

每穴点揉 5 次,另将生大黄 3 g 加乙醇调成糊状,贴敷于神阙穴(脐眼)加敷贴覆盖,按揉 1 min 并于 4 h 后取下。对于 2 d 未排便且有便意而难以排出者,用开塞露缓慢插入肛门,然后将药 40~60 mL 挤入直肠内。应用缓泻药物的指征:3 d 未排大便者。应用蕃泻叶 5~10 g 浸泡于沸水 10 min 后代茶饮,年老体弱者服用 100 mL 左右;体质较好者可服 200 mL 左右。对于超过 4 d 未排便者,给予灌肠。

1.2.5 观察指标 记录两组便秘发生例数(n),便秘持续时间(t_1),平均住院时间(t_2),计算每组便秘发生率(P_0 , $P_0 = n/50 \times 100\%$)。

1.3 统计学处理 采用 SPSS11.5 统计软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用成组 t 检验,组间概率比较采用 Fisher 精确概率法,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

与 TN 组相比,EN 组 P_0 降低($P < 0.05$); t_1 、 t_2 缩短($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组便秘发生情况及平均住院时间比较($n=50$)

组别	n	$P_0(\%)$	$t_1(d, \bar{x} \pm s)$	$t_2(d, \bar{x} \pm s)$
EN 组	14	28*	7 \pm 2*	15 \pm 2*
TN 组	31	62	9 \pm 3	18 \pm 3

*: $P < 0.05$, 与 TN 组比较。

3 讨 论

循证护理的开展使护理活动由被动变为主动^[2]。循证护理包括循证问题、循证支持、循证观察、循证应用 4 个连续的过程^[3],它包含 3 个要素:慎重、准确、明智地应用当前所获得的最好的护理研究依据;护理人员的个人技能和临床经验;患者的实际情况、价值观和愿望。将三者有机地结合起来,以研究指导实践,以研究带动实践,从而制定出完整的护理方案^[4]。

本项中循证护理组便秘发生率较传统护理组低,循证护理组便秘持续时间较传统护理组短,循证护理组平均住院时间较传统护理组短,提示循证护理预防股骨干骨折卧床患者便秘有效。循证护理组便秘发生率与冯坡颜^[5]研究所得结果相近。避免骨折患者便秘发生的关键在于预防^[6],由于股骨干骨折卧床患者便秘的病因大多属于功能性病因,并且其病因较复杂,由于每一位患者在性别、年龄、心理、卧床时间等方面的不同,其并发便秘的时间、程度也不一样,因此,必须采取个体化、预见性、针对性、综合性的护理干预^[7]。从预防股骨干卧床便秘

• 临床护理 •

循证护理在 ICU 机械通气患者肠内营养并发症预防的应用

张福英, 鲍康身[△]

(重庆市急救医疗中心重症监护病房 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.29.056

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)29-3589-03

重症监护病房(intensive care unit, ICU)机械通气患者普遍存在营养不良,而早期肠内营养可防治感染和代谢并发症,保护肠道黏膜屏障功能,阻止细菌和内毒素移位,因此日益受

患者的临床需要出发,应用最新的理论来指导临床实践,制定出个性化的完整护理计划。因精神紧张可抑制自然排便反射,心理护理可消除患者精神紧张情绪^[8]。环境护理可为患者创造一个轻松的环境和充足的排便时间。饮食护理中注重调整患者饮食结构是一种有效的预防便秘方法^[9]。腹部按摩协助排便,特别是对于老年便秘患者采用腹部穴位按摩配合生大黄贴敷的效果优于常规方法^[10]。在严格组织实施过程中,护理人员将个人经验、临床专业知识与现有临床科研成果相结合并运用于临床实践,使卧床患者得到最新、最快、最佳的护理方法,从而得到了有效的护理。

综上所述,采用循证护理可减少股骨干骨折卧床患者便秘的发生,有利于患者早日康复。

参考文献:

