

内镜引导下鼻空肠管植入在重症胰腺炎患者中的应用及心理支持

戴海梅

(贵阳市乌当区人民医院 550018)

摘要：目的：分析重症胰腺炎患者内镜引导下鼻空肠管植入的应用效果，及实施心理支持后的干预效果。方法：选取我院近2年（2020年8月–2022年7月）收治的重症胰腺炎患者90例，回顾临床资料。一组在内镜引导下鼻空肠管植入治疗中采用常规护理干预（45例），作为对照组。另一组则在对照组基础上加用心理支持干预（45例），作为观察组。观察两组应用效果。结果：观察组各项临床症状体征改善情况更优，生化指标水平改善更优，并发症发生率更低，患者满意度更高，与对照组相比差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：通过在重症胰腺炎患者内镜引导下鼻空肠管植入中实施心理支持，可有效提高治疗效果，有利于病情的恢复，同时也能进一步减少并发症的发生，提高患者满意度，临床应用价值确切。

关键词：重症胰腺炎；内镜引导下鼻空肠管植入；心理支持干预；症状体征；生化指标；并发症；满意度；效果

重症胰腺炎是胰腺由于胰蛋白酶的自身消化作用异常而引起的疾病。胰腺有不同程度的水肿，充血或出血、坏死^[1]。在临床上出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐、发热等症状。化验血和尿中淀粉酶含量升高等。同时患者也会产生不同程度的水电解质失衡，不同程度的发热，要及时处理，加强观察。该类疾病患者在治疗过程中需要禁食，由于机体处于高分解代谢状态，禁食后会导致负氮平衡，同时还存在各脏器功能衰竭和局部并发症状态，所以需要全面治疗^[2]。内镜引导下鼻空肠管植入能很好改善患者早期高分解代谢状态，减少并发症的发生，降低其病死率，安全性高。然而在治疗过程中，不少患者存在各种心理负担和心理问题，加上对该项治疗的不了解，极易加重心理负担，不利于治疗和预后^[3]。对此，我们对其进行内镜引导下鼻空肠管植入的重症胰腺炎患者实施心理支持，取得了满意的效果，现报道如下：

1. 研究资料及方法

1.1 研究资料

选取我院近2年收治的重症胰腺炎患者，回顾分析探讨干预效果。其中45例对照组患者（男26例，女19例）年龄在35–73岁（平均 54.24 ± 7.18 岁）；胆源性16例、酗酒11例、暴饮暴食9例、不明原因9例。45例观察组患者（男21例，女24例）年龄在35–74岁（平均 54.56 ± 7.17 岁）；胆源性19例、酗酒13例、暴饮暴食8例、不明原因5例。上述病例资料比较均衡性良好（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

两组病例均予禁食、胃肠减压、补液扩容、纠正水电解质及酸碱平衡紊乱，待患者排气和肠鸣音恢复，腹胀缓解时，在胃镜下经鼻放置胃空肠管（德国费森尤斯卡比公司）于空肠，置管后第1天，先予生理盐水250–500ml，使肠道适应。第2天输注瑞素（华瑞公司），500ml，缓慢滴入，20–30ml/h，此后每天增加500ml，并根据患者耐受能力逐渐增加输注速度，最大量可达2000ml/d。

上述治疗期间，对照组接受常规护理干预，包括：①基础护理，鼻腔置管和禁食病人唾液分泌减少，导致口腔干燥，且易滋生细菌，所以置管期间每日口腔护理2次，并以温开水漱口，使病人口腔清洁舒适。②营养液的配制及输注营养液应根据病人所需热量配制，选用短肽短链脂肪酸的营养液。本组营养液均为瑞素肠内营养乳。温度以保持 37°C – 40°C 为宜，输注速度应遵循先慢后适当加快并控制在30ml–120ml为宜。③鼻空肠管的选择最好选择三腔鼻空肠管，其一腔为鼻胃管，便于观察胃内容物情况；其二腔为鼻空肠管，便于注入营养液；第三腔为减压管，便于胃肠减压，由于其三腔合一，只需1根管子放置于鼻腔，极大程度上减小了鼻腔压力。非常适合意识清醒者，同时也便于护理。④放置鼻空肠管放置后，应当即注入适量生理盐水冲管，检查管道是否保持畅通，若出现注

