

研究早期肠内营养护理干预用于ICU重症患者的临床效果

韩龙梅

(南昌大学第二附属医院,江西 南昌 330006)

【摘要】目的:分析ICU重症患者接受早期肠内营养护理干预的临床价值。**方法:**采用等量电脑随机法选取2020年12月至2022年6月医院收治的54例ICU重症患者作为研究对象,并将其平均分为对照组和观察组,各27例。对照组采用常规护理干预,观察组采用早期肠内营养护理干预,比较两组护理满意度、机体营养状况和并发症发生率。**结果:**观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组血糖、SOFA评分低于对照组,血红蛋白、白蛋白高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**给ICU重症患者采用早期肠内营养护理措施进行临床干预,能够获得较为满意的效果,改善患者营养情况,提升身体免疫能力,降低并发症的出现,加强对护理工作的满意程度,提高患者的治疗信心和生存质量,具有较高的临床推广和应用价值。

【关键词】ICU重症;早期肠内营养护理干预;护理效果

中图分类号:R473

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2023)02-0148-03

ICU重症患者通常伴有相对严重的创伤、应激与感染症状,身体长时间处于高代谢、高分解状态。许多患者都有吞咽困难情况,无法自主饮食,所以,其身体免疫能力降低,极易发生严重的脏器损伤以及营养不良。早期肠内营养是当前临床上抢救ICU重症患者的主要方式,其主要是通过肠道输送代谢所需的营养物质和其他营养素^[1]。肠内营养的途径包括两种,既经导管输入与口服,当中经导管输入又包含鼻十二指肠管、鼻胃管、胃空肠造瘘管以及鼻空肠管。其主要是为了保护病人肠黏膜正常的屏障功能和生理结构,保证其肠道运行正常,防止毒素及细菌的易位;防止肝内淤积胆汁,抑制肝功能损伤,从而减轻病人机体负担。一般状况下,ICU患者情况相对危重,身体生理代谢相对紊乱,需消耗很多能量,通常高出基础值约50%,所以大部分ICU患者往往会发生身体抵抗力降低、营养不良等情况^[2]。临床中治疗ICU患者时,早期肠内营养是改善其营养情况,加强身体抵抗能力,促进患者早日恢复的关键措施,近几年早期肠内营养护理干预已被逐渐运用于治疗ICU患者中,并获得了相对满意的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料:采用等量电脑随机法选取2020年

12月至2022年6月我院收治的54例ICU重症患者作为研究对象,并将其平均分为对照组和观察组,各27例。患者疾病类型:颅脑重度损伤7例,慢性阻塞性肺部疾病10例,脑血管意外17例,多发伤11例,恶性肿瘤9例。观察组男13例,女14例;年龄33-35岁,平均(34.72±0.56)岁;病程10-12h,平均(11.73±0.16)h。对照组男14例,女13例;年龄34-36岁,平均(35.61±0.42)岁;病程11-13h,平均(12.45±0.21)h。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。两组患者入院后都知情实验内容并自愿签署实验同意书,排除昏迷、精神异常、不能自行完成调查、中途退出者。本次实验已经过医院伦理委员会的批准认证。

1.2 方法:所有患者入院后都接受常规护理干预,具体包括:谨遵医嘱进行临床治疗,对患者的病情进行严密监测,并做好对其日常生活、心理情绪以及呼吸道等方面的护理干预。观察组在常规护理的基础上采用早期肠内营养护理干预,主要内容如下。(1)健康宣教:给患者与其家属详细介绍早期肠内营养护理干预的必要性和重要性,组织患者之间进行沟通交流,通过亲身体会的方式,获得患者和家属的理解、配合及支持。(2)营养护理:当患者办理好住院

