

食道癌术后经鼻胃管肠内营养患者护理中应用风险管理对非计划性拔管率的影响分析

陈津 谢润春^{通讯作者} 陈思铃 陈胜芳

(中国人民解放军联勤保障部队第九〇〇医院 350025)

摘要: 目的: 探讨食道癌术后经鼻胃管肠内营养患者护理中应用风险管理对非计划性拔管率的影响。方法: 将我院 2020 年 1 月-2020 年 12 月 60 例食道癌术后经鼻胃管肠内营养患者, 双盲随机法分二组。对照组给予常规护理, 实验组实施风险管理。比较两组护理前后躁动程度、满意度、住院时间、非计划性拔管率。结果: 实验组躁动程度低于对照组, 满意度高于对照组, 住院时间低于对照组, 非计划性拔管率低于对照组, 存在显著差异, $P < 0.05$ 。结论: 食道癌术后经鼻胃管肠内营养患者实施风险管理效果确切, 可降低非计划性拔管发生率, 缩短住院时间, 提升满意度。

关键词: 食道癌术; 经鼻胃管肠内营养; 护理; 风险管理; 非计划性拔管率; 影响

肠内营养是一种通过消化道供给人体所必需的营养和其它多种营养成分的途径。由于食道癌的手术前期存在严重的营养问题, 导致手术过程中出现严重的外伤, 并且需要长期的禁食, 因此, 在临床上进行早期的肠内营养是十分必要的, 不仅可以提高病人的饮食质量, 还可以提高肠道的屏障作用, 增强肠道的蠕动。与消化道营养相比, 肠内营养的优势在于: 营养物质可通过肠道直接吸收和使用, 更加接近人体的生理特性, 并且使用方便、经济。因此在食道癌手术中, 肠内营养被广泛采用。非计划性地拔管指的是未经医务人员允许病人就自行拔管, 也有可能是不小心造成的导管滑落, 如果发生非计划性拔管会使病人的入院天数和花费有所上升, 因此, 需要制定有效的预防措施^[1-2]。本研究探讨了食道癌术后经鼻胃管肠内营养患者护理中应用风险管理对非计划性拔管率的影响, 报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将我院 2020 年 1 月-2020 年 12 月 60 例食道癌术后经鼻胃管肠内营养患者, 双盲随机法分二组。每组例数 30。

其中实验组年龄 34-78 岁, 平均 (54.34 ± 2.12) 岁, 男 19; 女 11。对照组年龄 35-76 岁, 平均 (54.21 ± 2.34) 岁, 男 17; 女 13。两组一般资料统计 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组给予常规护理, 实验组实施风险管理。第一, 组建风险管理团队, 护士长担任领队, 由资深护士组成, 共同决定风险管理方案。对以往食道癌术后经鼻胃管肠内营养发生非计划性拔管的各种风险因子进行分析, 包括管道留置情况、护理人员工作以及患者意识形态等。第二, 通过对相关原因进行了调查, 明确原因: 1) 护理人员存在风险评估不到位、责任意识不强、健康宣教工作不到

位、监督力度差、年轻护士多; 2) 病人的因素有: 咽喉痛、异物、口渴、知识缺失、意识模糊等。3) 在管路的固定上, 胶带易于滑动。第三, 针对以上问题, 采取风险管理对策: 1) 制定非计划拔管风险评价的标准, 及时发现高危非计划拔管患者, 床头挂红色高危非计划拔管标志。2) 加大巡查力度, 建立专用巡视卡, 及时发现和处理各种隐患。3) 加强护士操作理论和技术的学习培训, 开展思想教育, 提高其责任意识; 定期开展考核, 确保年轻护士可熟练掌握各项操作技术, 提高其责任意识。4) 缓解病人的不适: 平常使用棉花棒润泽嘴唇, 减轻患者的不适。并主动询问患者有无不适感, 及时帮助患者缓解不适。5) 积极开展健康宣传: 主动和患者及家属进行交流, 讲解留置鼻胃管的重要作用, 并进行健康宣教, 让患者及其家属明白放置鼻胃管的重要作用, 说明非计划拔管会造成的负面后果, 促使患者和家属更好遵医嘱。6) 鼻胃管的正确固定, 采用 3 M 胶布进行固定, 并进行导管的妥善管理。注意检查患者的鼻胃管是否脱出、是否曲折等。

1.3 观察指标

比较两组护理前后躁动程度 (0-10 分, 越低越好)、满意度、住院时间、非计划性拔管率。

1.4 统计学处理

SPSS25.0 软件中, $P < 0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 躁动程度

护理前两组躁动程度比较, $P > 0.05$, 护理后两组均显著降低, 而其中实验组显著低于对照组, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组躁动程度比较

