

中西医结合临床护理路径在严重脓毒症胃肠功能障碍的护理

潘卫红, 欧阳红莲, 吴巧媚

广州中医药大学第二附属医院 广东省中医院 ICU, 广东 广州 510120

摘要: **目的** 探究中西医结合临床护理路径在严重脓毒症患者护理中的应用效果。**方法** 选取广东省中医院2018年12月至2020年6月ICU收治的82例严重脓毒症患者,按照随机数字表法分为对照组和研究组,各41例,对照组给予常规护理,研究组实施中西医结合临床护理路径干预,比较两组护理临床效果。**结果** 研究组ICU住院时间、总住院时间、住院费用均低于对照组($P<0.05$)。入院第7天急性生理与慢性健康(APACHE)-II评分研究组低于对照组($P<0.01$)。干预7d后研究组胃肠功能障碍评分低于干预前和对照组($P<0.01$)。护理干预7d后研究组睡眠质量指数、舒适度评分优于干预前和对照组($P<0.05$)。两组护理满意度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 实施中西医结合临床护理路径干预脓毒症胃肠功能障碍患者,可以有效缩短ICU住院时间、总住院时间,减少治疗费用,改善APACHE-II评分、胃肠功能障碍评分、睡眠质量指数、舒适度评分。

关键词: 严重脓毒症; 临床护理路径干预; 机械通气时间; 胃肠功能障碍; 急性生理与慢性健康评分; 睡眠质量; 舒适度

中图分类号: R47 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2021)09-1291-04

脓毒症是临床上一种常见的全身炎症反应综合征,主要是由于感染引起机体反应失调而致器官功能障碍的综合征^[1]。近年,其患病率呈现出不断上升趋势,随之病死率也增高。据统计,其病死率可达30%~60%^[2],对患者生命安全造成严重威胁^[3]。据统计,约有34%~55%的患者发生胃肠功能障碍,而胃肠功能障碍患者由于胃肠结构遭到破坏,自身失去保护屏障,免疫能力下降,不仅影响疾病治疗,甚至诱发多器官功能衰竭,威胁患者生命安全^[4]。因此,开展合理、全面、高质量的护理措施具有重要的临床意义。临床护理路径,即临床护理程序,是针对某一疾病治疗,而建立的一项标准、规范护理模式,以达到提高治疗效果、规范护理行为、减短住院时间、减少治疗费用等目的^[5]。为此,选取广东省中医院收治的82例严重脓毒症患者为研究对象,实施中西医结合临床护理路径干预。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取广东省中医院2018年12月至

2020年6月ICU收治的82例严重脓毒症患者。入选标准:(1)符合相关诊断标准^[6];(2)年龄18~85岁,性别不限;(3)均为脓毒症且伴有任一脏器功能不全;(4)无精神障碍;(5)自愿参加本研究,并签署知情同意书。排除标准^[7]:(1)严重致死性外伤患者;(2)恶性肿瘤终末期患者;(3)造血功能异常者;(4)合并其他疾病影响路径实施者;(5)孕妇及哺乳期患者。按照随机数字表法将患者划分为对照组和研究组,各41例。对照组:男28例,女13例,年龄22~80(68.90±15.15)岁,急性生理与慢性健康(acute physiology and chronic health evaluation, APACHE) II评分(22.46±8.23)分;研究组:男29例,女12例,年龄18~80(65.92±14.16)岁,APACHE II评分(23.24±6.90)分。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本临床研究符合伦理要求,伦理号(ZF2018-193)。

1.2 方法 对照组入院后采取常规西医治疗及护理,即密切观察患者生命体征及病情变化,给予健康宣教,告知患者脓毒症及胃肠功能障碍的相关情况,

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2021.09.033

基金项目: 广东省中医药局科研项目(20161107)

