

徒手盲插鼻空肠管在颅脑外伤患者中的应用效果观察

何丽华 陈春芳

龙岩市第一医院 福建龙岩 364000

【摘要】目的 探讨颅脑外伤术后患者留置鼻肠管进行肠内营养支持的应用效果。**方法** 选取2018年6月~12月期间本院神经外科收治的颅脑外伤术后的患者,共68例。按照随机抽取数字法进行分组,对照组采用鼻胃管肠内营养支持方案,共34例,观察组采用留置鼻肠管进行肠内营养支持方案,共34例,对两组患者的营养指标改善情况、不良反应、肺部感染率等情况进行比较分析。**结果** 治疗后两组患者各指标均改善,观察组的反流、误吸、腹泻等不良反应的发生率17.64%,低于对照组的不良反应率52.94%,观察组的肺部感染发生率0%,明显低于对照组5.88%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在颅脑外伤术后患者治疗期间留置鼻肠管进行肠内营养支持方案有利于改善患者营养水平,并控制了不良反应,降低了肺部感染的发生率,存在临床推广应用。

【关键词】 颅脑外伤; 肠内营养支持; 经鼻空肠管**【中图分类号】** R651.15**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1672-0415 (2019) 06-295-02

营养支持治疗主要包括: 肠内营养、肠外营养。营养支持是危重症患者综合治疗的重要组成部分, 首选肠内营养已成为业内共识^[1]。肠内营养即为通过摄食/鼻胃管/胃肠造口管, 将营养液输入肠内, 以此满足患者的营养需求, 改善患者的胃肠道功能^[2]。根据相关研究可知, 相对于肠外营养, 肠内营养支持具有更好的效果, 不仅可明显增加患者免疫功能, 也可减少感染情况的发生^[3]。经鼻空肠管是临床上抢救危重病人时, 为了解决肠内营养问题防止食物反流、误吸, 减少吸入性肺炎的发生, 减轻腐蚀性毒物中毒所致食道狭窄的一种治疗手段。通过鼻空肠管供给食物和药物, 保证病人摄入足够的热能、蛋白质等多种营养素, 满足其对营养和治疗的需要, 促进康复。为此, 将选择我科收治住院的颅脑外伤重症患者68名, 对比分析了鼻胃管与鼻肠管在颅脑外伤重症患者中的护理效果, 结果探讨如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2018年6-12月在本科重症监护室收治的重症颅脑外伤的患者68例进行研究分析, 均为重症颅脑外伤手术后患者, 按照单双数抽取法将68例患者分为两组, 其中对照组34例, 男患者19例, 女患者15例, 年龄30~66岁, 平均年龄(44.76±7.64)岁, GCS评分3~8分; 观察组34例, 男患者22例, 女患者12例, 年龄31~62岁, 平均年龄(45.27±5.87)岁, GCS评分3~8分。

1.2 方法

1.2.1 对照组进行常规鼻胃管鼻饲

选择一侧鼻腔置入胃管, 置入长度是从患者的发际线至剑突的位置, 即经过一侧鼻孔下至胃内, 按常规方法确定胃管是否在胃内, 并予妥善固定, 给予护理常规。

1.2.2 观察组进行鼻肠管鼻饲

放管时机: 入重症监护室48~72小时内, 只要有肠蠕动、肛门排气, 无明显腹胀, 无置管禁忌症即可放置。管道选择: 一般采用美国库派Corflo胃肠营养管; 放置方法: 盲探法。插管方法

CORPAK10-10-10; 确定鼻空肠管位置判断法: ①听诊法: 气过水声最强点的变化②抽吸法: 回抽消化液的颜色及PH值>7.0③真空试验: 经导管注入100ml空气, 再回抽, 如回抽量<20ml, 为阳性, 提示导管已过幽门进入肠道④导丝回抽试验: 回撤导丝时遇到阻碍(这种阻碍感觉就像导丝被弹出), 说明营养管可能在胃内盘曲⑤腹部X线: 这是确定位置的金标准, 且准确率高⑥电磁导航: 费用高, 一般不采用。鼻肠管的护理: ①管道的体外部分应在鼻翼及脸颊做好双固定, 每班测量及记录管道长度(如有胃肠减压管, 要分开固定)②每次喂养前查看刻度并记录, 判断管、温开水、脉冲式)及包裹管口④做好心理护理、口鼻腔护理⑤输注过程床应抬高30~40度, q4h冲管一次⑥管饲注射器每24小时更换一次。鼻肠管营养的原则: ①营养液选择: 滴注营养液要无渣、低浓度; 自制营养液一般为牛奶、果汁、鱼汤、米汤等, 必要时用纱布过滤。②营养液的滴注应遵循: 浓度从低到高、容量由少到多、速度从慢到快。

