

· 临床探讨 ·

重症患者肠内营养的集束化护理

王俊莉¹, 付显芬^{2△}, 盛孝敏¹

(1. 重庆医科大学附属第二医院消化内科 400010; 2. 重庆市长寿区人民医院护理部 401220)

摘要:目的 探索重症患者肠内营养的集束化护理。方法 采用完全随机的方法将入选患者分为集束化护理组 55 例与普通护理组 55 例。建立重症患者肠内营养集束化护理策略, 比较普通护理组与集束化护理组肠内营养效果。结果 应用集束化护理后, 集束化护理组患者 ICU 住院时间较普通护理组缩短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 集束化护理组的总蛋白与清蛋白水平均高于普通护理组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。集束化护理组误吸、血糖异常及腹泻的发生率低于普通护理组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 集束化护理在重症患者肠内营养中具有优势作用, 对患者的预后积极影响。

关键词:集束化护理; 肠内营养; 重症医学

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.09.045 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)09-1324-03

目前, 重症加强护理病房 (ICU) 中患者营养不良的发生率高达 43%~88%^[1], 而营养支持已成为重症患者整体救治的重要组成部分。由于肠内营养 (EN) 具有直接向胃肠道提供营养物质、保护肠黏膜完整性及防止肠源性感染的优点^[2], 其在重症患者营养支持中的应用日益广泛。如何安全、有效、规范实施 EN 是 ICU 护理工作中必须面对的问题。集束化护理是一组基于证据和相互关联的护理措施的集合^[3], 其目的在于为患者提供优化的医疗护理服务, 改善患者的最终结局。本研究将集束化护理措施应用于重症患者 EN 的日常护理工作中, 取得了较好的临床效果。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 1 月至 2014 年 5 月入住重症医学科并行 EN 的 110 例患者。纳入标准: (1) 年龄大于或等于 18 岁; (2) ICU 住院时间超过 72 h; (3) 无明确 EN 禁忌证。排除标准: (1) 不能经口进食时间低于 72 h; (2) 完全或部分使用胃肠外营养; (3) 体位受限制, 不能半卧位; (4) 腹腔高压, 腹腔内压力超过 30 cm H₂O; (5) 血流动力学不稳定, 组织低灌注。采用完全随机的方法将入选患者分为集束化护理组 55 例与普通护理组 55 例。集束化护理组中男 31 例, 女 24 例; 年龄 36~74 岁, 平均 (58.16±10.50) 岁。普通护理组中男 35 岁, 女 20 岁; 年龄 38~81 岁, 平均 (60.38±12.43) 岁。两组患者在性别、年龄、体质指数 (BMI) 及 APACHE II 评分均差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者的一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	年龄 (岁)	BMI (kg/m ²)	APACHE II (分)
集束化护理组	55	58.16±10.50	27.62±10.23	29.63±7.72
普通护理组	55	60.38±12.43	28.49±10.64	30.07±7.32
<i>P</i>		0.206	0.551	0.526

1.2 研究方法 所有入选患者均按照《临床护理实践指南 (2011 版)》的要求给予基础护理、心理护理等日常护理。在此基础上对集束化护理组按照集束化护理方案进行护理, 对普通护理组按照《临床营养护理指南-肠内营养部分》相关要求进行。两组均采用同样护理记录表格进行数据采集。集束化护理方案具体如下。

