

空肠造瘘管相关并发症的预防及护理方法研究进展

李倩儿¹, 赵莉², 范静¹, 周静茹¹, 王海潮¹

(1. 川北医学院附属医院; 2. 川北医学院护理学院, 四川 南充 637000)

【摘要】 空肠造瘘管相关并发症包括堵管、导管渗漏、感染、腹泻等。本文阐述了空肠造瘘管相关并发症发生的原因及预防护理要点, 旨在为护理及预防空肠造瘘管相关并发症提供参考, 以期减少空肠造瘘管相关并发症的发生。

【关键词】 空肠造瘘管; 相关并发症; 预防; 护理

【中图分类号】 R47 **【文献标志码】** A

Research progress in the prevention and nursing of complications of jejunostomy tube

LI Qian-er¹, ZHAO Li², FAN Jing¹, ZHOU Jing-ru¹, WANG Hai-chao¹

(1. Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College; 2. School of Nursing, North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, Sichuan, China)

【Abstract】 The related complications of jejunostomy tube include blockage, catheter leakage, infection, diarrhea and so on. This paper expounds the causes of the complications associated with jejunostomy tube and the key points of preventive and nursing care, in order to provide reference for nurses to prevent and care the complications associated with jejunostomy tube, in order to reduce the incidence of complications associated with jejunostomy tube.

【Key words】 Jejunostomy tube; Related complications; Prevention; Nursing

晚期胃肠道肿瘤或食管破裂患者不能经口进食, 需留置空肠营养管进行肠内营养支持^[1]。临床上常采用鼻空肠营养管及空肠造瘘管两种置管方式进行空肠营养。患者实施肠内营养时间一般需长达 10 d 及以上^[2], 有研究^[3-4]报道空肠造瘘管能有效延长带管营养时间, 改善营养状况, 具有较高的安全性。目前空肠造瘘管输注营养液被广泛应用于无法经口进食患者^[5-6]。空肠造瘘管置管方法是以距屈氏韧带约 30 cm 处空肠对系膜侧做穿刺点, 用穿刺器在肠壁做潜行隧道 5 cm 后再穿入腹腔, 置入空肠营养管, 置入长度约 40 cm^[7]。但是国内外研究均发现接受此种置管方式进行长期肠内营养的患者, 置管后若护理不当易出现空肠造瘘管相关并发症^[8-11]。空肠造瘘管相关性并发症按其发生机制可分为机械性并发症、感染性并发症、胃肠道并发症、代谢性并发症及精神性并发症^[12]。本文通过回顾和分析国内外空肠造瘘管相关并发症的指南及文献, 对空肠造瘘管相关并发症出现的原因进行综述梳理, 并提出针对性的预防护理措施, 旨在降低并

症的发生率。

1 机械性并发症

1.1 堵管

1.1.1 原因 Stroud 等^[13]认为空肠造瘘管输注营养液过于黏稠, 灌入不合适的药物及食物, 使营养液、药物或食物附着于管壁内侧, 或由于药物食物的混合液凝固, 造成营养液滴速过慢致空肠造瘘管堵管。国外还有蛔虫堵塞管腔的个案报道^[14]。

1.1.2 预防及护理措施 均匀配置营养液浓度, 一般以要素制剂浓度 10% ~ 25% 为宜^[15]; 滴注药物时, 将药物研磨完全与水均匀混合后用输液泵匀速注入; 每次经空肠管滴注营养液前后均需用 20 mL 生理盐水冲管, 输入过程中, 每 4 h 用 20 mL 温水冲洗管道 1 次^[16]; 在限制液体摄入的人群中为保持空肠造瘘管的通畅性, 《成人经皮内镜胃空肠吻合术 (PEG/PEJ) 护理管理的临床实践指南》(以下简称指南) 建议给药或开始泵入营养液前, 用 5 mL 过滤水冲洗; 在服用药物、补充剂或中断营养后滴入

10 mL 过滤水,如果为连续泵入营养液则每隔 6 h 用 10 mL 过滤水冲洗^[17]。若发生堵管,先用温水冲洗试管,使用温和的“推拉”技术^[17];无效可用 8.4% 的碳酸氢钠代替温水,仍无效可用稀释的胰酶加上碳酸氢钠溶液充满导管管腔并夹闭 5~10 min 使管道通畅^[18-20]。若是由于真菌感染必须更换导管^[21]。

