

ICU 禁食危重患者早期实施肠道内营养支持护理对患者康复和预后影响

沈婷芳

浙江大学医学院附属第二医院 310000

〔摘要〕目的 分析早期实施肠道内营养支持护理对 ICU 禁食危重患者康复和预后效果的影响。方法 选择我院 2016 年 1 月-2018 年 12 月收治 60 例 ICU 禁食危重患者,以护理措施不同为依据分组,对两组患者康复和预后评估情况进行对比。结果 观察组护理后白蛋白水平(35.09±1.26)g/L,APACHE II 评分(4.95±1.62)分,ICU 住院时间(4.30±1.15)d,康复情况各项指标均显著优于对照组(P<0.05);观察组并发症发生率 10.00%(3/30),死亡率 3.33%(1/30),均显著低于对照组(P<0.05)。结论 ICU 禁食危重患者通过早期实施肠道内营养支持护理可有效满足患者康复期间的营养摄取需求,维持胃肠道的正常功能,减少胃肠道并发症,促进康复。

〔关键词〕早期;肠道内营养支持护理;ICU;禁食;康复;预后

〔中图分类号〕R473 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165(2019)02-154-02

许多 ICU 患者由于病情及治疗方案影响,需要保持绝对禁食,而在临床调查中发现,约有 60% 以上的 ICU 患者存在有不同程度的急性胃肠功能障碍,其主要原因为禁食导致胃肠道功能紊乱^[1]。ICU 禁食危重患者引发的胃肠道并发症直接影响营养患者的治疗康复效果,使得患者出现免疫功能障碍等,预后不佳。早期肠道内营养支持是通过输注方式给予患者配置好的低脂型制剂,纠正患者电解质、酸碱平衡,满足治疗期间的蛋白质、脂肪、热量的需求,保护患者胃肠粘膜及正常功能,有助于患者的治疗康复。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择我院 2016 年 1 月-2018 年 12 月收治 60 例 ICU 禁食危重患者,年龄 30-79 岁,平均年龄(57.53±4.95)岁,有男性 35 例,女性 25 例。60 例患者以护理措施不同为依据分组,仅常规护理为对照组,早期实施肠道内营养支持为观察组,各组有 30 例患者,两组一般资料无统计学差异,P>0.05。

1.2 方法

对照组仅开展常规护理,根据 ICU 的护理要求开展护理工作,进行常规的生命体征护理、病情监测、健康教育、心理干预等。

观察组实施早期肠道内营养支持护理,在患者入院后的 24-48h 即可开展早期的肠道营养支持干预,对患者病情和基本情况综合性评估后选择适宜的肠内营养支持方式,可选择营养泵或鼻饲,利用 Harris-Benedict 公式进行患者每日所需营养量的计算,每日营养持续的输注时间要保持在 18-20h^[2]。根据公式计算中,护理人员需持续关注患者电解质水平的变化情况,可适当给予注射复方氨基酸注射液补充流失的电解质,在能量换算上根据 679KJ:1g 热氮比计算。在患者早期肠内营养支持的前 3d,选择使用短肽型制剂,每 100g 剂量的主要成分:1600KJ 热量,76.0g 糖、18g 脂肪和 15.2g 蛋白质。在肠道营养支持后的 3-5d 将营养制剂调整为低脂型制剂,每 100g 剂量的主要成分:1350KJ 热量,76.0g 糖、17g 脂肪和 14g 蛋白质^[3]。在营养制剂输注中值得注意的是,护理人

员应当先将营养液进行稀释处理,在输注时要遵循由稀至稠、由少至多的原则,输注前适当抬高患肢头部,将床头上摇至倾斜水平面 30°,预充入 20ml 左右的 37℃ 的温开水,以防止输注后患者出现误吸或反流现象,严格遵守操作规范执行^[4]。在输注结束后要求患者保持 30min 的半卧位,护理人员需严密观察患者有无出现腹泻、呕吐等不良反应,要及时告知医生并采取相应措施处理。

1.3 统计学处理

采用统计软件 SPSS17.0 进行统计分析,计数资料(n,%) χ^2 检验,计量资料(均数±标准差)t 检验,P<0.05 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理后康复情况的比较

统计分析两组患者护理后康复情况的差异,结果显示,观察组护理后白蛋白水平(35.09±1.26)g/L,APACHE II 评分(4.95±1.62)分,ICU 住院时间(4.30±1.15)d,康复情况各项指标均显著优于对照组(P<0.05),具有统计学意义,详见表 1。

表 1: 两组患者护理后康复情况各指标的比较

组别	白蛋白水平 (g/L)	APACHE II 评分 (分)	ICU 住院时间 (d)
对照组	30.17±2.60	11.05±4.21	7.54±1.28
观察组	35.09±1.26	4.95±1.62	4.30±1.15
P	0.0376	0.0225	0.0318

2.2 两组护理预后情况的比较

调查统计 60 例患者的预后情况差异,结果显示,对照组并发症发生率 40.00%(12/30),死亡率 16.67%(5/30),观察组并发症发生率 10.00%(3/30),死亡率 3.33%(1/30)。观察组患者并发症发生率和死亡率均显著低于对照组(P<0.05),具有统计学意义。

3 讨论

综上所述,ICU 禁食危重患者在恢复期需要消耗大量的
(下转第 156 页)

表 2: 两组患者并发症发生情况比较

组别	例数	腹腔感染	切口感染	肾功能不全	发生率 (%)
对照组	40	2 (5.00)	4 (10.00)	2 (5.00)	8 (20.00)
观察组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	2 (5.00)
χ^2 值					4.114
P 值					0.043

