

全胃肠外营养并发症的治疗

陈锐锋 王芝钧 汤骥敖 戚甫建

摘要 **目的** 观察全胃肠外营养治疗的并发症发生情况,探讨其防治方法。**方法** 选取2008年5月~2010年5月经全胃肠外营养治疗的患者100例作为研究对象,观察其治疗过程中并发症的发生情况,探讨其防治方法。**结果** 100例全胃肠外营养治疗的患者中有一例出现并发症,并发症分别为感染并发症5例、肝胆并发症8例、导管并发症3例、电解质紊乱1例、微量元素缺乏2例、代谢并发症1例,其中部分患者出现合并两种及以上并发症,各种并发症发生率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 全胃肠外营养治疗过程中易发生多种并发症,采取合理的营养液配方并及时调整,严格的无菌操作,密切临床监测以及完善的护理可减少全胃肠外营养并发症的发生。

关键词 全胃肠外营养;并发症;防治

当前全胃肠外营养(Total Parenteral Nutrition, TPN)已被广泛应用于临床,然而随着TPN的使用,人们发现TPN治疗过程中会出现一系列并发症,TPN治疗过程中需采取一定的措施控制其并发症的发生。选取2008年5月~2010年5月在我院接受全胃肠外营养治疗的100例患者,观察其并发症,将治疗体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院2008年5月~2010年5月接受接受TPN治疗的患者共

100例,其中男61例,女39例;年龄24~70岁,平均年龄41.3岁;最长使用时间30天,最短使用时间4天。接受TPN治疗的患者中包括大手术或腹部创伤后54例、肠梗阻10例、急性胰腺炎12例、胃肠道瘘13例、恶性肿瘤放、化疗6例、胰十二指肠切除术5例。

1.2 营养液的配置及置管方法

营养液的配置:将英特利匹特、葡萄糖注射液、复合维生素、微量元素、胰岛素、电解质液等混合于3L营养袋中,每天供给热量范围为7438.24~10111.45J,总液量为1800~3400ml/d,输液速度为每分钟30~60滴,保持24h匀速输完营养液。置管方法:选择锁骨下静脉插管,穿刺时注意保持患者头低脚高15度仰卧位,头面向操作者对侧,置管成功后使患者保持舒适体位。

作者单位:510900 从化市中心医院外一科(陈锐锋 王芝钧 汤骥敖 戚甫建)

表1 两组临床效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	45	12(26.67)	29(64.44)	4(8.89)	41(91.11)*
对照组	45	7(15.56)	27(60.00)	11(24.44)	34(75.56)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

慢性心衰是肾素-血管紧张素-醛固酮系统、交感神经系统长期过度激活,导致心室功能恶化,心室重塑,表现心室肌重量增加,心室内径增大,心室形状改变,因此,治疗慢性心衰的关键是阻断神经内分泌系统,阻断心室重塑。美托洛尔通过与心肌细胞膜 β 受体结合,通过G蛋白耦联,激活腺苷酸环化酶催化ATP生成环核苷酸。cAMP使L型钙通道的钙内流增加细胞内 Ca^{2+} 水平上升而具正性肌力作用此外,肌浆网对钙离子摄取增加,细胞内 Ca^{2+} 水平迅速下降而具正性松弛作用;另外还有外周血管扩张作用,可阻断 β -R持续激动时导致的信号转导通路的减敏;改善 β 受体对儿茶酚胺的敏感性,阻断肾上腺素能受体过度激活,抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统而减轻心脏的前后负荷,减少心肌耗氧量,逆转心肌重构^[3]。卡托普利通过作用于肾脏降低血浆肾素活性,使肾素释放减少,从而降低交感神经紧张度。直接降低交感神经的紧张度,改善压力感受器的敏感性;增加心房利钠激素分泌。卡托普利是血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)的代表药物,是心力衰竭治疗的基石。肾素血管紧张素系统(RAS)参与心脏与血管细胞的分化调控,在机体血容量维持与内环境稳态控制等生理机能的调解中发挥关键作用。心衰时RAS的过度激活,对