1.3 观察指标

对两组患者的营养指标、吸入性肺炎及不良反应发生情况进行比较分析。营养指标包含血清蛋白、血红蛋白、血尿素氮等; 不良反应发生情况包含反流、误吸、腹泻、感染、应激性溃疡等。

1.4 统计学处理

将本次研究记录的数据采用SPSS21.0统计学软件进行处理, 计量资料行t检验, 计数资料行 χ^2 检验, ($P < 0.05$)表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后营养指标改善情况分析

治疗前两组患者血清白蛋白、血红蛋白、血尿素氮均无明显差异($P > 0.05$); 治疗后两组患者各指标均改善, 其中观察组血清白蛋白、血红蛋白、血尿素氮明显高于对照组($P < 0.05$), 差异有统计学意义, 见表1。

表1: 两组患者治疗前后营养指标改善情况分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	血清白蛋白 (g/L)		血红蛋白 (g/L)		血尿素氮 ($\mu\text{mol/L}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	35.5±4.8	36.4±5.8	124.3±21.4	127.7±16.4	7.1±1.6	6.5±1.5
对照组	36.2±5.4	30.7±5.6	120.4±17.5	115.2±16.7	6.8±1.4	7.8±1.9
t	0.17	2.74	0.25	2.74	0.73	3.75
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 两组患者不良反应发生率分析

观察组反流、误吸、腹泻、感染、应激性溃疡等不良反应发生率为17.64%, 低于对照组不良反应发生率58.82%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。

3 结论

近年来我市意外事故发生率较多, 我院收治的重症颅脑外伤的患者增多, 且患者缺氧多为脑细胞影响意识水平, 因此者需要通过机械通气来维持生命, 危害性较大, 必须加强治疗。但由于进行机械通气治疗的患者会出现营养不良, 尤其在重症颅脑损伤疾病的影响下, 进一步加快免疫功能降低, 早期行肠内营养对患者的愈后极为重要, 而且颅脑重症患者由于存在意识障碍, 内分

作者简介: 何丽华(1984年8月)性别: 女, 民族: 汉, 籍贯: 福建省龙岩市, 学历: 大专, 主要从事: 临床护理学。

泌失调导致代谢紊乱,从而导致了患者机体免疫力降低,引起患者出现感染,多功能脏器衰竭,同时伴有应激性胃肠障碍,以上均可导致患者出现营养不良^[4],因此有效的营养支持必不可少。鼻肠管营养疗法可以供给细胞所需的能量与营养物质,维持了组织器官所需的能量,调解了机体因缺氧导致的代谢紊乱和机体免疫功能的缺陷,增强了机体抵御疾病侵害的能力^[5],改善了患者营养不良的状态,预防了并发症的发生。传统采用肠外营养支持方式,虽然能够在一定程度上维持患者的营养水平,但效果并不明显,且很容易出现各种并发症,不利于患者机体的康复^[6]。目前临床采用肠内营养支持的方案有两种,分别为经鼻胃管肠内营养支持和鼻肠管肠内营养支持。其中经鼻胃管肠内营养支持具有置管方便的优势,但其现反流、误吸等可能性较高,难以长期

确保供给患者足够的营养,同时易引发吸入性肺炎等不良反应,导致肠内营养中断。而鼻肠管肠内营养支持也具有操作简单、安全性高等优势,能够减少反流、误吸及吸入性肺炎等不良反应的发生率,确保营养支持良好,避免出现中断,维持营养支持的稳定性^[7]。综上所述重症颅脑外伤患者中留置鼻肠管行肠内营养的应用效果好。

虽然经鼻肠管行肠内营养支持在神经外科重症监护护理方面取得了好的效果,能尽早的改善患者营养状态,减少误吸、消化道并发症等,提高了护理质量,也提高了患者的愈后情况。但在实际护理工作中仍存在着不足,如置管方法、置管操作培训,护理措施等都有待改进的地方,缺乏更针对性的统一标准,应有待进一步的改进和研究。

表2:两组患者不良反应发生率对比[n(%)]

组别	例数	反流	误吸	腹泻	感染	应激性溃疡	发生率(%)
观察组	34	3 (8.82)	1 (2.94)	1 (2.94)	0	1 (2.94)	17.64
对照组	34	7 (20.5)	5 (14.7)	3 (8.82)	2 (5.88)	3 (8.82)	58.82
χ^2							5.07
P							< 0.05

参考文献

- [1] 中华医学会重症医学分会.危重患者营养支持指导意见(草案)[J].中国危重症急救医学,2006,18(10):582-590.
- [2] 王健红.不同鼻饲方式对高龄老年痴呆患者的效果观察[J].齐鲁护理杂志,2017,23(1):98-99.
- [3] 吴秀玲.鼻空肠管肠内营养支持在机械通气患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2016,22(12):97-98.
- [4] 张学敏,冯广华.39例外科危重病人肠内营养支持并发症

的护理[J].中华腹部疾病杂志,2015,15(4):306-307.

