

肠内营养护理在重症神经内科患者的应用体会

董 娅

昆明医科大学第一附属医院神经内科 云南昆明 650032

【摘要】神经内科重症患者均伴有意识障碍及吞咽困难,严重影响患者的进食,并使其身体处于高分解、高代谢状态,从而使患者的营养代谢系统发生紊乱,免疫力大大下降,进而出现多器官功能衰竭及低蛋白血症,使呼吸机撤机困难、呼吸衰竭等使病情加重甚至死亡。因此神经内科重症患者必须给予肠内营养护理,可以明显降低危重症患者并发症的发生率和病死率,缩短住院时间。

【关键词】神经内科;肠内营养;护理

【中图分类号】R473.74

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753(2020)05-148-01

神经内科重症患者均伴有意识障碍及吞咽困难,严重影响患者的进食,并使其身体处于高分解、高代谢状态,从而使患者的营养代谢系统发生紊乱,免疫力大大下降,进而出现多器官功能衰竭及低蛋白血症。肠内营养护理是经胃肠道提供代谢需要的营养物质及其它各种营养素的营养支持方式,为全营养治疗的首选;是一种简便、安全、有效、经济的营养支持方法。可以明显降低危重症患者并发症的发生率和病死率,缩短住院时间。是重症患者抢救治疗的重要环节。我科于2019年10月~2020年4月对320例危重症患者,年龄38~74岁,平均年龄(70.35.8);实施肠内营养护理并给予相应的临床对症的护理,缩短患者的住院时间,降低危重症患者并发症的发生率和病死率,取得了良好的效果。现将肠内营养的护理介绍如下。

1 护理方法

1.1 一般护理

在发病后的第二天遵医嘱给放置鼻胃管,放置前应经过充分的消毒并润滑胃管,以免对患者造成感染。放置时应尽量避免对患者强的刺激。间隔4~6小时观察患者胃液和胃潴留情况,如果胃液颜色正常,回抽未见胃液体残留量,即可向患者鼻饲管内输注肠内营养液进行肠内营养支持。

1.2 管道护理

每次输注营养液前均应确保管道的位置。鼻饲喂养的前后都要用50ml的无菌生理盐水对管道进行冲洗,确保管道畅通,在营养液输注。每次鼻饲前,将床头抬高30度,吸净呼吸道分泌物。对于长期进行鼻饲者,每2周更换鼻胃管1次,每日给予口腔护理2次,并观察口腔黏膜状况,防止感染。

1.3 营养液输注护理

根据患者的病情及医生的医嘱单制定出合适的肠内营养方案,输注量和滴注速度根据患者的具体情况及医嘱进行制定调整。输注过程中,每隔4个小时检查患者的胃潴留情况,如果胃液体残留量大于150ml,则应该停止输注或减慢输注速度。患者在输注过程中保持头部抬高30度,在输注完后1h后方可放平患者头部,避免呕吐及误吸的发生。营养液输注应遵循由小剂量向大剂量,低流速向高流速过渡的输注原则。鼻饲前、后及持续输注时每隔两小时应用温开水或生理盐水

30~50mL冲洗管道。记录每次输注的出入量,并对患者体内的血糖,电解质等进行监测。

1.4 心理护理

由于患者家属对肠内营养护理缺乏正确的认识,多数家属均拒绝此项护理操作,护理人员及时与患者家属沟通,运用多媒体、宣传资料等方式,讲解操作的具体方法,解除家属的疑虑。

1.5 并发症护理

(1) 误吸:误吸是肠内营养最严重的并发症:在输注中,应密切监护患者的生命体征的变化,在为患者翻身时,保持患者输注体位,监测胃内残留量,应用肠内营养液前及期间,每4小时抽吸并评估胃内残留量,当大于100~150mL时,应暂停或延迟输入;鼻饲30min内不可翻身,吸痰时动作应轻柔,尽量减少刺激;如发生误吸,应立即停止鼻饲,头偏向一侧,吸净气道内吸人物,并回抽胃内容物,防止进一步返流。

(2) 患者在营养液输注过程中可能会出现呕吐,呼吸困难,腹泻等并发症。因此,对分泌物多的患者及时进行吸痰,清理呼吸道的处理后再进行营养液输注,可以保持患者呼吸顺畅,避免呕吐;腹泻的可以根据其症状及次数调低输注流速及量,调整营养液的组分,给予患者相关胃肠道的药物,记录患者的腹泻次数和大便性质,保证营养液的新鲜无污染。

(2) 发生电解质紊乱:定期监测患者的血电解质。根据这些指标的变化值,及时调节营养液的用量和滴速及配方。

2 小结

近年来有研究表明,重症患者在48小时内开始肠内护理其生存率、GCS评分改善及预后呈正相关。神经内科重症患者均伴有意识障碍及吞咽困难,严重影响患者的进食,并使其身体处于高分解、高代谢状态,从而使患者的营养代谢系统发生紊乱,免疫力大大下降。因此及时、合理、充分的肠内营养护理可以改善患者的全身情况,明显降低危重症患者并发症的发生率和病死率,缩短住院时间。是重症患者抢救治疗的重要环节。

参考文献:

[1] 姚惠萍. 肠内营养的规范化管理 [A]. 2013年浙江省肠外肠内营养学学术年会论文汇编 [C]. 2013年.