

重症急性胰腺炎早期肠内营养支持护理效果分析

胡先静

自贡市中医医院消化科 643010

【摘要】目的 分析早期肠内营养支持护理对重症急性胰腺炎患者的影响。**方法** 选择我院接诊的重症急性胰腺炎患者作为观察对象, 对照组及观察组在随机抽签法分组后, 分别通过常规护理及早期肠内营养支持护理干预, 评价患者并发症率及满意度、康复时间。**结果** 观察组患者肠功能恢复时间及血淀粉酶恢复时间比对照组短, $p<0.05$ 。观察组并发症发生率比对照组低, $p<0.05$, 观察组满意度比对照组高, $p<0.05$ 。**结论** 重症急性胰腺炎患者通过早期肠内营养支持护理, 有效改善患者对护理工作

【关键词】 重症急性胰腺炎; 早期肠内营养支持护理; 满意度; 并发症

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2022) 12-140-02

重症急性胰腺炎(SAP)作为一种病情危及、进展速度快的急腹症, 该疾病自发生后, 短期内达到峰值, 病死率较高^[1]。SAP 发生的原因一般是胰腺炎因子过多, 且呈现高代谢及高分解状态, 部分患者发生严重的代谢功能紊乱, 也可能诱发低蛋白血症, 出现相关的营养不良及免疫力降低问题。对此, 患者在救治后, 采取早期肠内营养干预护理措施, 纠正患者机体营养情况, 使患者恢复体力, 不断提升患者的免疫力, 促进患者康复速度。患者在疾病治疗期间, 为患者加强肠内营养护理的同时, 也要为患者采取健康教育及心理干预, 调整患者的心理状态及患者对抗疾病的依从性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究开展时间在 2021 年 1 月, 终止时间在 2022 年 10 月, 此过程中纳入急性重症胰腺炎(SAP)患者共计 60 例, 患者均同意参与研究, 以随机抽签法分为对照组、观察组。对照组: 男 17 例、女 13 例, 年龄 23-59 (39.32±5.43) 岁, 病程 1-10 (5.32±2.21) d。观察组: 男 18 例、女 12 例, 年龄 22-60 (39.87±5.87) 岁, 病程 1-12 (5.76±2.56) d。两组患者基本资料对比, $p>0.05$ 。

纳入标准: 患者满足 SAP 疾病诊断标准, 入院后常规采取液体复苏及胰酶活性治疗, 经抢救后患者的血流动力学稳定, 患者认知功能正常。

排除标准: 将合并其他重症疾病及免疫力低下、机械性肠梗阻等患者排除。

1.2 方法

患者进入医院后, 医务人员为患者提供多种检查, 并及时补液及胃肠减压, 对照组入院后, 先通过全胃肠外营养治疗 2d, 等待胃肠功能恢复后, 采取肠内营养支持, 在治疗期间, 护理人员遵循常规护理流程为患者提供护理干预措施, 主要是监测患者病情变化, 评估患者病变情况给出相关的干预意见, 并记录患者病情。

观察组: 患者入院 24h 内采取早期肠内营养干预, 根据患者耐受性对热量进行调整。在护理过程中, 分为以下内容。**①基础性护理:** 等待患者鼻肠管稳定后, 以避免出现滑脱及扭曲, 在灌注营养过程中, 遵循循序渐进的原则, 自少到多, 浓度自低到高, 输入速度也自慢到快, 根据营养注入浓度及速度的调整, 将患者耐受性放在重要位置。营养液温度控制在 40℃ 左右, 每次完成输注后, 通过 20ml 生理盐水冲管。在输入营养液过程中, 适当抬高床头, 以半卧位或者卧位为主, 使患者头部偏向一侧, 降低反流率^[2]。护理人员观察患者的

机体状态, 包括是否出现恶心呕吐等, 并配合营养师工作, 遵医嘱监测患者血常规及电解质等体征指标。**②心理护理及健康教育:** 患者发生 SAP 后, 心理遭受巨大的打击, 部分患者对疾病认知不足, 发生焦虑及抑郁症状, 治疗疾病的态度比较消极, 患者不愿配合疾病治疗, 对治疗预后产生不良影响。护理人员在患者具有交流能力时, 与患者沟通, 分析患者的心理状态, 掌握患者不良情绪发生情况, 耐心解答患者疑虑的问题。以耐心讲解的方式, 减轻患者的心理负担, 帮助患者全面认识疾病, 提升患者治疗疾病的配合性。

