

- 631.
- [2] 张重阳,王耀辉,刘宇鹏,等.溶栓模式对急性缺血性脑卒中静脉溶栓 DNT 的影响及效果分析 [J]. 中华急诊医学杂志, 2019,28(6):755-759.
- [3] 陈丹丹,邱姝,李晨,等.信息化管理系统在急性缺血性脑卒中静脉溶栓中的应用及效果评价 [J]. 西北国防医学杂志, 2020,41(4):248-252.
- [4] Keigher KM. Large vessel occlusion in the acute stroke patient: identification, treatment, and management [J]. Crit Care Nurs Clin North Am, 2020,32(1):21-36.
- [5] 高君武,刘海洋,陈治国,等.精细化时间管理联合组织化卒中管理对急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓疗效的影响 [J]. 西部医学, 2019,31(12):1906-1910.
- [6] Arsen K, Bache KG, Franer E, et al. Pre-hospital thrombolysis of ischemic stroke in the emergency service system: a case report from the Treat-NASPP trial [J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2019,63(3):410-413.
- [7] 王德敏,张小兰,唐卓玛,等.团队资源管理模式对缩短急性缺血性脑卒中患者就诊-静脉溶栓时间的影响 [J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2020,15(1):54-56.
- [8] 刘海超,闫建伟,温宏峰,等.丁苯酞联合阿替普酶治疗对急性缺血性脑卒中患者神经功能凝血功能血清 TNF- α hs-CRP Hcy 水平的影响 [J]. 河北医学, 2021,27(1):150-156.
- [9] Mendelson SJ, Prabhakaran S. Diagnosis and management of transient ischemic attack and acute ischemic stroke: a review [J]. JAMA, 2021,325(11):1088-1098.
- [10] 王玮,李悦,徐霁华,等.急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓后早期神经功能恶化的危险因素分析 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2019,21(6):618-621.
- [11] Diener HC, Bernstein R, Butcher K, et al. Thrombolysis and thrombectomy in patients treated with dabigatran with acute ischemic stroke: expert opinion [J]. Int J Stroke, 2017,12(1):9-12.
- [12] 黎春常,张晓毛,陈丽芳,等.绿色通道管理策略在急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓治疗中的应用 [J]. 现代临床护理, 2019,18(10):45-50.
- [13] Ladak AA, Sandhu S, Itrat A. Use of intravenous thrombolysis in acute ischemic stroke management in patients with active malignancies: a topical review [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2021,30(6):105728.
- [14] Minnerup J, Wersching H, Teuber A, et al. Outcome after thrombectomy and intravenous thrombolysis in patients with acute ischemic stroke a prospective observational study [J]. Stroke, 2016,47(6):1584-1592.
- [15] 唐珊,曹静,王洁,等.应用品管圈缩短急性缺血性脑卒中病人入院至静脉溶栓时间的效果 [J]. 护理研究, 2019,33(15):2709-2711.
- [16] 甄志刚,张秋莲,张生,等.急性缺血性脑卒中静脉溶栓患者预后与 TOAST 分型的相关性分析 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019,28(31):3478-3482.
- [17] Fleming T, Blum B, Averkamp B, et al. Effect of antihypertensive medications on thrombolysis therapy and outcomes in acute ischemic stroke patients [J]. J Clin Hypertens (Greenwich), 2019,21(2):271-279.
- [18] Gill D, Sivakumaran P, Wilding P, et al. Trends in C-reactive protein levels are associated with neurological change twenty-four hours after thrombolysis for acute ischemic stroke [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2016,25(8):1966-1969.
- [19] Haesebaert J, Nighoghossian N, Mercier C, et al. Improving access to thrombolysis and in-hospital management times in ischemic stroke: a stepped-wedge randomized trial [J]. Stroke, 2018,49(2):405-411.
- [20] 李海健,于振华,王宝华,等.银杏内酯联合阿替普酶静脉溶栓治疗大动脉粥样硬化性缺血性脑卒中中的临床疗效 [J]. 国际医药卫生导报, 2020,26(1):17-19, 119.