1.2 导管移位扭曲或脱出

1.2.1 原因 固定不牢,翻身或下床活动时护理不当,患者烦躁或无意识时自行拔脱。

1.2.2 预防及护理措施 谭凯等^[22]介绍了一种谭氏引流管固定法即裁剪长宽分别为 7.5 cm × 5 cm 的 3M 胶布,距边缘 0.7 cm 处打孔,穿过 7 号丝线或 10 号丝线,于皮肤贴好固定胶布后,丝线打结固定于胶布一侧,该种固定法固定效果较好;用 3M Coban 自我粘缠外科绷带固定空肠造瘘管效果也显著^[23]。向患者及家属说明空肠造瘘管的重要性,嘱患者及家属翻身或下床活动时注意管道脱出或扭曲;在固定处和距造口置管外 5 cm 处做好标记,每天测量置管外露情况^[24],方便查看置管有无脱出,班班交接。

1.3 导管渗漏

1.3.1 原因 造瘘口处皮肤垫盘或快速夹固定不牢^[25]。

1.3.2 预防及护理措施 经常挤压造瘘管,可在造口边缘塑一圈造口防漏膏^[26]。有研究证明泌尿造口袋具有防逆流、开口小、便于引流、隔离异味等特点,使用后渗漏液可直接流入造口袋,保持造瘘管周围皮肤干燥,避免了皮肤浸渍^[27];还可通过皮肤护理产品和安普贴敷料的合理使用,减少漏出液和瘘口周围皮肤的接触,减轻漏出液对皮肤的刺激,从而修复受损皮肤,减轻患者局部疼痛感^[28-29]。

2 感染性并发症

2.1 原因

营养液由于细菌增殖发生变质造成细菌感染^[30],照护者未严格执行手卫生及导管消毒方法造成造口周围皮肤感染^[31],消化道瘘致腹腔感染,免疫功能低下出现全身严重感染等。

2.2 预防及护理措施

为了降低细菌感染的发生率,现配现用营养液,输注营养液的输液器也需每 24 h 更换一次。护理空肠造瘘管应严格无菌操作,保持空肠造瘘管周围皮肤干燥,用碘伏和酒精消毒 1 次/d,多观察周围皮肤有无红肿、皮温升高,有无分泌物形成^[32];造口周围敷料应保持干燥,若敷料被渗液浸湿应及时更换;

定期清洁皮肤,还可在造口固定装置周围涂氧化锌软膏。如果造口周围皮肤已经出现红肿、出血、溃烂,局部涂抹氧化锌软膏非但无法保护皮肤反而会对皮肤造成刺激增加患者的疼痛感,此时用中药复方长皮膏外涂疗效显著。具体措施:疮面用无菌生理盐水清洁干净,将软膏均匀地平摊于棉纸上,将摊好的药膏贴敷于疮面上,再用干净纱布覆盖在外面,包扎固定,1 次/d;如果疮面渗液较多,湿透外敷的纱布,可以每日换药两次。根据不同形态的疮面,复方长皮膏的换药方式也要相应改变,但疮面必须要充分接触到药膏^[33]。若出现造口感染症状及时报告医师,以便及时给予抗生素。用造瘘管连接一次性引流袋,需观察和记录引流液的量、颜色和性质,若为浑浊、脓性或粪汁样液体,同时伴有发热和腹膜刺激征,应警惕消化道瘘而引起腹腔感染^[34]。对于免疫功能低下的患者,可在生命体征稳定的情况下尽早实施免疫营养,即是将具有免疫调节功能的营养素如谷氨酰胺等添加到营养液中,使营养素在发挥营养支持作用的同时,发挥免疫调节作用且能减少感染并发症的发生^[35]。但目前对于早期肠内营养与并发症的相互关系的研究还较少,早期肠内营养对患者是否有进一步危害还有待研究。

3 胃肠道并发症

3.1 腹泻

3.1.1 原因 营养液输注过多超过胃肠道黏膜的耐受程度及吸收能力^[36];营养液输注速度过快使肠蠕动加快,胃肠道黏膜不能及时吸收营养物质^[37];营养液浓度过高,胃肠道会分泌大量水分刺激肠蠕动加快导致渗透性腹泻^[38];营养液脂肪过多,引起脂肪消化不良性腹泻^[39];营养液温度过低刺激肠蠕动加快引起腹泻;操作者手不清洁,灌注营养液的容器及营养液的污染^[31]。

