

· 论著 ·

多学科合作护理模式对ICU肠内营养支持患者营养状态达标及不耐受情况的影响

王红敏*

尉氏县人民医院ICU (河南 尉氏 475500)

【摘要】目的 探究多学科合作护理模式对重症监护室(ICU)肠内营养支持患者营养状态达标及不耐受的影响。方法 选取本院2017年10月至2019年10月进行肠内营养支持的100例ICU重症患者为研究对象,按照随机数表法分为对照组和观察组,对照组应用常规的护理模式,观察组应用多学科合作护理模式,统计各组营养达标及不耐受情况。结果 观察组营养支持的营养达标率为50%,显著高于对照组(28%, $P<0.05$);观察组肠内营养支持不耐受率为12%,显著低于对照组(30%, $P<0.05$)。结论 多学科合作护理模式的应用,可有效地提高肠内营养支持患者的营养状态达标率及耐受性。

【关键词】肠内营养;多学科合作护理模式;营养不耐受

【中图分类号】R459.3; R473.5

【文献标识码】A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2021.01.046

Effects of Multi-disciplinary Cooperation Nursing Mode on Control Rate of Nutrition Status and Intolerance of Patients Undergoing Enteral Nutrition Support in ICU

WANG Hong-min*

ICU, Weishi County People's Hospital, Weishi 475500, Henan Province, China

Abstract: **Objective** To explore the effects of multi-disciplinary cooperation nursing mode on control rate of nutrition status and intolerance of patients with enteral nutrition support (ENS) in intensive care unit (ICU). **Methods** A total of 100 critical patients who underwent ENS in the ICU of the hospital from October 2017 to October 2019 were enrolled as study objects. The random number table method was applied to divide them into control group and observation groups averagely. The control group was given standard nursing mode, while the observation group was assigned multidisciplinary cooperation nursing mode. The control rate of nutrition status and intolerance in each group were statistically analyzed. **Results** The control rate of nutrition status in the observation group was significantly higher than that in the control group (50% vs 28%) ($P<0.05$), while intolerance rate of ENS was significantly lower than that in the control group (12% vs 30%) ($P<0.05$). **Conclusion** The application of multidisciplinary cooperation nursing mode can effectively improve the control rate of nutrition status and tolerance of patients undergoing ENS.

Keywords: Enteral Nutrition; Multidisciplinary Cooperation Nursing Mode; Nutrition Intolerance

重症监护室(intensive care unit, ICU)的重症患者由于疾病的发展及恶化会导致应激反应,致使其机体内部长期处于高代谢、高分解的状态,此时患者自主摄取的营养已经无法满足机体需求,需要借助外部力量补充无法满足的营养需求,目前常用的方法之一就是肠内营养支持^[1]。但是在肠内营养支持过程中,患者容易出现对肠内营养支持不耐受的情况,而影响ICU重症患者肠内营养支持不耐受的因素又比较多^[2]。因此,本研究对ICU肠内营养支持患者进行多学科合作模式,探讨其对营养状态达标及不耐受情况的影响,以为临床提高ICU患者肠内营养支持耐药性及达标率提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2017年10月至2019年10月ICU内进行肠内营养支持的重症患者100例,纳入标准:无胃动力不足病史及肠营养支持禁忌症;患者急性生理与慢性健康评分(APACHE)≥12分;未口服营养制剂;年龄>18周岁。随机数表法将患者分为观察组和对照组各50例。观察组中男28例,女22例;年龄38~78岁,平均年龄(58.92±19.67)岁;对照组中男28例,女22例;年龄39~76岁,平均年龄(57.14±19.47)

岁。两组一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 均进行肠内营养支持:先请患者进入诊疗室,待其各项生命指标及体征相对平稳后,统一使用鼻胃管进行肠内营养支持。试验使用的肠内营养制剂为瑞能、瑞素、百普力等,在对患者进行肠内营养喂养时,必要状况下可将肠内营养液温度控制在39~40℃之间。对照组患者按照一般护理流程进行护理,观察组患者进行多学科合作护理模式护理(在实施多学科合作护理模式前首先组成合作小组,小组成员包括重症监护室医生、护士及营养师。):医生在患者进行肠内营养支持之前,对其是否患有使用肠内营养支持禁忌症进行判断;营养师根据患者的病情以及各项指标确定患者的每日所需营养量以及营养液种类;合作小组成员共同根据患者的自身情况决定肠内营养支持的起始时间及鼻饲喂养方式;鼻饲时将患者的床头调高到合适角度(30°左右),并对鼻饲速率进行严格控制^[3];给观察组的每位患者单独设立肠内营养支持的记录册,医生与营养师需在记录册上书写患者的每日肠内营养支持的计划,然后由护士根据记录册上的每日计划进行实施,在肠内营养支持开始时,护士应当在记录册上对患者使用