入不畅，应考虑管道在胃内或咽喉部反折打折、脱出等可能，应在管腔内注入碘剂，根据检查情况做出适当的处理，必要时，更换空肠管并再次放置。⑤固定管道，体外部分应固定好，外端应连接三通管，以便消毒处理。并在每次鼻饲后，予以无菌纱布包裹，予胶布缠绕固定。⑥药液注入，待肠蠕动有所恢复后，采给予营养液，辅以适当生理盐水和饮用水。注入营养液的量应遵循逐渐增多的原则，输注期间，每天用温开水冲洗管道1次，防止堵塞。在注入营养液前后，均予30ml–50ml生理盐水或饮用水注入，以达到冲洗管道的目的。应注意避免用大号注射器抽吸管道，以免因吸入肠黏膜而导致管道堵塞，注入液体的方式可以选择注射器注入，也可以将袋装营养液连接输液管再与连接着鼻空肠管的三通管相接，以静脉输液的方式均匀输入，还可以用输液泵均匀泵入。注意配置时不可用力摇晃液体，以免破坏营养液的成分。⑦输注方式，先给予有效的指导，协助其半卧位，床头抬高 30° ，预防反流。输注速度、和剂量应以逐渐增加的方式进行，开始滴注时，速度要慢，20–30ml/h，以后每24h增加30ml。一般可给予半个月左右的肠内营养支持。待症状缓解、腹部体征减轻、腹腔内渗出液被吸收后、病情有所缓解，可逐渐减少营养液的量，逐步进食。⑧严格无菌操作，置管过程中必须严格无菌操作。每日更换输液器、营养液必须严格按照说明书要求保存，用时开瓶，即开即用。可适当加温，室温下悬挂不超过8h，以免营养液变质或受到污染。

而观察组则加用心理支持干预。临床发现，疾病知识的认知比较缺乏，加上对治疗和康复事项了解不多，难免会有疑虑产生，从而加重心理负担，增强焦虑和恐惧的心理应激状态，不利于临床医疗护理工作的顺利开展。所以对重症胰腺炎患者提供有针对性的心理护理干预，对增加患者依从性与配合度，促进康复均有较好的促进作用。要求护理人员多与患者交流，同时评估患者心理状况变化情况。耐心倾听患者对自身疾病及预后的顾虑，并耐心回答他们提出的问题，多讲解成功案例，使患者树立战胜疾病的信心和持之以恒的毅力，积极配合。对认识水平较低的患者，应在实施置管操作前，详细解释该项治疗的意义、重要性、优势及实施方法，告知相关配合要点，从生理、心理上给予全面支持，帮助其早日回归社会和家庭。

1.3 统计学方法

用统计学软件（SPSS23.0版本）分析数据。

1.4 观察指标

记录两组患者各项临床症状体征改善情况，并且统计两组患者并发症的发生及患者满意度情况。同时测定两组患者生化指标^[4]变化情况。

2. 结果

2.1 两组患者各项临床症状体征改善情况对比

由表 1 可知, 观察组患者各项临床症状体征改善情况均明显优于对照组, 差异明显 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者各项临床症状体征改善时间对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	排气时间 (h)	排便时间 (d)	腹痛时间 (d)
观察组	45	53.26 ± 3.68	4.51 ± 0.69	3.65 ± 0.52
对照组	45	72.36 ± 6.25	6.89 ± 0.78	6.85 ± 1.43
t	-	17.666	15.331	14.108
P	-	0.001	0.001	0.001

2.2 两组患者并发症率对比

由表 2 可知, 观察组患者并发症率低于对照组, 差异明显 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者并发症率对比[n,(%)]

组别	例数	堵管	脱管	腹痛	腹胀	并发症率
观察组	45	2	1	4	2	6.67
对照组	45	0	1	1	1	20.00
χ^2	-	-	-	-	-	4.020
P	-	-	-	-	-	0.045

2.3 两组患者满意度对比

由表 3 可知, 观察组患者总体满意度高对照组, 差异明显 ($P < 0.05$)。

表 3 两组患者满意度对比[n,(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总体满意度
观察组	45	35	10	0	100.00
对照组	45	18	21	3	86.67
χ^2	-	-	-	-	52.275
P	-	-	-	-	0.001

2.4 两组患者生化指标变化对比

由表 4 可知, 观察组患者血清白蛋白、血红蛋白、C 反应蛋白水平平均高对照组, 差异明显 ($P < 0.05$)。

表 4 两组患者生化指标变化对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血清白蛋白	血红蛋白	C 反应蛋白
观察组	45	37.68 ± 2.98	68.89 ± 3.84	44.52 ± 20.71
对照组	45	32.41 ± 2.45	63.52 ± 2.95	98.41 ± 26.69
t	-	9.164	7.439	10.701
P	-	0.001	0.001	0.001

3. 讨论

重症胰腺炎是急性胰腺炎中危险度最高的一种。它是指除消化道症状之外同时合并有器官功能的衰竭, 比如呼吸衰竭, 呼吸频率在 30 次/分以上、监测氧饱和度在 90% 以下, 休克、肾功能衰竭, 如尿少、无尿、严重的酸中毒, 以及胰性脑病、DIC 等, 都是重症急性胰腺炎表现。重症胰腺炎在临床上死亡率较高, 要高度重视^[5]。一般来说, 若治疗及时, 经过对症治疗有可能完全恢复, 不会留任何后遗症。所以, 把握时间, 给予患者适当的治疗及护理意义重大。

