,多梦。④切诊:脉象弦、滑;腹部平坦,胃脘部疼痛。本例患者NRS疼痛评分为3分,属轻度疼痛;SAS评分60分,属轻度焦虑。

1.3 治疗

患者入院后予中西医结合治疗,西医以完善相关检查及营养支持为主,中医以健脾和胃、通腑理气为主,予中医外治,促进术后胃肠功能蠕动。2月10日患者行全麻及区域阻滞复合麻醉下胸腔镜下颈胸腹三切口食管癌切除术,术后禁食水,留

收稿日期:2024-06-18

通信作者:李婵, E-mail: 631193530@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

置空肠营养管、胃管,接胃肠减压,胃液呈暗血性。留置胸腔闭式引流管,引流液呈血性。术后予消炎、抑酸、化痰及营养支持等治疗。2月11日停禁食水改为鼻饲饮食,2月16日停胃肠减压,拔除胃管。2月19日拔除空肠营养管,患者出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 体重指数评估

体重指数(BMI)=体重(kg)/身高(m²),该公式用于衡量人体的胖瘦程度以及是否健康,正常值范围是18.5~24.9 kg/m²。该患者身高1.78 m,入院时体重60 kg,计算BMI值为18.94 kg/m²。

2.1.2 营养状况评估

营养风险筛查NRS 2002包括体重指数、近期体重变化、膳食摄入情况和疾病严重程度等4个方面的内容,总分为0~7分。NRS评分=当前营养状况评分+疾病或手术影响评分,若年龄≥70岁,则总分+1分;若NRS 2002评分<3分,提示患者不存在营养不良风险;若NRS 2002评分≥3分,提示患者存在营养不良风险^[5],需进一步结合患者病情、血清白蛋白值及体重指数综合营养评定,制定营养支持计划、选择相应的饮食干预策略。本例患者NRS 2002评分为2分。

2.1.3 疼痛评估

采用数字评定量表(NRS)评估患者疼痛程度,此法是由0到10共11个数字组成,患者用0至10这11个数字描述疼痛强度,数字越大疼痛程度越来越严重。0:无痛;1~3:轻度疼痛(不影响睡眠);4~6:中度疼痛(轻度影响睡眠);7~9:重度疼痛(不能入睡或痛醒);10:剧痛^[6]。该患者疼痛评分为3分,为轻度疼痛。

2.1.4 睡眠评估

匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)是由精神科医师 Buysse 等编制的睡眠质量自评量表^[7],国内刘贤臣等对其进行了修订,并证实其具有良好的信度和效度^[8]。PSQI总分为1~21分,分数越高,说明睡眠质量越差。该患者评分为10分,睡眠质量一般。

2.1.5 焦虑评估

焦虑自评量表(SAS)由 Zung 于 1971 年编制,用于评定个体最近一周内各种焦虑症状的出现频率,得分范围为20~80分。总分>40分为有焦虑存在;50~60分为轻度焦虑;61~70分为中度焦

虑;70分为重度焦虑。分值与焦虑程度成正比,即分值越高,焦虑程度越严重^[9]。该患者评分为60分,为轻度焦虑。

2.2 护理诊断

本例患者护理诊断内容如下:营养失调,低于机体需要量,与进食量减少、消耗增加等有关;疼痛与手术切口有关;焦虑与担心手术、疾病预后等因素有关。

2.3 护理计划

通过护理评估,制定如下个性化护理方案。在基础护理、病情观察的基础上予术前营养支持与术后快速恢复胃肠功能;分析护理重点,运用中医外治法开展辨证施护,予患者早期营养支持,减轻患者腹胀及疼痛,加速患者康复,提高患者生活质量;实行责任制护理,与患者多沟通,了解其心理状态,实施针对性心理护理,减轻患者焦虑抑郁情绪,促进患者术后康复。

2.4 护理措施

2.4.1 术前护理

入院时重点向病人讲解食管癌围术期营养治疗的重要性以及我科实施营养治疗的具体措施,要求病人记录每日进食量,推荐的能量供给为25~30 kcal/(kg·d)(1 kcal=4.186 kJ),蛋白质为1.0~1.5 g/(kg·d)^[10]。针对此患者术前常规饮食的基础上每日给予肠内营养混悬液(TPF)共1000 kcal/10 000 mL,其中蛋白质含量为40 g/1000 mL,分次口服。