心脏的有利作用逐渐减弱,而对增加心脏代谢、结构等的不利影响却越来越突出,RAS通过增加心脏前后负荷而加重心衰患者的血流动力学障碍,并通过促进心室重塑及细胞凋亡造成心肌细胞丧失,心室扩大变薄,使心脏功能进一步下降。ACEI能通过抑制RAS达到扩张血管、抑制交感神经兴奋的作用,从而降低心脏前后负荷,抑制或逆转心室及小血管的重塑,尚可抑制缓激肽的降解,可使具有血管扩张作用的前列腺素生成增多,同时亦有抗组织增生的作用。即使是重度心力衰竭,应用ACEI也可以明显改善预后,降低死亡率。因此早期对心力衰竭给予ACEI进行干预治疗是非常重要的。卡托普利价格便宜,可为众多的心衰患者所接受,基本上可以达到普及治疗,这也是其可取之处。卡托普利、美托洛尔用于慢性心力衰竭需要一个长期的过程,因此不可单独用于急性心力衰竭的治疗。慢性心力衰竭严重威胁着人们的生命,影响人们的生活质量。因此,对长期慢性心力衰竭所致的心室重塑及早地给予干预治疗,即ACEI及 β 受体阻滞剂是非常必要的,这样可以极大地提高生存质量,降低因病情加重而带来的痛苦和沉重的医疗费用。**□**

参考文献

- [1] 李国裕,谢治华.缬沙坦联合依那普利治疗慢性充血性心力衰竭的疗效观察[J].当代医学,2011,17(33):131-132.
- [2] 何红月,赵建勇.慢性收缩性心力衰竭治疗建议[J].中华心血管病杂志,2009,30(1):7.
- [3] 赵卫国,崔洁. β 受体阻滞剂琥珀酸美托洛尔对慢性心力衰竭的治疗作用[J].中国实用医药,2009,14(7):58.

1.3 数据处理方法

采用SPSS17.0统计软件对数据进行分析处理,有效率比较采用卡方检验, $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

并发症结果见表1,其中部分患者出现合并出现肝胆、代谢及感染并发症,所有发生TPN并发症患者经一定的治疗措施后均恢复。

表1 患者全胃肠外营养治疗并发症比较

	感染并 发症	肝胆并 发症	导管并 发症	电解质 紊乱	微量元 素缺乏	代谢并 发症	合计
例数	5	8	3	1	2	1	20
发生率(%)	5	8	3	1	2	1	20

注: $\chi^2=11.586, P=0.041$ 。

3 讨论

(1)感染并发症:感染是TPN治疗的首要并发症。针对感染,本研究采取的预防措施为:全封闭式输液系统下严格无菌操作,做到营养液现配现用,医护人员必须牢固掌握导管护理的常规。本研究中感染并发症的发生率为5%。本院在TPN治疗过程中一旦出现疑似感染时,采取拔除或更换导管,立即行药敏试验以及血培养,根据药敏实验结果合理应用抗生素治疗,本研究中5例发生感染并发症患者,在经过正确治疗后感染均消除。(2)肝胆并发症:肝胆并发症是TPN治疗常见并发症,在TPN治疗过程中,部分患者会出现脂肪型肝炎、胆泥形成、胆囊胀大、胆囊结石等肝胆并发症。我院针对肝胆并发症主要采取措施为:TPN治疗过程中密切观察肝功能变化及黄疸,使用以必需氨基酸为主的复方氨基酸液,有时也使用利胆药物,对暂时性肝功能异常患者,暂时终止TPN。本研究中有8例患者发生肝胆并发症,在经过有效的治疗措施后异常均可恢复。(3)导管并发症:在中心静脉穿刺插管中,有可能造成气胸、血胸、胸腔积液、空气栓塞、神经和血管损伤等并发症,其中空气栓塞是最严重的并发症^[1]。我院针对导管并发症采取措施有:穿刺时牢固掌握熟练操作技术,严格检查穿