性和有效性进行怀疑,并且伴有焦虑、恐惧等不良心理^[2]。因此护理人员在手术前应向患者及其家属仔细讲解该手术的目的、过程、时间等情况,减轻患者不良心理。(2)术前准备:该两种手术术前应进行相关检查,例如心肺功能测定和B超等。因腹腔镜手术的第一切口靠近脐缘,故而针对行腹腔镜手术的患者,应注意患者脐部清洁,避免腹腔感染^[3];同时腹腔镜手术时间较短,术中可不予以尿管,而开腹手术注意置留尿管。(3)切口护理:由于开腹手术具有切口大、创伤长等特点,患者术后切口异常疼痛,而腹腔镜手术切口小,创伤可使用创可贴覆盖,在很大程度上减轻患者疼痛。(4)术后恢复:开腹手术切口较大导致愈合速度缓慢,术后极易出现切口感染现象,需隔日换药,7—9天后方可拆线,住院时间偏长,而腹腔镜手术仅有3—4个小切口,无需换药处理,一旦患者病情趋于稳定,方可出院,住院时间较短^[4]。(5)患者舒适度:因腹腔镜手术切口小,具有极低的感染率,可在很大程度上加快患者离床速度,缩短住院时间,为患者术后改善带来积极影响,提高患者舒适度和满意度。

在本次实验中,与行传统开腹手术的对照组相比,行腹腔镜手术的观察组并发症发生率更低,手术时间、术中出血量、住院时间以及离床时间更少,足以说明腹腔镜手术治疗效果明显优于开腹手术,能够促进患者早日康复。

综上所述,与传统开腹手术相比,腹腔镜治疗胆囊结石患者具有痛苦小、恢复快、住院时间短等特点,有助于加快患者康复速度,可作为临床理想治疗方案予以推广应用。

[参考文献]

[1] 游勤建,袁发秀,宋平.腹腔镜联合胆道镜与传统开腹手术治疗胆囊结石合并胆总管结石的疗效对比[J].河北医学,2016,22(5):721-724.
 [2] 何君,罗艳丽.电子腹腔镜下手术治疗胆囊结石的系统护理[J].实用临床医药杂志,2016,20(2):96-98.
 [3] 张梅.胆囊结石腹腔镜术后疼痛护理中循证护理的应用效果观察[J].中国医药指南,2015,13(29):226-227.
 [4] 王珍.腹腔镜手术治疗胆结石患者的术后护理体会[J].河南医学研究,2014,23(10):125-126.

(上接第 153 页)

问询,在与患者进行沟通后,了解护理的相应问题,综合进行评分,其中观察组分数达到满意的患者共占比70%,排除不满意的几率,总体满意率为97%。对照组的总体满意率为87%,与观察组对比相对较低,两组对比分析具有显著性差异(P<0.05)。

表 2: 两组患者护理期间的满意率对比 [n(%)]

组别	n	满意	一般	不满意	总满意率
观察组	30	21 (70%)	8 (27%)	1 (3%)	29 (97%)
对照组	30	17 (57%)	9 (30%)	4 (13%)	26 (87%)
χ^2	-		10.385		
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

肝硬化的护理有助于患者改善心理状态,通过患者生活质量的提高,在饮食、心理健康、自然运动、卫生环境等多个层面下,全面的展开护理干预,促使患者在全程优质护理下,

了解疾病的科学知识,护理人员也对患者的情况有明确的了解,减少了并发症的产生几率,同时获得了患者的信任,提升了护理形象,护理中综合的了解患者的心理特点、饮食习惯、活动量,结合患者的文化、职业等特点,为患者制定护理计划,让患者增加生活情趣,暂时的转移痛苦,在较为舒适的护理环境下,逐步的通过护理干预提高患者的心情愉悦度,在患者的配合下减少并发症的产生几率,在肝硬化的护理工作中耐心倾听患者的心声,换位思考,理解并安慰患者,做好解释工作,帮助其树立战胜疾病的信心。

[参考文献]

[1] 赵玉荣,包琳.全程优质护理在肝硬化护理中的实施效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2015(44):199-199.
 [2] 孙勤,杨秀梅.全程优质护理在原发性胆汁性肝硬化中全面的展开护理干预应用分析[J].实用临床护理学电子杂志,2017(35).
 [3] 闵晓翠.肝硬化护理中实施全程优质干预对患者进行健康宣传的价值分析及研究[J].影像研究与医学应用,2017(7).

(上接第 154 页)

营养物质和能量,通过早期实施肠道内营养支持护理可有效满足患者康复期的营养摄取需求,提高患者体内的营养水平,维持消化系统正常吸收、分泌功能,对于维持消化道的正常生理结构、减少胃肠道并发症具有重要作用。早期实施肠道内营养支持护理可有效提高体内白蛋白水平,缓解机体炎症反应,有效增强抵御和免疫能力,患者经干预后康复快,ICU住院时间段,应用价值高,值得推广。

[参考文献]

[1] 刘媛媛,耿凤新,李瑞俭.早期实施肠道内营养支持干预对ICU禁食危重患者营养状态和预后影响[J].蛇志,

2018,30(04):710-711+754.

[2] 王伟,张萍,王倩.ICU禁食危重患者早期实施肠道内营养支持护理对患者康复和预后影响[J].结直肠肛门外科,2018,24(S2):31-32.

[3] 孙莉,范红景.ICU禁食危重患者早期实施肠道内营养支持护理对患者康复和预后影响[J].结直肠肛门外科,2017,23(S1):11+13.

[4] 张蕾.ICU禁食危重患者早期实施肠道内营养支持护理对患者康复和预后影响[J].实用临床护理学,2017,2(22):54+62.