2.4.2 术后护理

2.4.2.1 胃肠减压护理

为防止胸腔胃扩张,需要保持胃肠减压通畅^[11],以减少术后张力,促进术后患者吻合口处肌皮瓣成活。此外,若胃肠减压不充分,腹胀使膈肌上抬影响氧合,还直接影响肠内营养^[12]。采用“高举平台法”在面部双重妥善固定胃管,并用寸带缠绕胃管绕头一周进行加强固定,预防脱管。每班检查胃管留置刻度,准确记录引流液的颜色、性状及量的变化,保证胃肠减压通畅并处于负压状态,若引流液为暗血性且量多,应注意是否有胃出血。禁食期间予中药含漱液进行口腔护理,保持口腔清洁,该患者留置胃管期间,无口腔感染,于2月16日拔除胃管。

2.4.2.2 调理胃肠功能

中医护理技术是以中医学基础作为理论依据,将中医护理基础的核心部分“辨证论治”及“整

体护理”相结合,开创具有中医特色的护理措施。针对此患者使用的中医护理技术包括耳穴贴压技术、穴位贴敷技术、艾条灸及中药塌渍技术。

①耳穴贴压:耳穴贴压是采用王不留行籽刺激耳廓上的穴位或反应点,通过经络传导,达到防治疾病目的的一种技术操作。针对此患者取穴有脾、胃、肝、神门、小肠和贲门等穴位。操作方法:用75%酒精消毒外耳廓,使用王不留行籽耳穴贴压耳廓穴位,隔日一次,按压3~5次/d,使患者产生热、麻、胀及痛感觉,住院期间共应用6次。

②穴位贴敷:穴位贴敷是将药物制成一定剂型,敷贴到人体穴位,通过刺激穴位,激发经气,达到通经活络、清热解毒、活血化瘀、消肿止痛、行气消痞及扶正强身作用的一种操作方法。贴敷方剂:陈皮60 g、吴茱萸30 g、法半夏60 g、炒苦杏仁30 g、茯苓60 g及何首乌30 g。操作要点:将药物用白醋调成药糊,制成饼状,制成穴位贴,置于所选穴位上,选穴有神阙、中脘、足三里及双天枢等穴位,敷贴时间一般为6~8 h,根据病情、年龄、药物及季节调整时间,注意观察患者有无过敏反应,本例患者住院期间共应用10次。

③艾条灸:艾条灸是将纯净的艾绒(或加入中药)卷成圆柱形的艾卷,点燃后在穴位表面熏烤的一种技术操作。常用取穴足三里穴位、足底隔姜灸,1次/d,每穴灸5~15 min,本例患者住院期间共应用6次,有效缓解患者腹部术后腹胀症状。

④中药塌渍:中药塌渍方剂包括大黄50 g、麸炒枳实50 g、厚朴50 g及芒硝50 g。操作要点:将中药浸泡的敷料敷于特定穴位,针对此患者选取神阙穴,1次/d,20 min/次,以达到散寒止痛、软坚散结及通腑理气等目的的一种中医外治方法。本例患者住院期间共应用9次。

2.4.2.3 术后启动早期肠内营养

根据中华护理团体标准《成人肠内营养支持的护理》肠内营养耐受性评分表,0~2分:继续肠内营养,维持原速度,对症治疗;3~4分:继续肠内营养,减慢速度,2 h后重新评估;≥5分:暂停肠内营养,重新评估或更换输入途径^[13]。本例患者手术当天肠内营养耐受性评分为5分,予病人全肠外营养(TPN),目标能量供给为25 kcal/(kg·d)^[13],术后24~48 h内启动首次肠内营养。术后第1天,予5%葡萄糖注射液100 mL/0.9%氯化钠注射液100 mL,以20~25 mL/h营养泵泵入。术后第2~3天,患者肠内营养耐受性评分为2分,以

肠外营养为主,肠内营养为辅。患者能量需求按25 kcal/(kg·d)计算,该患者目标量为1500 kcal/d。采用肠内营养混悬液(TPF),每瓶500 mL,能量为每瓶500 kcal,以30~50 mL/h匀速泵入,其余营养需要量通过静脉补充,静脉营养总能量为1000 kcal。术后第4~7天,患者肠内营养耐受性评分为1分,逐渐增加肠内营养量,按30 kcal/(kg·d)计算,该患者目标量为每日泵入能全力1500~1800 kcal,递增速度为每日20~30 mL,增至125 mL/h后维持速度不变,静脉营养逐渐减少直至停止。术后7 d后,患者肠内营养耐受性评分为0分,肠内营养逐步减量,流食+口服营养补充^[14]。术后第9天,患者恢复顺利,鼻饲能量及蛋白均达目标需求量,拔除鼻肠管出院。

