

重症急性胰腺炎患者肠内营养联合心理护理干预的临床效果体会

朱小萌

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000)

摘要:目的:探讨重症急性胰腺炎患者肠内营养联合心理护理干预的临床效果。方法:将我院2021年2月-2022年2月,收治的50例重症急性胰腺炎患者,随机分为对照组(施以常规护理)、观察组(接受肠内营养联合心理护理)各25例,对比两组临床干预结果。结果:研究组护理质量评分高于对照组, $P < 0.05$ 。研究组营养指标水平高于对照组, $P < 0.05$ 。干预前两组HAMA与HAMD评分相匹配, $P > 0.05$ 。干预后HAMA与HAMD评分比干预前低, $P < 0.05$ 。干预后研究组的HAMA与HAMD评分比对照组低, $P < 0.05$ 。结论:肠内营养联合心理护理干预,可改善患者的身心状态,值得推广应用。

关键词:急性重症胰腺炎;肠内营养;心理护理

急性重症胰腺炎是常见的急腹症,有病情发展迅速、并发症多、病死率高等特点,现阶段临床仍然缺少特异性、有效的治疗方法。患者处于高代谢与高应激状态,要想将其从营养不良、负面情绪等致病因素的恶性循环状态中脱离出来,需采取优质的肠内营养联合心理护理干预,也对护理人员的专业能力和职业素养提出了更高要求^[1]。要求护理人员渗透循证医学和以患者为中心等现代化服务理念,完善护理薄弱环节,确保肠内营养作用与心理护理干预价值最大程度的发挥,有效改善预后,提高医疗服务治疗的同时,实现医疗资源优化与高效利用^[2]。本文选择2021年2月-2022年2月在本院接受治疗的50例急性重症胰腺炎患者,对肠内营养联合心理护理的效果给予进一步的分析研究,具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院50例急性重症胰腺炎患者作为观察对象,患者均符合中华医学会消化病分会制定的诊治指南中急性胰腺炎的相关诊断标准,患者及家属均知情同意。排除精神障碍与意识障碍者。随机分组各25例。观察组中女性12例、男性13例;年龄平均 65.3 ± 4.2 岁。对照组中女性11例、男性14例;平均年龄 66.5 ± 4.6 岁。两组病情与文化程度等资料对比无统计学差异, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

入院患者均接受维持电解质平衡与抗感染、胃肠减压等基础对症治疗。对照组施以常规护理,根据科室护理管理制度和工作标准等,落实生命体征监测与用药指导等干预措施。研究组加强肠内营养联合心理护理干预,方法如下:

1.2.1 早期肠内营养

根据患者体重,按28kcal/kg的标准及120:1~150:1的热氮比配制营养物质。经鼻置入空肠营养管,在X射线的透视下放置营养管。首先,通过营养管滴注500ml的37℃生理盐水,以唤醒肠道,使其逐渐适应,再以20~30ml/h的速度滴注氨基酸类营养制剂。根据患者对肠内营养的耐受能力,合理控制滴注速度100~140ml/h;完成1周的肠内营养后,根据患者的病情选用整蛋白型与长肽营养合剂。当患者的血常规和尿常规等指标恢复正常,腹部疼痛等临床症状消失后,可停止肠内营养,逐渐开放饮食。

1.2.2 心理护理

重症急性胰腺炎患者心理问题来源,主要包括起病急引起的心理防线的轰然坍塌;身体难以忍受的疼痛、腹胀、恶心、呕吐等疾病本身对身体的践踏;谵妄、恶心、呕吐、头晕、头痛等药物的不

良反应;心电监测、留置各种管道等ICU环境对患者的影响;临床有创治疗对患者的影响等。重症急性胰腺炎患者心理护理对策包括以下几点:①明确病因:重症急性胰腺炎的病因多样,包括高脂血症性型、胆源性、特发性等,根据病因采取个体化的护理措施干预。②宣教:讲解疾病和治疗、护理等方面的内容,通过宣教提高患者的认知度和配合度。讲解并发症的危险因素和预防措施,动员家属参与疾病管理,改善其健康行为。③缓解身体不适:对于疼痛、口渴、呼吸窘迫、饥饿等不适,根据患者病情、年龄及对镇痛药的敏感性选择个体化的镇痛方式。重症急性胰腺炎患者需禁食,口渴患者可以予水漱口或润湿口唇、涂抹唇膏等。腹压升高患者施行腹腔减压处理,以快速缓解病情。通过给氧或通气方式缓解呼吸窘迫。应用药物消除患者饥饿感,稳定其身心状态。④缓解护患关系:做好操作解释与解疑解惑等服务工作,提高患者的安全感和信任度。对气管插管等不能通过语言交流的患者,要做好非语言沟通,回应或满足患者无声的需求。尽早开展早期活动加强护患交流。⑤睡眠护理:临床操作集中安排在白天进行,减少夜间对患者的打扰。睡眠困难者,诱导患者非药物性睡眠。夜间减少噪音等刺激,确保患者的睡眠质量。⑥环境管理:做好病房的通风消毒等工作,合理控制病房的温度与湿度,减少强光与灰尘等不良刺激,降低治疗仪器的声音,降低噪声产生。⑦维护自尊:不在患者面前讨论病情,保护和尊重其隐私权,尽量减少暴露。做好基础护理,保持患者身体清洁。⑧提高护理人员的素质水平:更新护理人员的专业知识技能,掌握美学、伦理学、社会学、心理学等方面的护理内容。要求其具备人文素养与高尚的医德,能更好的服务于此类患者。

