

基于肠内营养耐受评估的护理干预对重症监护室机械通气病人营养状况及胃肠功能的影响

张翼飞 彭皓^{通讯作者}

(云南省第一人民医院,云南 昆明 650031)

【摘要】目的:探讨基于肠内营养耐受评估的护理干预对重症监护室机械通气病人营养状况及胃肠功能的影响。**方法:**将我院2020年12月~2021年12月50例重症监护室机械通气患者,双盲随机法分二组。对照组给予常规护理,实验组实施基于肠内营养耐受评估的护理干预。比较两组护理前后营养状况及生命质量评分、护理满意度,并比较两组患者的胃肠功能恢复时间、胃肠不良反应发生率。**结果:**实验组营养状况及生命质量评分高于对照组,护理满意度高于对照组,胃肠功能恢复时间短于对照组,胃肠不良反应发生率低于对照组,存在显著差异, $P < 0.05$ 。**结论:**重症监护室机械通气患者实施基于肠内营养耐受评估的护理干预效果确切,可有效改善患者营养状况和提高其生命质量,提高患者满意度,且有利于改善患者的胃肠道功能,值得推广。

【关键词】基于肠内营养耐受评估;护理干预;重症监护室;机械通气病人;营养状况;胃肠功能

【中图分类号】R472.2

【文献标识码】B

【文章编号】1672-3783(2022)03-07-183-03

重症监护室的病人大多是病情较重、病情较重的病人,

1.2 方法

大部分需要进行机械通气,而这一类的病人往往会有全身炎症反应,食欲也会降低。在临床上,有许多中风病人会出现昏迷、吞咽障碍等症状,导致不能通过口腔进食,需要通过鼻饲管进行鼻饲肠道内营养液来补充营养和能量。但是,目前已有的数据显示,肠内营养会引起各种并发症在这一群体中,给予他们的肠内营养可以满足他们的需要,但因个体的不同,他们的营养情况也会有很大的差别^[1]。肠内营养是一种通过消化道供给人体所需的营养和其它营养成分的途径。肠内营养的方法有两种,一种是通过管道输入,包括鼻胃管、十二指肠管、鼻空肠等,一种是经口。但是由于多种原因,肠内营养支持过程容易出现胃肠不耐受,从而影响到临床的疗效。在重症监护室接受机械通气的病人,多数患者会出现消化不良,包括:应激性溃疡、胃肠道运动减退。而以肠内营养耐受评价为基础的护理干预则是从多个角度评价病人的肠内营养耐受性,以便制定相应的护理措施,为病人提供早期的肠内营养支持服务。本研究探讨了基于肠内营养耐受评估的护理干预对重症监护室机械通气病人营养状况及胃肠功能的影响,报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将我院2020年12月~2021年12月50例重症监护室机械通气患者,双盲随机法分二组。每组例数25。其中实验组年龄32~80岁,平均 (47.45 ± 2.55) 岁,男15:女10。对照组年龄31~82岁,平均 (47.56 ± 2.01) 岁,男13:女12。两组一般资料统计 $P > 0.05$ 。本研究经伦理批准。纳入条件:(1)在住院之前没有消化道功能异常;(2)满足重症监护病房的条件;(3)病人及家人在知情同意书上签字。排除条件:(1)接受胃的大部分切除、肠管的手术的患者;(2)无法配合本次研究的患者。

