

·全科护理·

营养护理作业流程标化管理对重症急性胰腺炎患者的影响分析

金艳 金燕平 王毓薇 叶国良 顾君娣

重症急性胰腺炎在重症监护室属常见危重症类型^[1],病死率可达36%~50%,及时添加肠内营养具有促肠道功能恢复、控制肠源性感染、改善营养状态、提升免疫力等多种积极效应^[2],而营养支持相关并发症的发生则会显著削弱积极效应。反流、堵管、喂养不耐受等并发症的发生与护理工作者的营养支持实操技能存在明显内在相关性^[3],规范重症急性胰腺炎者营养护理流程是控制其营养护理潜在风险、增进营养支持效益、改善病情的必要举措^[4]。本次研究尝试采用营养护理作业流程标化管理对重症急性胰腺炎者施加干预,效果较好。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2020年1至2020年6月(营养护理作业流程标化管理实施后)宁波大学医学院附属医院收治的重症急性胰腺炎患者40例为试验组,其中男性24例、女性16例;平均年龄(48.71 ± 12.15)岁;平均体重指数(24.18 ± 0.80) kg/m^2 ;发病至就诊时间(4.57 ± 1.49)h;肠内营养开通时间(30.55 ± 3.60)h;急性生理与慢性健康评分(acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II)评分为(13.10 ± 0.82)分;序贯器官衰竭评分(4.55 ± 0.45)分。选择2019年7至2019年12月(营养护理作业流程标化管理实施前)同院收治的重症急性胰腺炎40例患者为对照组,其中男性23例、女性17例;平均年龄(48.57 ± 12.33)岁;平均体重指数(24.22 ± 0.88) kg/m^2 ;发病至就诊时间(4.82 ± 1.35)h;肠内营

养开通时间(30.26 ± 3.77)h;APACHE II为(13.26 ± 0.77)分;序贯器官衰竭评分(4.45 ± 0.50)分。纳入标准为:符合急性重症胰腺炎确诊标准^[5],就诊时间在发病12 h以内,年龄14~75岁;排除标准为:哺乳/妊娠期,肝肾疾病史,血液病种,恶性肿瘤,肝胆胰腺手术史,慢性感染,发病14 d内死亡,入院7 d仍无法行肠内营养,资料不完整,6个月内免疫抑制用药史或激素用药史,既往急性胰腺炎病史。两组基本资料比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法 对照组按急性重症胰腺炎护理常规施护,包括禁食与胃肠减压护理、补液抑酸给药护理等,依病情需提供血液净化/机械通气等护理,以病情为据于适宜时机供给肠内营养护理,自每日250 ml缓慢增至每日1500 ml,不能及时行肠内营养添加者可据情况行肠外营养支持护理。试验组在此基础上加用营养护理作业流程标化管理干预,具体实施方式如下:

1.2.1 构建营养护理作业流程标化管理小组 护士长及护理组长为管理小组组长及副组长,组员为ICU全员护理人员,项目实施前先对小组全员行营养护理作业流程标化管理方案培训,每日由当班管理组长/副组长对当班护理人员作业流程标化管理方案的实施行指导与监督,确保同质化运行。

1.2.2 营养护理作业流程标化管理方案的内容 ①喂养前标化准备:衣帽整洁齐备,严格手卫生,佩戴口罩,检查与确认物品处于齐全状态,已开启暂不用的营养液及时置于冰箱内,保存时长不得超过24 h。②标化管路标识:鼻胃管、鼻肠管做好清晰醒目标识,标识内容包括置入日期、置入深度及管路名称,冲洗用注射器及营养液外包装上均张贴肠内营养标签,确保专管专用原则,不得与输液装置悬挂于同处;以3M胶布为固定用具,将鼻肠管加

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2022.001.027

课题项目:浙江省卫生计生委中医药科技计划项目(2018ZB120),宁波市第二批科技项目(2016C51015)