(收稿日期:2021-11-09)

个性化护理干预对神经重症 行肠内营养患者的营养状况及并发症的影响

莫淑敏 陈丽芳 李海艳 丁丽娜 欧映雪

危重症患者是指患有严重疾病、危及生命、后果严重的患者,包括营养不良。危重患者营养不良是一个全球公共卫生问题,发病率为 40%~60%^[1]。

DOI: 10.3969/j.issn.0253-9926.2022.04.025

基金项目:广东省医学科学技术研究基金(A2020540)

作者单位:510000 广州,广东省人民医院(广东省医学科学院)重症监护二科病区

万方数据

通常情况下,神经重症疾病患者均存在不同程度的意识、吞咽障碍等症状,造成机体摄入营养物质较为困难,大大降低机体抵抗力,进而导致病情进一步加重^[2]。营养不良可降低患者脱离机械通气的能力,增加机械通气时间、压疮、感染和死亡率^[3]。神经重症疾病患者通常无法自行进食,所以术后为了保证患者机体营养指标正常,减少贫血、营养不良

等症状的发生,需及时地给予营养支持,从而促进患者术后各项生理机能的恢复^[4]。现阶段,临床进行营养支持的方法包括肠内营养、肠外营养 2 种,肠内营养(EN)与人体的营养摄入方式相符,肠道的功能完整性通过维持结构的完整性可能有助于维持系统免疫功能^[5]。早期 EN 是指入院 48 h 以内启动 EN,延迟 EN 是指入院 48 h 以后启动 EN^[1]。既往临床在神经重症患者 EN 过程中常采用常规护理干预,但由于患者间存在个体化差异,无法获得满意的干预效果。长期临床实践发现,由于神经重症疾病患者存在个体差异性,对其进行早期 EN 过程中,常会因护理不当致使部分患者机体营养水平的改善效果不理想,且易出现多种并发症^[6]。因此,如何对神经重症 EN 患者进行护理成为近年来临床急需解决的一大难题。

个性化护理是一种以患者为中心,在满足常规护理的基础上,根据患者个体病情、认知水平、文化程度、心理状态等开展针对性护理措施的护理模式^[7]。操作前对患者进行全面的评估,根据患者的病情,在操作过程中出现的不同问题,给予相应的干预护理措施。但鲜有关于个性化护理在神经重症早期 EN 患者中的应用报道。

鉴于此,本研究选取了在我院接受 EN 的 120 例神经重症疾病患者,分析个体化护理干预对神经重症早期 EN 患者营养指标及并发症发生情况的影响,旨在为临床提供更多有效的参考依据,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 8 月至 2020 年 9 月在我院接受早期 EN 的 120 例神经重症疾病患者,按住院时间分为 2 组,研究组为 2019 年 8 月至 2020 年 2 月的患者,对照组为 2020 年 3 月至 2020 年 9 月的患者,各 60 例。研究组中男性 42 例,女性 18 例;年龄 15~90 岁,平均(56±18)岁;疾病类型:脑出血 9 例,脑积水 7 例,脑梗死 7 例,其他 37 例;EN 管道类型:胃管 52 例,鼻肠管 5 例,胃管+鼻肠管 3 例。对照组中男性 42 例,女性 18 例;年龄 14~91 岁,平均(55±18)岁;疾病类型:脑出血 8 例,脑积水 8 例,脑梗死 9 例,其他 35 例;EN 管道类型:胃管 50 例,鼻肠管 6 例,胃管+鼻肠管 4 例。对比 2 组性别、年龄、疾病类型及 EN 管道类型发现,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。

万方数据

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:①神经重症患者;②年龄 ≥ 14 岁;③存在昏迷或吞咽困难,预计 5~7 d 内不能进食;④入院 24~48 h 内血流动力学及生命体征基本稳定;⑤患者及家属自愿参与研究,并配合医师完成治疗者。

排除标准:①合并有消化道出血、胰腺炎或者恶心呕吐等病症无法进行肠内营养的患者;②预期寿命短于 7 d 者;③已知对肠内营养制剂成分过敏。

1.3 护理措施

1.3.1 对照组:按鼻饲流程给予常规护理。包括定时记录鼻饲营养液的出入量,监测其心率、血压、呼吸及血氧饱和度等生命体征,并监测其电解质平衡情况,在鼻饲过程中,适当抬高床头,做好口腔护理工作。

1.3.2 研究组在常规护理的基础上,给予个体化护理干预:(1)肠内营养前:①24~48 h 进行早期肠内喂养,条件允许,尽量选择幽门后留置鼻肠管进行喂养;②神经外科术后患者常留置脑室引流管、颅内压监测探头,可根据患者病情,脑室引流管高度,颅内压力等情况等,适当调整床头高度及鼻饲泵入速度;③腰椎穿刺术后患者,根据腰椎穿刺的压力,尽量减少平卧时间;④心理干预:根据病人喜好文化饮食习惯,结合营养师建议,患者及家属意见选择合适的营养液;(2)肠内营养中:①留置胃管时,在常规护理操作基础上,留置长度为经耳垂到鼻尖再到剑突处的距离,根据实际再加 5~10 cm;②给予 3M 胶布高举平台法固定,减少对鼻翼的物理损伤;③为患者吸痰时,选择浅吸痰,以免引起患者呛咳;④营养液护理:营养师根据患者具体病情及各项指标选择适宜的营养液,选择药物时,尽量选择对胃肠道反应小的药物,如氯化钾颗粒代替氯化钾溶液,对胃肠道刺激性比较大的药物进行鼻饲时,尽量做好稀释;⑤护士需将鼻饲管固定好,每次鼻饲前后要用温水进行冲洗,每班交接班后判断一次鼻饲管是否在胃内,连续泵入过程中,每 8 h 冲洗 1 次鼻饲管;⑥有人工气道患者,每班检测气囊压力,保持气囊压 25~30 cmH₂O (1 cmH₂O=0.098 kPa),防止误吸。使用鼻饲联合声门下吸引,防止误吸。(3)肠内营养后:每隔 24 h 更换营养泵管 1 次,并确保接头的无菌性;需在护理记录上详细记录每小时鼻饲的量与是否发生并发症。