通信作者: 欧阳红莲, E-mail: oyhlwjx@126.com

指导患者正确用药,并密切观察患者排气、排便情况,观察尿量变化,监测并维持血压稳定;按照医嘱给予扩容、纠酸、抗感染,待胃肠功能恢复后给予肠内营养,维持有效循环血容量。

研究组按照中西医临床护理路径具体方案如下。

(1)小组建立:研究组成立临床护理路径小组,针对脓毒症疾病,以患者为中心,制订个体化的护理方案;(2)方案的确定:以循证医学及国际指南为指导^[8],通过检索相关文献,翻阅既往患者病历,对干预方案的科学性、可行性进行论证,邀请专家共同制订临床护理路径表格。并用于临床患者的护理中;(3)实施过程。第一阶段为入院第1天,对脓毒症患者进行病情评估、建立静脉通道、留取标本、配合医生进行抢救、做好患者心理指导等,待护理措施完成后,对其效果予以评价,并签署姓名。针对不当情况,寻找原因,进行适当调整。第二阶段为入院第2~3天。①常规护理:继续监测生命体征,评估患者病情变化,给予吸氧、保持气道畅通。预防深静脉血栓情况;每日执行唤醒计划;监测体表穿刺部位皮肤状况,同时严格遵守各种导管、引流管的无菌操作流程,避免感染。并给予肠内营养支持,做好抢救护理措施。②中医情志护理:通过宣教、说理、开导等,引导患者自觉戒除恼怒、恐惧,调和情志。利用移情相制,转移注意力,并且引导患者形成良好的精神内守状态,解除思想顾虑。③腹部穴位按摩:取仰卧位,屈曲双腿,以右手掌心叠放在左手背,取中脘穴、气海穴、两侧天枢穴,按顺时针方向施以掌揉法,每穴操作30次,再按照逆时针同样方法操作;再取穴足三里进行交替按压,早、晚各1次,连续7d。④吴茱萸热敷:用法为吴茱萸250g,粗盐100g,进行翻炒至色泽变黄,并置于纱布中严密缝合,用时加热适当温度用毛巾包裹,外敷神阙穴及周围腹部,30~40min/次,每日1次,连续7d。如果患者出现不适感,如头晕、局部疼痛等,立即停止操作。第三阶段为入院第4~7天,密切监测患者的腹压变化,掌握患者胃肠功能情况,成立感染控制质量改进小组,负责资料收集、统计分析、信息反馈等,及时不断修正和完善相应的改进措施。

1.3 观察指标 (1)观察两组ICU住院时间、总住院时间、住院费用、APACHE-II评分、胃肠功能障碍评分、舒适度评分、睡眠质量指数、护理满意度。(2)APACHE-II评分^[9]分数越高,患者健康状况越差,病死率风险越高。(3)胃肠功能障碍评分^[10]:无腹部胀气、肠鸣音正常0分;腹部胀气、肠鸣音减

弱1分;高度腹部胀气、肠鸣音近于消失,腹内压升高2分;麻痹性肠梗阻、非结石性急性胆囊炎、急性胰腺炎(具备上述一项即可确诊)3分。(4)舒适度评分:包括心理精神、社会文化、生理、环境4个维度,总分28~112分,分数越低,表明舒适度越差^[11]。(5)睡眠质量指数^[12]:采用PSQI评价近1个月的睡眠质量变化,量表共19个自评和5个他评条目,参与计分18个自评条目,划分为7个成分,每个成分按0~3等级计分,总分范围0~21分,分数越高则睡眠质量越差。(6)护理满意度^[13]:以采取本院自行设计的护理满意度为依据,通过问卷调查方式评估患者对护理满意度的程度,即满分100分,满意(96~100分)、一般满意(85~95分)、不满意(<85分)。

1.4 统计学方法 应用SPSS 21.0系统分析。计数资料以例(%)表示,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,分别行连续校正 χ^2 检验、 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组住院时间、费用比较 研究组ICU住院时间、总住院时间、住院费用均低于对照组($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组APACHE-II、胃肠功能障碍评分比较 入院第7d APACHE-II评分研究组低于对照组($P<0.01$)。护理干预7d后研究组胃肠功能障碍评分低于干预前和对照组($P<0.01$)。见表2。

