

鼻空肠管营养护理在重症颅脑损伤患者中的应用效果分析

胡逸靖 赵瑶瑶 李璐 吉敏*

空军军医大学第二附属医院-重症医学科 陕西 西安 710038

摘要: **目的:** 本文将研究临床在重症颅脑损伤患者的护理中,应用鼻空肠管营养护理的效果。**方法:** 此次研究选择我院96例重症颅脑损伤患者作为研究对象,收治时间为2023年6月至2024年6月,随机分为常规组与研究组,分别给予常规护理与鼻空肠管营养护理,每组患者48例,比较两组患者护理效果。**结果:** 研究组患者营养指标、不良反应发生率、护理效果、护理满意度及生活质量各项数据均优于常规组, ($P < 0.05$), 数据差异显著,具有统计学意义。**结论:** 将鼻空肠管营养护理应用于重症颅脑损伤患者中,临床护理效果表现优异,可有效改善患者营养指标,利于病情恢复,缩短住院时间,患者及家属护理满意度较高,可全面推广使用。

关键词: 鼻空肠管营养护理;重症颅脑损伤;护理效果

重症颅脑损伤(TBI)属于神经系统疾病,严重影响患者的生命健康,其生活与生理能力将受到严重损伤。针对TBI患者的护理工作开展中,营养支持具有重要意义。但是患者因疾病因素等影响,通常神经系统功能会存在一定障碍,传统的静脉输液或口服方式可能会受到限制,进食及消化吸收能力也极易受到损伤,所以在临床护理中需为患者提供更为合理的营养支持方式。当前,鼻空肠管营养作为新兴的营养支持形式,被广泛应用于TBI患者的护理工作中。与常规胃管营养方式相比较,鼻空肠管营养会更加贴近于人类的自然进食方式,从而降低患者的并发症发生率以及胃肠道不适情况^[1]。因此,本文将进一步研究在护理TBI患者中,实施鼻空肠管营养护理的效果,从而为TBI患者提供更加优质、高质量的护理服务,现开始以下内容报道:

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为重症颅脑损伤患者,96例患者均为我院2023年6月-2024年6月收治,随机分为常规组(常规营养护理)与研究组(鼻空肠管营养护理),各组48例。常规组男女比例为27:21人,平均年龄为(48.69 ± 6.49)岁;研究组男女人数占比为26/22人,平均年龄在(48.37 ± 6.82)岁。患者之间的基线资料数据无明显差异, ($P > 0.05$), 可用于研究对比。

纳入标准: ①均经临床诊断符合重症颅脑损伤;②受伤与入院时间在6h以内;③家属知晓此次实验,自愿加入各组。

排除标准: ①入院后发生休克;②合并其他系统疾

病;③凝血功能异常;④双侧瞳孔固定且散大。

1.2 方法

患者入院后迅速给予手术治疗,并给予肠内营养支持,胃管均为一次性使用。常规组患者给予胃管肠内营养支持。研究组患者在插管前半小时内,对患者进行10mg甲氧氯普胺(蓬莱诺康药业有限公司,国药准字H20045756)药物注射,选择肌肉注射,使其促进患者胃排空。然后便对患者进行常规肠管,将鼻空肠管插入患者胃部43cm左右,判断胃空肠管是否在胃内,然后转变手法将鼻胃管推进到70cm位置,然后实施真空试验,每次进入10cm便做一次真空试验,直到完成108cm左右的推进。完成后,对患者腹部进行X线摄片,使其可以确保管道末端在空肠位置。另外,均给予两组患者肠内营养乳液(费森尤斯卡比华瑞制药有限公司,国药准字H20020588)支持,患者术后24h内接受肠内营养泵给予滴注。术后第一天药物剂量为500ml,持续滴注时间为24h,然后逐渐增加剂量,术后第三天剂量可增加至1500ml,随后将剂量维持在每天1500ml。护理人员需控制营养液温度,维持温度为23℃左右。每日对患者给予6次回抽胃肠内液体,然后对胃肠液进行测试,可使用PH试纸测试,从而确定营养管所在位置。两组患者均给予10d营养支持^[2-4]。

1.3 观察指标

观察两组患者护理前后营养指标变化情况,包括白蛋白、血红蛋白、氮平衡、转铁蛋白;

观察两组患者不良反应发生率,包括消化道出血、反流、腹泻、误吸、感染;