1.3 观察指标

①评价患者康复时间, 包括肠功能恢复时间及血淀粉酶恢复时间。**②并发症:** 腹泻、胃潴留、恶心呕吐。**③满意度:** 自拟满意度量表, 涵盖非常满意、满意及不满意三项。

1.4 统计学处理

数据整理后, 使用 spss22.0 对数据进行处理, 计量资料、计数资料分别以 $\bar{x}\pm s$ 、% 表示, t 值及 χ^2 检验, $p<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 组间康复时间对比

观察组患者肠功能恢复时间及血淀粉酶恢复时间比对照组短, $p<0.05$, 见表 1。

表 1: 组间康复时间对比 ($\bar{x}\pm s$, d)

分组	n	肠功能恢复时间	血淀粉酶恢复时间
观察组	30	3.32±0.32	4.98±1.76
对照组	30	5.54±1.54	6.76±2.76
t		5.777	9.656
p		0.001	0.001

2.2 组间并发症发生率

观察组并发症发生率比对照组低, $p<0.05$, 见表 2。

表 2: 组间并发症发生率 (n, %)

分组	n	腹泻	胃潴留	恶心呕吐	发生率
观察组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)	2 (6.67)
对照组	30	3 (10.00)	2 (6.67)	3 (10.00)	8 (26.67)
χ^2					5.545
P					0.031

2.3 组间护理满意度对比

观察组满意度比对照组高, $p<0.05$, 见表 3。

3 讨论

SAP 病情进展速度快, 患者死亡率高, 易导致患者发生严

(下转第 142 页)

尿操作,加强患者自主排尿功能锻炼,科学制定饮水计划,并降低泌尿系统感染发生率。②尿道创伤:尿道创伤会损伤患者尿道黏膜,严重情况会诱发继发性感染与尿道狭窄。研究指出^[15],30%脊髓损伤神经源性膀胱患者尿道创伤后长期可伴有尿道出血,尤其为女性患者,与男女泌尿道解剖结构差异有关联,女性发病率高于男性。同时,导管润滑不足、导管插入力度过大均损伤患者尿道,深究其中缘由与导管材质和操作者熟练程度有关联性。对患者进行清洁间歇性导尿前,需要评估尿道创伤风险,对高风险人群,优先选择亲水涂层材质导管,插管前做好润滑准备,注意插管速度与力度,遇到阻力时,避免暴力插入损伤尿道黏膜。③疼痛:脊髓神经源性膀胱实施清洁间歇性导尿过程中,无论为插管时操作不当或拔管过程中抽吸效应,均导致膀胱壁侵入导管孔,患者机体疼痛感随之增加,尤其为尿道狭窄患者不适感更为明显。因此,医护人员操作过程中应当注意插管、拔管过程中力道,并缓慢操作,保证操作稳定,减轻患者不适感。④尿路结石:对长期进行清洁间歇性导尿操作患者尿路结石发病率高达10%,甚至会提高患者血尿发生频率。对其原因分析为患者尿素分解出有机物与残尿相互影响,引起患者膀胱感染,成为尿路结石发生主要致病因素。为此,患者展开清洁间歇性导尿过程中,充分饮水,完善泌尿系统抗感染功能,定期展开超声复查以及体征检查,及时发现尿路结石并对症展开处理,避免患者病情加剧。

4 小结

脊髓神经源性膀胱患者晚期死亡首位原因为肾衰竭,而当前如何控制膀胱功能障碍,保持膀胱正常容量并维持平衡膀胱成为提高脊髓神经源性膀胱患者生活质量和生命质量重要依据。恢复与重建患者膀胱功能为一项漫长且伴随着膀胱功能障碍动态变化过程,随着互联网技术兴起,搭建医院-社区-家庭一体化平台,将医疗护理服务从院内延伸到院外,予以无缝隙护理提高患者生活质量,减少再入院率,降低社会医疗成本,帮助患者回归家庭与社会,成为后续努力方向。

参考文献

- [1] 沈晓玲,余小平.基于清洁间歇导尿术的自我护理对脊髓损伤后神经源性膀胱患者的干预作用[J].湖北科技学院学报(医学版),2020,34(5):439-441.
- [2] 王美玲.基于清洁间歇导尿术的自我护理在脊髓损伤后神经源性膀胱患者中的应用效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(19):87,143.
- [3] 徐丽茹,徐秀,邢丽娟,等.基于清洁间歇导尿术的

自我护理在脊髓损伤后神经源性膀胱患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(16):27-29.