表1 两组住院时间、费用比较 ($n=41, \bar{x}\pm s$)

组别	ICU住院时间(d)	总住院时间(d)	住院费用(万元)
研究组	9.76±6.62	16.48±1.36	11.27±7.66
对照组	13.12±8.17	21.40±2.13	16.28±13.33
t 值	2.050	12.466	2.089
P 值	0.044	<0.001	0.040

表2 两组患者APACHE-II评分、胃肠功能障碍评分比较 ($n=41, \bar{x}\pm s$)

组别	APACHE-II评分			胃肠功能障碍评分	
	第1天	第3天	第7天	干预前	干预7d后
研究组	22.46±8.23	16.72±2.30	12.42±2.29	2.31±0.54	0.92±0.14 ^a
对照组	23.24±6.90	17.25±2.15	16.20±1.44	2.35±0.51	1.52±0.41 ^a
t 值	0.465	1.078	8.947	0.345	8.868
P 值	0.643	0.284	<0.001	0.731	<0.001

注:与干预前比较,^a $P<0.01$ 。

2.3 两组睡眠质量指数、舒适度评分变化对比情况 护理干预7d后,研究组睡眠质量指数、舒适度评分优于干预前和对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 两组舒适度评分、睡眠质量指数比较 (n=41, 分, x±s)

组别	睡眠质量指数		舒适度评分	
	干预前	干预7 d后	干预前	干预7 d后
研究组	8.71±1.53	3.16±1.21 ^a	78.71±5.43	97.16±6.24 ^a
对照组	8.68±1.56	5.68±1.47 ^a	78.68±5.46	81.68±6.45 ^a
t值	0.088	8.475	0.025	11.045
P值	0.930	<0.001	0.980	<0.001

注:与干预前比较,^aP<0.05。

2.4 两组护理满意度的比较 两组护理满意率比较,差异无统计学意义(P>0.05)。见表4。

表4 两组护理满意率比较 [n=41, 例(%)]

组别	满意	一般满意	不满意	满意率
研究组	26(63.41)	14(34.15)	1(2.44)	40(97.56)
对照组	19(46.34)	17(41.46)	5(12.20)	36(87.80)
χ ² 值				1.618
P值				0.203

3 讨论

脓毒症是由感染因素导致的一类损害性全身炎症反应综合征。具有发病急、病情进展迅速、病死率高等特点^[14-15]。临床研究发现,严重脓毒症往往伴有胃肠功能障碍,其发生率约34%~55%^[16]。当患者的胃肠结构遭到破坏,会使患者自身的保护屏障缺失,自身免疫力将明显下降,甚至可能产生一定的变异,诱发多器官功能衰竭。针对严重脓毒症伴发胃肠功能障碍患者,除了注重脓毒症患者临床治疗之外,做好胃肠功能方面的护理工作也很重要。随着现代护理研究的深入探索,临床护理路径护理干预得以推行,并在欧美国家以及部分亚洲国家的部分医疗机构临床上被广泛应用,但在我国仍处于发展、研究阶段。目前,相关学者对重症脓毒症护理研究的深入分析,发现临床护理路径干预在重症脓毒症患者护理中具有较好的效果^[17],不仅可以确保护理流程的规范性以及护理工作的有效落实,而且还可以减少患者治疗费用,提升医疗服务质量水平,对护患关系的友好建立具有积极地指导性作用^[18-20]。常规护理是在医嘱指导下完成的,其自身存在一定程度的被动性、随意性,并且护理目标不明确,造成患者难以得到个体化、系统全面的护理服务,致使护理服务质量降低^[21-22]。中西医结合临床护理路径干预是按照脓毒症胃肠功能障碍患者住院时间进行方案定制,首先将日常工作流程进一步标准化,针对不当情况,寻找原因,通过查找文献,对干预方案的科学性、可行性进行论证,及时不断修正和完善相应的改进措施。其次患者从进入ICU到转出ICU期间涉及到的所有护理方面的内容

