

参考文献

[1] 石冰,李承浩,李精韬,等.中国唇腭裂研究与治疗 30 年回顾[J].中国口腔颌面外科杂志,2016,14(5):385-386.
 [2] 张承俊,韩华,刘素乔.唇腭裂的序列治疗[J].中国民族医药杂志,2009,14(12):37-38.
 [3] 王苗苗,李毅.唇裂鼻畸形的研究现状[J].组织工程与重建外科杂志,2009,5(4):235-237.
 [4] Nakamura N,Okawachi T,Matsumoto KA,et al. Clinical and 3-Dimensional analyses of nasal forms after secondary correction of cleft Lip-Nose deformities using extended spreader cartilage graft with a Cross-Lap joint technique[J]. J Oral Maxillofacial Surg, 2016, 74 (7): 1-21.
 [5] Clark JM. Repair of the unilateral cleft lip nose deformity[J]. Facial Plast Surg, 2013, 19(1):29-40.
 [6] Nakamura N, Sasaguri M, Okawachi TA, et al. Secondary correction of bilateral cleft lip nose deformity-Clinical and three-dimensional observations on pre-and postoperative outcome[J]. J Cranio Maxillofacial Surg, 2011, 39 (5): 305-312.

[7] Agarwal R,Chandra R. Alar web in cleft lip nose deformity:study in adult unilateral clefts[J]. J Craniofacial Surg, 2012,23(5):1349-1354.
 [8] 仇树林,张培培,林桂书,等.鼻翼软骨环状结构重建在先天性鼻畸形矫正术中的应用[J].中国美容医学,2007,16(3):336-338.
 [9] 王虎中,石咏梅,郭家平,等.单侧重度唇裂鼻畸形整复的临床研究[J].临床口腔医学杂志,2005,21(4):220-221.
 [10] Anastassov Y,Chipkov C. Analysis of nasal and labial deformities in cleft lip,alveolus and palate patients by a new rating scale:preliminary report[J]. J Cranio Maxillofacial Surg, 2003, 31(5):299-303.
 [11] 石冰,郑谦.开展唇腭裂患者心理干预的必要性和途径[J].华西口腔医学杂志,2010,28(4):345-347.
 [12] 孙江红,赵华.自体鼻中隔软骨在鼻背凹陷填充术中的应用[J].中华医学美容杂志,2003,9(2):78-80.
 [13] 曹玮,张晖,唐鸿波,等.单侧唇裂继发鼻畸形自体肋软骨修复术临床体会[J].中国美容医学,2012,21(2):213-216.

(收稿日期:2017-01-16 修回日期:2017-03-27)

• 临床探讨 •

两种方法输入肠内营养在胸腹腔镜联合食管癌切除术中的应用效果

董秋华

(山东省临沂市莒南县人民医院手术室 276600)

摘要:目的 考察经空肠输入肠内营养与经鼻饲输入肠内营养在胸腹腔镜联合食管癌切除术中的应用效果。方法 选取该院接受胸腹腔镜联合食管癌切除术中治疗的患者 34 例,将其随机分为空肠组和对照组,每组各 17 例。空肠组患者给予经空肠输入肠内营养支持,对照组患者给予常规经鼻饲输入肠内营养支持。比较两组患者插管舒适度、营养情况和一般情况差异。结果 空肠组患者鼻部不适和恶心呕吐发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。空肠组患者术后清蛋白和白细胞数目与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。空肠组患者住院时间、肛门排气时间和并发症发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在胸腹腔镜联合食管癌切除术术后的营养支持中,经空肠输入肠内营养方式具有更好的临床效果。

关键词:食管癌; 胸腹腔镜联合手术; 营养支持; 肠内营养

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.055 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)16-2471-03

