

探讨阶梯化肠内营养支持护理 对普外科鼻饲营养患者术后恢复的影响

赵玉洁

江苏省常州市武进人民医院普外科, 江苏 常州 213000

【摘要】 目的 探析对普外科鼻饲营养患者给予阶梯化肠内营养支持护理的临床价值。方法 纳入 2020 年 1 月—2021 年 12 月本院普外科术后需鼻饲肠内营养支持患者 78 例, 用计算机抽签随机方式分组并设为对照组和观察组, 每组 39 例。在鼻饲肠内营养支持期间对照组配合常规护理, 观察组配合阶梯化护理。从两组患者术后胃肠不适反应、胃肠功能恢复状态、生活质量评价不同护理方法的应用价值。结果 观察组患者的胃肠不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者术后首次排气时间、术后首次排便时间、首次经口进食时间及术后整体住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者护理后生活质量简表 (SF-36) 评价分数高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 对医院普外科收治需鼻饲营养支持患者提供阶梯化肠内营养支持护理模式, 有助于降低患者出现胃肠不适反应风险, 缩短胃肠功能恢复所需时间, 提高患者生活质量, 值得临床推广。

【关键词】 阶梯化护理; 鼻饲营养支持; 术后恢复

营养支持发展是外科学基础, 根据应用方式将其分为肠内营养支持、肠外营养支持, 对术后胃肠功能受影响难以经口进食患者在早期进行康复有重要意义, 保障机体营养状态, 避免因免疫功能受损而导致术后并发症风险的提升^[1]。满足术后机体对营养需求的同时也有利于维持、改善肠道的正常生理功能, 普外科术后营养支持质量很大程度影响康复效果。鼻饲肠内营养支持操作简单, 营养支持率更高, 但相关研究^[2]对临床应用鼻饲肠内营养支持的普外科患者资料进行追踪, 发现产生腹泻腹痛、恶心呕吐等胃肠不耐受并发症风险最高可达 40%, 不利于术后康复及舒适性, 因此在鼻饲营养支持期间对相关护理质量有极高要求。阶梯化护理是近年来被广泛应用于临床多种领域的干预模式, 其递进式特点使其护理方案更具针对性及有效性, 本院自 2020 年对普外科鼻饲营养患者配合该护理模式干预, 现将护理内容及患者资料报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选本院普外科于 2020 年 1 月—2021 年 12 月间收治手术需采取鼻饲肠内营养支持患者 78 例, 计算机辅助随机抽签方式分组, 设为

对照组和观察组, 每组 39 例。对照组患者男性 21 例, 女性 18 例; 年龄在 33 ~ 74 岁间, 平均年龄 (54.02 ± 7.65) 岁; 体重指数 (BMI) 在 18 ~ 25 kg/m^2 间, 平均 BMI (21.64 ± 2.39) kg/m^2 。观察组患者男性 23 例, 女性 16 例; 年龄在 31 ~ 76 岁间, 平均年龄 (53.89 ± 7.61) 岁; BMI 在 19 ~ 25 kg/m^2 间, 平均 BMI (21.57 ± 2.42) kg/m^2 。在性别、年龄、BMI、手术类型等方面组间资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。所有患者及家属在了解研究内容后签署知情同意书。经医院伦理委员会审核后批准展开。

1.2 选择标准

1.2.1 纳入标准 ①确诊后需择期行开腹手术治疗; ②可耐受肠内营养并满足鼻饲喂养要求; ③肝肾功能无异常; ④有正常的读写及沟通能力; ⑤无临床资料缺失情况。

1.2.2 排除标准 ①合并糖尿病、高血压等慢性病; ②存在慢性支气管炎; ③存在肾功能障碍; ④在入院前已存在如腹痛腹泻、恶心呕吐等胃肠道症状; ⑤手术前机体严重营养不良; ⑥鼻饲期间病情异常恶化; ⑦存在免疫缺陷疾病, 经询问有家庭特异病史; ⑧存在精神疾病或者沟通障碍; ⑨明确表示拒绝配合。

