

# 一例高龄食管癌放疗患者肠内营养期间误吸的预防及护理

袁玉玲 张亚茹

北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所放疗科, 恶性肿瘤发病机制及转化研究教育部重点实验室 北京 100142

**摘要:** 总结一例高龄食管癌放疗患者肠内营养期间发生的误吸护理经验。护理要点: 制定个体化合理营养干预计划; 规范化安全实施肠内营养; 病情发生变化, 分析产生误吸的原因; 多学科团队协作, 采取个性化护理措施, 患者症状及体征显著改善, 完成放疗, 顺利出院。

**关键词:** 营养; 老年患者食管癌; 误吸

食管癌作为威胁人类健康的全球十大恶性肿瘤之一, 其危害程度不容忽视, 特别应该注意的是, 我国已经成为食管癌的高发国家, 我国食管癌的发生率和病死率约占全球总量的50%<sup>[1]</sup>。食管癌患者营养不良发生率在所有恶性肿瘤中排名第一, 高达67%~85%<sup>[2]</sup>。放疗作为肿瘤治疗的主要治疗手段之一, 同样也是食管癌最有效的治疗手段。由于食管癌本身病种的特点, 吞咽梗阻是患者常见的临床表现, 加之放疗所引起的副反应, 如: 放射性食道炎、味觉改变等, 会大大影响患者的进食, 患者营养不良发生率更高<sup>[3]</sup>。而营养不良的患者更容易发生严重的放疗不良反应, 降低肿瘤细胞对放疗的敏感性, 从而影响整体的治疗效果, 最终影响患者的生活质量和生存率<sup>[4]</sup>。通过科学合理的营养支持治疗, 可以很好的改善患者的营养状况、更好的激发患者自身的免疫功能, 降低放疗不良反应的发生率, 改善患者的预后。有文献指出, 营养不良在老年患者中发生率较高<sup>[5]</sup>。规范化的营养评估与治疗应贯穿于老年食管癌患者的整个治疗过程, 以达到改善患者营养状态、提高治疗耐受性和延长生存期的目的<sup>[6]</sup>。

误吸是指在吞咽过程中有数量不等的液体或固体的食物、分泌物、血液等进入声门以下的呼吸道和肺组织的过程<sup>[7]</sup>。有研究显示, 由于吸入性肺炎是由误吸食物、分泌物、血液等异物进入气道或肺部组织而引起的严重的肺部疾病, 其发病率占肺炎患者总数的10%~43%, 对于部分病情严重的患者还有可能发生危及生命的急性呼吸窘迫综合征, 其致死率可达40%~50%<sup>[8]</sup>。朱昭环等<sup>[9]</sup>研究结果示食管癌放疗患者误吸发生率为12.5%。随着年龄的增长, 老年人吞咽反射减弱, 加之脑卒中、神经退行性疾病的影响, 使老年

人的吞咽功能进一步受损, 极易发生食物、液体等异物误入气道及肺部的情况, 甚至导致老年人的重症和死亡<sup>[10]</sup>。但老年人误吸常常是多种危险因素相互交织作用的结果, 因此, 及早的科学、系统的、多维度的评估老年人误吸风险, 及早识别发生误吸的危险因素并加以防范显得尤为重要<sup>[7]</sup>。2023年9月, 我科收治1例高龄食管癌放疗患者, 其食道完全阻塞, 不能进食, 经鼻肠管给予营养, 为预防食道积液反流可能导致的误吸, 留置鼻胃管引流, 经精心治疗和护理, 患者明显好转, 顺利完成放疗后出院。现将护理经验报告如下。