全部列出并归类整理,使用表格打勾的方式制定出来,并严格执行。

本次对研究组实施中西医结合临床护理路径,结果显示,研究组ICU住院时间、总住院时间、住院费用均低于对照组,说明中西医结合临床护理路径可以增强护理人员对工作的积极性、主动性,从而提高自身主动配合医生抢救的能力。提醒护理人员何时做什么、怎么做,有效避免常规护理的随意性、被动型的发生,成功做到有目的、有预见性地进行护理,从而达到减短住院时间、治疗费用等目的,使患者早日康复出院^[23-25]。本研究结果显示,两组患者入院第7天APACHE-II评分研究组低于对照组。护理7 d后胃肠功能障碍评分研究组低于对照组。APACHE-II和胃肠功能障碍评分,被广泛用于危重症患者的病情评估,尤其脓毒症病情严重患者,使得人们更加清楚地认识到其病理生理过程的连续性与病变性质的可逆性,以便于早期干预,从而改善患者的预后^[26]。本文在常规护理的基础上实施情志护理。中医认为人有“七情”、“五志”,七情通五脏,七情太多则伤五脏,即情志变动会影响五脏,但通常情志伤脏主要以心、肝、脾为主。有研究认为情志伤脾胃,思则气结,大脑忧思过度,则神经系统功能失调,消化液分泌受到影响,表现出食欲不振、纳呆食少、形容憔悴、神疲力乏、郁闷不舒等症状,也会影响消化功能。情志护理旨在通过语言、表情、态度、姿态等影响患者情绪,通过说理开导及健康宣教等,使患者正确认识疾病,并且激发战胜疾病的意志和信心,有助于间接改善躯体症状^[27-28]。中医护理技术的按摩、热敷都属于温和的手段,能够改善患者的舒适感。穴位按摩能够刺激胃肠道,促进胃肠蠕动,从而促进排便改善胃肠功能。吴茱萸热敷则利用吴茱萸外敷神阙,在血管丰富的肚脐位置,更利于药物渗透和吸收,并且在此位置给药,不会影响人体内胃酶,以较小的药量实现更好的调理效果。通过热敷方式,能够复元回阳、开窍固气。特别是胃肠道距离肚脐很近,能够短时间加速胃肠道代谢,改善胃肠功能^[29],也有助提升患者的睡眠质量。护理干预7 d后两组睡眠质量指数、舒适度评分与护理前比较均明显改善,且研究组睡眠质量指数低于对照组、舒适度评分高于对照组,说明中西医结合临床护理路径干预有助于提高护理服务质量。中西医结合临床护理路径干预按照标准、规范的工作流程向患者提供一系列护理服务,充分体现护理服务的计划性、远见性等特点,加速患者康复进程,提高患者对护理工作的满意率,促进友好护患关系的建立。

综上所述,实施中西医结合临床护理路径干预脓毒症胃肠功能障碍患者,有效减短 ICU 住院时间、总住院时间,减少治疗费用,改善 APACHE- II 评分、胃肠功能障碍评分、睡眠质量指数、舒适度评分。

