

蒙脱石散保留灌肠联合集束化护理在ICU患者肠内营养相关性腹泻中的应用

张艳萍 徐薇薇 白爱华 张素兰

(四川省肿瘤医院·研究所,四川省癌症防治中心,电子科技大学医学院,四川 成都 610041)

【摘要】目的:研究蒙脱石散保留灌肠联合集束化护理在ICU患者肠内营养相关性腹泻中的应用。**方法:**选取2019年5月~2021年12月在ICU发生肠内营养相关性腹泻患者80名,随机数字表法分为对照组及观察组,对照组40例,观察组40例,对照组为常规治疗及护理措施,观察组为蒙脱石散保留灌肠结合集束化护理,比较两组患者临床疗效、止泻时间及纠正脱水时间。**结果:**在ICU患者腹泻治疗上,观察组疗效明显高于对照组($P < 0.05$),在患者止泻时间、纠正脱水时间的发生情况均明显短于对照组($P < 0.05$),并且,观察组在治愈率、白蛋白改善情况高于对照组,观察组失禁性皮炎发生率明显少于对照组($P < 0.05$)。**结论:**ICU肠内营养相关性腹泻患者使用蒙脱石散保留灌肠联合集束化护理措施,可缩短止泻时间及纠正脱水时间,增加治愈率及有效率,有效降低并发症的发生,减轻患者痛苦,缩短住院时长。

【关键词】蒙脱石散;保留灌肠;集束化护理措施;肠内营养相关性腹泻

【中图分类号】R473

【文献标识码】B

【文章编号】1672-3783(2022)03-07-180-03

ICU患者病情重且疾病复杂,多数患者采用机械辅助通气,因而丧失自主进食能力,需要进行肠内营养^[1],肠内营养比肠外营养更符合人体的生理需求及生理状态。美国重症医学会2017年制订的《重症患者喂养指南》中指出,患者在入住ICU后的24~48h内需进行肠内营养方案,肠内营养极易导致胃肠道不耐受的现象,最常见的临床并发症是腹泻,有研究表明,肠内营养相关性腹泻约占ICU腹泻患者的48%^[2],肠内营养相关性腹泻是指开始管喂的48小时后出现不同程度的腹泻,造成患者脱水、电解质紊乱、大便失禁性皮炎、压力性损伤等临床问题^[3],给患者带来痛苦、护士工作量相继增加,增加感染风险及住院时间延长,影响患者生存质量。通过广泛阅读文献^[4-6]发现,蒙脱石散灌肠能有效缓解患儿的腹泻问题,通过此研究,本文作者结合临床实践经验,将ICU发生肠内营养相关性腹泻的患者施行蒙脱石散保留灌肠联合集束化护理取得了良好的效果,现具体报告如下。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年5月~2021年12月ICU发生肠内营养相关性腹泻患者80例,采用机数表法分为两组,观察组40例,对照组40例。对照组:男21例,女19例,年龄35~73岁,平均年龄 53.63 ± 11.58 岁,主要疾病:颅内恶性肿瘤、胃肠道恶性肿瘤、食管癌、肺癌、妇科恶性肿瘤、泌尿肿瘤;观察组:男23例,女17例,年龄35~73岁,平均年龄 53.63 ± 11.58 岁,主要疾病:颅内恶性肿瘤、胃肠道恶性肿瘤、食管癌、肺癌、妇科恶性肿瘤、泌尿肿瘤、鼻咽癌。两组患者的临床资料经统计学分析,无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,经医院

伦理委员会审核批准。

1.2 纳入与排除标准:①符合《临床胃肠营养》^[7]关于肠内营养相关性腹泻诊断标准②年龄26~76周岁③患者家属知情同意并签署同意书。排除标准为:①有灌肠禁忌症者②对蒙脱石散过敏者

1.3 研究方法

1.3.1 对照组给予常规治疗及护理,包括基础护理,减慢管喂营养液的速度、量,遵医嘱管喂止泻药物如蒙脱石散[博福-益普生(天津)制药有限公司,批准文号:国药准字H2000690,规格:3g×10袋],调节肠道菌群使用双歧杆菌肠溶胶囊[晋城海斯制药有限公司(山西)批准文号:国药准字S19993065,规格:210mg×24粒],使用抗生素;腹泻频繁、水样便患者给予保留肛管引流,纠正脱水及静脉补液等治疗,注意肛周皮肤护理。

1.3.2 观察组使用蒙脱石散[博福-益普生(天津)制药有限公司,批准文号:国药准字H2000690,规格:3g×10袋]保留灌肠联合集束化护理,本研究通过临床实践经验总结。