刺设备,牢牢固定导管体外部分,避免同一部位反复穿刺,严密观察患者一般情况,一旦发现异常及时搜寻病因,给予及时的对症处理。本研究中仅发生3例导管并发症,并且由于处理及时,均为对患者造成重大影响。(4)微量元素缺乏及电解质紊乱:针对我院TPN治疗患者出现微量元素缺乏及电解质紊乱,措施包括:密切观察各项生命体征的变化,定期严格监测氮平衡及电解质。在TPN治疗的前三天每日测血气及电解质1次,体重每周测量1次,监测并按需补充钠、钾等,微量元素缺乏者给予安美达以补充。本研究中仅出现1例电解质紊乱和2例微量元素缺乏,但是给予适当的处理后,异常情况均及时恢复。(5)代谢并发症:TPN治疗过程中可发生高血糖、高渗性非酮症性酸昏迷、低血糖反应等代谢并发症。本研究中出现的1例代谢并发症为高血糖。TPN治疗患者往往因原发疾病、糖尿病、应激状态下抗胰岛素激素的分泌等而产生一定程度的胰岛素抵抗^[2]从而导致患者易出现高血糖。针对此类患者,我院采取合理配置葡萄糖浓度,采取合适的输液速度,密切监测尿糖、血糖等预防措施。发生高血糖是的控制措施是:停止TPN、扩容、注射少量胰岛素。文中的1例高血糖并发症经对症处理后,血糖很快恢复。

总之,TPN治疗可从静脉供给患者所需要的全部营养要素,包括水分、糖类、脂肪、氨基酸、维生素、电解质和微量元素等^[3]。对其治疗发生的多种并发症,采取合理的营养液配方并及时调整,严格的无菌操作,密切临床监测以及完善的护理等可减少并发症的发生。**□**

参考文献

- [1] 张剑霞,李丽荣.全胃肠外营养并发症的防治体会[J].陕西医学杂志,2011,40(10):1380.
- [2] 王东信.肠外营养的并发症[J].中国临床营养杂志,2006,14(4):251-255.
- [3] 支素珍.全胃肠外营养并发症的观察和护理[J].江苏大学学报(医学版),2003,13(4):375-376.

doi:10.3969/j.issn.1009-4393.2012.7.063

消化道肿瘤多药耐药基因的表达与临床相关性的研究

何慧琳 李淑霞 刘婧婧 曹毅

摘要 **目的** 探讨消化道肿瘤多药耐药基因的表达与临床相关性。**方法** 对本院手术切除的106例消化道腺癌的标本进行糖蛋白(P-gp)、谷胱甘肽S转移酶- π (GST- π)、拓扑异构酶II(Topo II)免疫组化染色并判定结果。**结果** 106例消化道腺癌组织中P-gp、GST- π 、Topo II表达率分别为63.2%、61.3%、51.9%;三种基因蛋白的表达与性别、部位、临床分期差异无统计学意义($P>0.05$),GST- π 和Topo II表达与淋巴结转移有关($P<0.05$);三种基因蛋白的表达在不同分化程度的消化道腺癌组织中的表达差异有统计学意义($P<0.05$);而在不同的消化道癌组织类型中差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** P-gp、GST- π 及Topo II在消化道肿瘤MDR发生中起重要作用。

关键词 消化道腺癌;多药耐药化学基因糖蛋白;谷胱甘肽S转移酶;拓扑异构酶II

导致肿瘤化疗失败的原因之一是肿瘤对化疗药物的多药耐

药(MDR),因此克服MDR就成为肿瘤成功化疗的当务之急。本研究选取106例消化道腺癌,探讨MDR基因产物多药耐药化学基因糖蛋白(P-gp)、谷胱甘肽S转移酶(GST- π)、拓扑异构酶II(Topo II)在消化道肿瘤MDR发生中的作用,为消化道肿瘤化疗

作者单位:730913 靖远煤业集团有限责任公司总医院(何慧琳 李淑霞 刘婧婧 曹毅)