1.3 观察指标

1.3.1 护理质量

比较两组护理质量,参照肠内营养护理设施与护理流程等指标观察要素质量;参照护理评估与病情评估、护理操作等指标观察环节质量;参照并发症率与健康教育知晓率、体重增加等指标观察终末质量。

1.3.2 营养指标

参照血红蛋白、血清总蛋白、血清白蛋白等指标,了解两组的营养指标改善状况。

1.3.3 心理状态

参照HAMA与HAMD量表,了解患者抑郁与焦虑症状的改善情况。量表问卷有7个题目,各题目有0-3分的4个分值,总分21分,分数越高表示焦虑抑郁负面情绪越严重,8分为分界点,超过

8分表示患者有焦虑抑郁负面情绪。

1.4 统计学方法

数据处理用 spss22.0 软件, 以均数 \pm 标准差表示的计量数据, 行秩和检验; 以百分数表示的计数资料, 行卡方检验; 组间统计学差异用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 护理质量

护理管理干预后, 研究组护理质量评分高于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 1 所示。

表 1 护理质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
要素质量	21.24 \pm 3.16	30.65 \pm 2.64	12.154	0.000
环节质量	21.17 \pm 2.54	31.84 \pm 2.23	13.495	0.000
终末质量	20.36 \pm 2.17	31.16 \pm 2.45	12.736	0.000

2.2 营养状况

护理管理干预后, 研究组营养指标水平高于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 2 所示。

表 2 营养状况对比 ($\bar{x} \pm s$, n=25)

指标	时间	对照组	研究组	t	P
血红蛋白 (g/L)	干预前	105.65 \pm 9.25	105.26 \pm 8.74	0.464	0.597
	干预后	106.57 \pm 9.28	109.17 \pm 12.95	6.354	0.010
血清总蛋白 (g/L)	干预前	60.15 \pm 2.17	60.69 \pm 2.45	0.563	0.314
	干预后	64.65 \pm 5.25	67.15 \pm 6.39	6.752	0.008
血清白蛋白 (g/L)	干预前	30.27 \pm 3.26	30.28 \pm 3.45	0.349	0.628
	干预后	34.45 \pm 3.29	37.65 \pm 3.85	6.512	0.010
血钙 (mmol/L)	干预前	1.31 \pm 0.36	1.33 \pm 0.52	0.364	0.627
	干预后	2.12 \pm 0.85	2.56 \pm 0.92	3.445	0.045

2.3 心理状态

干预前两组 HAMA 与 HAMD 评分相匹配, $P > 0.05$ 。干预后 HAMA 与 HAMD 评分比干预前低, $P < 0.05$ 。干预后研究组的 HAMA 与 HAMD 评分比对照组低, $P < 0.05$, 如表 3 所示。

表 3 心理状态比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	时间	对照组	研究组	t	P
HAMA	干预前	13.26 \pm 0.17	13.25 \pm 0.64	0.485	0.574
	干预后	6.27 \pm 0.12	4.35 \pm 0.17	4.467	0.035
HAMD	干预前	14.41 \pm 0.36	14.39 \pm 0.41	0.221	0.732
	干预后	6.23 \pm 0.22	5.06 \pm 0.13	3.365	0.041

3 讨论

重症急性胰腺炎起病急且病情进展快, 严重威胁患者的身心健康与生命安全, 建议采取整体性的疗法干预, 发挥护理辅助疗法的价值, 有效控制病情^[3]。肠内营养联合心理护理干预的价值突出, 体现在以下几方面: 一是提高护理服务质量。为减少临床操作对患者带来的再度伤害, 要求护理人员明确掌握工作标准及护理要求, 严格执行科室护理管理制度, 规范护理工作的思想行为, 减少工作失误引起的护理不良事件^[4-5]。重症急性胰腺炎患者对护理人员的依赖度大, 唯有不断提高护理工作的预见性和个体化、创造性等特点, 才能满足患者的医疗服务需求, 尽快实现医疗服务目的^[6]。二是改善营养指标: 重症胰腺炎是多种致病因素共同作用的结果, 患者处于高分解代谢状态, 加上禁食会引发营养不良, 机体功能紊乱。对此, 提供营养支持显得尤为重要。肠外营养支持疗法的干预, 会加