## 1 临床资料

患者女, 86岁, 身高143cm, 体重38.2kg。因吞咽困难进行性加重, 诊断为“食管中下段中分化鳞癌 T3N3M1 IV B期”于2023年9月7日入院行姑息性放疗及营养支持治疗。患者食管梗阻, 无法经口进食, 2023年9月6日门诊内镜下经右侧鼻腔置入鼻肠管, 内置90cm。入院后开始放疗, 经鼻肠管持续泵入肠内营养液每日1000ml, 乳清蛋白10g BID, 温水溶开后经鼻肠管推注。9月11日患者出现咳白色粘痰, 体温升高, 最高体温39.5℃, 心率波动在110次/分~126次/分之间, 外周血氧饱和度下降至84%~88%之间, 血气分析结果回报: PH值: 7.461, 氧分压: 45mmHg, 二氧化碳分压: 38.5mmHg, 血氧饱和度84.1%, C-反应蛋白: 156.5mg/L, CT肺动脉增强血管成像显示: “近端食管扩张积液, 双肺弥漫模糊斑片影, 双下叶多发大片模糊斑片影”, 排除肺栓塞, 考虑梗阻以上积液引起隐性误吸致肺部炎症”, 遵医嘱给予: ①暂停放疗; ②内镜下经左侧鼻腔留置胃管, 内置40cm至食管扩张积液处, 持续负压吸引, 可引流出黄绿色食道内积液75ml; ③面罩吸氧5L/min

；④禁止经口进食水，继续经鼻肠管持续泵入肠内营养液每日 1000ml；⑤遵医嘱予床旁行右上肢 PICC 留置术，给予美罗培南、氟康唑抗感染治疗及补液治疗。9月16日体温恢复正常，心率波动在 82 次/分-98 次/分之间，鼻导管吸氧 2L/min 的情况下外周血氧饱和度波动在 97%-100% 之间，食道积液引流量逐渐减少，9月24日恢复放疗。11月2日放疗结束、出院，体重 40.7kg。食管镜检查，提示距门齿 33cm 肿物，内镜不能通过。

## 2 护理

### 2.1 误吸风险的评估和预防

患者高龄、体弱，以卧床为主，且因疾病原因无法经口进食，存在吞咽障碍，评估患者为高误吸风险人群。老年人误吸预防的团体标准指出应在入院时或有病情变化时动态评估老年人误吸的风险，认为有误吸史、意识障碍、长期卧床、留置人工气道的老年人为高危人群。没有上述情况的老年人通过询问、观察、使用评估工具识别现存的误吸风险<sup>[7]</sup>。

### 2.2 误吸风险的预防

#### 2.2.1 床头抬高至少 30° 预防鼻饲反流可能导致的误吸

患者由于疾病原因食道梗阻，不能经口进食，留置鼻肠管给予肠内营养。鼻饲期间保持患者床头抬高至少 30°。为方便落实，采用床头抬高角度仪测量，并在床档与床面交界进行标识，便于巡视时评估患者体位是否符合要求，发现体位降低及时纠正。研究显示管饲时床头抬高  $\geq 30^\circ$ ，能有效降低误吸、反流、吸入性肺炎、呕吐、呛咳等管饲并发症的发生率，认为床头抬高  $\geq 30^\circ$  时，食管开口与咽喉部的气管开口高于胃平面，有利于食物向下运动到空肠，减轻胃部负担，从而降低胃内容物反流至咽喉部的机会<sup>[11]</sup>。中华护理学会 2020 年发布的团体标准肠内营养支持的护理也建议喂养时抬高床头  $30^\circ \sim 45^\circ$ ，喂养结束后保持半卧位 30-60min<sup>[12]</sup>。

#### 2.2.2 保持口腔清洁预防口腔问题导致的误吸

协助患者每日两次口腔护理，同时监测患者出入量，保证患者摄入足够的液体，保持口腔清洁和湿润，减少口腔感染风险，进而降低由口腔感染导致全身感染的风险。指导患者进行呼吸功能锻炼，预防由咳嗽能力减弱导致的误吸风险。

#### 2.2.3 监测肠内营养耐受情况

患者入院时营养风险筛查 2002 (NRS2002) 评分为 5 分，

存在营养风险，应给予规范化个体化营养指导和支持治疗<sup>[13]</sup>，且患者吞咽困难，胃肠道功能良好，依据恶性肿瘤放疗患者的营养治疗五阶梯治疗原则<sup>[14]</sup>，给予个体化合理营养，经鼻肠管持续泵入肠内营养制剂每日 1000ml，乳清蛋白粉温水溶开后经鼻肠管推注每日 20g，由于老年患者的吸收能力下降且化疗对肠道功能的影响较大，为了预防胃肠道并发症及误吸的发生，给予促进胃动力、调整胃肠道菌群药物治疗。