作者单位:315020 浙江宁波,宁波大学医学院附属医院消化病内镜中心

以妥善固定,并于管路出鼻孔处行划线标记,每日交接例行标记位置的核对,并关注鼻部是否出现压力性损伤;实施适当约束以防计划外拔管事件,护理对象体位有更改后例行鼻肠管位置检查确认。③管路通畅度标化维护:每次注入喂养液前例行管路冲洗,分别以温开水 30 ml 于喂养前及结束时实施冲管操作,冲管方式为脉冲正压冲洗法,以手指对管壁行轻轻揉搓以维持管路通畅度,如有不畅通问题,以温开水交替行负压抽吸及压力冲洗操作,并做体位调整,仍未恢复畅通者行鼻肠管更换。④胃残留监测标化管理:每次实施喂养前先行胃液抽取以确定胃管是否位于胃内及胃潴留情况,营养液持续泵入的护理对象每隔 4~6 h 行胃残留监测一次,并以监测结果行营养液速度调整,对胃残留行抽吸后以温开水 30 ml 行冲管处置。⑤喂养速度标化调控:对喂养管路行定期检查以及早发现处置接口脱落问题,肠内营养液初始喂养速度自 20 ml/h 起,无喂养不耐受则渐次将速度增至 125~150 ml/h,不对营养液行额外加热处置,与室内温度(20℃~22℃)维持一致性即可。⑥体位与口腔护理标化管理:无禁忌者床头抬高至 30°~45°,鼻饲启动后 30 min 内尽可能勿行翻身吸痰操作,尽量减少反流误吸风险,已出现误吸者即刻停止喂养,安置为头低右侧

位,实施胃肠减压处置,尽量将气道内误吸物吸出,早晚各行口腔护理一次。⑦鼻饲给药标化管理:对药物行碾碎处置后再以温开水加以溶解,自胃管通路注入,不得添加药物至营养液内以防鼻肠管堵塞/药物配伍禁忌事件,特殊用药可于暂停喂养 30 min 后给药,注入药物前后均例行温开水冲管操作。⑧护理记录标化管理:喂养启动时间、营养液注入速度与种类、营养液量、胃液色及性状、胃残留情况等为必需记录项目,护理对象有营养暂停情况或减慢情况等需行原因记录。

1.3 评价指标 ①比较两组喂养期间喂养不耐受情况,包括腹胀与呕吐发生率、腹泻量与腹泻次数、便秘发生率、腹内压升高率、腹腔间室综合征发生率等^[6]。②比较两组喂养相关并发症发生率,包括堵管与反流误吸、脱管与吸入性肺炎。③比较两组入院 7 d 时营养达标率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 23.0 统计学软件对数据进行分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组急性重症胰腺炎干预后营养不耐受情况的比较见表 1

表 1 两组急性重症胰腺炎干预后营养不耐受情况的比较

组别	<i>n</i>	呕吐/例 (%)	腹胀/例 (%)	便秘/例 (%)	腹内压/例 (%)	腹腔间室综合征 /例(%)	腹泻次数/次	腹泻量/ml
试验组	40	1(2.50)*	4(10.00)*	3(7.50)*	2(5.00)*	1(2.50)*	2.43 ± 0.59*	356.28 ± 19.64*
对照组	40	6(15.00)	12(30.00)	10(25.00)	9(22.50)	6(15.00)	5.00 ± 0.60	847.08 ± 12.80

注:*,与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表 1 可见,试验组患者的呕吐、腹胀、便秘、腹内压、腹腔间室综合征发生率均明显低于对照组(χ^2 分别=3.91、5.00、4.50、5.16、3.91, P 均 < 0.05),腹泻次数、腹泻量也明显较对照组好转,差异均有统计学意义(t 分别=-19.29、-132.40, P 均 < 0.05)。

2.2 两组喂养相关并发症发生率的比较见表 2

表 2 两组喂养相关并发症发生率的比较

组别	<i>n</i>	堵管 /例	脱管 /例	反流误 吸/例	吸入性肺 炎/例	总发生 率/例(%)
试验组	40	1	1	2	0	4(10.00)*
对照组	40	3	3	5	3	14(35.00)

注:*,与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表 2 可见,试验组喂养相关并发症发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=7.17$, $P < 0.05$)。

2.3 两组入院 7 d 时肠内营养达标率的比较 试验组入院 7 d 时营养达标率 90.00%(36/40),明显高于对照组 72.50%(29/40),差异有统计学意义($\chi^2=4.02$, $P < 0.05$)。

