

专科敏感指标监测对颅脑外伤鼻饲患者 误吸发生率的影响

唐冬梅

(江苏省太仓市第一人民医院 神经外科, 江苏 太仓, 215400)

关键词: 误吸; 鼻饲; 专科敏感指标; 颅脑外伤

中图分类号: R 473.6 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)20-184-02 DOI: 10.7619/jcmp.201720067

颅脑外伤患者常伴意识障碍、吞咽障碍或大量镇静药物应用,并且机体处于高分解代谢状态,容易出现负氮平衡、肌蛋白分解、免疫功能下降等情况,为保证营养供应,常需留置胃管。留置胃管后,由于胃管位置偏离、意识障碍、颅高压引起呕吐、吞咽反射减弱或消失、体位调节不当等原因,非常容易造成误吸,进而可导致吸入性肺炎,严重者可致窒息甚至死亡,不仅给患者带来痛苦,增加医疗成本,也给临床护理带来负担,增加护理工作量,影响重症脑损伤患者的预后^[1]。误吸是指进食或非进食状态下,食物、口腔内分泌物、胃食管反流物等进入声门以下的气道现象^[2],根据症状分为显性误吸(伴有咳嗽的误吸)与隐性误吸(不伴有咳嗽的误吸)。显性误吸可突然出现呼吸道症状,如咳嗽和发绀、呼吸困难、呼吸急促、血氧饱和度下降并可从患者气道中洗出胃内容物。临床上显性误吸容易判断,但隐性误吸常因诊断困难而被漏诊。误吸发生率是评价脑外科患者护理质量的重要指标之一^[3],对护理质量的评价是护理质量管理的中心环节,而专科敏感指标的选择是护理质量评价的关键体现^[4]。护理质量敏感指标是一项原则、程序、评价尺度,是保证高水平护理的测量手段,也是评价患者护理质量的关键,其结果能敏感地影响护理实践,并能客观真实地反映护理质量水平^[5]。本科室将鼻饲患者误吸发生率设为专科敏感指标作为质量监测项目之一,效果明显,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本科2016年1—12月收治的170例颅脑外伤后留置胃管患者作为对照组,采用传统方法预防误吸;选取2017年1—4月收治的50例颅脑外伤后留置胃管患者作为观察组,采用敏感指标监测方式预防误吸。对照组中,男98例,女

72例,年龄23~85岁;观察组中,男27例,女23例,年龄19~83岁。GCS评分为3~8分,出血量 (30.0 ± 10.0) mL。2组年龄、性别、出血量、意识水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

颅脑外伤患者入院后通过洼田饮水实验筛查符合留置胃管鼻饲适应证者,予留置胃管,24 h后开始肠内营养。(1)对照组采用传统方法预防误吸,予留置胃管,插入刻度依照患者发际至剑突的长度,抬高床头 $30 \sim 45^\circ$,保持至鼻饲后30 min;以营养泵持续匀速输入营养液,每4 h回抽胃内容物,查看营养液消化情况。(2)观察组采用敏感指标监测方式预防误吸:全院开展敏感指标知识学习,科内也组织全员参加知识培训,学习专科敏感指标监测的实施目的、要求及方法,考核均掌握。全科头脑风暴选出专科敏感指标监测项目,制定误吸相应学习内容和指标监测记录单,学习误吸的定义、分类、预防误吸措施、误吸发生后应急预案等内容,掌握误吸判断和预防措施、紧急处理。留置胃管第1班护士记录采集患者的信息数据,其余每班对误吸患者及时登记,由专项负责人每月进行数据统计,护士长定期跟踪措施落实情况。制定留置胃管预防误吸敏感指标相关措施:①传统胃管留置长度为测量患者发际至胸骨剑突处的距离,成人插入长度 $45 \sim 55$ cm,但是此长度不能保证胃管侧孔引入胃内,很难抽出胃液且食管反流发生率较高,故建议在原有胃管测量方法的基础上延长 $7 \sim 10$ cm,可促进胃内残余的有效监测,减少食管反流,从而减少误吸。②鼻饲时,病情允许情况下抬高床头 $30 \sim 40^\circ$ 或更高,头偏向一侧,并在鼻饲后仍保持半卧位60 min,以较好地减少误吸^[6]。③建议用营养输注泵控制输注速度。首日量最大 500 mL/d,用 $2 \sim 3$ d的时间达到目标量 $25 \sim 30$ kcal/(kg·d)。

营养液首次泵入速度 20 ~ 50 mL/h, 根据患者耐受情况逐步加快达 80 ~ 100 mL/h, 最高不超过 125 mL/h, 每天保证 EN 间歇期 6 ~ 9 h, 有助于恢复胃液正常酸碱状态和维持正常的上消化道菌群。④ 鼻饲前 30 min 充分吸痰, 待呼吸平稳后再喂养。鼻饲中及鼻饲后 30 min, 尽量避免吸痰操作, 喂养中如患者咳嗽需立即停止, 喂养前后 1 h 保持床头抬高 30°, 尽量减少翻动。⑤ 常规每 4 h 监测胃内残余量, > 500 mL 时减慢输注速度或暂停肠内营养, 必要时加用胃动力药物, 以防胃潴留引起反流^[7-8]。⑥ 对护理人员进行健康知识指导, 提高其预防误吸的风险意识, 规范操作行为, 减少误吸^[9]。每月进行汇总, 科室月底召开质量分析会, 统计误吸发生率, 对误吸病例进行原因分析, 制定整改措施, 实施定期跟踪和效果评价, 并每季度汇总。