流行病学调查显示,食管癌的发生率在我国乃至全亚洲均呈现逐年上升趋势,改善食管癌的治疗效果和患者的生存质量是食管癌治疗中的重点问题^[1]。随着腔镜技术的不断发展,胸腹腔镜联合手术在食管癌的临床治疗中取得了良好的手术效果,明显延长了患者生存期并降低了不良反应^[2-3]。术后营养支持是食管癌治疗和护理的重要内容,肠内营养支持是国内外公认的主要营养支持方式^[4]。经鼻饲输入是肠内营养支持的常规方法具有医生熟练、技术成熟的优势。经空肠营养管穿刺是一种新型的肠内营养支持技术,已有研究报道称其在多种手术的术后营养支持中具有良好效果^[5]。因此,本研究比较经空肠输入肠内营养与经鼻饲输入肠内营养两种营养支持方式在食管癌术后护理中的应用效果,有助于改善患者生活质量,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 5—12 月收治的接受胸腹腔镜联合食管癌切除术治疗的患者 34 例,将其按照数字表法随机分为空肠组和对照组,每组各 17 例,其中男 26 例,女 8

例,年龄 48~77 岁,平均(58.4±7.1)岁,空肠组平均年龄(57.4±8.2)岁,对照组平均年龄(59.4±6.6)岁。两组患者基线资料具有可比性,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。所有患者均经胸部 CT、胃镜检查及病理学活检确诊。

1.2 排除标准 (1)术前接受过放、化疗者;(2)并发肝病、肾病及糖尿病等疾病而影响蛋白类合成者;(3)并发耳、眼、鼻、喉等疾病,或并发精神分裂症不能准确完成营养管舒适度评价者;(4)术前感染者。

1.3 方法 空肠组采用的空肠造瘘管是纽迪西亚制药(无锡)有限公司生产复尔凯(FIcoare)空肠造口包,医生通过手术在远端空肠放置空肠造口管约 60~70 cm,将空肠固定于腹壁内侧,随后将空肠造口管及固定管固定于腹壁外侧。术后第 1 天经空肠造瘘管泵入 0.9%氯化钠注射液 500 mL,若无渗漏及腹膜炎等不良反应发生,则术后第 2 天开始肠内营养支持。采用复尔凯(FIcoare)肠内营养泵(英福特)和复尔凯(FIcoare)一次性使用肠内营养输注器持续匀速泵入,速度为 50~120 mL/h,根据患者耐受程度调整,每次输注营养液后以生理盐水

冲洗造瘘管,预防管腔堵塞。术前、术后 3~7 d 进行清蛋白测定。对照组患者给予常规经鼻饲输入肠内营养支持。

1.4 观察指标 观察比较两组患者插管舒适度、营养情况(清蛋白、总蛋白、白细胞水平)和一般情况差异(住院时间、排气时间、不良反应发生率)。

1.5 统计学处理 采用 SPSS 18.0 统计软件进行统计学处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料以例数或百

分率表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者舒适度比较 见表 2。空肠组患者鼻部不适和恶心呕吐发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组患者营养水平比较 见表 3。空肠组患者术后清蛋白和白细胞水平与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者一般资料比较(n)

组别	n	性别		吸烟史		病变部位			术后病理分期			
		男	女	有	无	胸上段	胸中段	胸下段	I 期	II 期	III 期	IV 期
空肠组	17	14	3	11	6	1	11	5	2	8	4	3
对照组	17	12	5	12	5	2	13	2	2	10	3	2
χ^2/t		0.65		0.13		1.79			0.57			
P		>0.05		>0.05		>0.05			>0.05			

表 2 两组患者舒适度比较(n)

组别	n	耳部疼痛			鼻部不适			恶心呕吐			口渴			流泪		
		没有	轻度可忍受	难以忍受	没有	轻度可忍受	难以忍受	没有	轻度可忍受	难以忍受	没有	轻度可忍受	难以忍受	没有	轻度可忍受	难以忍受
对照组	17	7	9	1	2	12	3	6	9	2	6	10	1	11	4	2
空肠组	17	12	4	1	10	6	1	2	15	0	9	7	1	14	2	1
χ^2		2.985			8.652			11.457			2.005			0.452		
P		>0.05			<0.05			<0.05			>0.05			>0.05		

表 3 两组患者营养水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	清蛋白(g/L)		白细胞($\times 10^9/L$)		总蛋白(g/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组	17	42.5 \pm 5.2	30.4 \pm 4.2	8.2 \pm 3.0	9.2 \pm 1.2	65.1 \pm 5.3	66.7 \pm 5.2
空肠组	17	41.8 \pm 5.4	34.7 \pm 3.7	8.0 \pm 2.8	11.3 \pm 2.2	64.7 \pm 4.9	69.3 \pm 6.4
t		0.385	3.167	0.201	3.455	0.228	1.300
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