1.3.2.1 蒙脱石散保留灌肠的方法:温开水100ml+蒙脱石散3g保留灌肠,将蒙脱石散3g溶解于100mL的温开水中,水温39.4℃,护士戴乳胶手套,用50ml的空针抽取药液,将抽好药液的空针连接在10号导尿管,导尿管前端涂石蜡油,取左侧卧位臀部抬高10cm,臀下垫一次性护理垫,将导尿管缓慢插入肛门15~20cm,缓慢注入药液,保持液面距肛门不超过30cm,药液注入完毕后用厚毛巾按压肛门处,按压时间20min左右,尽量避免药物溢出,使其药物充分的被肠道黏膜吸收。20min后,取平卧位或半卧位,臀下垫便盆,直至药液及排泄

物排出干净,3次/日,持续灌肠5天。

1.3.2.2 集束化护理措施如下:

1. 营养液的选择: 营养液种类根据患者的实际情况选择, 保证营养摄取比例, 如膳食纤维、维生素、脂类、蛋白质、矿物质等食物摄取比例, 脂肪代谢有问题的这类患者, 需限制营养液中的脂肪含量, 保证营养液渗透压在 300330mmol/L, 避免出现腹泻的情况。

2. 纠正低蛋白血症: ICU 患者病情较重、创伤大, 易导致机体对蛋白质代谢量增加, 从而出现低蛋白血症(白蛋白 25g/L), 而低蛋白血症极易造成肠黏膜水肿并造成消化及吸收障碍, 因缺乏微量元素、钙磷代谢紊乱, 影响人体营养的吸收, 最终导致患者营养不良。蛋白量低的患者, 先采用静脉输注肠外营养的方式, 以补充患者的蛋白质量, 当患者的蛋白质量达到规定量后(35g/L), 再给予肠内营养。

3. 严格输注营养液: 对营养液的输注要求、总量、泵速及温度进行严密监控, 营养液输注量过多, 易降低患者胃肠功能的耐受性; 泵速过快, 易刺激胃肠道蠕动增加; 温度过低, 易刺激胃肠道黏膜的毛细血管收缩, 温度过高, 可能烫伤患者的黏膜, 所以在护理过程中, 要严格管理输注总量、泵速以及温度, 尽量减少对患者的影响。针对首次肠内营养的患者, 营养液总量控制在 500ml 以下, 输注速度使用容量泵加以控制, 并使用加温器, 设定温度为 38-40 摄氏度, 速度以 20ml 开始进行, 2-4 日内逐渐增加至全量, 管喂速度增加至 100ml/h, 最快 120ml/h, 并遵循管喂浓度由低到高、量由少到多、速度由慢到快, 乳糖不耐受时采用无乳糖配方, 提高患者的舒适性及耐受性, 营养液开瓶 8h 内使用, 冰箱内保持不得超过 24h^[8]。

4. 合理用药: 相关研究^[9]表明, 大量应用抗生素极易杀灭胃肠道内正常的细菌群体, 并导致致病菌的大量滋生, 进而导致腹泻。抗生素应用前, 对患者进行致病菌测定和药敏试验, 根据试验结果合理应用抗生素, 同时为保证正常菌群平衡, 可酌情应用复方乳酸菌、双歧杆菌等调整肠道菌群的药物, 防止病原菌大量繁殖而诱发腹泻, 此外, 部分胃动力药也会引起腹泻, 所以, 一定要做好患者的用药管理, 对于菌群失调、便秘杆菌比例倒置或真菌感染的患者, 使用抗真菌药物进行治疗。

5. 皮肤护理: 腹泻严重的患者, 便后禁止用力擦拭, 及时用不含酒精的儿童湿巾或温水蘸洗; 用柔软、吸水性较强的干毛巾或纸巾清洗肛周皮肤并均匀涂擦氧化锌软膏、造口

粉等皮肤保护剂, 维持肛周皮肤清洁、干燥, 并防止发生糜烂溃疡、红肿、继发感染等不良情况, 如果肛周皮肤发生失禁性皮炎, 按王冷等^[10]专家共识中的方法进行护理, 即清洗-润肤-隔离保护。

1.4 观察指标

1.4.1 比较两组患者治疗后的临床疗效

有效率为治疗有效例数除以观察患者例数, 公式为: $v = \frac{k}{t}$

其中, k 表示患者治疗有效数量, t 表示观察患者数。

治疗后患者粪便性状、频率均未改变, 腹泻无明显好转为无效;

治疗 5d 后, 粪便性状改变, 腹泻频次减少, 症状较治疗前减轻为有效;

治疗 5d 后, 粪便性状改变, 大便基本正常为治愈;

1.4.2 两组患者止泻时间、纠正脱水时间进行比较; 营养改善情况及并发症(腹泻、不耐受、失禁性皮炎)比较。

腹泻: 腹泻指的是患者排便次数增多, 一般 3 次/d 以上; 排便量增加, 200g/d 以上; 同时粪质稀薄, 含水量 85% 以上。

不耐受: 发生胃肠道不良反应的症状; 经过 72 h 肠内营养尝试, 不能由肠内营养途径实现 20kcal / (kg · d) 的能量供给目标; 因临床原因需停止肠内营养