对照组给予常规护理,在机械通气病人的治疗中,肠内营养是其主要的辅助手段。营养液的输入应严格遵守下列基本准则:①特殊的输注设备:采用特殊的肠内营养泵和注射器,采用特殊的注射器,每日更换注射器,使用后冲洗,用热水浸泡。可以在两到三天内换一次。②营养液浓度:将营养液注入病人体内时,要保证渗透压合适。如果浓度过高或者过低,就会导致腹泻。③注入营养液的速度:注入营养液的速度不要太快,最好20ml/h,每4个小时抽取一次胃液。若胃潴留量小于200ml,则滴入速率不变。若胃潴留量超过200ml,应立即停止输注,并做好记录。④营养液的注入温度:采用加温器进行营养液的输注,确保液体的温度在38~40℃。另外,在使用过程中不能对营养液造成污染,而且不能有太大的温度波动,否则会对胃粘膜造成损伤,从而减少腹泻的发生。⑤护士会根据医嘱及病人的实际需要,给病人注射短肽和营养平衡粉,并通过鼻胃管、鼻腔、肠道等途径进行营养补充。确保每位病人每天的摄入量都在自己的目标范围内。在实施肠内营养干预后,将病人的床头倾斜抬高1小时,以防止因姿势不当造成营养液反流。⑥血糖监控。在重症监护室使用呼吸机的危重病人,由于体内的代谢水平很高,如果滴注速度过快,或者分泌的胰岛素过少,都会导致高血糖;在加强治疗期间,过量的胰岛素可能会导致低血糖。在治疗中,要注意以下几点:a密切监视病人的血糖变化,最好是每46小时一次,如发现血糖比较稳定,可以每天一次;b血糖的控制方式是给予患者胰岛素,严格控制剂量,每隔1~2小时监测血糖;c肠内营养液体的输入速度不能太快,必须通过专门的输液泵均匀地输入;d在采取相应的治疗措施后,血糖的变化应该在正常范围内。⑦预防管道堵塞。应用鼻胃管给病人输注时,由于操作不当,导致堵塞,原因有高浓度、高蛋白的营养液,输注时间太长;在调配好的营养液后,由于置

于其上会造成物料的不均匀,因此在使用之前忽视了摇匀过程;口服类药物未充分研磨,且颗粒大。为了防止上述情况,必须采取以下措施:a若喂入高浓度的营养液或含有丰富的蛋白质,宜选择直径大的胃管,或者增加冲管频次,以保证输注顺畅;b在调配好营养液和使用之前,务必要将这些成分充分搅拌均匀,服用时要仔细研磨,尽量磨碎;c输注结束后,必须用温水清洗胃管。

实验组在对照组基础上实施基于肠内营养耐受评估的护理干预。(1)肠内营养耐受性评价:采用肠内营养耐受评分法,每6个小时进行一次评估。评估指标为:肠鸣音,恶心呕吐,腹泻分级,腹内压,腹痛分级,腹胀分级。(2)肠内营养:病人初期营养液输注速度维持20ml/h,并根据病人的肠内营养耐受分数调整。①0-6:根据初始的速率,逐步增加营养液输注的速率,每小时增加5ml,每6个小时进行一次评价;②7-12分:将输入速率降到原来的50%,IAP大于12mmHg且伴有轻

度或中度腹胀的患者,应采取条件反射刺激和运动干预;③得分超过12分的患者,停止输注,有腹泻的患者,给予药物治疗;如果出现严重的腹胀和胃潴留,IAP大于21mmHg的患者,可以通过按摩刺激并口服胃肠动力药物。

1.3 观察指标

比较两组护理前后营养状况及生命质量评分、护理满意度。并比较两组患者的胃肠功能恢复时间、胃肠不良反应发生率。

1.4 统计学处理

SPSS23.0软件中,计数 χ^2 统计,计量行t检验, $P < 0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 营养状况及生命质量评分

护理前两组营养状况及生命质量评分比较, $P > 0.05$,护理后两组均显著升高,而其中实验组显著高于对照组, $P < 0.05$ 。如表1。

表1 护理前后营养状况及生命质量评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时期	ALB(g / L)	HGB(g / L)	TP(g/L)	生命质量评分
实验组(25)	治疗前	30.31 ± 4.34	88.21 ± 4.12	60.12 ± 7.72	63.45 ± 3.01
	治疗后	42.45 ± 5.72	121.45 ± 6.52	70.45 ± 8.26	95.21 ± 3.45
对照组(25)	治疗前	30.33 ± 4.12	88.45 ± 4.35	60.35 ± 7.16	63.24 ± 3.62
	治疗后	32.32 ± 4.29	108.56 ± 4.93	63.12 ± 7.12	85.12 ± 3.25