1.3 观察指标

① 患者气道内吸出与胃内容物或肠内营养液性状一致的液体, 定义为有反流误吸, 比较 2 组误吸发生率。② 培训前后因鼻饲管管理不规范导致的不良事件, 包括意外拔管、胃液反流、喂养不耐受、胃潴留。③ 敏感指标应用前后护士应对鼻饲管突发问题的能力, 科室学习并制定意外拔管、胃液反流、喂养不耐受、胃潴留的处理流程和应急预案, 结合案例题库进行考核。

2 结果

干预后, 观察组发生误吸 2 例, 发生率为 4.0%, 对照组发生误吸 11 例, 发生率为 6.5%, 2 组误吸发生率差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。对照组因胃管护理管理不到位发生不良事件 10 例, 观察组因鼻饲管管理不规范发生不良事件 4 例, 较应用敏感指标前有所减少。敏感指标应用前后护士应对鼻饲管突发问题的能力比较结果见表 1, 观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组护士应对鼻饲管突发问题能力的比较 [$n(\%)$]

组别	优秀	良好	差
对照组 ($n = 170$)	30 (17.6)	87 (51.2)	53 (31.2)
观察组 ($n = 50$)	28 (56.0)*	18 (36.0)*	4 (8.0)*

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

误吸被认为是导致重症脑外伤患者住院时间延长、病死率升高的主要原因之一, 如何减少误吸的发生是脑外伤患者及医护人员需要面对的难

题^[10]。总结以往误吸患者病例及查阅相关文献发现, 留置胃管刻度、鼻饲前后体位调节、控制营养液泵入速度、翻身拍背吸痰等操作、残余量的测定等, 均与误吸的发生息息相关^[11-12]。因此, 医护人员对留置胃管患者需有效监测, 并实施有效的护理干预措施, 从而尽可能降低误吸发生率, 减少鼻饲管相关不良事件的发生。传统的误吸防范措施因流程不够细化, 交接存在漏洞, 缺乏监测和跟踪, 误吸发生率高, 后果严重。本研究结果显示, 采用敏感指标监测方法可有效降低颅脑外伤后鼻饲患者的误吸发生率。

敏感指标监测是护理质量管理的重要手段之一, 护理质量监测的科学性和敏感性直接关系到管理效果, 应用敏感性指标进行质量管理, 旨在用少量有代表性的指标正确反映护理质量。通过鼻饲管相关知识培训, 护士对于容易发生误吸的相关环节进行干预, 规范化执行各项步骤和流程, 从患者病情评估、体位调节、喂养方式、喂养耐受等全方面进行改进, 通过敏感指标方式进行监控, 效果良好。本研究观察组通过对颅脑外伤鼻饲患者进行敏感指标监测, 降低了误吸发生率, 减少了胃管相关不良事件, 提高了护士对于胃管突发问题的应对能力, 进而证实了敏感指标监测在护理工作之中的意义。

参考文献

- [1] 舒珍, 董莹莹. 老年脑梗死吞咽困难患者鼻饲反流误吸的原因分析与护理[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(24): 59-60.
- [2] 石锋, 郭莉. 老年脑卒中患者合并吞咽功能障碍的护理分析[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 17(6): 110-112.
- [3] 张华芳, 黄丽华. 护理质量敏感性指标的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(8): 991-993.
- [4] 简伟研, 周宇奇, 吴志军. 护理敏感质量的发展和应 [J]. 中国护理管理, 2016, 16(7): 865-868.
- [5] 林丹, 于卫华. 误吸风险评估工具的研究进展[J]. 护理研究, 2013, 27(11): 56-58.
- [6] 王彩霞. 老年重症鼻饲患者反流误吸的原因分析及护理[J]. 中国伤残医学, 2014, 13(10): 261-261.
- [7] 鹿振辉. 肠内营养过程中测定胃残余量的意义[J]. 中华现代护理杂志, 2009, 15(1): 39-40.
- [8] 沈梅芬. 监测胃残余量在危重症患者肠内营养中应用效果的系统评价[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(5): 406-409.
- [9] 黎介寿. 严重创伤病人营养支持的研究进展[J]. 中华创伤杂志, 1999, 15(5): 405-406.
- [10] 谭庙琴. ICU 护士对误吸的认知现状调查研究[J]. 护理研究, 2017, 5(31): 1617-1618.
- [11] 袁军, 江志伟. 肠内营养应用过程中的常见错误认识[J]. 肠外与肠内营养, 2008, 8(4): 253-254.
- [12] 中华医学会肠外肠内营养学分会神经疾病营养支持学组. 系统疾病肠内营养支持操作规范共识(2011 版)[J]. 中华神经科杂志, 2011, 44(11): 787-791.