3 讨论

急性重症胰腺炎患者具备高分解代谢特点,营养需求量大为增涨,故现行相关指南推荐于病发后的 24~48 h 即应启动早期肠内营养支持^[7],以便有效维持急性重症胰腺炎患者肠道屏障与功能完整性,降低疾病所致全身应激强度及病死率^[8]。尽管

早期肠内营养在急性重症胰腺炎患者疾控领域日益占据重要地位,但仍有相当多的急性重症胰腺炎患者在肠内营养支持过程中深受喂养不耐受与喂养相关并发症等问题困扰,严重限制了早期肠内营养在急性重症胰腺炎患者中积极疾控效应的有效发挥。

营养护理作业流程标化管理指对营养护理相关事宜做出流程化、同质化与规范化处置,形成管理-反馈-调整循环,以便高效实施营养支持并及时解决支持过程中各类问题,向营养护理对象供给更具实用性与适用性的营养护理支持服务。本次研究将营养护理作业流程标化管理应用于急性重症胰腺炎患者中,研究结果显示,试验组营养不耐受情况和喂养相关并发症发生率明显低于常规护理的患者,入院7 d时营养达标率明显高于常规护理的患者,提示营养护理作业流程标化管理有助于降低急性重症胰腺炎患者肠内营养支持不耐受问题与喂养相关并发症发生率,促成营养达标率的快速有效实现。分析原因如下:①构建专项营养护理团队,确保每日均有具备良好营养护理素养的护理团队人员实施规范化营养护理与质控督导,确保营养护理同质性与营养护理问题的及时发现与解决^[9];②开展专项培训增进营养护理团队相关认知与实操水准,提升肠内营养泵选择正确度及营养支持科学性^[10];③以科学循证方式纳入一系列集束化肠内营养积极护理元素,构建全面、深入、精细、全程化肠内营养标准化护理方案,多措并举、协同起效,实现了对营养不耐受问题与喂养并发症的早期预防与控制。④重视营养护理文书记录与交接班管理,促进营养护理自检自省与他检督导,较好地维系了肠内营养护理的连续性与规范性,为安全可靠有效肠内营养护理目标的达成奠定良好基础^[11]。

综上所述,采用营养护理作业流程标化管理对

重症急性胰腺炎患者施加干预,可显著改善该类患者的营养不耐受情况,降低喂养相关并发症发生率。

参考文献

- 1 麦瑞英,吴婉桃,何泳枝.用药护理配合奥曲肽及生长激素治疗ICU重症急性胰腺炎的效果分析[J].中国实用医药,2020,15(20):142-144.
- 2 汤佩英,陈敏,姬文华,等.集束化护理在重症急性胰腺炎患者肠内营养中的效果观察[J].中国乡村医药,2020,27(16):63-64.
- 3 建超.肠内营养耐受性定时评估管理的营养支持对急性重症胰腺炎临床疗效分析[J].护理实践与研究,2020,17(15):64-66.
- 4 钟平玉.急性重症胰腺炎患者早期肠内外营养支持的临床价值[J].中外医学研究,2020,18(21):147-149.
- 5 浙江省医学会重症医学分会.浙江省重症急性胰腺炎诊治专家共识[J].浙江医学,2017,39(14):1131-1150.
- 6 代高英.腹内压对重症急性胰腺炎病人早期肠内营养喂养不耐受的预测价值[J].护理研究,2020,34(8):1378-1382.
- 7 朱红,胡岳,谢浩芬,等.普外科围术期营养风险患者营养支持的研究进展[J].中华现代护理杂志,2017,23(11):1489-1492.
- 8 曹洁,姚隆.重症急性胰腺炎营养治疗的研究进展[J].重庆医学,2020,49(15):2583-2587.
- 9 王文筱,韩瑜,刘聪聪,等.营养护理专科小组的建立与营养支持护士的培养[J].中国实用护理杂志,2017,33(21):1641-1646.
- 10 尤久红,陈琦,蔡飞燕,等.规范化营养治疗在胃癌围手术期患者中的应用效果观察[J].肠外与肠内营养,2017,24(1):24-27.
- 11 富燕萍,王金柱,李莉莉,等.规范化营养护理流程在重症急性胰腺炎患者中的应用效果分析[J].中华现代护理杂志,2019(12):1500-1505.

(收稿日期 2021-03-26)

(本文编辑 葛芳君)