2.2 护理满意度

实验组的护理满意度比对照组高($P < 0.05$)。实验组的

护理满意度是100.00%,而对照组的护理满意度是72.00%。

表2 两组护理满意度比较

组别(n)	满意	比较满意	不满意	满意度
对照组(25)	8	10	7	18(72.00)
实验组(25)	16	9	0	25(100.00)
χ^2				7.912
P				0.007

2.3 两组患者的胃肠功能恢复时间比较

实验组的胃肠功能恢复时间 $2.12 \pm 1.12d$ 比对照组 $3.34 \pm 1.23d$ 早($P < 0.05$)。

2.4 两组的胃肠道不良反应比较

实验组的胃肠道不良反应比对照组少($P < 0.05$)。

表3 两组胃肠道不良反应比较

组别(n)	胃潴留	恶心呕吐	腹胀	发生率
对照组(25)	3	3	3	9(36.00)
实验组(25)	1	1	1	3(12.00)
χ^2				7.956
P				0.006

3 讨论

重症监护室机械通气病人营养状况低下,多采取肠内营养支持,但是,在实际应用中,由于多种因素的影响,导致胃肠道不耐症的发生,对提高疗效有一定的不利作用。根据调

查资料,约30%~50%的住院病人存在营养不良,受躁动、疼痛等因素的影响,重症监护室机械通气患者的内源性营养吸收速率加快,再加上糖皮质激素的作用,对机体的胃肠功能造成了很大的影响^[2]。大部分病人有消化道(下转第187页)

改革和护理质量控制,以提升手术室护理服务水平,改善手术室护理质量^[8]。基于护理质量反馈的精准护理模式近年来在临床广泛应用,持续提升护理服务水平,改善手术室护理质量,保证护理安全。本文研究结果显示,与对照组比较,观察组应激反应指标、护理质量评分、护理不良事件发生率、护理满意度更理想,提示基于护理质量反馈精准护理模式优于常规护理模式。原因分析如下:基于护理质量反馈精准护理模式明确了手术室护理质量指标,明确了手术室护理管理的整体问题和细节问题,将问题反馈到科室,反馈到个人,针对问题进行持续质量改进,可有效提升手术室护理管理水平,多方面着手改善手术室护理服务,形成手术室护理质量良性循环,所以患者满意、医生满意,护理质量持续提升。

综上所述,手术室应用基于护理质量反馈的精准护理模式,效果显著。

参考文献

- [1] 沈慕陶,吴昉,苏钰斌.精准护理模式联合护理风险紧急预案对手术室意外伤害患者安全性的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(6):71-72.
- [2] 李蒙,游月梅.基于CAS和SID的海信精准数字化手术

室系统在手术室护理工作中的应用[J].当代护士(下旬刊),2019,26(9):97-99.

[3] 韩丽婧,王静,王清如.精准护理对白内障手术患者心理健康、应对方式及手术恐惧程度的影响[J].中外医学研究,2021,19(26):87-90.

[4] 高小凤,鹿秀娟,蒋丹,等.精细化手术室护理在非体外循环冠状动脉搭桥术患者中的应用效果[J].护理实践与研究,2022,19(1):129-132.

[5] 钱文静,俞蓉倩,刘佳,等.基于4R危机管理理论的综合性医院手术室突发急性传染病护理应急管理体系的构建[J].中华现代护理杂志,2022,28(4):478-484.

[6] 马丽红.预见性护理联合人性化服务在预防手术室患者不良事件及护理质量中的应用[J].国际护理学杂志,2022,41(3):554-557.