由于重症胰腺炎的病人在肠道功能恢复前需要禁食, 甚至还要放胃管进行胃肠减压。所以重症胰腺炎需要营养支持, 在此阶段, 可根据患者的营养需要选择全肠外营养, 通过静脉的输液, 将一些营养, 如葡萄糖、脂肪、氨基酸、维生素、电解质等加在营养液里, 采用静脉途径来进行全肠外营养。有研究表明^[6], 肠内营养支持效

果更优于肠外营养支持, 目前已成为临床中首选的营养支持方式。但在进行肠内营养时, 准备好输入通道, 对后续空肠营养管的置入打下良好基础。临床中, 置管方法较多, 其中内镜下直视下放置空肠营养管应用更广泛, 且具有操作简单、安全性, 置管时间短的优势, 这样的置入方式能够显著减少患者的不适, 提高成功率^[7]。此时, 加上常规护理操作, 提前做好准备工作, 加强患者配合度, 并注意营养管固定情况, 提升置管效率和质量。置管成功后, 根据患者的具体情况选择适当的营养液并注意输注方式, 有效提升营养支持的科学合理性, 同时做好相关预防工作, 严格无菌操作, 提高营养支持效果, 促进患者康复。但在实际干预过程中, 患者疗效不理想。深入分析得知, 本疾病病程长, 并发症较多, 病死率较高, 大多数患者在承受巨大痛苦的同时存在较大的精神压力, 这对疾病的治疗和康复是非常不利的。还有一些患者存在错误认识, 从而出现不良行为习惯, 也不利于康复。此外, 还有一些患者缺乏正确的医学知识, 不了解疾病和相关治疗流程, 故而加重其心理应激, 也不利于康复。对此, 我们在常规护理干预中加入心理支持干预, 通过倾听患者主诉, 了解其心理变化和实际心理需求, 并对其进行心理评估, 根据评估结果给予有针对性的心理指导, 采用安慰、鼓励、支持等方式, 尽快帮助患者接触负性心理情绪, 使其树立站上疾病的信心, 积极配合治疗, 促进其早日康复^[8]。本研究结果显示, 观察组患者各项临床症状体征改善情况更优, 并发症率更低, 观察组患者总体满意度更高, 与对照组相比差异明显 ($P < 0.05$), 充分表明内镜引导下鼻空肠管植入方式治疗配合心理支持干预, 能很好的保证患者肠内营养支持效果, 降低各种并发症的发生, 促进疾病的尽快康复, 易被患者所接受。此外, 观察组患者白蛋白、血红蛋白、C 反应蛋白水平平均高于对照组 ($P < 0.05$), 证实该疗法可有效改善患者体内营养状况, 促进其恢复, 极大程度的保证了患者的生命安全。

综上所述, 内镜引导下鼻空肠管植入在重症胰腺炎患者中有良好效果, 可有效促进疾病的恢复。同时配合心理支持, 能进一步降低并发症发生率, 缩短临床症状恢复时间, 提高疗效, 改善预后。

参考文献:

- [1]林娟, 黄彩云, 覃卡, 等. 超早期鼻空肠管行肠内营养在重症急性胰腺炎腹腔高压患者中的价值研究[J]. 心血管外科杂志: 电子版, 2020, 9(1):111-112.
- [2]杨盼瑞, 杨梦月, 徐曼, 等. 重症急性胰腺炎患者鼻空肠管堵管的原因及对策[J]. 当代护士 (学术版), 2021, 028(002):10-11.
- [3]陆劲松, 沈宽波, 吴毕勇, 等. 经鼻空肠管早期肠内营养对重症急性胰腺炎患者的应用效果及并发症发生率影响分析[J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31(6):680-681.
- [4]何建伟, 夏小丽, 田巍巍, 等. 早期经鼻空肠管肠内营养支持联合益生菌对重症急性胰腺炎患者营养状况和肠道黏膜损伤程度的影响[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40(11):2925-2931.
- [5]李丽, 薛婷, 丁伟超, 等. 早期不同肠内营养方式对重症急性胰腺炎患者炎症因子及预后的影响[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2020, 15(8):954-958.
- [6]鹿旭. 鼻空肠管营养支持配合胰岛素泵入对重症胰腺炎患者血糖控制的护理[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(3):427-428.
- [7]杨成英. 重症急性胰腺炎患者经鼻空肠管行肠内营养的护理[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(17):64.
- [8]罗金玲. 心理护理联合肠内营养支持在重症急性胰腺炎患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(17):176-178.