2.3 两组患者住院时间、排气时间及不良反应情况比较 见表 4。空肠组患者住院时间、肛门排气时间和并发症发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 4 两组患者住院时间、排气时间及不良反应情况比较

组别	n	住院时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	排气时间 ($\bar{x} \pm s, h$)	不良反应 [n(%)]
对照组	17	25.2 \pm 5.6	55.4 \pm 12.3	6(35.3)
空肠组	17	17.3 \pm 3.1	41.1 \pm 11.5	1(5.9)
χ^2/t		5.089	3.501	4.497
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

食管癌患者长期进食困难且发病人群以老年患者为主,因此患者术后并发贫血和低蛋白血症等较多^[6]。营养支持在食管癌患者的术后治疗和护理中有无可取代的作用,随着术后营养支持理念的进步和变更,肠内营养支持已成为全营养支持的首选手段。及时正确的肠内营养支持可以改善患者的一般情况和免疫功能,有助于促进术后快速恢复并预防感染发生^[7]。

对于肠内营养支持的方式国内外均有较多研究,有报道显示,空肠造瘘管和鼻空肠营养管在急性坏死性胰腺炎、创伤和其他大手术中均有良好的效果,可以改善患者营养水平、并降低反流、误吸等并发症^[8-10]。

在本研究中,空肠组患者鼻部不适和恶心呕吐发生率明显低于对照组,由此提示空肠输入肠内营养舒适度更高。其原因可能是在放置普通营养管时,经同一鼻孔放置 2 个管道,管道经过鼻腔对鼻黏膜刺激较大,并会影响喉上神经造成咽部肌肉强烈收缩而引起恶心、呕吐的症状。而经空肠输入途径则避免了对鼻黏膜的刺激,有效改善了患者的舒适程度。比较两组患者营养状况可知,空肠组患者术后清蛋白和白细胞水平与对照组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),由此提示空肠组患者的术后营养水平优于对照组。其原因可能是由于经空肠输入对患者的刺激性较小,可以给予患者足够的营养支持,而在经鼻饲输入的患者中由于恶心、呕吐等不适症状使患者的营养支持未能足量完成。比较两组患者手术情况可知,空肠组患者住院时间、肛门排气时间和并发症发生率均明显低于对照组,其可能原因是空肠输入途径营养支持效果更易于改善患者整体健康状况。

综上所述,在胸腹腔镜联合食管癌切除术的术后营养支持

中,空肠输入肠内营养方式具有更好的临床效果。

参考文献

[1] Napier KJ, Scheerer M, Misra S. Esophageal cancer: A Review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities[J]. World J Gastrointest Oncol, 2014,6(5):112-120.

[2] Berry MF. Esophageal cancer: staging system and guidelines for staging and treatment[J]. J Thorac Dis, 2014,6 (Suppl 3):S289-297.

[3] Wu AJ, Bosch WR, Chang DT, et al. Expert consensus contouring guidelines for intensity modulated radiation therapy in esophageal and gastroesophageal junction cancer[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2015, 92(4): 911-920.

[4] McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine(SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition(A. S. P. E. N.) [J]. J Parenter Enteral Nutr, 2009,33(3):277-316.

[5] 余鸿,王理瑛. 胰十二指肠切除术后2种不同肠内营养途径并发症的临床观察与护理[J]. 新疆医科大学学报, 2015,38(5):646-648.

[6] Heneghan HM, Zaborowski A, Fanning M, et al. Prospective study of malabsorption and malnutrition after esophageal and gastric cancer surgery[J]. Ann Surg, 2015, 262(5):803-807.

[7] Garcia NM, McClave SA, Bozeman MC, et al. Emerging concepts in critical care nutrition and the provision of enteral nutrition support[J]. Curr Surg Rep, 2015, 3(11): 1-6.

[8] 韩超,赵艺媛,陶立燕,等. 食管癌患者术后早期肠内营养支持耐受性及影响因素的研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2015,22(3):304-306.