1.2.1 集束化护理相关元素的选择及确定 护理在 EN 中发挥着基础性的作用, 贯穿于整个 EN 过程中。包括 EN 管路的放置、EN 管路的维护、饮食管理及并发症防治等环节。在方案的制订中涉及的元素众多, 而相关元素的采纳必须考虑有充分临床证据支持、实施的可操作性及安全性。通过检索 CNKI、PubMed 查阅了近年来关于 EN 的各种治疗和护理技术, 参考欧洲肠外肠内营养学会 (ESPEN) 和美国肠外肠内营养学会 (ASPEN) 关于 EN 指南的内容^[4-5], 对整个方案的元素进行筛选。结合临床实际工作情况本研究最终筛选出 5 个集束化护理组的元素: (1) 放置营养管路后常规行床旁 X 线检查。营养管路放置于正确位置是 EN 的基础性环节。重症患者营养管路包括胃管、空肠管、造瘘管, 其中空肠管、造瘘管多采用内镜或手术的方法放置, 属于确定性放置; 而胃管常规由护理人员在床旁放置, 属于非确定性放置, 同时对确定性放置管路在转运等环节中存在移位的可能, 因此有必要对营养管路的位置进行确认, 目前的指南指出常用于临床的听诊气过水声、观察导管抽出物的方法均不可靠^[6-7]; 并且由于 ICU 中留置导管位置的差异, 抽出物 pH 变化极大, 也不宜采用 pH 检测法。因此本研究选用置管后常规 X 线检查, 确认营养管路位置。(2) 用胶布妥善固定导管, 标记体外管路长度。由于造瘘管有专用的固定方式, 这里的导管固定针对的是鼻胃管和鼻空肠管。目前的指南对管路固定方式尚没有明确的要求, 结合长期的临床实践, 使用胶布固定这两类管路是较好的。在妥善固定后应常规标记体外管路的长度, 以防止管路脱出或移位^[8]。(3) 使用 EN 输注泵行持续喂养。重症患者由于急性应激反应、严重创伤或感染等因素均可导致不同程度的胃肠道功能紊乱, 同时可能合并存在意识状态异常、使用机械通气等情况, 分次喂养容易导致反流、误吸及加重胃肠道功能紊乱, 在目前指南中推荐使用 EN 输注泵行持续喂养^[9]。(4) 床头抬高头 30°~45°。目前的指南指出 EN 时将床头抬高 30°~45°可有效降低反流、误吸的发生率, 对无临床禁忌的患者均应采用^[5,10]。(5) 每 6 h 检查胃残余量 (RGV)。目前指南指出持续喂养的患者, 每 4~8 h 检查 RGV, RGV>200 mL 时应进行床旁评估, 调整 EN 量及选择合适的喂养方法^[8,11], 根据 ICU 护理的实际情况本研究采用每 6 h 检查 RGV。

1.2.2 集束化护理小组的组建及人员培训 EN 集束化护理小组由重症医学专科医师、临床营养师和护士长共同作为技

△ 通信作者, E-mail: 1907285694@qq.com.

术指导,具体工作由护理组长负责实施。护理组长要求具有良好的沟通、协调和带教能力,具有 ICU 专科资质、主管护师以上职称人员担任。护理组长负责对整个过程的人员培训和质量控制,护理小组其他人员均为已取得 ICU 专科资质的各级护士。在实施前对所有人员进行相关培训,针对本研究制订的集束化护理元素,在实施前和培训中重点强化了 3 个方面的内容:(1)导管的固定和体外长度的标示,以便于整个护理小组采用统一的固定和标示方法;(2)强化 EN 输注泵的使用培训,及对各种故障问题的应急处置;(3)RGV 的测量,要求整个护理小组采用的测量方法的一致性和测量数据的准确性。通过培训使整个护理小组成员对 EN 集束化护理的元素、过程及质控均有明确的认识和掌握。

1.2.3 集束化护理的过程控制及信息反馈 集束化护理方案是个开放性的持续护理质量改进过程,评价的重点应该是每个护理元素的实施过程,需要在实施过程中对每个护理元素的可操作性、依从性及患者结局进行动态评估。因此必须实行全过程质量控制,并建立信息反馈制度。具体采用方法如下:(1)设计专用 EN 集束化护理表(TECB),对每个元素的内容、时点、完成情况、特殊情况及处置均详细记录。每班交接时对表格内容进行床旁交接、核对。每日由护士长和护理组长对表格内容进行核查和点评,对发现的问题及时整改;(2)对 EN 实施中出现的问题进行分类管理,通过总结相关文献将 EN 中出现的问题分为立即处理(A类)和上报处理(B类)两大类。其中 A 类包括护理失误、上消化道出血、误吸,一旦发生则立即通知值班

医师和护理组长协助处理;B 类包括:胃潴留、腹泻、反流和便秘,出现该类情况应在 TECB 上详细记录,并上报护理组长和技术指导医师共同处理;(3)每 2 周组织护理小组全体人员进行专业理论知识学习,了解目前关于 EN 的新技术及发展动向。共同讨论在实施过程中出现的各类问题,提出有针对性的解决措施;(4)每月由重症医学专科医师、临床营养师和护士长共同参加学习、讨论,对当月出现的问题集中汇总讨论,提出相应的调整措施。通过实施上述措施,对整个 EN 集束化护理实行全过程控制和持续质量改进。

1.3 评价指标 比较两组患者总住院时间、ICU 住院时间、血清总蛋白及清蛋白浓度以及误吸、糖代谢异常、腹泻、堵管的发生率。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件包进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 *t* 检验;计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

结果显示,集束化护理组患者 ICU 住院时间较普通护理组缩短,差异有统计学意义($P < 0.05$),但两组总住院时间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。集束化护理组的总蛋白与清蛋白水平均高于普通护理组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。集束化护理组误吸、血糖异常及腹泻的发生率低于普通护理组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。但两组的堵管发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者护理效果的比较