1.3 方法

1.3.1 对照组营养支持期间配合常规护理 保持病室安静整洁,光线充足,适宜操作;护理人员保持衣帽整洁、洗手,佩戴口罩;评估患者情况,观察患者意识状态及合作态度,并且注明管道名称、置入深度和时间、位置;喂食时将床头抬高,约 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 可有效避免出现反流、误吸及吸入性肺炎。营养液现用现配,核对肠内营养液,在营养液外包装、肠内营养输注泵管或泵袋粘贴“非静脉输液”标识,挂于输液架上,同时悬挂“肠内营养”标识牌,进食顺序正确:温开水(20~50mL)→鼻饲液→温开水(20~50mL),鼻饲过程中观察患者反应。使用时速度从慢到快,浓度从低到高,容量从少到多,整体遵循循序渐进原则。鼻饲时确认鼻肠管固定妥善并保持通畅。治疗期间监测血糖指标,保持 $<11.1\text{mmol/L}$,如有血糖异常升高趋势用控糖药物干预。鼻肠管输注过程中每间隔 4h 用温开水 20~50mL 进行脉冲式冲洗,防止鼻肠管堵塞。

1.3.2 观察组营养支持期间在对照组护理基础上配合阶梯化护理 (1) 成立小组:有医师 1 名、护士 3 名组成,确认组成成员的责任,在医生建议下制定符合医院、患者病情实际情况的护理方案,包括入院状态评估、营养状态评估、心理疏导、健康宣教、基础护理、出院指导及随访等。(2) 护理措施:①入院 1~2d: 主要进行入院状态评估和心理疏导、健康宣教,评估内容包括生命体征、生活能力、心理状态,向患者详细讲解关于肠内营养支持、鼻饲等内容,告知术后有一段时间不能经口进食需要做好心理准备。②术前 1d: 常规禁饮禁食,术前 1h 让患者去枕平卧,石蜡对经鼻胃管润滑后沿着一侧鼻孔进入咽喉部,再缓缓进入胃内。③手术当天~术后 1d: 手术完成后持续泵入胃肠内营养液,泵入营养液之前先以 30mL/h 速度持续泵入 500mL 温开水,患者无异常不适则在术后 1d 可通过鼻饲泵、泵入肠内营养输注管方式给予营养液,泵入速度初始设置为 30~50mL/h,逐渐调整增加到 100mL/h。

每天营养液泵入时间在 10~12h,根据患者反馈调整每天喂养量,每天均需要更换输注管。

④术后每 6h 对肠内营养支持效果进行阶段性评价,检查营养管体位部分长度、有无出现移位、扭曲情况。评估后记录并反馈给医生,讨论是否需要调整营养支持计划以及营养液泵入速度。⑤术后 4d~出院: 逐渐进食流质或者半流质食物,然后过渡到普通食物。出院前指导患者及其家属构建科学饮食结构、严格遵医用药、保持规律生活、定期到院复查。

1.4 评估项目 ①胃肠道不良反应: 记录两组患者在接受肠内营养支持期间出现腹痛、腹泻、恶心呕吐且每天频率 ≥ 2 次的情况^[3]。②胃肠功能恢复: 记录两组患者术后首次排气时间、术后首次排便时间、首次经口进食时间、可顺利离院时间。③采用简明健康状况调查表(SF-36)对患者治疗前及治疗后的生活质量进行评价,量表包括躯体疾病、健康状况、生理功能 3 项,单项维度分值为 100 分,分值越高则患者生活质量越高^[4]。

1.5 统计学方法 采用 SPSS25.0 计算数据,使用 (%) 代表计数资料,组间、组内数据采用 χ^2 检验;使用 $(\bar{x} \pm s)$ 代表计量资料,组间、组内数据采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 表示数据差异。

2 结 果

2.1 比较两组胃肠不良反应情况 观察组患者的胃肠不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 比较两组术后恢复情况 观察组患者术后首次排气时间、术后首次排便时间、首次经口进食时间及术后整体住院时间均短于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 比较两组生活质量情况 观察组患者护理后生活质量简表(SF-36)评价分数高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者的胃肠道不良反应比较[n(%)]

组别	腹痛	腹泻	恶心呕吐	胃肠道不良反应发生率
对照组 (n=39)	3 (7.69)	5 (12.82)	4 (10.26)	12 (30.77)
观察组 (n=39)	1 (2.56)	2 (5.13)	1 (2.56)	4 (10.26)
χ^2				5.032
P				0.025