- [1] 石敏,张秀琼,周永霞,等.骨科卧床患者发生便秘的原因调查及护理[J].解放军护理杂志,2004,21(5):21-22.
- [2] 何林映.循证护理在腰椎间盘突出症术后患者便秘预防中的应用[J].当代护士:专科版,2011,10(2):52-53.
- [3] 叶朝.循证护理的实施现状[J].南方护理学报,2003,10(1):24-26.
- [4] Alleyne J, Jumaa MO. Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive coaching and group clinical supervision for quality patient services[J]. J Nurs Manag, 2007, 15(2): 230-243.
- [5] 冯坡颜.前瞻性护理干预预防骨科卧床患者便秘的发生[J].中国煤炭工业医学杂志,2012,15(2):262-264.
- [6] 王云丽.骨折患者便秘的危险因素及预防护理[J].中国社区医师,2012,14(3):337-338.
- [7] 邹爱凤,姜红.循证护理在预防股骨干骨折患者便秘中的应用[J].医学信息,2011,24(6):337-338.
- [8] 彭瑞娟.预防化疗患者引起便秘的护理进展[J].医学信息:下旬刊,2011,24(5):3089-3090.
- [9] 孟霞.预防乳腺癌化疗患者便秘的饮食指导[J].中国保健营养:下旬刊,2012,22(4):405.
- [10] 张红剑,沈雪琴.腹部穴位按摩配合生大黄贴敷预防老年便秘 50 例[J].护理研究,2012,26(13):1214.

(收稿日期:2013-05-27 修回日期:2013-07-17)

到重视^[1-2]。但肠内营养容易出现胃滞留、反流、误吸、腹泻等并发症,成为影响患者病情的重要因素。为此,2012 年 1~12 月,本文对 106 例机械通气患者在肠内营养实施过程中采用循

证护理进行干预,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1~12 月 ICU 106 例机械通气并实施肠内营养的患者为实验组,其中男 60 例,女 46 例,年龄 14~86 岁,平均 61.2 岁。原发病分别为:脑血管意外 32 例,多发伤 27 例,慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)急性加重 14 例,重型颅脑伤 12 例,心肺复苏术后 8 例,颈椎骨折伴高位截瘫 5 例,重症哮喘 3 例,有机磷农药中毒 3 例,格林巴利综合征 2 例。同样选择 2011 年 1~12 月 ICU 98 例机械通气并实施肠内营养的患者作为对照组,男 55 例,女 43 例,年龄 18~87 岁,平均 63.1 岁。肠内营养液为佳维体(荷兰雅培公司生产),肠内营养时间在 2 d 以上。两组患者在性别、年龄、病情严重程度及伴发基础疾病等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组给予传统的护理措施,实验组采用循证护理方法干预。循证护理小组由助理员、护士长、责任护士等组成,成员均接受过循证护理知识培训。本小组应用计算机网络、书刊等工具,寻找国内外关于肠内营养并发症预防和护理方面文献,以寻找来源于研究领域的实证,结合临床经验及患者的需求,制订并实施最佳护理方案。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 11.0 统计软件进行数据处理,计数资料采用率表示,两组间率的比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者并发症发生情况见表 1。实验组发生胃潴留、反流与误吸、腹泻、脱管、堵管的比例比对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者并发症发生情况 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	胃潴留	反流与误吸	腹泻	脱管	堵管
对照组	98	19(19.4)	16(16.3)	18(18.4)	9(9.2)	10(10.2)
实验组	106	7(6.6) ^a	5(4.7) ^a	8(7.5) ^a	2(1.9) ^a	2(1.9) ^a

^a: $P<0.05$,与对照组比较。

3 护理实施

3.1 胃潴留循证问题

3.1.1 循证支持 胃潴留是由于患者病情重,胃肠道黏膜缺氧、水肿,影响其消化吸收;抑酸药物使胃蛋白酶活性下降,延缓胃排空;患者长时间卧床,肠蠕动减弱以及营养液滴注过快等因素所致。查阅胃潴留相关文献,对胃肠道耐受差的患者采用连续缓慢输注方式较为适宜,而对于胃肠道功能较好的患者则采用间歇输注。保证一定间歇期(6~8 h)的连续输注有助于胃液正常酸碱状态恢复^[3],促进胃肠功能,预防胃潴留。

3.1.2 护理干预 (1)所有患者均采用输液泵方式持续输注营养液,温度低时采用加温器。(2)每次输入营养液前要先回抽,以了解胃排空情况,若残留量大于 150 mL,提示胃潴留,需减慢输注速度。(3)胃肠蠕动功能差的患者可加用胃动力药物,胃潴留特别严重时,应停止营养液输注,行胃肠减压。

3.2 腹泻循证问题

3.2.1 循证支持 腹泻分为感染性和非感染性腹泻,感染性腹泻与肠道感染、菌群失调等因素有关;非感染性腹泻与营养液输注的速度、温度,营养液的高渗状态以及消化液的分泌等