肠内营养需采用循序渐进的原则进行干预,量由少到多,浓度从低到高,速度由慢到快。每次输注后使用20 mL生理盐水冲洗,输注过程中每4 h冲洗1次,保持通畅。卧床病人床头抬高30~45°,速度以20~50 mL/h开始,6~8 h根据病人耐受性调1次速度;滴入时以加热泵维持恒定温度(35~45℃),浓度为从低浓度开始,逐渐增加浓度,适应度通过密切观察病人耐受性确定,患者滴入营养液后取半卧位1 h以防反流^[14]。

2.5 护理评价

术后第1天,患者肠鸣音恢复,肛门排气,全腹部膨隆,叩诊呈高调鼓音,压之硬而不适;术后第2天,患者腹胀减轻,腹软;术后第3天,患者腹胀明显减轻,排便1次;术后第4~8天,患者鼻饲量增加,每日规律排便1次;术后第9天,患者切口疼痛明显缓解,NRS数字评分由术后的5分降至1分。住院期间,患者焦虑得到缓解,积极配合治疗,已于2月19日出院。

3 结果和随访

患者肠内营养期间未出现腹痛腹泻、电解质紊乱等情况,治疗过程中对疾病的病因、发展及预后有了充分的了解,焦虑情况缓解,对治疗后的效果满意,依从性良好。患者出院1周后门诊复查,疼痛消失,经口进半流食,无哽咽感,对疾病恢复状态满意。

4 讨论

食管癌病人常因摄入少、消耗大而发生营养不良,营养不良是影响食管癌病人预后及生活质

量的重要因素,特别是中老年人,加之手术创伤,术后禁食时间长,使机体消耗进一步加大,免疫力低下,组织修复障碍,影响患者术后恢复及并发症的发生。有学者认为只要肠道有功能,应首先实施肠内营养,并且越早越好^[15]。肠内营养可降低脂肪的氧化作用和人体蛋白的分解代谢,利于维持水、电解质代谢平衡,从而减轻功能性胃排空障碍(FDGE)^[16]。本例食管癌患者实施基于ERAS的全程营养管理模式,应用中医适宜技术及早期营养,有利于胃肠道功能恢复,加快病人康复,减少术后并发症及FDGE,改善病人营养状况,对改善预后和促进患者早期康复具有积极意义。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 董芳芳,赵书敏,鲁华鹏,等. 基于加速康复外科的全程营养管理模式在胰十二指肠切除术患者中的应用[J]. 西部医学, 2019, 31(12): 1952-1956.
DONG F F, ZHAO S M, LU H P, et al. Application of ERAS-based whole nutrition management mode in patients with pancreaticoduodenectomy[J]. Med J West China, 2019, 31(12): 1952-1956. (in Chinese)
- [2] 温静,柳弥. 食管癌患者营养状况与治疗相关性的研究进展[J]. 肿瘤预防与治疗, 2017, 30(3): 213-218.
WEN J, LIU M. Research progress in the correlation between nutritional status and treatment of esophageal cancer patients [J]. J Cancer Contr Treat, 2017, 30(3): 213-218. (in Chinese)
- [3] 徐敏,刘霞,黄润,等. 食管癌病人术后营养状况的现状分析[J]. 护理研究, 2016, 30(16): 1988-1991.
XU M, LIU X, HUANG R, et al. Analysis of status quo of postoperative nutritional status of patients with esophageal cancer [J]. Chin Nurs Res, 2016, 30(16): 1988-1991. (in Chinese)
- [4] 汤建燕,邬叶锋,程邦君,等. 加速康复外科在胃肠外科围手术期应用进展[J]. 中国普通外科杂志, 2013, 22(4): 498-501.
TANG J Y, WU Y F, CHENG B J, et al. Use of fast track surgery concept in perioperative management in gastrointestinal surgery [J]. Chin J Gen Surg, 2013, 22(4): 498-501. (in Chinese)
- [5] 张雪,任紫薇,徐鹤,等. NRS 2002在食管癌放疗患者中的应用及营养护理[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(17): 159-162.
ZHANG X, REN Z W, XU H, et al. Application of nutritional risk screening 2002 in patients with esophageal cancer undergoing radiotherapy and study of nutritional nursing intervention [J]. China Continuing Med Educ, 2018, 10(17): 159-162. (in Chinese)
- [6] 潘亚娟,薛明,王柯娜,等. 4种疼痛评估量表在房颤射频消融术患者中的应用比较[J]. 护理学杂志, 2024, 39(4): 29-32.
PAN Y J, XUE M, WANG K N, et al. Comparison of different pain scales in pain assessment of patients receiving radiofrequency ablation for atrial fibrillation [J]. J Nurs Sci, 2024, 39(4): 29-32. (in Chinese)
- [7] BUYSSE D J, REYNOLDS C F 3rd, MONK T H, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research [J]. Psychiatry Res, 1989, 28(2): 193-213.
- [8] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志, 1996, 29(2): 103-107.
LIU X C, TANG M Q, HU L, et al. Reliability and validity of the Pittsburgh sleep quality index [J]. Chin J Psychiatry, 1996, 29(2): 103-107. (in Chinese)
- [9] 裴小欢. 观察心理护理干预对双相情感障碍的临床疗效[J]. 母婴世界, 2020(10): 220.
PEI X H. To observe the clinical effect of psychological nursing intervention on bipolar disorder [J]. Chin Baby, 2020(10): 220. (in Chinese)
- [10] 陈凇,陈亚进,董海龙,等. 加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018版)[J]. 中国实用外科杂志, 2018.
CHEN L, CHEN Y J, DONG H L, et al. Chinese Expert Consensus and Pathway Management Guidelines for Accelerated Rehabilitation Surgery (2018 Edition) [J]. Chinese Journal of Practical Surgery, 2018. (in Chinese)
- [11] 严婷,杭琤,李冬梅. 电视胸腔腹腔镜联合治疗老年食管癌患者的护理[J]. 护理学杂志, 2009, 24(24): 43-44.
YAN T, HANG C, LI D M. Thoracoscopy and laparoscopy for the treatment of esophageal carcinoma in aged patients and nursing care [J]. J Nurs Sci, 2009, 24(24): 43-44. (in Chinese)
- [12] 鱼晓波,柴小军,黄海龙,等. 早期肠内营养对食

