

早期胃肠营养护理干预在 ICU 患者护理中的应用效果

张 玲

射洪市中医院 629200

〔摘 要〕目的 随机对照方式证实早期胃肠营养护理干预是否具备改善 ICU 病例营养状态的功效。方法 随机将 78 例 ICU 患者分为干预组与对照组, 对照组住院期间配合常规护理, 干预组则是在常规护理基础上配合早期胃肠营养护理干预。结果 干预后, 干预组营养状态评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 针对 ICU 病例, 住院期间配合早期胃肠营养护理干预, 可有效改善临床症状, 优化预后, 值得广泛推广。

〔关键词〕ICU; 早期胃肠营养护理干预; 营养状态

〔中图分类号〕R473 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 09-151-02

对于 ICU 病房, 重症患者为主要治疗对象, 集合了医院重要的人力、物力资源, 可从技术、物力、人力等方面为急危重症患者提供可靠保障, 挽救岌岌可危的生命。对于重症患者而言, 营养治疗是重点, 开展相对应的护理不仅能够为患者提供持续的能量, 而且还能够辅助医生进行诊疗活动, 及时发现与处理潜在健康问题^[1]。对于重症患者而言, 大多数能耗持续增长, 人体免疫力越来越差, 肠道吸收功能变弱, 营养吸收效果差强人意, 不利于体能的恢复。基于这一情况, 本研究提出早期胃肠营养护理干预方式, 现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

在计算机软件辅助下应用 EXCEL 分别录入每一位病例的临床资料, 再从随机抽取 38 例患者作为对照组, 将剩余的 38 例患者作为干预组。两组病例一般资料在经数据统计软件对检验后, 结果显示 $P > 0.05$, (见表 1 所示)。

表 1 两组患者一般资料对比

组别 (n=38)	性别比例		平均年龄 (岁)
	男	女	
干预组	22	16	42.36±4.54
对照组	20	18	42.36±4.54
χ^2/t	0.254		0.0241
P	> 0.05		> 0.05

1.1.1 纳入标准

所有病例的年龄分为范围为 18-80 岁; 入住 ICU 的时间 $\geq 48h$; 病例及家属均对本研究知情, 研究前签署了知情同意书。

1.1.2 排除标准

排除既往活动受限、合并神经系统疾病、重要脏器合并损伤, 伴有肿瘤、既往有 DVT 形成史、本研究前使用任何对凝血功能产生影响的药物、不愿意配合本研究的病例。

1.2 方法

对照组接受常规护理, 密切监测患者病情及体征的改变情况, 加强心理、呼吸道、口腔等相关护理, 保证水电解质始终处于平衡状态, 对酸中毒进行有效纠正, 加强胃肠外营养的补充。干预组在这一基础上接受早期胃肠营养护理干预, 具体为: 护士对患者呼吸系统、循环系统进行密切观察, 待到生命体征平稳后实施胃肠营养干预, 对蛋白质、脂肪、糖类比例同营均衡性, 摄入清淡、易消化、高热量、高蛋白、多维生素、低脂等流质食物, 基于不同病情搭配相对应的营

养素, 确定餐次结构。同时, 取半卧位, 选择使用相对应的鼻胃管, 鼻饲前, 应实施吸痰处理, 选择使用喂食泵持续输注肠营养制剂, 按照循序渐进的原则进行鼻饲, 刚开始以小剂量、稀浓度、低流速, 然后基于患者耐受力调节鼻饲, 滴速为 40-80mL/h, 并对肠营养制剂进行加热处理, 温度为 38-40℃^[2]。在鼻饲过程中, 应对胃内是否出现潴留的情况进行观察, 若潴留量 $> 150mL$ 应马上停止, 且对营养液浓度、滴速、输注量、温度进行调节。鼻饲后半小时内不得进行吸痰、翻身、叩背, 确保水电解质的稳定性。

1.3 观察指标

采用营养评定量表 PG-SGA 对两组干预前后的营养状态进行评价, 具体标准为: 0-1 分不需要干预, 定期评估营养状态; 2-3 分需接受药物干预及健康教育; 4-8 分需接受对症治疗及营养干预; ≥ 9 分许接受营养支持及针对性治疗^[3]。

1.4 统计学分析

针对研究过程中产生的大量数据, 本研究选择使用 SPSS21.0 统计学软件, 其中采取 (χ^2) 的形式统计计量资料, 并通过 t 进行检验; 另外, 若 $P < 0.05$ 则表明两组数据具有差异性。

2 结果

据统计, 两组干预前营养状态评分差异不明显 ($P > 0.05$); 干预后, 两组均有所降低, 且干预组降低幅度更明显 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1 两组干预前后营养状态评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预后
干预组	38	6.8±1.2	0.4±0.2
对照组	38	6.7±1.1	2.1±0.3
t		0.478	6.325
P		0.358	0.001

3 讨论

ICU 患者病情十分危急, 且并发症较为复杂, 所以治疗过程中往往需要消耗大规模的能量, 再加上难以正常进食, 营养不良的风险较高。相关研究^[4]指出, 营养不良会导致并发症的出现, 使得人体免疫力持续降低, 延长了康复速度。所以, 结合患者病情实施有效的早期胃肠营养护理干预尤为必要。这一护理干预主要针对病情危重、消化功能较差、难以正常进食的患者, 采取鼻饲的方式把无需消化的营养液输入到胃

(下转第 153 页)

差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1:

2.2 两组患者的并发症研究

经研究, 观察组中未有患者发生干槽症现象, 出血及感染的患者数各有 1 例, 经对症处理后, 不良反应完全消失。对照组中共有 8 例 (13.33%) 患者存在并发症, 其中感染的患者数居多。两组差异明显, 具有显著性 ($\chi^2=3.9273$, $P=0.0475 < 0.05$)。见表 2:

