

营养支持护理在 ICU 重症患者护理中的实践与效果分析

黄雪

(江口县人民医院 554400)

摘要: 目的: 对 ICU 重症患者开展营养支持护理的实践操作, 明显提升了临床护理效果, 为 ICU 内对重症患者的护理提供参考。方法: 我院 ICU 收治的重症患者抽取 60 例, 随机分 2 组, 对照组常规 ICU 护理, 观察组增加营养支持护理, 对两组护理效果对比。结果: 护理前两组营养状况各项指标 (TP、PA、TRF) 比较无统计学差异 $P > 0.05$; 护理后, 观察组指标改善优于对照组, $P < 0.05$; 观察组 ICU 内情况各项指标均优于对照组, $P < 0.05$; 观察组并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$; 观察组患者感染率低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 营养支持护理在 ICU 重症患者护理中的实践应用效果显著, 能有效降低 ICU 内的并发症和感染发生, 优化各项营养指标, 具有推广价值。

关键词: 营养支持护理; ICU 重症患者; 护理实践; 护理效果

ICU 是医院重要的科室, 主要负责对危重症患者的急救治疗, ICU 内重症患者多合并严重并发症、创伤等疾病, 因机体长期高代谢、高分解及免疫力差等因素影响, 患者表现出吞咽障碍, 无法自主进食, 影响机体的营养状态。ICU 患者大多出现营养问题, 由于得症患者发病快, 病情危重, 机体抵抗力差, 患者多合并神经系统退行性病变, 如果合并营养不良, 患者在 ICU 入住时间会延长, 从而危及到患者生命安全^[1]。研究发现^[2], ICU 内患者营养不良对其生活质量会造成严重的影响, 可见, 为 ICU 重症患者提供营养支持, 能促进患者身体机能的康复。常规营养支持为患者及时补充营养物质, 但蛋白质摄入不足, 如果肠外营养支持对机体肝功能会造成损伤, 导致机械通气时间过长, 引起高血脂^[3]。所以, 多为患者提供肠内营养支持治疗。重症患者在 ICU 入住期间在配合营养支持过程中, 得到科学的护理管理, 可以对患者营养状态起到积极的影响, 从而有效控制感染、并发症等不良事件发生。肠内营养支持治疗可以将人体所需营养物质经由鼻胃管直接注入消化道, 为患者提供营养物质, 以此促进生理功能保持在正常的运转状态, 尤其重症患者接受肠内营养支持, 利于患者的预后和身体康复^[4]。为探讨营养支持护理对 ICU 重症患者的优越性, 与常规护理各项指标比较, 汇总如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院于 2020 年 2 月-2022 年 5 月 ICU 收治的重症患者抽取 60 例, 抽签法将 60 例患者分 2 组, 每组 30 例。对照组: 男 17 例, 女 13 例; 年龄 30-78 岁, 均值 (57.12 ± 5.33) ; 观察组: 男 16 例, 女 14 例; 年龄 32-79 岁, 均值 (56.48 ± 5.79) ; 两组资料比较, 无统计学差异 $P > 0.05$ 。

纳排: (1) 入选病例均在 ICU 内入住; 预估患者生存期 > 1 个月; 患者胃肠功能保持在正常状态; 为患者提供营养支持 $> 7d$; 患者或家属知情研究, 签订同意书。(2) 排除妊娠哺乳期妇女, 肠外营养支持患者, 胃肠功能异常的患者, 颅脑损伤的患者, 终末期器官功能衰竭患者。

1.2 方法

对照组常规护理, 监测患者生命体征, 对患者的意识状态变化进行观察, 确定患者呼吸道保持在通畅状态, 发现呼吸道不通及时给予吸痰、雾化等操作, 恢复患者呼吸道的通畅状态, 及时为患者实施抗感染治疗。纠正机体水电解质失衡问题, 补充营养, 为患者提供肠内营养支持, 稳定患者血糖低于 11.1mmol/L , 发现血糖过高时要及时注射胰岛素控制血糖水平。观察组在此基础上开展营养支持护理, 内容如下。

(1) 成立营养支持护理小组。由专业护理人员评估患者的营养状态, 对患者的身体健康程度进行评价, 针对实际情况制订营养

支持护理计划。

(2) 个性化营养支持。肠内营养支持治疗过程中, 取食糜、营养液经由胃管对患者胃部输入, 针对患者情况, 对摄入量进行调节。对于经鼻胃管摄入的患者, 为患者提供短肽型肠内营养支持, 发现患者缺少碳水化合物时, 及时补充糊精; 发现患者存在脂肪消化、吸收的不良状态, 要对链甘油三酯比率进行调节。营养支持治疗时, 对营养液温度要控制要适宜的状态, 防止温度过低, 以恒温夹持续加温营养液, 维持其 $38-40^{\circ}\text{C}$ 。鼻饲速度要控制在适宜状态, 防止速度过快使患者不适感加剧, 观察患者接受程度, 发现有排斥反应、异常反应, 及时停止鼻饲。鼻饲后, 以温开水为患者鼻饲管冲洗, 鼻饲后 30min, 及时为患者翻身、吸痰。肠内营养支持治疗过程中监测患者体质量、二便等情况, 对患者大便性状进行观察^[5]。