[7] 南宁,张燕.腹腔镜结直肠癌根治术患者加强手术室优质护理干预对术后恢复的影响研究[J].贵州医药,2022,46(2):332-333.

[8] 朱伟华.三维质量结构模式为指导的持续质量改进对提高手术室护理管理质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(7):131-133.

(上接第184页)机能紊乱,如腹泻、腹胀、胃潴留,故应加强对这类病人的护理。评价胃肠内营养的分级、腹内压、腹泻分级、腹痛分级、肠鸣音、恶心呕吐,可对肠内营养耐受进行定量评估,可作为早期肠内营养支持的重要参考,从而提高肠道功能。

重症监护室机械通气病人营养不耐受的原因较多,本研究对肠内营养不耐受的现状进行了分析,归纳出了以下几个主要原因:第一,胃潴留。如果病人有低血压、休克等情况,会导致血液循环减慢,导致肠道缺血和缺氧的可能性增大。此时肠道粘膜的活性减慢,会直接影响肠道的功能,从而产生潴留问题。机械通气气囊的密封性能是造成潴留的重要因素。如果不能达到良好的封闭效果,就会增加胃胀气的发生率,使病人的胃张力降低,使胃排空时间变长,出现严重的胃潴留。第二种是腹泻。如果是浓度、温度、低蛋白血症、乳糖不耐受等因素引起的机械通气病人会出现腹泻。此时应立即对病人进行胃潴留和粪便的颜色和数量进行检测。可以口服金双歧、整肠生等调理肠道菌群的药物。一旦出现严重的腹泻,要进行科学、合理的治疗^[3-4]。第三,腹部压力增加。在进行机械通气的病人进行治疗时,会出现剧烈的咳嗽,因此要采取必要的营养支持。

由于呼吸机病人长期处于高代谢状态,应及早进行治疗,并给予肠内营养支持。由于肠内营养不良的发生率很高,因此,在临床上,必须对病人的营养耐受性进行实时监控,以减轻对肠道的影响。使用肠内营养可以帮助机械通气的病人恢复胃肠功能。但是,在进行肠内营养时,应注意营养液的

浓度和温度的适宜性,同时要采取适当的鼻饲护理,避免出现严重的并发症。同时,由于操作不当,会导致病人出现腹胀、误吸等不良情况,因此,在实施肠内营养支持时,必须进行细致、全面的护理,确保病人的生命安全。总之,在机械通气病人不能忍受的情况下,应根据病人的具体情况,综合考虑其原因,采取相应的护理措施,以改善病人的不耐受状态,从而提高疗效^[5-6]。

综上所述,重症监护室机械通气患者实施基于肠内营养耐受评估的护理干预效果确切,可有效改善患者营养状况和提高其生命质量,提高患者满意度,且有利于改善患者的胃肠道功能,值得推广。

参考文献

- [1] 缪小莉,叶纪录,濮雪华,等.添加果胶膳食纤维的肠内营养对重症患者免疫功能及胃肠道功能的影响[J].中华危重症医学杂志(电子版),2021,14(6):460-465.
- [2] 陈佳萍.重症胰腺炎病人肠内营养耐受性管理的研究进展[J].全科护理,2021,19(36):5085-5089.
- [3] 刘雯.早期管饲肠内营养在高龄老年重症肺炎患者中的应用与护理[J].结直肠肛门外科,2021,27(S2):139.
- [4] 许文娅.低热量肠内营养在急性重症创伤性脑损伤患者中的应用效果分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(24):3973-3974.
- [5] 康莉,王翠玲,田佳,等.上消化道术后患者肠内营养喂养不耐受预防及管理的循证护理实践[J].中华现代护理杂志,2021,27(35):4811-4817.
- [6] 付国东,邓艳萍,吴慧玲,等.重症急性胰腺炎患者肠内营养喂养不耐受的研究现状[J].中华现代护理杂志,2021,27(35):4893-4897.