3.1.2 预防及护理措施 指南建议应根据患者自身情况控制输注营养液的浓度和量^[17],可从 30 mL/h 静脉滴注 500 mL 肠内营养混悬液改为 50 mL/h 静脉滴注 1 000 mL 肠内营养混悬液,逐日增加至 80 mL/h 静脉滴注 1 500 mL 肠内营养混悬液^[40]。目前大多数医院还是使用输液泵控制肠内营养输注速度,下一步可增加对肠内营养液专用输注泵的研究;营养液需现配现用,浓度适宜。若腹泻严重需遵医嘱使用止泻药并及时补液,防止水电解质紊乱;腹泻严重需注意患者肛周的皮肤,指导患者便后用水冲洗,保持肛周皮肤清洁干燥,可在肛周附近涂氧化锌软膏;调整营养液的配方,减少脂肪含量。研究显示,营养液温度控制在 37~40 ℃ 能减少

胃肠不适症状促进肠内血运的流通从而使腹泻率降低^[41];运用输液恒温器能保证肠内营养的恒定温度,保证了肠内营养的有效实施,避免了因低温刺激引起的胃肠道反应^[42]。操作者严格无菌操作,灌注营养液的容器应严格消毒。

3.2 恶心、呕吐

3.2.1 原因 胃肠道功能恢复较差,胃肠道功能存在障碍^[43];营养液滴注速度过快;乳糖不耐受^[44];滴注时患者的体位处于过平卧位。

3.2.2 预防及护理措施 分析胃肠蠕动功能障碍原因,给予针对性的预防措施如予以腹部理疗,加用促进胃肠动力的药物等^[43];营养液浓度由低到高避免一次输入高浓度营养液;对于乳糖不耐受的患者,可选用乳糖含量较低的营养液;可在营养液中适当加入调味剂防止味道难闻;滴注时将床头抬高 30°~45°或半坐位,不能忍受半卧位者建议置于反 T 位即头高足低位^[17]。对于出现恶心呕吐的患者需要及时给予清洁口腔和清除分泌物。

3.3 腹痛

3.3.1 原因 由于营养液浓度过高或温度过低进入空肠刺激了肠道引起肠痉挛^[45];粪便嵌塞或发酵饮食^[46]。

3.3.2 预防及护理措施 从低浓度开始,将营养液和生理盐水按一定比例混合均匀后输注,输注量应从小量(250~500 mL/d)开始,输注速度应从 20 mL/h 开始,按患者适应程度逐步加速以每次增加 20 mL/h^[47];鼓励不需限制液体摄入量的患者多喝水;现配现用营养液。若出现腹痛,需分析腹痛发生的原因,可适当减慢营养液滴入速度或停止滴入,给予热敷,必要时遵医嘱给予解痉剂^[48]。

3.4 便秘

3.4.1 原因 患者长期卧床缺乏运动导致肠蠕动减慢,膳食中食物纤维过少造成粪便干结和排便不畅^[49]。

3.4.2 预防及护理措施 可在食物中加入蔬菜汁、果汁,或者可在患者病情允许及耐受的情况下增加患者活动时间促进肠蠕动。已经发生便秘的患者可遵医嘱给予缓泻药或使用开塞露必要时灌肠^[49]。

4 代谢性并发症

4.1 糖代谢异常

4.1.1 原因 营养液配方中碳水化合物比例较高,单位时间内输入的营养液速度过快、浓度过高易致高血糖^[50];骤然停止肠内营养支持治疗易致低血糖^[51]。

4.2.1 预防及护理措施 与营养师一起制定适合

患者的营养液配方,以便为患者实施最佳营养治疗;密切监测患者的血、尿糖指征,遵医嘱适量应用胰岛素;可选择富含缓释淀粉类的肠内营养乳剂,在改善营养状况的基础上,可以明显减少患者因肠内营养所导致的血糖升高现象与胰岛素的用量^[52]。24 h 持续输入时血糖波动最小,血糖明显升高的患者应选择持续滴注的方式,待病情稳定、血糖控制后,可转换为间歇分次滴注^[50]。在护理过程中,应严格根据患者病程调整肠内营养补给量,遵守循序渐进的原则,同时需要以其他途径补充糖分,避免机体糖浓度下降过快;另外,护理人员需要掌握低血糖临床表现,一旦发现患者伴有发汗、乏力、头晕等症状,应高度怀疑低血糖并对症处理^[51]。