失禁性皮炎: 指皮肤长期或反复暴露在尿液或粪便中引起的皮肤损伤与炎症

1.5 统计学处理

所有数据应用 SPSS25.0 软件进行统计学分析。止泻时间及纠正脱水时间比较采用 t 检验比较两组患者计量指标的差异。治愈率、并发症发生率及营养改善状况的比较, 计数资料用百分比率表示, 采用 χ^2 检验以 P<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者止泻时间、纠正脱水时间见表 1。

表 1 两组患者止泻时间、纠正脱水时间表

组别	n	止泻时间(d)	纠正脱水时间(d)
观察组	40	3.54 ± 0.97	2.63 ± 0.93
对照组	40	4.56 ± 1.20	3.73 ± 1.34
t		7.423	9.284
P		0.00015	0.000095

如表 1 所示: 在止泻时间及纠正脱水时间上, 观察组均短于对照组(均 p<0.01)

2.2 比较两组患者治疗后的临床疗效比较见表 2。

如表2所示:观察组在治愈率及有效率上均高于对照组(均 $p<0.05$)

如表3所示:观察组再腹泻的例数低于对照组,失禁性

皮炎的发生率显著低于对照组。

如表4所示:两组患者营养改善状况相比较,观察组血清白蛋白水平显著高于对照组。

表2 两组患者临床治疗后疗效比较表

组别	n	无效	有效	治愈	总有效率
观察组	40	4	2	34	90.00%
对照组	40	12	8	20	70.00%
χ^2					3.5
P					0.025

表3 两组患者并发症比较表

组别	n	腹泻 (人/次)	不耐受 (人/次)	失禁性皮炎 (例)
观察组	40	9	6	5
对照组	40	10	0	12
t		1.992	2.024	1.994
p		0.587	0.043	0.056

表4 两组患者营养改善情况

组别	n	血清白蛋白(g)
观察组	40	37.18±3.03
对照组	40	32.68±2.48
χ^2		4.12
p		0.018

3 讨论

本研究结果显示,在止泻时间及纠正脱水时间上,观察组均短于对照组(均 $p<0.01$),差异有统计学意义,观察组在治愈率及有效率上均高于对照组(均 $p<0.05$),差异有统计学意义,观察组在腹泻的例数低于对照组,失禁性皮炎的发生率显著低于对照组,从血清白蛋白整体数值上比较,观察组白蛋白水平显然高于对照组,本文与王金平^[11]研究结果一致,均表明蒙脱石散保留灌肠能治疗或缓解腹泻问题,再护理的过程中,给特殊的人群实施集束化护理在临床中可以改善患者的组白蛋白水平。

4 结论与建议

综上所述,蒙脱石散保留灌肠联合集束化护理措施可有效缓解患者的腹泻问题,提高免疫功能,缩短住院时间,改善患者的预后,具有临床价值,值得临床推广及应用,但本

研究对象来源于同一家医院重症病房,观察指标相对较少,缺乏对某种特定疾病进行比较,可能会影响研究的深度与广度,今后有待作进一步研究。

参考文献

- [1] 危娟,林凤英,莫红平,等. ICU患者肠内营养期间腹泻的相关因素分析[J]. 中华护理杂志,2015,50(8):954-959.
- [2] 王辉,韩芳,屠越兴. ICU患者发生腹泻的临床分析[J]. 中华医院感染学杂志,2016,24(2):372-373.
- [3] 马新利,史媛媛,闫明. 重症患者肠内营养喂养流程在ICU中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2019,35(30):2336-2341.
- [4] 李聪慧. 对接受蒙脱石散保留灌肠治疗的腹泻患儿进行综合护理的效果评价[J]. 当代医药论丛,2020,18(5):232-233.
- [5] 殷朝阳. 蒙脱石散保留灌肠联合锌制剂治疗小儿腹泻的效果[J]. 检验医学与临床,2018,15(2):254-256.
- [6] 高秀芹. 蒙脱石散保留灌肠治疗小儿腹泻58例及护理体会[J]. 中国药业,2013,22(23):69-70.
- [7] 张思源,陈婷苑. 临床胃肠营养[M]. 北京:中国协和医科大学联合出版社,2009,1(6):238.
- [8] 潘国宗,曹世植. 现代胃肠病学[M]. 北京:科学出版社,1994,1(9):255.
- [9] 贾会哲,成玉红,谭晓欢. 集束化护理策略对预防ICU患者肠内营养相关性腹泻的效果[J]. 中国实用医药,2016,16(13):239-240.
- [10] 王冷,郑小伟,马蕊,等. 国内外失禁相关性皮炎护理实践专家共识解读[J]. 中国护理管理,2018,18(1):3-6.
- [11] 王金平. 蒙脱石散保留灌肠联合个性化护理对腹泻患儿治疗效果及康复进程的影响[J]. 护理实践与研究,2018,15(13):104-105.