[9] 曹玉根,林明,闫志坚,等. 胃癌根治术后早期联合肠内营养的应用[J]. 蚌埠医学院学报, 2015,40(8):1042-1043.

[10] 李刚,邹磊,童智慧,等. 床边放置鼻空肠营养管在重症急性胰腺炎病人中的应用[J]. 肠外与肠内营养, 2014, 21(1):20-23.

(收稿日期:2017-02-16 修回日期:2017-04-13)

• 临床探讨 •

小儿过敏性紫癜性肾炎临床特征及其相关危险因素分析

张小华,朱小晖

(湖北省天门市第一人民医院儿科 431700)

摘要:目的 观察小儿过敏性紫癜性肾炎(HSPN)的临床特征,并对其危险因素进行分析,探讨影响HSPN的危险因素,以期临床防治工作提供可靠依据。**方法** 选择2010年3月至2013年3月该院收治的过敏性紫癜(HSP)患儿318例,按照是否发生肾炎将其分为HSPN组和HSP组,比较两组患儿的一般资料、临床表现及实验室检查结果,对各主要影响因素首先进行单因素分析,对于有意义的因素再进行多因素Logistic回归分析。**结果** 单因素分析结果显示,两组患儿腹痛、皮疹反复、消化道出血构成,以及IgA、清蛋白、血小板计数(PLT)、抗链球菌溶血素(ASO)、胆固醇、三酰甘油水平差异有统计学意义($P < 0.05$);多因素Logistic回归分析结果显示,皮疹反复、清蛋白、消化道出血、三酰甘油及腹痛为HSPN的影响因素($P < 0.05$)。**结论** 皮疹反复、清蛋白、消化道出血、三酰甘油及腹痛是HSPN的独立危险因素,由此提示当患者出现以上表现时,应及早采取积极的治疗及预防措施,防止肾损伤的出现及进一步发展。

关键词:过敏性紫癜性肾炎; 临床特征; 危险因素

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.056 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)16-2473-03

过敏性紫癜(HSP)是一种较为常见的血管炎性综合征,其主要以小血管炎性病变为主。据报道,HSP多发生于儿童及青少年,且男性患者较女性患者多见^[1]。HSP性肾炎(HSPN)指由于HSP引起的肾脏损害,它是HSP最为严重的一种并发症,有文献报道HSPN一般发生于10岁以下的儿童,在成年人较为少见^[2-4]。本研究选择2010年3月至2013年3月本院收治的318例HSP患儿,分析HSPN的临床特征,并对其危险因素进行分析,探讨影响HSPN的危险因素,以期临床防治工作提供可靠的依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2010年3月至2013年3月本院收治的318例HSP患儿,其中男186例,女132例;年龄2~18岁,平均(8.45±1.93)岁。发生HSPN患儿137例,将其作为HSPN组,其余181例患儿作为HSP组。HSP诊断标准按照2005年维也纳国际会议制定的关于HSP的诊断标准^[5],其内容包括:

(1)出现皮肤紫癜;(2)出现弥漫性腹痛;(3)出现急性关节炎或关节疼痛;(4)组织学检查显示主要以IgA为主的免疫复合物沉积。在诊断时(1)为必要条件,同时再出现(2)~(4)中至少一项则可诊断为HSP。HSPN诊断标准按照2009年中华医学会儿科学会肾脏病学组所拟定的诊断标准进行,其内容包括:在HSP的病程半年之内出现蛋白尿或者血尿。排除标准:(1)患有急性肾小球肾炎、肾病综合征、遗传性肾炎、IgA肾病、肾脏外伤、肾脏肿瘤的患者;(2)患有自身免疫性疾病的患者;(3)在发病前3个月内服用过对肾脏有损伤的药物。

1.2 方法 对患者的一般情况进行调查,包括患者的性别、年龄、发病季节、发病原因;对患者的临床表现进行观察,包括皮疹反复情况(皮疹1个月发作在3次以上为反复发作)、腹痛、消化道出血(包括呕吐血丝或者咖啡样物质、大便隐血试验为阳性、黑便)、关节症状(由于关节肿痛所引起的活动受限)、血管神经性水肿(症状包括肩背部、四肢及头部肿胀剧痛)。实验