表 2 两组患者的并发症研究 [n (%)]

组别	例数	出血	感染	干槽症	总发生率
对照组	60	3	4	1	8 (13.33)
观察组	60	1	1	0	2 (3.33)

3 讨论

阻生齿的出现, 会导致周围牙龈出现炎症及疼痛, 严重时还可引发脸颊肿胀、张口困难, 甚至会全身发烧, 颌下淋巴结肿大^[4]。为此, 针对发生阻生齿的患者, 尽早对患牙进行拔除, 是缓解患者不适的最有效手段。临床中, 下颌阻生齿拔除术是常见治疗方式。经临床实践证明, 此类手术方式的拔牙时间相对较长, 对患者造成的疼痛较为强烈, 而术中术后可能发生的并发症也较多, 如出血、下唇麻木、干槽症等, 严重影响患者的生活质量^[3]。研究表明, 优质护理干预手段, 在术前、术中及术后等不同阶段内对患者施行心理、生理及

肢体等多方面的观察, 实现护理人员、医师及患者之间的紧密配合, 能有效缓解患者疼痛的同时, 保证牙齿拔除手术的顺利实施, 尽可能降低术后并发症的出现几率^[4]。本文结果显示, 观察组的疼痛评分低于对照组, 拔牙所用时间少于对照组, 且术后并发症的患者数仅有 2 例, 所有指标均优于对照组, 差异 $P < 0.05$ 。

综上所述, 对采用下颌阻生齿拔除手术治疗的阻生齿患者, 应用优质的护理干预, 能帮助患者保持良好心态, 尽快实现机体的康复, 值得推行应用。

[参考文献]

- [1] 彭燕, 郑桢迦. 用安全护理路径模式对接受下颌阻生智齿拔除术的患者进行护理的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(5):252-253.
- [2] 喻璐璐. 整体护理干预对下颌阻生齿拔除患者术后疼痛评分及并发症的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 30(23):4241-4242.
- [3] 陈金平. 下颌阻生齿拔除微创拔牙术的应用效果分析[J]. 全科口腔医学杂志(电子版), 2020, 6(33):184-185.
- [4] 王兰辉, 伍星丽, 唐小妹. 基于全程放松训练的护理模式在下颌阻生齿拔除术中的应用[J]. 海南医学, 2021, 30(16):2173-2176.

(上接第 150 页)

进行专业的评估, 快速立静脉通道、呼吸通路, 同时进行吸氧, 对心率监测, 为患者争取急救时间, 每一项护理操作都有严格的时间限制, 来缩短抢救时间, 及时对患者进行血液、尿液采样, 进行化验, 更有助于对患者病情进行诊断及评估, 从而采取更及时的治疗, 按制定好的顺序进行操作, 环环相扣, 提高了急救护理工作效率, 护士人员做好定时定岗交接模式, 对每位护士进行责任划分, 每一项操作都有严格的时间限制, 每位护士都要按指定的顺序进行操作, 可以降低遗漏的发生率, 可以提高抢救成功率, 将抢救过程随时保持急救仪器处于工作状态, 有利于提高救治率^[3]。研究显示, 实验组患者护理满意度高于对照组, 原因在于, 在急诊护理过程中, 对家属进行心理疏导, 了解患者病史, 更好促进医患关系, 缓

解其担忧情绪, 提高急诊配合度; 与常规护理相比较, 急诊护理更具有完整性、连贯性, 能够提高抢救效率, 从而提高患者对护理满意程度。

综上所述, 急诊护理模式应用于多发伤患者急诊抢救中效果确切, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 周爱华, 殷迅, 王修娣, 刘燕, 孔伟. 护理创伤团队在严重多发伤患者急诊抢救中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(24):163-165.
- [2] 金艳. 规范化急救护理措施在骨科多发伤患者救治中的效果观察[J]. 心理月刊, 2019, 14(05):32.
- [3] 行文静. 急诊护理在多发伤患者急诊抢救中的应用价值分析[J]. 首都食品与医药, 2018, 25(18):98.

(上接第 151 页)

肠道中, 迎合人体生理所需, 优化营养状态, 提高人体免疫力, 改变临床结果(如减少住院时间、降低并发症、减少医疗费用), 加快患者康复。本研究结果表明, 干预组营养状态评分低于对照组 ($P < 0.05$), 这充分表明了早期营养护理干预的必要性, 不仅能够对患者营养状态及临床结局指标进行改善, 而且还可强化人体免疫力, 优化预后。据了解, 营养支持能够对消化道的结构进行良好改善, 抑制损伤人体的分解代谢反应, 为细胞代谢提供所需的营养及能量, 有力地维持组织器官功能的正常, 迎合人体需求。同时, 营养素能够对代谢紊乱、免疫功能进行针对性调节, 改善临床症状, 避免出现营养不良的情况, 预防并发症的出现。同时, 肠内营养能够有效避免出现肠道细菌感染的情况, 维持循环系统的稳定运行。对此, 在严格按照医嘱的基础上行, 护士对患者营养状

态进行精准评价, 选取针对性、科学合理的肠内营养供给方式, 并按照规定与流程操作, 为人体提供所需营养。

[参考文献]

- [1] 柴大英, 张莉. 早期胃肠营养护理干预在 ICU 患者护理中的应用效果[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27(S1): 138.
- [2] 陈丽媚. ICU 患者护理中早期胃肠营养护理干预对营养状况、并发症的影响分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(17): 131-132.
- [3] 朱晓莉, 孙风华. 早期胃肠内营养护理干预在大面积脑梗塞减压术后患者中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(32): 171-173.
- [4] 田蒙. 探讨早期胃肠营养护理干预在 ICU 危重患者护理中的应用价值[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(30): 29+34.