组别	<i>n</i>	总住院时间 (<i>d</i> , $\bar{x} \pm s$)	住 ICU 时间 (<i>d</i> , $\bar{x} \pm s$)	总蛋白 (<i>g/L</i> , $\bar{x} \pm s$)	清蛋白 (<i>g/L</i> , $\bar{x} \pm s$)	误吸 [<i>n</i> (%)]	糖代谢异常 [<i>n</i> (%)]	腹泻 [<i>n</i> (%)]	堵管 [<i>n</i> (%)]
集束化护理组	55	30.78 ± 11.67	11.18 ± 3.14*	60.01 ± 4.27*	31.72 ± 2.90*	1(1.82)*	4(7.27)*	7(12.73)*	6(10.91)
普通护理组	55	32.69 ± 11.13	16.36 ± 4.01	54.92 ± 3.82	29.14 ± 3.79	9(16.36)	16(29.09)	19(34.55)	8(14.55)

注:与普通护理组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

3.1 集束化护理的优势 集束化护理由美国健康研究所(IHD)首先提出的,它是将分散的护理措施系统化,从而改善患者最终结局的结构化方法^[12]。它将“指南”中能够改善患者结局的多个元素组合在一起形成一个集束,通过集束的实施比单独元素的执行更能改善患者最终结局。集束化护理正是将“循证医学”的理念引入到了患者日常的床旁护理中。循证性、完整性和可操作性是集束化护理的显著特征。集束化护理不再是关注单一护理措施的执行,而是形成了“方案制订-实施过程-信息反馈-措施调整”的环路调节模式,从而有利于临床护理质量持续改进。本研究中,通过上诉 5 个护理元素形成的集束在 EN 患者中的应用,可以看到患者在 EN 治疗的有效性和安全性上都得到了明显的改善,更为重要的是通过集束化护理的实施,使整个护理小组更加注重细节管理和质量控制,整个护理团队将质量管理的理念融入到日常护理工作中。集束化实施的过程就是将“指南”实践化的过程,也是一个医疗护理管理的过程。因此,通过对集束化的有效应用必将对提高临床护理质量产生积极的影响。

3.2 集束化护理的正确认识 集束化护理最先是被用于预防呼吸机相关性肺炎的护理方法引入 ICU^[13],之后逐渐用于导管相关性感染、围术期管理、慢病防治等领域。集束化护理的

目标就是实现以证据为基础的标准化护理过程。其特点在于:(1)循证性。护理元素选择应该都是基于“循证”基础,应该选用具有较高等级、被普遍接受的证据组合^[14],而不仅仅是一组护理措施汇聚。(2)关联性。各护理元素之间应该是互相关联,而不是简单的护理措施的叠加,要通过组合这些互相关联的护理措施实现整体大于局部的效应。(3)可操作性。每项护理措施都应该可以被相关护理人员正确、熟练运用,可以对完成标准进行明确评价。因此,在临床应用集束化护理,尤其是在制订集束化护理方案时应高度重视上诉 3 个特点,不要将相关的护理措施通过简单的叠加而形成所谓的集束化护理。同时需要注意的是集束化护理的相关元素并不是固定不变的,其每项措施都应该根据证据、指南的调整而进行相应的更新,应充分体现证据的动态性原则。

3.3 集束化护理的合理应用和持续改进 在集束化护理中应该特别注意构建特定的任务清单和标准化的护理过程,这是完整、有效开展临床护理工作的保障,是集束化护理的核心环节。任务清单及护理过程中每项任务的完成与否都有具体的标准来衡量,可以是量化的,也可以是简单的“是”或“否”,真正做到简单、易用和可评价。同时还应该注意“集束化护理”中相关的护理元素的执行不是强制性的,当患者出现临床禁忌证或其他特殊情况时不应该被强制实施。例如脊髓损伤的患者不主张

抬高床头,对这类患者 EN 时不能按照集束化护理要求进行,可以根据实际情况考虑其他措施,如侧卧位或营养管路置到幽门后等。应避免注意避免为完成而完成的情况。

综上所述,危重症医学的护理管理正在逐渐由结构管理过渡到过程管理^[15],而集束化护理正是形成“结构-过程-结果”的管理系统,在过程管理中将“指南”实践化。也正是这样的过程管理形式可以促进护理质量的持续改进,促进整个护理团队实践能力的提高。同时也应该清楚地认识到,集束化护理本身也存在着诸如护理人员自身依从性低、实验性证据缺乏、个体化差异大、护理小组多学科构成不足等问题,使得集束化护理仍然具有一定的局限性和挑战性,需要在临床实际工作中通过对集束化护理的正确认识和合理应用,促进护理质量的持续改进。

参考文献

[1] Barr J, Hecht M, Flavin KE, et al. Outcomes in critically ill patients before and after the implementation of an evidence-based nutritional management protocol[J]. Chest, 2004,125(4):1446-1457.