观察两组患者护理效果情况，包括ICU时间、肠鸣音恢复时间；

观察两组患者护理满意度，包括护理态度、护理意识、护理能力、护理责任，各项满分100分，评分越高则护理满意度越高；

观察两组患者护理前后生活质量，包括身体健康、心理健康、社会功能及物质生活，分值0-100分，分值越高则生活质量越高。

1.4 统计学分析

采用SPSS23.0软件对涉及的各项数据进行统计学分

析，采用 t 检验营养指标、护理效果、护理满意度及生活质量变化，采用 χ^2 检验不良反应发生率，以 $p < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 营养指标变化对比

见表1数据可知晓，护理前两组患者营养指标数据并无明显差异，（ $P > 0.05$ ），护理后研究组患者各项营养指标数据均优于常规组，两组数据差异显著，（ $P < 0.05$ ）。

表1 两组患者护理前后营养指标变化（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数（ n ）	白蛋白（ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$ ）		血红蛋白（ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$ ）		氮平衡（ g ）		转铁蛋白（ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$ ）	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	48	37.46 $\pm$ 4.26	43.68 $\pm$ 5.34	93.46 $\pm$ 7.82	127.26 $\pm$ 10.82	0.78 $\pm$ 0.06	2.34 $\pm$ 0.51	0.92 $\pm$ 0.17	2.31 $\pm$ 0.28
常规组	48	37.63 $\pm$ 4.16	38.06 $\pm$ 5.67	93.16 $\pm$ 7.61	102.65 $\pm$ 10.68	0.74 $\pm$ 0.07	1.26 $\pm$ 0.31	0.94 $\pm$ 0.16	1.29 $\pm$ 0.35
t 值	-	1.0351	12.6126	1.7624	12.0368	1.0354	11.7305	1.3607	11.9024
P 值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 不良反应发生率对比

见表2数据，研究组患者不良反应发生率为4.17%远远低于常规组27.08%，两组发生率差异明显，（ $P < 0.05$ ）。

表2 两组患者不良反应发生情况（ $n, \%$ ）

组别	例数（ n ）	消化道出血	反流	腹泻	误吸	感染	发生率
常规组	48	2	3	4	3	1	13（27.08）
研究组	48	0	0	1	1	0	2（4.17）
χ^2	-	-	-	-	-	-	8.6245
P	-	-	-	-	-	-	< 0.05

2.3 护理效果对比

表3数据显示，研究组患者的肠鸣音恢复时间与

ICU入住时间均短于常规组，两组时间差异显著，（ $P < 0.05$ ）。

表3 两组患者护理效果对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数（ n ）	ICU时间（ d ）	肠鸣音恢复时间（ h ）
常规组	48	22.46 $\pm$ 4.68	35.36 $\pm$ 3.69
研究组	48	14.68 $\pm$ 3.03	27.69 $\pm$ 2.76
t 值	-	13.6245	13.0641
P 值	-	< 0.05	< 0.05

2.4 护理满意度对比

表4数据说明，研究组患者及家属各项护理满意度评分均高于常规组，两组满意度评分差异显著，（ $P < 0.05$ ）。

表4 两组患者护理满意度对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数（ n ）	护理态度	护理意识	护理能力	护理责任
常规组	48	78.16 $\pm$ 4.69	78.06 $\pm$ 5.09	77.58 $\pm$ 5.07	77.91 $\pm$ 5.31
研究组	48	92.35 $\pm$ 3.04	93.36 $\pm$ 2.46	93.72 $\pm$ 2.41	93.49 $\pm$ 2.48
t 值	-	12.9324	12.0354	12.0654	11.9248
P 值	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.5 生活质量评分对比

表5数据说明，护理前两组患者生活质量无显著性差

异，（ $P > 0.05$ ），护理后，研究组患者评分远远高于常规组，两组数据差异较大，（ $P < 0.05$ ）。

表5 两组患者护理前后生活质量评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数（ n ）	身体健康		心理健康		社会功能		物质生活	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
常规组	48	63.18 $\pm$ 5.34	77.28 $\pm$ 5.94	63.79 $\pm$ 5.26	78.69 $\pm$ 5.28	62.88 $\pm$ 5.64	78.36 $\pm$ 5.55	62.46 $\pm$ 5.79	78.69 $\pm$ 2.22

续表:

组别	例数 (n)	身体健康		心理健康		社会功能		物质生活	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	48	63.83±5.08	96.21±2.03	63.42±5.58	95.64±3.49	62.05±5.67	94.68±3.68	62.13±5.07	93.64±3.44
t值	-	2.0354	12.0651	1.3258	11.3586	1.6278	11.0953	2.6156	11.1585
P值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