1.4 观察指标

营养指标:记录 2 组干预前后血清总蛋白、白蛋白及血红蛋白的变化并对比。并发症:记录 2 组腹泻、便秘等并发症的发生率并对比。

1.5 统计学方法

将本研究数据录入 SPSS 22.0 软件进行处理,血清总蛋白、白蛋白、血红蛋白用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;并发症发生率用百分率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 营养指标:干预 10 d 后,对照组各项营养指标水平均上升,研究组肠内营养也上升且显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 并发症:研究组并发症发生率为 53.3%,低于对照组 71.7%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

3 讨论

本研究中,干预 10 d 后研究组血清总蛋白、白蛋白及血红蛋白水平高于对照组,且差异具有统计学意义。说明个体化护理干预有助于提高神经重症 EN 患者机体的营养水平,干预组在实施后 24 h 内接受 EN 治疗。这与王源媛^[8]报道一致,在神经内科重症 EN 患者临床护理中实施个体化护理可改善其营养水平,降低并发症发生率,有助于促进其身体康复。

个性化护理可有效提升患者对于自身疾病、早期 EN 等知识的认知度,从而可促进其主观能动性的发挥,更好地配合早期 EN;可有效改善患者心理状态,从而提高其依从性,有助于早期 EN 的顺利进行;根据患者具体病情选择个体化营养液,

可以确保营养供给的充足、胃肠道健康无损;推注、鼻饲管均可根据患者的个体化差异给予针对性干预,对其机体营养水平的提升均有重要意义^[9]。于此同时,《重症患者早期肠内营养临床实践专家共识》建议在重症监护病房(ICU)收治后及时评估患者的准备情况和每日所需的足够目标热量并及时补充营养^[10],这与文献^[11]研究一致,该研究发现,患者在 24 h 内接受 EN,营养指标恢复到正常功能更快。对于肠胃功能良好的患者主张给予早期 EN 支持,为患者提供更多营养物质,进而增强机体营养水平,恢复患者胃肠道功能,提高机体免疫力,减少相关并发症的发生,进而促进患者身体康复^[12]。

研究组并发症发生率为 53.3%, 低于对照组 71.7% ($P < 0.05$)。究其原因:重症患者入 ICU 后超过 24 h 不能及时进行肠内喂养,导致能量摄入不足,出现恶心、肠胃气胀、消化不良、胃肠道出血、腹泻、高血糖等并发症。研究过程中发现,发生腹泻的例数过多,而影响神经外科危重症患者腹泻的因素很多,如疾病本身的影响,抗生素、开塞露等药物的使用,鼻饲液的选择及护理等。通过控制鼻饲剂量、温度、速度及配置营养液的无菌操作有助于预防腹泻的发生。有研究发现,在配置营养液时加入一些膳食纤维类食物,可有效促进肠蠕动,有助于改善患者消化功能,避免便秘的发生;根据患者胃内营养液残余量来控制鼻饲速度可有效避免胃潴留,减轻胃肠道负担^[13]。

有效改善神经重症患者营养情况是促进患者身体恢复的关键。入院 ICU 患者的 EN 往往延迟,个性化护理中,护士在患者的护理评估、护理计划、

表 1 2 组干预前后营养指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	总蛋白		白蛋白		血红蛋白	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	63±11	65±6 ^a	33±8	35±3 ^a	110±23	98±19 ^a
研究组	60	64±8	68±7 ^a	34±6	37±4 ^a	111±23	104±16 ^a
t 值		0.420	2.062	1.151	2.398	0.179	1.796
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:^a 与同组内干预前比 $P < 0.05$

表 2 2 组并发症发生率比较

组别	例数	恶心呕吐		腹泻		便秘		其他		合计	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
对照组	60	10	16.7	22	36.7	18	30.0	3	5.0	43	71.7
研究组	60	8	13.3	19	31.7	11	18.3	2	3.3	32	53.3