[2] 周华,许媛.危重症病人营养支持指南解读[J].中国实用外科杂志,2008,28(11):925-928.

[3] 陈永强.呼吸机相关性肺炎与呼吸机集束干预策略[J].中华护理杂志,2010,45(3):197-200.

[4] Volkert D, Berner YN, Berry E, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition:geriatrics[J]. Clin Nutr, 2006,25(2):330-360.

[5] McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient; Society of Critical Care Medicin (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN)[J]. J Parenter En-

teral Nutr, 2009,33(3):277-316.

[6] Fletcher J. Nutrition; safe practice in adult enteral tube feeding[J]. Br J Nurs, 2011,20(19):1234-1239.

[7] Bourgault AM, Heath J, Hooper V, et al. Methods used by critical care nurses to verify feeding tube placement in clinical practice[J]. Crit Care Nurse, 2015,35(1):e1-e7.

[8] Schmieding NJ, Waldman RC. Nasogastric tube feeding and medication administration; a survey of nursing practices[J]. Gastroenterol Nurs, 1997,20(4):118-124.

[9] 中华医学会重症医学分会.危重病人营养支持指导意见(2006)[J].中国实用外科杂志,2006,26(10):721-732.

[10] 中华医学会肠外肠内营养学分会老年营养支持学组.老年患者肠外肠内营养支持中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2013,32(9):913-929.

[11] Stroud M, Duncan H, Nightingale J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients [J]. Gut, 2003,52 (Suppl 7):1-12.

[12] Crocker C, Kinnear W. Weaning from ventilation; Does a care bundle approach work? [J]. Intensive Crit Care Nurs, 2008,24(3):180-186.

[13] Hawe CS, Ellis KS, Cairns CJ, et al. Reduction of ventilator-associated pneumonia; active versus passive guideline implementation[J]. Intens Care Med, 2009,35(7):1180-1186.

[14] Marwick C, Davey P. Care bundles; the holy grail of infections risk management in hospital? [J]. Curr Opin Infect Dis, 2009,22(4):364-369.

[15] Levy M. Finding out what we do in ICU[J]. Crit Care Med, 2006,34(1):227-228.

(收稿日期:2016-12-21 修回日期:2017-01-19)

• 临床探讨

健康教育对初产妇产褥期相关知信行的影响

王 琴¹, 潘乐萍^{2△}

(中国人民解放军第一〇五医院:1. 妇产科;2. 信息科,合肥 230031)

摘要:目的 对初产妇产褥期实施健康教育,并探究分析其对相关知信行的影响。方法 选择 120 例初产妇作为本次的观察对象,均在该院定期做孕检直至分娩,将其平均分为 2 组,实施常规健康教育的产妇设为对照组,实施知行模式健康教育的产妇设为试验组,将其产后 3 d、出院时以及产后 21 d 时产褥期的相关知识、信念、行为进行调查分析。结果 产后 3 d 两组产妇的产褥期相关知识、健康信念、行为水平比较差异无统计学意义($P>0.05$),但在产后 21 d 试验组的母乳喂养知识得分[(5.52±1.14)分]、新生儿护理知识得分[(6.13±1.31)分]、产后一般知识得分[(8.01±1.60)分]均高于对照组[(4.19±1.23)分、(5.09±1.27)分、(6.23±1.47)分],差异有统计学意义($P<0.05$)。并且在出院时和产后 21 d 试验组健康信念、行为水平的各目分数均高于对照组的,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 知行模式健康教育在初产妇产褥期起着较为重要的角色,可以提高初产妇的相关知识、健康信念及行为水平。

关键词:初产妇; 知信行; 健康教育; 产褥期

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.09.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)09-1326-03

产褥期作为女性一生中较为特殊的一个阶段,是指产妇将胎儿娩出后,调整心理与生理恢复的一段时间,约 42~56 d^[1]。由于初产妇在产后的心理与生理上承担较大的压力,同时伴有

紧张、害怕、兴奋等情绪,不利于产后的恢复^[2]。为更好的改善产妇在产后的身体状况,提高产褥期相关知识、健康信念及行为水平,特对本院 60 例初产妇实施知行模式健康教育,效果

△ 通信作者, E-mail:2107664461@qq.com.