4.2 电解质紊乱

4.2.1 原因 肠内营养的患者易发生腹泻^[53],腹泻易导致电解质紊乱,如低钾血症、低钠血症等;肠内营养液摄入不足^[54];消化液外漏也易致电解质紊乱。

4.2.2 预防及护理措施 准确记录 24 h 尿量与胃肠道丢失量;及时补充电解质、水分。若腹泻严重需遵医嘱使用止泻药并及时补液,维持机体水、电解质平衡,防止水电解质紊乱。观察和记录引流液的量、颜色和性质,若为浑浊、脓性或粪汁样液体,同时伴有发热和腹膜刺激征,警惕消化道瘘的发生。

5 精神性并发症

5.1 恐惧

5.1.1 原因 患者不理解留置空肠造瘘管的作用及置管的过程,在心理上不接受,产生恐惧、害怕等情绪^[55]。

5.1.2 预防及护理措施 在置管之前要为患者及其家属详细解释置管的目的和注意事项,减轻他们的恐惧情绪。置管后给患者创造一个安静、舒适的环境,不断地鼓励患者积极配合治疗。

5.2 焦虑、抑郁

5.2.1 原因 造瘘患者由于术后并发症、饮食习惯的改变和自我形象的损害等,普遍存在焦虑、抑郁等不良情绪^[56]。

5.2.2 预防及护理措施 给患者听一些舒缓的音乐分散患者注意力,多与患者及家属沟通,认真倾听患者的诉说疏导患者的不良情绪,多鼓励患者配合治疗、树立战胜疾病的信心等^[56-57]。有研究介绍了一种改良森田疗法,该方法的治疗原则以顺其自然为主,通过鼓励患者将注意力从生活中的负性情绪转移到关注治疗护理上,加强对疾病治疗的信心,进而改善患者康复过程中的负面情绪,有利于心理、生

理、社会各方面质量的提高^[58-59]。

6 小结

有效防止空肠造瘘管相关并发症的发生是成功实施胃肠内营养的关键。护理人员应掌握空肠造瘘管相关并发症的发生原因、预防措施及护理方法,在临床工作中通过积极的干预及护理可有效地减少空肠造瘘管患者发生相关并发症,并减轻并发症对患者造成的危害,从而提高空肠造瘘管患者的生活质量。