(下转第110页)

【第一作者】王红敏,女,主管护师,主要研究方向:重症护理。E-mail: 331449415@qq.com

【通讯作者】王红敏

的肠内营养液的用法用量进行每日记录,并对患者进行严密观察,在出现不良反应时及时报告医生和营养师,共同探讨是否需要更换肠内营养制剂的种类;肠内营养支持过程中的应急处理:在进行肠内营养支持前,准备好开口器、吸痰器等应急处理物品,以便于护士在发现误吸情况时,能够迅速反应处理;患者的基本护理:护士必须严格遵守无菌原则,在此基础上来完成患者的肠内营养支持,对于肠内营养支持不耐受的患者,需遵医嘱对患者使用相关药物^[4]。

1.3 观察指标 肠内营养达标的衡量标准:患者的肠内营养供给量是否在进行肠内营养支持的第3天达到目标供给量的60%^[5]。目标供给量的计算依据:医生和营养师根据患者病情发展情况按照Harris-Benedict公式^[6]进行计算。肠内营养支持不耐受的判断依据:若患者接受治疗后出现呕吐、腹胀、腹泻等不良反应,采取相应的治疗措施并暂停肠内营养12h后,重新供给原量的一半仍旧出现不良反应,则被视为肠内营养不耐受。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0软件分析实验数据。计数资料以n(%)表示,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

由表1可知,观察组肠内营养支持的营养达标率高于对照组,肠内营养支持不耐受率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 两组营养达标、不耐受情况对比[n(%)]

组别	例数	营养达标	不耐受
观察组	50	25(50)	6(12)
对照组	50	14(28)	15(30)
χ^2		5.086	4.8825
P		0.024	0.027

3 讨 论

ICU重症患者由于其自身病情危重,会使患者的机体长期处于高分解、高代谢的状态中,由此导致患者自主摄取的营养与其机体运转所需要的营养不成正比,机体的营养需求得不到满足的

情况下,机体的免疫力下降,在一定程度上促使了患者病情的进一步恶化。

多学科合作护理即临床上多个学科针对某一治疗过程,在多学科组成的合作团队的基础上,通过多学科的讨论,对患者治疗过程中出现的问题进行重点讨论,并制定最合理的个体化的规范化治疗方案。本研究中,观察组的肠内营养达标率显著高于对照组,不耐受率显著低于对照组,即本研究中应用的多学科合作护理模式在ICU重症患者的肠内营养支持过程中起到了积极的作用。在目前常规使用的传统护理模式中,患者的肠内营养支持的营养制剂的选择及用法用量都是由医生决定而护理人员仅起着一个执行医嘱的作用;而在多学科合作护理的模式下,护理人员是参与到患者的整个肠内营养支持的过程之中的,能与医生进行及时的沟通交流,对患者在内营养支持过程中出现的状况进行及时的处理,及时调整治疗方式,护理人员的护理能力也会在这个过程中得到提高^[7]。

综上所述,应用多学科合作护理模式进行肠内营养支持,会在一定程度上对患者的营养达标状态以及耐受性起到积极的作用。但就目前而言,大多数的肠内营养支持的执行流程中起主导作用的还是医生,多学科合作模式的肠内营养支持依旧还处于摸索阶段。建议在今后的临床治疗中,应加强多学科合作护理模式的应用,以达到让患者减轻痛苦早日康复的预期效果。

参考文献

[1]高志远. ICU患者发生肠内营养相关性腹泻的临床预防护理体会[J]. 首都食品与医药, 2017, 24 (6): 83-84.

[2]罗利明. ICU危重患者肠内营养喂养不耐受护理干预评价[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33 (3): 606-608.

[3]杨玉梅. 肠内营养干预对ICU危重患者营养状况的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2017, 3 (12): 117-119.

[4]徐笑月, 张美琪, 贾利霞. 综合护理措施对危重症患者肠内营养护理及耐受性分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2017, 37 (11): 1392-1394.

[5]Heidegger CP, Darmon P, Pichard C. Enteral vs parenteral nutrition for the critically ill patient: a combined support should be preferred[J]. Curr Opin Crit Care, 2008, 14 (4): 408-414.

[6]蒋卓勤, 焦广宇. 临床营养学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 90.

[7]赵兴扬, 李芑. 多学科团队协作护理会诊模式在PICC护理中的实践[J]. 护士进修杂志, 2017, 32 (12): 1098-1099.