[4] 梁洛绮,李旭东.EurUrol:肉毒素A联合间歇性清洁导尿在神经源性膀胱尿失禁患者中的应用(有效性及安全性研究:两项Ⅲ期随机对照试验汇总结果)[J].现代泌尿外科杂志,2022,27(7):607-608.

[5] 龚燕,胡慧.脊髓损伤神经源性膀胱患者置入部分免接触导尿法应用效果观察[J].临床医药实践,2021,30(7):545-547.

[6] 张卫卫,杨阳,邹丽丽,等.运动想象疗法联合间歇导尿在脊髓损伤后神经源性膀胱中的应用[J].医药论坛杂志,2021,42(8):35-38.

[7] Zlatev DV,Shem K,Elliott CS.How many spinal cord injury patients can catheterize their own bladder? The epidemiology of upper extremity function as it affects bladder management[J].Spinal Cord,2016,54(4):287-291.

[8] 张姣丽,项洁,江水华,等.间歇清洁导尿联合神经肌肉电刺激治疗神经源性膀胱的疗效观察[J].中国现代医生,2019,57(17):19-23.

[9] 陶冶,汪澄,庞海云,等.系列教育对神经源性膀胱患者实施清洁间歇导尿术的效果观察[J].国际护理学杂志,2018,37(22):3106-3109.

[10] 逢静,尹洪娜,夏昆鹏,等.俞募配穴穴位埋线疗法对脊髓损伤后神经源性膀胱患者膀胱功能恢复的影响——附31例临床资料[J].江苏中医药,2021,53(11):31-34.

[11] 王小雪,张健,丛双,等.针刺联合生物反馈治疗脊髓损伤后神经源性膀胱的疗效观察[J].现代生物医学进展,2018,18(22):4303-4307.

[12] 周理林,潘楚灶,龚国毅,等.定时开放耻骨上膀胱造瘘与清洁间歇导尿治疗男性高位脊髓损伤伴神经源性下尿路功能障碍的疗效比较[J].吉林医学,2019,40(3):535-537.

[13] 许妮娜,杨中善,乐革芬,等.脊髓损伤导致神经源性膀胱病人的护理体会[J].中国临床神经外科杂志,2021,26(5):372-373.

[14] Cornejo-Dávila V,Durán-Ortiz S,Pacheco-Gahbler C.Incidence of urethral stricture in patients with spinal cord injury treated with clean intermittent self-catheterization[J].Urol,2016,99(16):260-264.

[15] 周丽琼,王瑞香,范春花,等.神经源性膀胱患者自我间歇清洁导尿依从性影响因素的质性研究[J].中国医药导报,2020,17(30):72-75.

(上接第140页)

重病症,甚至影响患者心理状态,降低患者治疗积极性^[3]。早期营养支持的目的是,改善患者胃肠道功能,恢复患者人体免疫力,在早期肠内营养支持期间,护理人员需要认知患者心率状态,提升患者对抗疾病的信心,使患者积极主动配合值。比如,在输入营养液时,护理人员应当严格控制输入速度及剂量,严格遵循营养输入流程,调整营养状态,等待患者功能有一定改善后,为患者采取心理护理及健康教育,向患者说明病情好转情况,提升患者继续治疗的信心,自本研究结果上看,观察组患者采取早期肠内营养支持护理效果显著,患者对护理工作满意度且并发症发生率低,患者的康复速度加快,该护理模式具有临床价值。

参考文献

- [1] 董文亚.规范化肠内营养护理在ICU重症急性胰腺炎患者中的应用效果[J].中国民康医学,2022,34(09):173-175.
- [2] 段昱杰.急性重症胰腺炎中西医结合治疗与护理[J].国医论坛,2022,37(03):49-50.
- [3] 何林霞.舒适护理联合心理干预在重症急性胰腺炎中的应用[J].心理月刊,2022,17(08):124-126.

表3:组间护理满意度对比(n,%)

分组	n	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	30	13(43.33)	16(53.33)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	10(33.33)	12(40.00)	8(26.67)	22(73.33)
χ^2					6.323
P					0.021