(3) 预防感染。护理人员以无菌棉签对患者口腔内进行清理, 预防呛咳时病菌进到肺部内引发肺部感染。为患者开展心电监护, 纠正低血容量, 有效预防患者发生休克。发现消化道出血, 及时纠正, 为患者吸氧, 补充血容量。

(4) 心理干预。护理人员通过语言安慰、非语言的安慰方式 (肢体抚触、眼神等), 对患者提供心理安慰, 如果患者无法正常沟通, 护理人员要分析和观察患者可能的需求, 为患者提供护理, 提高患者身心的舒适度。护理人员根据患者病种、治疗和康复方案, 床旁宣教, 帮助患者正确认知病情, 更好的配合诊疗操作。不良情绪严重时, 为患者提供针对性心理疏导, 稳定患者情绪, 利于临床病情康复, 使患者可以有效掌握自身情绪变化, 对自身情绪学会调节。病情允许状态下, 护理人员积极与学生沟通, 防止患者在 ICU 内因面对陌生情绪而产生的恐惧情绪。护理人员对患者讲解 ICU 内情况, 减轻患者在陌生环境的孤单感, 讲解肠内营养支持相关知识, 使患者了解诊疗配合的注意事项^[6]。

(5) 口腔护理。患者由于自身病情严重, 患者正常的发音、吞咽都表现出不同程度的难度, 口腔中易滋生细菌, 口腔细菌到一定程度就会引起呼吸机相关性肺炎, 对临床疗效产生影响, 导致患者不适感严重。为预防口腔细菌的滋生, 提供口腔护理, 使患者口腔维持在清洁状态。以生理盐水为患者漱口, 观察患者的口腔黏膜保持是否处于完整的状态, 每日至少为患者口腔护理 2 次, 预防发生细菌感染。

1.3 观察指标

(1) 对两组护理前后的营养状况各项指标评价, 根据全自动血液分析检测仪, 检测两组护理前后的铁蛋白 (TRF)、总蛋白 (TP)、前白蛋白 (PA) 等指标, 对检测结果做统计学比较; (2) 记录两组 ICU 内情况, 包括机械通气时间、ICU 入住时间、营养达标时间、住院费用等; (3) 记录两组 ICU 内发生的并发症, 包括胃潴留、腹泻、腹胀等; (4) 记录两组感染情况, 包括肺部感染、腹部感染及

泌尿系统感染等。

1.4 统计学方法

数据 SPSS22.0 统计学分析, 计数资料[n(%)]表示, χ^2 检验; 计量资料 [$\bar{x} \pm s$] 表示, t 值检验, $P < 0.05$ 说明差异明显。

2 结果

2.1 分析营养状况

护理前两组营养状况各项指标 (TP、PA、TRF) 比较无统计学差异 $P > 0.05$; 护理后, 观察组指标改善优于对照组, $P < 0.05$ 表 1。

表 1 两组护理前后营养状况各指标比较 [$\bar{x} \pm s$, g/L]

组别	TP		PA		TRF	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=30)	50.44 ± 4.48	63.20 ± 5.52	150.99 ± 13.42	207.96 ± 19.12	1.85 ± 0.17	2.83 ± 0.26
对照组 (n=30)	50.50 ± 4.37	57.48 ± 5.24	151.05 ± 13.25	176.24 ± 16.17	1.87 ± 0.16	2.20 ± 0.19
t	0.052	4.116	0.017	6.938	0.469	10.715
P	0.958	0.000	0.986	0.000	0.640	0.000

2.2 分析 ICU 内情况

观察组 ICU 内情况各项指标均优于对照组, $P < 0.05$ 表 2。

表 2 两组患者在 ICU 各项指标对比 [$\bar{x} \pm s$]

组别	机械通气时 间 (d)	ICU 入住时间 (d)	营养达标时 间 (d)	住院费用 (万 元)
观察组 (n=30)	5.65 ± 0.45	7.54 ± 0.70	1.86 ± 0.33	2.08 ± 0.32
对照组 (n=30)	6.90 ± 0.52	9.86 ± 1.43	2.80 ± 0.42	2.86 ± 0.45
t	9.956	7.981	9.639	7.737
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 分析并发症情况

观察组并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 表 3。

表 3 两组并发症比较[n(%)]

组别	例数 (n)	胃潴留	腹泻	腹胀	并发症发生 率
观察组	30	0 (0)	1 (3.3)	1 (3.3)	2 (6.7)
对照组	30	2 (6.7)	4 (13.3)	3 (10.0)	9 (30.0)
χ^2					5.454
P					0.019