参考文献

- [1] 孙威,张琳,张霓,等.晚期食管自发性破裂的外科治疗[J].现代中西医结合杂志,2011,20(33):4240-4241.
- [2] Li QW, Li GC, Wang YN, et al. Association of nutrition with treatment compliance and toxicities in patients undergoing chemoradiation after gastrectomy[J]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi, 2013, 16(6):529-533.
- [3] 李冰,李鹏,巩方明,等.鼻空肠管和空肠造瘘管置入术的疗效对比[J].中国肿瘤临床,2014,(18):1163-1165.
- [4] 陈媛绮.经空肠造瘘管与经鼻肠管肠内营养支持对食管癌患者术后营养状况及恢复的影响[J].医疗装备,2019,32(21):2-4.
- [5] Torres Júnior LG, de Vasconcellos Santos FA, Correia MI. Randomized clinical trial: nasoenteric tube or jejunostomy as a route for nutrition after major upper gastrointestinal operations[J]. World J Surg, 2014, 38(9):2241-2246.
- [6] 谢浩芬,徐琴鸿,阮方敏,等.不同营养支持方式对有营养风险的老年胃肠道肿瘤患者术后并发症的影响[J].中华现代护理杂志,2015,21(34):4146-4148.
- [7] 林辉,柳硕岩.空肠造瘘术在食管癌手术中的临床应用[J].医学理论与实践,2017,30(04):525-527.
- [8] 叶晓芬,谭涛,任萌,等.经皮内镜下胃空肠造瘘术的并发症分析[J].武警医学,2016,27(5):511-512.
- [9] Blomberg J, Lagergren J, Martin L, et al. Complications after percutaneous endoscopic gastrostomy in a prospective study[J]. Scand J Gastroenterol, 2012, 47:737-742.
- [10] Lee C, Im JP, Kim JW, et al. Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy: a multi-center, retrospective study[J]. Surg Endosc, 2013, 27:3806-3815.
- [11] Weijs TJ, Berkelmans G, Nieuwenhuijzen G, et al. Routes for early enteral nutrition after esophagectomy. A systematic review[J]. Clin Nutr, 2014, 34(1):1-6.
- [12] 谢海鹰,叶平.循证护理干预在行空肠造瘘术患者中的临床应用[J].中国医药科学,2019,9(06):169-171.
- [13] Stroud M, Duncan H, Nightingale J. Guidelines for Enteral feeding in adult hospital patients[J]. Gut, 2003, Doi: 10.1136/gut.52.suppl_7.vii1.
- [14] Eatock FC, Chong P, Menezes N, et al. A randomized study of early nasogastric versus nasojejunal feeding in severe acute pancreatitis[J]. Am J Gastroenterol, 2005, 100(2):432-439.
- [15] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2014.
- [16] 中华医学会肠外肠内营养学分会老年营养支持学组.老年患者肠外肠内营养支持中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2013,32(9):913-929.
- [17] Roveron G, Antonini M, Barbierato M, et al. Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients: An Executive Summary[J]. The Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 2018, 45(4):e1.
- [18] Yang CW, Lin HH, Hsieh TY, et al. Palliative enteral feeding for patients with malignant esophageal obstruction: a retrospective study[J]. BMC Palliat Care, 2015, 14(1):1-8.
- [19] Wang G, Chen H, Liu J, et al. A comparison of postoperative early enteral nutrition with delayed enteral nutrition in patients with esophageal cancer[J]. Nutrients, 2015, 7(6):4308-4317.
- [20] Cong MH, Li SL, Cheng GW, et al. An Interdisciplinary Nutrition Support Team Improves Clinical and Hospitalized Outcomes of Esophageal Cancer Patients with Concurrent Chemoradiotherapy[J]. Chin Med J, 2015, 128(22):3003-3007.
- [21] 何静婷,喻姣花,杨晓霞,等.《成人患者经皮内镜胃造瘘及空肠造瘘护理管理的临床实践指南》解读[J].中国实用护理杂志,2019,35(24):1841-1845.
- [22] 谭凯,臧莉,周帅,等.谭氏引流管固定法在一例空肠造瘘术中的应用[J].肝胆胰外科杂志,2020,32(3):178-179.
- [23] 陈晓芳.3M Coban自我粘缠外科绷带在空肠造瘘管固定中的应用[J].医学美学美容,2014,(7):202-203.
- [24] 张丹丹,陈红,陈圆圆,等.改良空肠造瘘在食管癌术后的应用和护理体会[J].中西医结合护理(中英文),2016,2(12):90-94.
- [25] 张丽.经皮内镜下胃空肠造瘘术并发症预防及护理[J].常州实用医学,2010,26(3):204-206.
- [26] 陈淑玲,张秀英.1例高龄消瘦患者回肠造口渗漏的护理[J].当代护士(中旬刊),2020,27(6):166-167.
- [27] 张薇.泌尿造口袋在腹部引流管周围渗液患者管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2010,16(6):58-59.
- [28] 韩雪飞,黄莉莎,陈文姿,等.氧疗联合造口粉及安普贴的使用治疗失禁性皮炎疗效观察[J].中国医药科学,2015,5(13):79-81.
- [29] 曹丽娜,王卫红.空肠造瘘管周边大量渗漏1例患者的护理[J].护理与康复,2018,17(8):94-95.
- [30] 张颖.重症医学科胰腺炎中鼻空肠营养管的应用及护理[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(86):16-17.
- [31] 李志菊.鼻饲患者发生并发症的原因及预防的研究进展[J].解放军护理杂志,2006,23(8):39-41.
- [32] 王丽青,廖达林,张志坚.经皮内镜下空肠造口术护理体会[J].实用临床医药志,2014,18(4):15-17.
- [33] 盛平卫,陈红根,诸婧.复方长皮膏在外科中的应用[J].河南中医,2018,38(2):309-312.
- [34] 李俊华,卞龙艳.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2019.
- [35] 刘保池,刘永福.免疫缺陷患者围手术期营养支持[J].国际外科学杂志,2019,46(11):721-724.
- [36] 彭玉云.不同鼻饲管行肠内营养的并发症比较及护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,375(29):4482-4483.
- [37] 胡伟.危重症患者肠内营养的观察与护理[J].智慧健康,2017,3(22):75-76.
- [38] 张桂敏.胃癌术后早期行肠内营养支持的意义及护理[J].国际护理学杂志,2016,35(16):2236-2238.
- [39] 杨水仙.重度颅脑损伤患者鼻饲并发症的预防及护理[J].现