- [5] 王亚兰.外科重症患者肠内营养的护理干预研究[J].中国保健营养,2017,27(22):55.
- [6] 李伟,斯一夫,姜建平.床边盲法主动留置鼻肠管联合鼻胃管胃肠减压在重型脑卒中患者中的应用效果[J].中国基层医药,2016,23(21):3298-3302.
- [7] 沈如婷,李培,王新颖等.电磁定位导航法在危重病人留置鼻肠管中的应用[J].护理研究,2017,31(1):110-112.

(上接第293页)

在医院实际发展的过程中,信息化管理受到广泛重视,合理采用先进的网络信息系统实现信息化管理目的十分重要,相关部门应该予以足够的重视,在实际工作中正确开展各方面的信息系统设计工作,并全面增强整体设计的效果和水平。

参考文献

- [1] 吕劲松.网络信息系统在医院信息化管理中的应用研究[J].科学与信息化,2019,11(3):172-176.
- [2] 邱成.浅谈网络信息系统在医院信息化管理中的应用[J].

饮食保健,2018,5(48):273-356.

- [3] 李晶辉,陈俊.试论网络信息系统在医院信息化管理中的应用[J].科学与信息化,2018,22(30):133-139.
- [4] 文婷.网络信息系统在医院信息化管理中的应用[J].人力资源,2018,23(4):266-345.
- [5] 黄俊豪.网络信息系统在医院信息化管理中的应用分析[J].电脑迷,2017,23(27):4-55.
- [6] 孟兴虎.计算机网络信息系统在医院信息化管理中的应用分析[J].数字化用户,2017,23(31):226-356.

(上接第294页)

患者,老师要耐心解释来赢得患者的配合。(6)创造良好环境,在制度上保证实习计划的完成。妇产科的临床实习时间为6周,按照教学大纲要求,学生分别实习妇科门诊、产科门诊、人流室、妇科病区、产科病区和产房。因实习时间短,再加上初到临床,不断换科,存在着不能适应临床工作的特点,为了保证实习的圆满完成,除了院级管理外,每个实习科室均有一位中级职称以上的护士承担教学总带教,负责实习的安排。同时对门诊的科室要求每周一次小讲座,病区每两周不少于一次教学查房、病例讨论。医院每周举办一次院级学术活动。(7)定期评价教学工作,及时总结改进。为了使临床教学工作顺利进行并收到预期的效果,加强监督与检查,及时进行教学评价。设计了小讲座评价表、专题病例讨论评价表、教学查房评价表、实习教学质量评价表、教学反馈表,请学生与教师填写。了解学生对教学形式、内容的意见和建议,了解学生临床实习中的问题和困难,了解教师带教中的想法,针对问题及时协调,不断完善和保障实习目标的实行。

3.2 心得体会

在实践中我们感到教师的责任重于泰山,简单重复既往教育模式和教学方式、方法,已不能满足现代临床教学的要求,只有通过不断改革和完善,才有可能培养高质量、高素质的医学生。

随着国内市场经济的不断发展和完善,医疗市场也较以前发生了很大变化,患者就医有了很大的选择性,对医院和医生乃至治疗方案的选择有了更多的自主性,同时人们法律意识和自我保护意识也在不断加强,因此医院日常护理和教学活动中必须尊重患者的选择权、知情权、隐私权等有关权利,这给临床护理教学提出新的挑战。既往临床护理教育模式和教学方式已不符合当前医疗市场的变化,作为临床教师,应提高法律意识,正确处理护理和教育的关系,取得患者和家属的配合来积极开展临床护理教育,为培养新一代临床护士和拓展医疗市场而积极努力^[2]。

总之,当前医疗形势的变化和医学迅速发展、知识信息爆炸和获得的快捷、医学教学模式的改革,使得临床护理教育面临新的挑战,需要临床教师不断改革和摸索,以最大限度地应对挑战,认真负责地培养高质量、高素质的护生,为培养新一代而打下良好基础。

参考文献

- [1] 张静.男生在妇产科学中存在的问题及相关的改革措施分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015,(67):188.
- [2] 王运贤,邓琳琳.男生在妇产科实习中存在的问题及对策临床教学[J].河南外科学杂志,2012,18(1):104-105.