因素有关。

3.2.2 护理干预 (1)在开始实施的 1~2 d 内,肠内营养液每日总量控制在 500 mL 左右,采用输液泵匀速滴注,最初以 30~50 mL/h 速度滴注,以后逐渐增加。(2)使用加温器使营养液温度保持在 37~40 °C,加温器的位置应靠近鼻胃管一端。(3)输注前后用 50 mL 温开水冲洗管道。(4)发生腹泻时,应观察大便性状、颜色及次数,进行大便相关检查,分析腹泻原因。(5)严重腹泻者暂停肠内营养,改为肠外营养支持。

3.3 反流与误吸循证问题

3.3.1 循证支持 误吸为肠内营养中最危险的并发症。鼻饲中若患者突然出现呕吐,呼吸急促,气道分泌物增多,吸出物为营养液,则判定为反流和误吸。查阅相关文献,反流和误吸与以下因素有关:气管插管或气管切开影响吞咽反射;体位不当;胃管置入深度不够;胃潴留;气囊压力不够,气管与导管间留有缝隙;吸痰引起剧烈咳嗽。

3.3.2 护理干预 (1)胃管不宜过粗,14 号硅胶胃管比较合适。胃管插入深度为 55~60 cm,比常规插入深度更深,使胃管前端到达胃部或幽门处,营养液不宜反流^[4]。(2)除非有禁忌证,床头应抬高 30°~45°,以防止胃内容物反流^[5-6]。为患者改变体位时动作要轻,头、颈及身体应保持在同一轴线上。(3)每日用压力表测量气囊压力,保持气囊压力在 25~30 cm H₂O,刚好密闭气道^[7]。(4)吸痰动作要轻柔,每次吸痰时间不超过 15 s。(5)根据每日营养液的目标总量,计算好输注速度,尽量避免夜间输注。

3.4 脱管与堵管循证问题

3.4.1 循证支持 脱管主要与患者躁动及管道固定不牢有关。堵管则为营养液黏稠及鼻饲前后管道冲洗不彻底所致。胃管的粗细也与堵管有关,应选择合适的胃管。

3.4.2 护理干预 (1)用 3M 绢丝胶布妥善固定鼻胃管,在翻身拍背时防止因牵拉滑出。(2)对神志不清和躁动的患者给予肢体适当约束,必要时遵医嘱使用镇静剂。(3)选用 14 号胃管,管腔过细易引起堵塞。(4)鼻饲前药片一定要碾碎成粉末与温水充分溶解,鼻饲后管道要冲洗干净。(5)保持管道通畅,每隔 4~6 h 用温开水冲洗管道 1 次。

4 讨论

循证护理是在客观、明确、运用最新证据的基础上开展护理工作^[8]。改变了临床护士凭经验和感受的习惯和行为。通过寻求科学依据来指导和解决临床实际问题,提高了护理质量。ICU 机械通气患者由于病情重,往往存在不同程度胃肠道动力减退;机械通气在一定程度上又阻碍了胃肠道的血液回流和消化液的排泄、分泌,加上卧床,使得部分患者在肠内营养后出现腹胀、呕吐及腹泻等并发症。因此,机械通气患者进行肠内营养时,采用循证护理干预,对减少并发症发生及疾病转归都非常重要。

本文对 106 例机械通气进行肠内营养的患者实施了循证护理,结果与对照组比较,其胃潴留、反流、腹泻、脱管及堵管等并发症明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。证明机械通气患者进行肠内营养时,采用循证护理干预,可以减少并发症发生,改善患者预后。

机械通气患者进行肠内营养时与其他患者不一样,往往存在许多易导致胃肠道并发症发生的因素。因此在实施肠内营

养时,采用循证护理干预,应注意以下几点:一定要将患者床头尽量抬高,以 30°~45°合适;选用合适的胃管,插入一定深度;保持气囊一定压力;监测胃残留量和定时冲洗管道;保持营养液一定温度,对胃肠道蠕动差患者,加用胃动力药。只有采取这些有效措施,才能减少肠内营养并发症发生,保证肠内营养顺利实施,提高护理质量。

参考文献:

- [1] O'Boyle CJ, MacFie J, Dave K, et al. Alterations in intestinal barrier function do not predispose to translocation of enteric bacteria in gastroenterologic patients[J]. *Nutrition*, 1998, 14(4): 358-362.
- [2] 刘先福, 王晓川, 曹枫. 早期肠内营养在 ICU 机械通气患者中的临床应用[J]. *重庆医学*, 2009, 38(2): 173-174, 176.
- [3] 石向群, 王运良. 脑卒中后吞咽障碍鼻饲肠内营养支持治疗实施模式的探讨[J]. *河南实用神经病杂志*, 2002, 5

(6): 22-23.