并发症的预防和处理、协调多学科团队使患者在无禁忌的情况下尽快接受营养方面具有重要作用。此外,护士开始肠内喂养是改善营养喂养的有效策略,护士在确保患者达到营养目标、充足的处方和提供营养治疗方面扮演着重要的角色。

综上所述,对神经重症早期 EN 患者进行个体化护理干预可改善其营养水平,减少并发症的发生,具有推广意义。然而,除了营养外,还有其他因素影响机体营养状况,如年龄、疾病严重程度和基础疾病,在临床过程中,如何在保障患者安全与营养的基础上,减少并发症的发生,需要进一步的分析研究。

参考文献

[1] Mukhopadhyay A, Tan ZY, Cheong SHL, et al. Differential effects of early energy and protein inadequacies on the outcome of critically ill patients[J]. *Nutr Clin Pract*, 2021, 36(2):456-463.

[2] 陆丽芸.早期肠内营养对神经内外科危重症患者营养状况及并发症的影响[J].*中国保健营养*, 2017, 27(33): 127.

[3] Peng JH, Volbers B, Sprügel MI, et al. Influence of early enteral nutrition on clinical outcomes in neurocritical care patients with intracerebral hemorrhage [J]. *Front Neurol*, 2021, 12:665791.

[4] 何博,方伟,高华,等.早期肠内营养支持治疗对急性重症脑出血患者预后和营养指标的影响[J].*医学理论与实践*, 2016,

29(9):1158-1159.

[5] 赵庆礼.早期肠内营养护理干预对 ICU 重症患者营养状况及并发症的影响[J].*医疗装备*, 2018, 31(12): 164-165.

[6] 魏颖.早期肠内营养护理干预对 ICU 重症患者营养状况及并发症的影响[J].*中国保健营养*, 2020, 30(16): 216.

[7] 马继伟,刘桂玲,张红梅,等.观察个体化护理在神经内外科重症患者肠内营养护理中的价值 [J]. *饮食保健*, 2020, 7(21): 231-232.

[8] 王源媛.个体化护理应用在神经内外科重症患者肠内营养护理中的疗效分析[J].*中国保健营养*, 2016, 26(6): 225-226.

[9] 尹燕菊.神经内外科危重症患者肠内营养的护理效果观察[J].*当代护士(下旬刊)*, 2020, 27(4): 37-39.

[10] 孙仁华,江荣林,黄曼,等.重症患者早期肠内营养临床实践专家共识[J].*中华危重病急救医学*, 2018, 8(30): 715-721

[11] Fuentes P, Martínez G, Vernooij RWM, et al. Early enteral nutrition (within 48 hours) versus delayed enteral nutrition (after 48 hours) with or without supplemental parenteral nutrition in critically ill adults [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019, 10(12): 20-75

[12] 刘艳.集束化护理干预联合个体化营养支持对重症脑卒中患者康复进程的影响评价[J/CD].*世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊)*, 2020, 20(46): 223-225.

[13] 郭斌艳,刘延锦.针对性护理干预在神经重症经鼻胃管早期肠内营养患者中的作用[J/CD].*世界最新医学信息文摘(电子版)*, 2019, 19(69): 272-273.

(收稿日期:2021-10-18)

“免管免禁”模式在食管癌手术患者术后胃肠功能恢复中的应用及其对应激反应及营养状况的影响

芦博 杜聪 张荣贞

食管癌是发生在食管、来源于食管上皮细胞的恶性肿瘤,随着肿瘤的不断生长和扩散,患者可出现脱水、消瘦、无力,最终死亡。食管癌发现的越早,治疗成功率越高,其中手术治疗是可切除食管癌的主要治疗方法,经典的食管癌手术方式包括消化道重建、淋巴结清扫和食管切除,可有效提高患者存活率^[1]。但食管癌手术创伤性较大,术后患者应激反应较重,导致术后并发症发生率较高,不利于患

者恢复。目前食管癌术后传统康复干预模式主张留置胃管、胸管等通路,并进行胃肠减压及禁食,以加快患者康复速度,但临床数据显示此方法效果并不理想^[2]。“免管免禁”模式是李印教授在国际上首创的食管外科加速康复模式,即主张食管癌术后不留置胃管、营养管、术后第 1 d 经口进食,已受到众多食管外科医师的重视和认可^[3]。但目前有关“免管免禁”模式的临床研究较少,本研究旨在探讨“免管免禁”模式在食管癌术后的可行性和有效性,分析 2 组患者胃肠功能恢复、应激反应指标、营养状况和术后并发症发生率的变化。

DOI: 10.3969/j.issn.0253-9926.2022.04.026

作者单位:473000 南阳医学高等专科学校第一附属医院普胸外科

万方数据