剧破坏肠黏膜屏障功能, 紊乱肠道菌群, 诱发胰腺组织激发感染^[7]。肠内营养能够维持肠道屏障功能, 增加肠道血流量, 加速肠道蠕动, 缓解炎症反应, 提高机体免疫力。在胃镜直视下置管的成功率高, 减少了空肠营养管对胰腺分泌功能等分泌的刺激, 利于促进胰腺恢复。根据患者的实际情况合理调整干预方案, 更利于提高护理质量与服务水平, 促使患者的生理功能平衡^[8-9]。三是改善心理状态: 患者受疾病折磨、炎症和治疗应激等因素的影响, 普遍存在不同程度的精神压力与负面情绪, 促使护患关系更加紧张, 无法顺利开展临床操作。用治疗性语言、合理的方法、科学的态度去疏导患者的心理顾虑及精神痛苦。通过说服、解释、启发、劝解、安慰等个体化的疏导方法, 帮助患者摆脱心理困境^[10]。要求护理人员掌握艺术沟通技巧, 配合非语言沟通的方式, 切实改善患者的不良心理状态。关注患者的细微心理状态变化, 引导其倾诉心中困惑, 采取针对性的心理护理措施去疏导, 缓解其心理应激。告知负面情绪对疾病发展的影响, 教会其如何运用心理暗示、放松疗法、转移注意力等措施自我调整情绪, 主动摆脱不良情绪的刺激, 切实改善患者的心理功能^[11]。利用热情的服务态度、较强的责任意识、娴熟的技能操作等提高患者的信任度与安全感, 切实改善护患关系。通过落实细节性和人文性、预见性等护理服务工作, 将其从恶性循环状态中脱离出来, 切实发挥护理管理的效用^[12]。

综上所述, 肠内营养联合心理护理干预, 可改善患者的身心状态, 提高护理服务质量, 值得深入研究。

参考文献:

- [1]王俊霞,朱建华,薛阳阳,等.重症急性胰腺炎并存慢重症患者肠内营养不耐受的护理[J].护理学杂志,2021,36(17):101-103.
- [2]陈翠,张允,朱海宁,等.重症急性胰腺炎患者肠内营养管理最佳循证实践方案的制定和应用[J].中华胰腺病杂志,2021,21(5):7.
- [3]杨天琪,何冰峰,李晓娟,等.肠内营养不同递增输注速度对重症急性胰腺炎患者的影响[J].护理学杂志,2019,34(15):2.
- [4]郭法阔,张林,尹红.谷氨酰胺早期肠内营养与动脉灌注联合用于重症急性胰腺炎的价值[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(8):4.
- [5]隆志强,陈静,陈岩,马明.乌司他丁联合早期肠内营养治疗重症急性胰腺炎的疗效及对核因子 κB 和 Toll 样受体 4 的影响[J].中国医师进修杂志,2021,44(2):153-157.
- [6]赵培培,王富兵,范辉,等.超早期肠内营养联合益生菌对重症急性胰腺炎患者的疗效[J].中华胰腺病杂志,2019,19(2):4.
- [7]陶红,印坤,高晴,等.重症急性胰腺炎患者肠内营养管理的最佳证据总结[J].中华胰腺病杂志,2020,20(6):6.
- [8]夏迪,陈霞,申明,严娅,乔江蓉.六合丹湿敷腹部联合早期益生菌添加肠内营养支持对重症急性胰腺炎患者预后的影响[J].实用医院临床杂志,2020,17(6):4.
- [9]刘娟,冯秀,白晶莹.肠内营养不同递增输注速度对重症急性胰腺炎患者的影响[J].中国医药导报,2020,17(7):4.
- [10]刘月.集束化干预在急性胰腺炎肠内营养患者中的应用效果观察[J].首都医科大学学报,2020,41(3):4.
- [11]张香军.综合护理干预对重症急性胰腺炎患者肠内营养支持疗效的影响[J].山西医药杂志,2020,49(3):3.
- [12]许文捷,朱培庭,钮宏文.早期肠内营养联合锦红汤对急性重症胰腺炎患者免疫功能影响[J].中国中西医结合外科杂志,2020,26(2):5.