手续后,通过营养风险筛查 2002、主观全面评估法、微型营养评定精法对其营养状况进行综合评估。针对评估结果建立个性化的护理方案,对其护理疗效实行动态化评估,并及时作出科学合理的改进。患者住院后 24h 内提供肠内营养支持,应第一时间排除吸收障碍严重、肠道缺血、肠梗阻、消化道出血等情况,泵注 30 - 50 ml/L 营养液并持续 24h,应激期 20 - 25 kcal/(kg · d)、稳定期 25 - 30 kcal/(kg · d)、康复期 30 - 35 kcal/(kg · d),若患者胃肠功能不全可选用短肽型肠内营养制剂,待其恢复胃肠功能之后再选用含多种膳食纤维的整蛋白型肠内营养制剂,针对患者的免疫情况合理提供加强免疫机制营养制剂;鼻饲管道护理,针对患者的实际状况选取适当的鼻肠管和鼻胃管,合理稳固在鼻尖位置,确保胃管畅通,间隔 4h 后用温开水对鼻胃肠管冲洗,将胃液抽吸出来,查看胃液的性质、颜色,同时做好记录,应确保现用现配营养液,营养液配好后在室内也不能大于 4h,放置于冰箱内不能大于 24h;给患者输注营养液的过程中,每天定期更换输液器,调节营养液温度到 38 - 40℃;针对患者具体吸收情况科学配置饮食,鼻饲之前查看并保证胃管处于胃中,将口鼻腔分泌物彻底清理干净,增强对口腔的护理,鼻饲之后用温开水充分清洗鼻饲管。挪动或帮助患者翻身的时候应在注意预防胃管弯折或脱落。鼻饲过程中行半坐位,将床头调高到 30° - 45°,完成鼻饲后体位维持 30 - 60min,这一过程中不能进行拍背、翻身以及吸痰等活动。若患者出现严重的便秘和腹泻情况,应遵循医嘱提供有关治疗药物。(3)心理干预:因为 ICU 重症患者很难独立完成日常活动,极易发生各种程度的负面情绪,从而对其治疗及护理效果产生严重影响。对此,护理人员应增强和患者的沟通交流,认真倾听其内心真实感受和想法,对其进行积极的心理干预,帮助其更加有效的释放心理压力。另外,给患者和家属耐心介绍与早期肠内营养相关的知识,提升其自我调节能力,同时给其介绍本院的成功治疗案例,帮助患者建立其治疗疾病的信心,提升其依从性与配合度。(4)口腔护理:进行鼻饲的过程中,会指导患者用口呼吸,从而生成空腔,导致其舌苔干燥,并且由于空腔腺体没有食物刺激,也会减少唾液分泌,所以应给患者每天进行两到三次的口腔护理。查看口腔黏膜有没有出现伤口,若发现应第一时间进行处理,防止发生感染。(5)系统性评估:由院内临床经验丰富的医护人员对患者具

体状况进行评估,并在此基础上选取恰当的鼻胃管,同时严格根据有关规范及标准开展护理干预,具体操作期间应注意插管动作的轻柔、缓慢,绝对不能强硬插管。

1.3 观察指标:(1)通过本院自制的护理调查问卷,在两组患者出院当天由责任护士对其进行发放,并评估其护理满意度。包括非常满意、基本满意和不满 3 个评价指标,总分为 88 分,分数越高表示患者越满意。总满意度 = (非常满意例数 + 基本满意例数) / 组例数 × 100%^[3-4]。(2)比较两组患者接受护理服务后的血糖、血红蛋白、白蛋白和序贯器官衰竭(SOFA)评分。当中正常血糖水平为 3.9 - 6.1 mmol/L;SOFA 评分总分值是 56 分,分数越高表示患者预后情况越差。(3)采用本院自制的护理效果表比较两组患者护理后的并发症发生状况。其中主要有消化道溃疡、腹泻、消化道出血、电解质紊乱 4 种并发症。并发症发生率 = (消化道溃疡例数 + 腹泻例数 + 消化道出血例数 + 电解质紊乱例数) / 组例数 × 100%。

1.4 统计学处理:采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理满意度比较:观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05),见表 1。

表 1 两组护理满意度比较(例,%)

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组	27	11	15	1	96.30
对照组	27	5	16	6	77.78
χ^2					4.103
<i>P</i>					0.043

2.2 两组机体营养状况比较:观察组血糖、SOFA 评分低于对照组,血红蛋白、白蛋白高于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05),见表 2。

表 2 两组机体营养状况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血糖 (mmol/L)	Alb (g/L)	Hb (g/L)	SOFA 评分 (分)
观察组	27	7.44 ± 2.45	36.87 ± 3.77	127.65 ± 9.55	5.26 ± 2.71
对照组	27	10.55 ± 2.58	30.48 ± 3.51	114.95 ± 9.63	6.68 ± 2.56
χ^2		4.542	6.446	4.866	1.979
<i>t</i>		<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

2.3 两组并发症发生情况比较:观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05),见表 3。

表3 两组并发症发生率比较(例)

组别	例数	消化道 溃疡	腹泻	消化道 出血	电解质 紊乱	发生率
观察组	27	0	0	1	0	3.70%
对照组	27	0	3	3	1	25.93%
χ^2						0.022
<i>P</i>						5.283