2.4 分析感染情况

观察组患者感染率低于对照组, $P < 0.05$ 表 4。

表 4 两组感染率比较[n(%)]

组别	例数 (n)	肺部感染	腹部感染	泌尿系统 感染	感染率
观察组	30	0 (0)	1 (3.3)	0 (0)	1 (3.3)
对照组	30	1 (3.3)	3 (10.0)	2 (6.7)	6 (20.0)
χ^2					4.043
P					0.044

3 讨论

ICU 重症患者由于病情危重, 易发生胃肠功能障碍, 表现出应激性溃疡出血、进食困难、腹胀等症状, 严重时会使腹腔压力过大, 呼吸障碍、循环系统障碍, 引起感染。为促进 ICU 重症患者的临床

康复, 要为患者建立正常内环境。患者因意识混乱, 接受机械通气治疗, 无法正常的进食。受脏器功能衰竭等因素影响, 机体所需营养不能通过正常进食获取, 影响肠胃功能和吸收力, 表现出营养不良^[7]。因机能差, 应激耐受度差, 会引起胃肠功能紊乱, 影响患者在 ICU 内顺利的康复的转归。临床对 ICU 开展的常规护理效果并不理想, 对于 ICU 内的感染率、并发症控制效果不佳。营养支持护理用于 ICU 重症患者, 对于患者身体康复具有积极的影响。作为新型护理形式, 营养支持护理针对 ICU 患者病情种类、严重程度等差异, 选择营养支持方式, 满足患者要求^[8]。逐步过渡的方式, 调节营养物质的摄入, 及时补充营养, 也能防止出现营养过剩发生, 调节胃肠功能到良好的状态。通过营养支持护理使患者得到能量供应, 满足患者身体需求, 维持机体正常运行, 纠正代谢平衡, 对免疫功能也能起到积极的改善作用, 促进患者在 ICU 的康复^[9]。营养支持护理可以发挥 ICU 护理优势, 对机体细胞免疫功能起到有效的改善作用, 从而控制出现应激性溃疡, 与常规护理措施比较, 能及时弥补其不足之处, 满足机体营养需求。通过其科学化的、个性化的护理干预, 及时发现患者的营养风险, 开展针对性干预, 做到因人制宜实施营养支持, 预防发生感染和并发症, 积极改善营养指标。配合心理干预, 也能消除患者恐惧情绪, 更好的配合 ICU 护理人员完成各项诊疗操作, 降低营养不良风险发生, 确保机体得到充足的能量供应, 及时调节应激状态。有研究发现^[10], 人体胃肠道除消化吸收功能外, 也是重要的免疫器官, 提供营养支持护理, 可以使机体得到充足的营养和能量供应, 使细胞正常代谢维持在正常状态, 保证胃肠黏膜结构完整, 控制细菌的繁殖, 降低感染发生。

综上所述, 营养支持护理在 ICU 重症患者护理实践中操作, 效果理想, 可于临床推广。

参考文献:

[1] 张晓燕, 张凌娟, 陶绪梅. 个体化营养支持联合集束化护理干预对重症脑卒中患者的影响[J]. 中国全科医学, 2021, 24(S1): 207-209.

[2] 陈萍萍, 孙星月, 傅婷. 早期肠内营养支持联合心理护理对老年重症脑卒中患者的康复影响研究[J]. 心理月刊, 2021, 16(16): 100-101.

[3] 沈慧圆, 邓福珠. 肠内营养支持联合综合护理干预在重症脑卒中患者治疗中的应用研究[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(21): 100-103.

[4] 郭裕婷, 郑晓莉, 陈艳艳, 等. 营养支持护理在 ICU 重症患者护理中的有效性研究[J]. 中外医疗, 2021, 40(28): 117-120.

[5] 李馨. 重症急性胰腺炎早期肠内营养支持联合整体护理干预效果分析[J]. 河南外科学杂志, 2022, 28(03): 186-189.

[6] 夏春洁. 超早期肠内营养支持护理对重症颅脑损伤患者营养状态、康复进程的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(12): 1663-1666.

[7] 陈小园. 早期肠内营养支持对心脏术后重症患者临床疗效和护理对策[J]. 当代临床医刊, 2022, 35(02): 80-81.

[8] 叶爽, 刘冰. 重症医学科营养支持小组干预在重型颅脑损伤患者护理中的应用[J]. 临床医学工程, 2022, 29(04): 561-562.

[9] 赵亮. 综合性护理干预对 ICU 重症肠内营养支持患者营养状况及预后的影响[J]. 中国医药指南, 2022, 20(09): 169-172.

[10] 陈少梅, 林家羽, 唐瑜. ICU 重症患者实施营养支持护理的效果及对提高患者营养情况的分析[J]. 医学食疗与健康, 2022, 20(02): 16-18+22.

作者简介: 黄雪. 江口县人民医院. 554400. 贵州省江口县。汉族。本科。1991.12。女。护师。护理专业。