表 2 两组患者术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	术后首次排气时间	术后首次排便时间	首次经口进食时间	住院时间
对照组 (n=39)	2.25 ± 0.55	3.52 ± 0.62	5.04 ± 0.47	8.06 ± 1.52
观察组 (n=39)	1.31 ± 0.42	2.55 ± 0.58	4.23 ± 0.33	6.76 ± 1.26
t	8.483	7.135	8.808	4.112
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 3 两组患者护理前后生活质量情况比较 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	躯体疾病		健康状况		生理功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=39)	24.41 ± 5.77	37.15 ± 11.12	33.60 ± 10.58	42.37 ± 12.11	35.70 ± 10.58	45.40 ± 11.25
观察组 (n=39)	24.40 ± 5.71	63.45 ± 12.27	33.57 ± 11.40	65.30 ± 12.01	35.74 ± 10.61	62.77 ± 13.25
t	0.008	10.045	0.012	8.503	0.017	6.320
P	0.994	0.000	0.990	0.000	0.987	0.000

3 讨 论

近年来,普外科治疗和护理提倡最大程度降低手术操作对机体产生的应激性刺激,降低器官功能受影响程度,缩短术后康复时间^[5]。对胃肠腹部脏器手术患者操作难点在于出现肠黏膜缺血,作为全身性应激反应中心器官极易出现缺血—再灌注性损伤,术后出现胃肠功能异常且对营养物质吸收效率下降,从而对康复质量造成消极影响^[6-7]。

肠内营养支持与人体生理对营养需求之间高度搭配,已经成为部分普外科患者的重要治疗手段。本研究将普外科需鼻饲肠内营养支持患者随机分组后分别给予常规护理和阶梯化护理,从胃肠道不良反应发生率而言,观察组发生率为 10.26%,显著低于对照组的 30.77%,说明该护理模式对于降低鼻饲肠内营养支持存在的症状风险有良好预防作用。而在术后康复如首次排气时间、首次排便时间、首次经口进食时间以及整体住院时间比较,观察组所需时间更短 ($P < 0.05$)。观察组患者从泵入营养液开始就采取降低胃肠不耐受护理措施,先试食以确认患者耐受性,然后给予营养制剂过程中遵循低浓度、低剂量、低容量逐渐提升的原则,避免刺激胃肠道并促使其更快分泌肠道激素,吸收物质营养。观察组患者护理后生活质量项目评价分数均高于对照组 ($P < 0.05$),说明阶梯化护理下患者不适感受得到有效缓解,手术操作及肠内营养支持所造成的不适未影响其生活舒适性。究其原因在于阶梯化护理模式在专

业管理团队主导下保持了高质量服务,贯彻以患者为中心的原则,保证营养支持效果的同时也提高了患者参与度。

综上所述,为普外科鼻饲肠内营养支持患者提供阶梯化护理能保持术后患者胃肠道舒适性,缩短胃肠道功能恢复及整体康复时间,提升术后生活质量,值得推广。

参考文献

- [1] 王纳,郝晓静,李雪雁.肝硬化脾功能亢进脾切除术辅助序贯营养支持集束化护理的临床应用[J].护理实践与研究,2021,18(8):1201-1204.
- [2] 祝莉,李芳,朱淑静.阶梯化肠内营养支持护理对普外科鼻饲营养患者术后恢复的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(4):724-727.
- [3] 李畅飞,边丽,连丽丽.围术期营养支持治疗对重度营养不良结直肠癌患者的护理效果及预后研究[J].肿瘤药学,2021,11(2):240-243.
- [4] 陈玉霞,蒋红娟.快速康复护理联合营养支持对老年食管癌患者术后恢复的效果[J].检验医学与临床,2019,16(22):3360-3362.
- [5] 周晶晶.阶梯目标护理干预在食管癌术后益生菌联合肠内营养支持治疗中的应用[J].现代医学,2019,47(6):735-737.
- [6] 朱青玉.早期营养支持结合护理干预对食管癌患者术后营养状况及胃肠功能恢复的影响[J].山西医药杂志,2020,49(3):363-365.
- [7] 李莉莉,顾江魁,李佳,等.食管癌术后早期肠内营养耐受与吻合口瘘的相关性探究[J].实用临床医药杂志,2021,25(24):48-51.