3 讨论

一般状况下,ICU 患者的病情相对危重,机体情况不理想,难以和常人一样通过口腔进食^[5]。另外,因为疾病因素的作用,ICU 患者长期处于强度较高的应激状态中,在这样的状况下,会在很大程度上增加患者身体中糖皮质激素和儿茶酚胺的分泌量,从而导致其体内蛋白质的分解速度与分解量增加,对蛋白质合成产生抑制,促使身体能量消耗增多,这种情况下极易致使患者发生营养不良的情况,长时间下去势必会使其机体免疫力和抵抗力降低,以此对患者疾病的早日康复产生严重影响。过去临床中治疗ICU 患者主要使用禁食、纠正水电解紊乱、胃肠减压、肠外营养支持等方式^[6-8]。且常规护理措施多侧重监测患者病情,虽然严格根据疾病发展给患者提供医疗支持,但未重视早期肠内营养护理干预,致使一些患者由于疾病或治疗导致过度消耗体能,从而对其抗病能力和康复效果产生影响^[9]。肠外营养支持虽然能够在一定程度上抑制消化液分泌,缓解胰腺负担,并有效改善患者病情,但长时间采取肠外营养支持极易对肠道内菌群平衡造成影响,扰乱肠道环境,进而导致多器官功能衰竭。

早期肠内营养更加贴近人体的正常生理结构,不但能够更好地满足人体营养需求,另外还能够减轻患者的炎症反应,防止严重损伤胃肠黏膜,保持肠道中菌群的正常、稳定,控制肠道并发症的出现^[10]。将早期肠内营养支持应用于ICU 患者临床护理中,有助于促进肠道内激素和免疫球蛋白的释放,加速肠黏膜细胞的合成,确保胃肠道生理结构的正常和胃肠黏膜屏障功能的良好,防止黏膜萎缩,预防肠道中菌群失衡,尽量控制肠道中毒素出现移位情况,有助于患者早日恢复胃肠道功能,加强其机体免疫力和抵抗力,促进患者原发疾病早日康复^[11]。

本研究结果显示,观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组血糖、SOFA 评分低于对照组,血红蛋白、白蛋白高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。本实验

结果与相关临床实验结果基本一致^[12]。实验证实,给ICU 患者采用早期肠内营养护理干预临床效果确切,能够切实有效的改善其机体营养情况,降低各种并发症的出现,提高患者护理满意程度和整体生存质量,促进患者尽早康复。

综上所述,将早期肠内营养护理干预应用于ICU 患者的临床治疗中,能够获得较为满意的护理效果,对患者生活质量的提高、疾病康复等都具有至关重要的促进作用,其临床推广应用价值较高。

【参考文献】

- [1] 叶向红, 宫雪梅, 薛阳阳. 早期肠内营养护理方案对重症病人热卡达标率及喂养不耐受的前后对照研究[J]. 肠外与肠内营养, 2021, 28(4): 230-235.
- [2] 王贤君, 李纯香, 郑少端. 早期肠内营养护理对重症胰腺炎患者预后的影响分析[J]. 临床医学工程, 2021, 28(10): 1423-1424.
- [3] 陈丽丽. 基于喂养流程的早期肠内营养护理在 AECO-PD 合并呼吸衰竭患者中的运用及对炎症指标、心肺功能的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19(28): 28-30.
- [4] 李若虹. 早期肠内营养护理干预对ICU 重症患者营养状况及并发症的影响[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(9): 107-108, 112.
- [5] 刘天博. 重症患者实施早期肠内营养护理干预的价值分析[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36(4): 132-133.
- [6] 龙勇. 低温早期肠内营养护理对ICU 重症颅脑损伤患者应激性溃疡护理效果研究[J]. 四川生理科学杂志, 2020, 42(3): 318-321, 317.
- [7] 廖光辉. 早期肠内营养护理在糖尿病重症脑梗死患者中的应用价值分析[J]. 中国社区医师, 2020, 36(25): 160-161.
- [8] 陈亚观, 陈丽春. 重症胰腺炎早期肠内营养护理中主动注气盲插鼻肠管的应用[J]. 中外医疗, 2020, 39(21): 146-148.
- [9] 王静, 史秀凤, 孙秀娥, 等. 重型颅脑损伤患者早期肠内营养护理的应用与效果[J]. 中国临床研究, 2020, 33(7): 1003-1005.
- [10] 王玉霞. 对重症急性胰腺炎合并感染患者进行早期肠内营养护理的效果探究[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(12): 274-276.
- [11] 李燕金. ICU 重症急性胰腺炎早期经鼻空肠管行肠内营养支持的方法和护理措施[J]. 中外医学研究, 2020, 18(12): 161-163.
- [12] 李燕燕. 重症胰腺炎患者早期经口进食肠内营养护理的效果研究[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(3): 65-67.

(收稿日期: 2022-07-22)