为增加肠内营养的耐受性，使用肠内营养泵持续泵入肠内营养液，泵入速度从 50ml/h 逐渐加到 100ml/h。每 6 个小时监测胃内残余量是否  $> 200\text{ml}$ 。每日完成肠内营养观察表的填写，关注患者输液治疗完成情况；营养液输注完成情况；进水总量；患者有无腹痛、腹胀、恶心、呕吐、感染、腹泻、返流的情况；有无肠内营养液中断的情况及中断时间以及患者下床活动时间。

### 2.3 食管积液引流的护理

患者病情发展，胸部 CT 示“近端食管扩张积液”，梗阻以上积液返流，患者高龄，86 岁，身体机能下降，吞咽功能障碍、咳嗽反射减弱、胃肠道功能减弱，引起隐性误吸，致肺部炎症，表现为血氧饱和度下降、体温升高、心率加快。遵医嘱暂停放疗；禁止经口进食水；内镜下经左鼻腔留置胃管，内置 40cm 至食管扩张积液处，持续负压吸引，保持管路通畅，每日记录食道内积液的性状、颜色及引流量；监测患者生命体征，关注血氧饱和度的变化。

## 3 小结

本例高龄食管癌放疗患者肠内营养期间发生的误吸，病情疑难复杂，为患者制定个体化合理营养干预计划；规范化安全实施肠内营养；病情发生变化，分析产生误吸的原因；多学科团队协作，采取个性化护理措施，患者症状及体征显著改善，完成放疗，顺利出院。

由于隐性误吸不易被觉察，常常会导致病情的延误，从而增加并发症的风险，甚至会危及老年患者的生命安全。因此，在临床工作中要对隐性误吸的严重性引起高度重视，对疑有隐性误吸的老年人要及早进行仪器评估<sup>[7]</sup>，及早发现、及早干预，把对患者的危害降至最低。在老年患者肠内营养期间的护理工作中，需坚持规范化喂养流程，加强生命体征监测，特别是血氧饱和度的监测，及早发现误吸，尽早采取有效措施，促进患者早期康复。

### 参考文献:

- [1]Bray F,Ferlay J,Soerjomataram I,et al. Global cancer statistics 2018:GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J].CA Cancer J Clin,2018,68(6):394-424.
- [2]H é buterne X,Lemari é E,Michallet M,et al. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients weith cancer [J].JPEN J Parenter Enteral Nutr,2014,38(2):196-204.
- [3]Bozzetti F,Mariani L,Lo VulloS,etal. The nutritional risk in oncology:a study of 1,453 cancer outpatients[J]. Support Care Cancer,2012,20(8):1919-1928.
- [4]Bo YC,Wang KL,Liu Y,et al. The geriatric nutritional risk index predicts survival in elderly esophageal squamous cell carcinoma patients with radiotherapy[J]. PLoS One,2016,11(5):e0155903.
- [5]浙江省医学会肿瘤营养与治疗学分会.老年患者营养营养诊疗专家共识[J].浙江医学,2023,45(2):113-120.
- [6]中国医师协会放射肿瘤治疗医师分会.中国老年食管癌放射治疗专家共识(2024年版)[J].中华放射医学与防护杂志,2024,44(3):163-173.
- [7]孟鑫,孙龙凤,张晓春,等.中华护理学会《老年人误吸的预防》团体标准解读[J].中国护理管理,2023,23(11):1642-1646.
- [8]汪忠镐,吴继敏,胡志伟,等.中国胃食管反流病多学科诊疗共识[J].中华胃食管反流病电子杂志,2020,7(1):1-28.
- [9]朱昭环,周轲,肖峰,等.食管癌放疗或手术后吞咽障碍的咽部X线动态造影研究[J].南京医科大学学报(自然科学版),2008,28(9):1195-1197.
- [10]MARIK P E. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia [J]. N Engl J Med, 2001,344(9):665-671.
- [11]任羽雯,顾娇娇.体位干预对管饲饮食患者并发反流与误吸干预效果的Meta分析[J].护理实践与研究,2022,19(18):2816-2822.
- [12]成人肠内营养支持的护理[J].中华护理学会,T/CNAS 19—2020.
- [13]中华医学会放射肿瘤治疗学分会.放疗营养规范管理专家共识[J].中华放射肿瘤学杂志,2020,29(5):324-331.
- [14]李涛,吕家华,郎锦义,等.恶性肿瘤放疗患者营养治疗专家共识[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2018,5(4):358-365.

### 作者简介:

袁玉玲(1977),女,汉族,本科,护理。