- 代中西医结合杂志,2007,16(22):3231-3232.
- [40] 陆小月,羌燕,李晓旭,等.两种不同肠内营养管置管法在食管癌术后营养治疗中的应用观察[J].中国肿瘤外科杂志,2017,9(6):405-407.
- [41] 倪元红,王慧,彭南海.输液恒温器在肠内营养连续输注中加温效果的观察[J].肠外与肠内营养,2012,19(2):127-128.
- [42] 陈美娜.输液恒温器在肠内营养输注中的应用效果观察[J].当代护士(下旬刊),2015,(5):44-45.
- [43] 苏梅,韩晓军,苏婷.经空肠造瘘管肠内营养的护理体会[J].中国实用医药,2011,6(13):233-234.
- [44] Omran ML, Morley JE. Assessment of protein energy malnutrition in older person, part I: History, examination, body composition, and screening tools[J]. Nutrition, 2000, 16(1):50-59.
- [45] 李佳梅,黄玮琳,杨显红,等.空肠造瘘肠内营养不良原因分析及护理对策[J].中华现代护理学杂志,2008,5(19):1801-1802.
- [46] Tapia J, Murguia R, Garcia G, et al. Jejunostomy: Techniques, Indications, and Complications[J]. World Journal of Surgery, 1999, 23(6):596-602.
- [47] 薛燕,张中军,王高荷.空肠造瘘营养的维护和管理[J].江苏医药,2010,36(17):2101-2102.
- [48] 吴国英,周之莹.食管及贲门部手术置入十二指肠营养管的意义及护理[J].齐鲁护理杂志,2015,11(5):446.
- [49] 宛梅清,陶丽,梁桂兰,等.膳食纤维在维持性血液透析患者便秘护理中的应用[J].护理研究,2020,34(8):1447-1449.
- [50] 乔薇,王希,刘爽.统筹兼顾—谈老年患者肠内营养治疗遭遇高血糖[J].医学与哲学,2018,39(22):15-16.
- [51] 沈春芳.危重症患者肠内营养并发症的预见性护理干预措施研究[J].糖尿病天地,2019,16(1):231-232.
- [52] 江荣林,雷澍,王灵聪,等.富含缓释淀粉的肠内营养剂对危重病患者血糖的影响[C].浙江省科学技术协会.2011年浙江省肠外肠内营养学学术年会论文汇编,浙江:嘉兴,2011:64-68.
- [53] Kanda T, Sato Y, Yajima K, et al. Pedunculated gastric tube interposition in an esophageal cancer patient with prepyloric adenocarcinoma[J]. World J Gastrointest, 2011, 3(5):75-78.
- [54] 夏瑾.胰十二指肠切除术后肠内营养支持的护理[J].护士进修杂志,2013,28(17):1591-1593.
- [55] 覃素梅,徐钰钧,莫好霞,等.心理护理对留置胃肠减压管患者一次性成功率的效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(41):111.
- [56] 来临.家庭访视对经皮内镜下胃造瘘术后患者生活质量的影响[J].全科护理,2014,12(29):2694-2696.
- [57] 韩君,汤丰榕,江有琴.心理干预在普外科留置胃管患者中的应用与体会[J].海军医学杂志,2012,33(1):59-60.
- [58] 陈敏,胡小英,张建文.免疫增强型肠内营养支持联合森田疗法对胃癌中晚期患者心理韧性及营养状态的影响[J].当代医学,2020,26(15):180-181.
- [59] 张俊峰,戴炜,郭青山,等.改良森田疗法治疗焦虑障碍临床疗效研究[J].神经损伤与功能重建,2019,14(8):418-420.

(收稿日期:2020-06-16)

学术编辑:李莉)