组别 (n)	躁动程度	
	护理前	护理后
对照组(30)	6.23 ± 1.31	5.31 ± 1.24
实验组(30)	6.21 ± 1.23	3.01 ± 0.11
t	0.121	20.245
P	> 0.05	< 0.05

2.2 满意度

实验组的满意度比对照组高(P < 0.05)。实验组的满意度是 95.12 ± 3.01 分, 而对照组的满意度是 82.13 ± 2.34 分。

2.3 住院时间

实验组住院时间 7.21 ± 1.25d 短于对照组 10.12 ± 1.26d, P < 0.05。

2.4 非计划性拔管率

实验组非计划性拔管率 1 (3.33) 低于对照组 7 (23.33) (P < 0.05)。

3 讨论

食道癌手术治疗后, 因病人有效摄入减少、围手术期间禁食等因素, 会导致术后创面感染及其他并发症。在这些因素中, 病人的肠道营养状况与病人的身体状况密切相关, 已成为影响病人生存和控制并发症的重要因素。对病人进行适当的营养支持, 有助于提高机体的免疫力, 有利于术后的康复。所以, 在当前的医学护理中, 将食道癌病人的手术后营养支持列为重点^[5-6]。

由于病情的原因, 食道癌病人在接受外科手术后短期不能通过口腔来获得食物, 再加上体内代谢产物增多, 很可能会造成体力的巨大损耗, 如果不能给病人提供足够的营养, 很可能会造成长期的水电解质失调。临床上证明, 如果病人缺乏足够的营养, 就会使病人的免疫力下降, 从而增加感染的机会。通过鼻胃管肠内营养干预, 可以帮助病人的肠道蠕动功能得到恢复, 从而达到改善肠道的功能^[5-6]。

非计划的拔管是食道癌术后经鼻胃管肠内营养患者护理中的一项常见不良事件, 在高风险期内发生非计划拔管事故是评价护士工作的一个关键因素。护理安全是在整个医疗过程中, 患者没有受到任何的心理、身体结构或机能方面的损害、障碍、缺陷或死亡。护理风险管理是指对病人、探视者等造成的潜在危险进行辨识、评价和采取适当措施的程序。加强对护理的风险控制, 是保障患者生

命健康的重要保障。采用护理风险管理可以有效地评价病人非计划性拔管风险, 如果病人在非计划的情况下进行拔管, 可能会造成吻合口瘘, 腹内感染等不良后果, 危及病人的生命, 因此, 在食管病人的治疗中应以预防为主, 这是非常必要的。而实施风险管理之后, 可针对非计划性拔管的高危因素进行分析, 并提前采取预防性的措施, 从而有效规避非计划性拔管的发生^[7-8]。

本研究显示, 实验组躁动程度低于对照组, 满意度高于对照组, 住院时间低于对照组, 非计划性拔管率低于对照组, 存在显著差异, P < 0.05。

综上所述, 食道癌术后经鼻胃管肠内营养患者实施风险管理效果确切, 可降低非计划性拔管发生率, 缩短住院时间, 提高患者满意度。

参考文献:

- [1]刘桂英,张艳艳,郭红,杨冬梅.脑卒中患者早期肠内营养喂养不耐受风险预测模型的构建及验证[J].护士进修杂志,2022,37(02):97-101.
- [2]陈佳萍.重症胰腺炎病人肠内营养耐受性管理的研究进展[J].全科护理,2021,19(36):5085-5089.
- [3]孔珊珊,李素云,柯卉,杨赛,黄海燕,万青,程湘玮,史雯嘉,刘芳,晏蓉,刘云访,刘天艺.肠内营养并发低血糖风险预警分级标准及措施的构建[J].护理学杂志,2021,36(09):99-101.
- [4]刘洋,林佳佳,高堃,周菁,柯路,童智慧,李维勤.重症病人肠内营养支持治疗营养风险与临床预后相关性研究[J].中国实用外科杂志,2021,41(09):1033-1037.
- [5]张金铃.FTS-CIS 护理联合早期肠内营养对食管癌术后患者营养状态与肠内营养相关并发症的影响[J].护理实践与研究,2021,18(17):2628-2631.
- [6]俞婷,冯萍,徐岚,杨慧丽.临床护士在鼻饲肠内营养过程中风险感知的质性研究[J].全科护理,2021,19(22):3114-3117.
- [7]方恋,段佑才,招慧,陈科全.广州某三甲医院住院患者营养风险、营养不良发生率及临床营养支持状况分析[J].现代消化及介入诊疗,2021,26(07):866-869.
- [8]余强,刘巧梅,赵丽萍,罗征,徐灿.基于医疗失效模式与效应分析优化重型颅脑损伤患者肠内营养输注流程的研究[J].中国护理管理,2021,21(07):1102-1107.