- [4] 莫海花. 危重患者置管鼻饲反流误吸的原因与预防 2 例[J]. *实用护理杂志*, 2003, 19(15): 66-66.
- [5] 施海红, 郝奉菊, 龚绍荣. 体位改变对鼻饲病人胃内容物反流发生率的影响[J]. *护理研究*, 2006, 20(29): 2698-2699.
- [6] 杨爱民. 机械通气病人的管理及护理进展[J]. *护理研究*, 2006, 20(22): 1980-1982.
- [7] Granja C, Faraldo S, Laguna P, et al. Control of the endotracheal cuff balloon pressure as a method of preventing laryngotracheal lesions in critically ill intubated patients[J]. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*, 2002, 49(3): 137-140.
- [8] 张宏, 朱光君. 循证护理实践研究进展[J]. *中华护理杂志*, 2003, 38(1): 42-44.

(收稿日期: 2013-05-08 修回日期: 2013-07-22)

· 临床护理 ·

尿毒症维持性血液透析患者并发上消化道出血的护理

杨 佳

(重庆市第三人民医院肾内科 400014)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.29.057

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)29-3591-02

尿症患者尤其是行血液透析治疗的患者常并发急性上消化道出血,并成为部分患者的致死原因^[1]。维持性血液透析患者,抗凝剂的使用,透析不充分致药物及机体代谢产物在体内蓄积,进食辛辣刺激性食物等都可诱发和加重上消化道出血。本院血液净化中心自 2010 年 4 月至 2011 年 10 月,维持性透析患者中并发上消化道出血患者 10 例,现将其护理体会报道如下。

1 临床资料

2010 年 4 月至 2011 年 10 月在本院血液净化治疗中心进行维持性血透患者 140 例,其中有 10 例患者合并上消化道出血。其中男 6 例,女 4 例,年龄 27~82 岁,进行维持性血透 4~12 年,原发病:慢性肾小球肾炎 3 例,糖尿病肾病 3 例,高血压肾病 2 例,痛风性肾病 1 例,多囊肾 1 例。因上消化道出血住院 20~60 d,病情转归均良好。治疗采取以下措施:(1)抑制胃酸分泌,提高胃内 pH 值。(2)止血:静脉和口服止血药。(3)输入新鲜全血以维持血容量。(4)进行无肝素血液透析治疗。因为出血症状发现早,抢救治疗及时,10 例患者均治愈出院。

2 护 理

2.1 透析治疗前的护理评估 患者在每次透析前护士应进行认真的护理评估,评估的内容包括:(1)患者体质重在两次透析间期的变化;(2)血压值;(3)皮肤有无可见的青紫、瘀斑;(4)鼻腔、牙龈有无出血;(5)大便颜色及次数;(6)动静脉内瘘能否触及震颤;(7)年轻女性月经来潮情况;(8)有无痔疮出血。本组

病例在护理评估中的共同点是:透析间期体质量增长均在 0~1 kg,甚至体质量下降、血压低于正常值、解黑便。护士立即报告医生,急查大便隐血实验结果阳性。门诊透析患者并发上消化道出血,必须住院接受治疗。对于上消化道出血患者,护士必须提高警惕,及时进行合理评估和护理干预^[2]。为患者的治疗和抢救赢得时间,有利于透析过程中的病情观察和治疗效果的评价。

2.2 透析过程中加强心理护理 心理护理贯穿护理的全过程,抢救时护士尽量创造轻松的气氛消除患者紧张恐惧心理,执行医嘱时要以娴熟的技术忙而不乱,有条不紊地操作获得患者信任感^[3]。本组 7 例患者均是首次并发上消化道出血,由于对疾病缺乏认知患者常产生恐惧焦虑心理,透析过程中护士通过与患者沟通交流,关心安慰患者,耐心讲解疾病发生原因,解释各项检查、治疗护理措施,解除患者的疑虑。并告知负面情绪对疾病的影响,该病积极配合治疗是完全可以治愈的,对于 3 例复发出血的病例,勤巡视,关心安慰患者,加强心理疏导稳定患者情绪,积极寻找多次出血的原因,鼓励患者树立战胜疾病的信心。心理护理是对病人精神上的安慰、支持、劝解,护理人员应以高度的责任心和同情心,以极度的耐心面对患者^[4]。

2.3 透析过程中病情观察和护理 血液透析是尿毒症出血性疾病患者最重要的治疗手段^[5]。上消化道出血期间要求患者绝对卧床休息,使用可移动病床送入透析室,以免因搬动等加