- 管癌术后患者肠黏膜屏障及细菌移位的影响[J]. 海南医学, 2012, 23(20): 11-14.
- YU X B, CHAI X J, HUANG H L, et al. Impact of early enteral nutrition on gut mucosal barrier and bacterial translocation after esophagectomy [J]. Hainan Med J, 2012, 23(20): 11-14. (in Chinese)
- [13] 罗雁归, 倚金金. 早期肠内营养支持护理对血液净化患者营养状态, 康复进程的影响分析[J]. 贵州医药, 2023, 47(5): 839-840.
- LUO Y G, YI J J. Analysis of the impact of early enteral nutrition support nursing on the nutritional status and rehabilitation process of blood purification patients [J]. Guizhou Medicine, 2023, 47 (5): 839-840. (in Chinese)
- [14] 刘玲, 陈英, 喻红. 基于快速康复外科的全程营养管理模式在食管癌病人围术期的应用[J]. 护理研究, 2022, 36(3): 490-494.
- LIU L, CHEN Y, YU H. Application of whole-course nutrition management model based on enhanced recovery after surgery in perioperative of patients with esophageal cancer [J]. Chin Nurs Res, 2022, 36(3): 490-494. (in Chinese)
- [15] 洪伟, 吴斌, 汪路超, 等. 早期肠内营养在食管癌术后的临床应用研究[J]. 肠外与肠内营养, 2023, 30(3): 154-159.
- HONG W, WU B, WANG L C, et al. Clinical Application of Early Enteral Nutrition in Postoperative Esophageal Cancer [J]. Extraintestinal and Enteral Nutrition, 2023, 30 (3): 154-159. (in Chinese)
- [16] 管艳杰, 史克华, 张来霞, 等. 食管癌术后功能性胃排空障碍患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(2): 2.
- GUAN Y J, SHI K H, ZHANG L X, et al. Nursing of patients with functional gastric emptying disorders after esophageal cancer surgery [J]. Chinese Journal of Nursing, 2005, 40 (2): 2. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。