重症颅脑损伤为患者的神经系统受到严重损伤，导致疾病发生的原因较为复杂且多样。患者通常是因头部受到剧烈的撞击或外力冲击，如坠落、车祸、暴力事件、运动意外等情况，从而导致颅脑损伤。外力会对人体颅骨进行作用，使其受到挤压或是压迫，进而导致脑部发生创伤，对脑组织与神经元均会造成损伤。重症颅脑损伤危害较为严重，不仅影响患者的情绪、认知及社会功能，严重将威胁其生理健康。颅脑损伤会造成患者脑部神经损伤以及细胞死亡，从而影响患者的记忆、思维及感知功能；且重症颅脑损伤会导致角度啮的生理反应，包括颅脑高压、脑水肿等，甚至会发生脑疝，对其生命造成威胁。另外，重症颅脑损伤可能会导致患者情绪出现障碍，如抑郁、焦虑等不良情绪^[5-7]。

临床抢救重症颅脑损伤患者中，最关键的便是对患者的营养支持，因患者无法进行自主进食，且患者的能量需求较大，需要对其进行营养支持。有关数据表明^[8]，重症颅脑损伤患者能量消耗是健康人类的2倍，如果患者没有接收到足够的营养，便导致能量摄入不够，影响机体免疫功能及预后。胃管肠内营养支持为常见的营养支持方式，但因患者脑部受到损伤，会降低消化吸收功能，从而会对患者肠内营养物质的利用效率造成影响。且胃肠道功能也会受到不同程度影响，如肠蠕动降低、胃排空延缓等，会使营养物质的利用与吸收受到影响。另外，患者会发生神经内分泌功能紊乱，胃肠激素的作用与分泌受到影响，从而影响肠内营养效果。并且，胃管置入极易出现风险事件，如胃漏、误吸等情况^[9]。

当前，鼻空肠管肠内营养支持被广泛应用于重症颅脑损伤患者的营养支持中，该方式可绕过患者的胃肠道，将营养物质直接输送至小肠，可确保营养充足，有利于良好改善患者营养状况，促进其康复；且该方式可有效避免患者胃液反流至气管，降低误吸事件的发生，从而一定程度降低呼吸道感染情况的发生。另外，鼻空肠管肠内营养支持可有效避免胃出血及胃穿孔等不良反应的发生，营养支持更为安全、有效^[10]。由上述研究数据可知晓：研究组患者各项营养指标数据均优于常规

组，不良反应发生率为4.17%远远低于常规组27.08%，肠鸣音恢复时间与ICU入住时间均短于常规组，护理满意度评分均高于常规组，生活质量研究组患者评分远远高于常规组，（ $P < 0.05$ ），数据可说明鼻空肠管营养护理效果显著。

综上所述，鼻空肠管营养护理在重症颅脑损伤患者的护理中，效果表现良好，可有效提升患者的营养指标，利于促进其病情恢复，缩短住院时间。

参考文献

[1]康荣发,项迎娣,李雪,宋丹丹.重度颅脑损伤患者在急诊重症监护室内行肠内营养期间腹泻的发生情况及危险因素[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(10):145-147.

[2]张悦,郭盼盼,李培.循序渐进式康复措施联合超早期肠内营养支持应用于重症颅脑损伤病人的效果[J].全科护理,2024,22(19):3651-3653.

[3]马娅敏.重型颅脑损伤患者实施系统性护理、序贯性营养对患者神经功能影响[J].山西卫生健康职业学院学报,2024,34(04):121-123.

[4]摆静华,马彩霞,贾榛.优质护理联合肠内营养支持在重症颅脑损伤患儿中的应用研究[J].罕少疾病杂志,2024,31(06):132-133.

[5]冯超.早期肠内营养护理对重症颅脑外伤术后患者营养状况的影响[J].中国医药指南,2024,22(15):154-157.

[6]杨琼.鼻空肠管肠内营养在重型颅脑损伤患者护理中的应用效果[J].医药前沿,2024,14(07):72-74.

[7]张莉.肠内营养护理结合耳穴压豆对重型颅脑损伤患者胃肠道恢复及营养状况的影响[J].反射疗法与康复医学,2024,5(05):40-43.

[8]路彦景,房灿灿,刘燕.鼻空肠管营养护理在重症颅脑损伤患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(07):93-96.

[9]阴翹.鼻空肠管肠内营养在重型颅脑损伤患者护理中的应用效果探讨[J].基层医学论坛,2020,24(23):3388-3389.

[10]刘洁,胡爱丽,黄玉霞.鼻空肠管肠内营养支持护理在重型颅脑损伤患者中的应用效果分析[J].实用临床医药杂志,2019,23(05):107-110.