参考文献

- [1] Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al. Assessment of clinical criteria for Sepsis: for the third international consensus definitions for Sepsis and septic shock (Sepsis-3) [J]. JAMA, 2016, 315 (8): 762-774.
- [2] 蔡国龙,严静,邱海波.中国严重脓毒症/脓毒性休克治疗指南(2014):规范与实践[J].中华内科杂志,2015,5(6):484-485.
- [3] 陈芳,秦雪兰,蔡坤伶,等.严重脓毒症患者 CRRT 治疗中护理干预及细胞因子的预测价值[J].护士进修杂志,2016,31(19):1774-1777.
- [4] 欧阳红莲,练巧兰,冯维燕,等.中医综合护理干预对严重脓毒症胃肠功能障碍患者的影响[J].中国医药导报,2018,15(14):124-128.
- [5] 杨芳,陈华明,李雪梅,等.临床护理路径在 COPD 并发呼吸衰竭患者中的应用效果观察[J].西部医学,2013,25(10):1573-1575.
- [6] 中华医学会重症医学分会.中国严重脓毒症/脓毒性休克治疗指南(2014)[J].中华内科杂志,2015,54(6):557-581.
- [7] 吴巧媚,马世红,郑静霞,等.卧式康复操对脓毒症患者肠功能障碍防治初探[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(3):89-91.
- [8] 张晓璇,陈名桂,胡喜燕.严重脓毒症病人实施护理临床路径的护理体会[J].护理研究,2017,31(15):1857-1859.
- [9] 黄世芳,李自成,高友山,等.BNP 联合 APACHE II 评分在危重病患者预后评价中的意义[J].中国病理生理杂志,2012,28(5):911-913.
- [10] 中国中西医结合学会急救医学专业委员会.重修“95 庐山会议”多器官功能障碍综合征病情分期诊断及严重程度评分标准(2015)[J].中华危重病急救医学,2016,28(2):99-101.
- [11] 朱丽霞,高凤莉,罗虹辉,等.舒适状况量表的信效度测试研究[J].中国实用护理杂志,2006,22(13):57-59.
- [12] 袁乐萍.黄连温胆汤辅助治疗痰热内扰型失眠患者临床疗效及对患者睡眠改善的效果分析[J].中国初级卫生保健,2017,31(8):84-85.
- [13] 潘卫红,欧阳红莲.静脉血液透析滤过治疗严重脓毒症患者的护理探究[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(32):4105-4106.
- [14] Yoseph BP, Klingensmith NJ, Liang Z, et al. Mechanisms of intestinal barrier dysfunction in Sepsis [J]. Shock Augusta Ga, 2016, 46(1): 52-59.
- [15] 吴若,吴鹏,付斌.脓毒症抗凝策略选择[J].热带医学杂志,2019,19(12):1587-1590.
- [16] 谭乐明,杨成,周水英,等.脓毒症的早期诊断相关研究进展[J].中国医药,2020,15(5):796-800.
- [17] 陈名桂,胡喜燕,张晓璇.对严重脓毒症患者实施临床护理路径的效果评价[J].广州医科大学学报,2016,44(5):100-101.
- [18] 李明子.临床路径的基本概念及其应用[J].中华护理杂志,2010,45(1):59-61.
- [19] 王冠南,康凯.临床护理路径在腹腔镜肝切除术中的应用[J].中国医药导报,2016,13(35):138-141.
- [20] 王泽芬.临床护理路径在急性重症胰腺炎内科保守治疗中的应用体会[J].海军医学杂志,2014,35(5):380-383.
- [21] 刘磊,毛刚,韩莉.肝癌介入治疗患者实施临床路径管理的护理效果[J].中国医药导报,2015,12(28):160-163.
- [22] 张秀丽,陈婧婧.临床护理路径在慢性充血性心力衰竭急性发作患者中的应用[J].中国乡村医药,2016,23(22):65-67.
- [23] 张艳秋.中医特色护理干预对 ICU 脓毒症病人炎症因子的影响[J].护理研究,2019,33(1):149-151.
- [24] 孙华娟,谈士慧,王玲.临床护理路径在缺血性脑血管病介入患者护理中的应用[J].中国临床研究,2020,33(6):863-864.
- [25] 黄云萍,邓敦,陈黎虬.临床护理路径在老年骨质疏松性骨折患者中的应用观察[J].中华全科医学,2019,17(5):873-876.
- [26] 欧阳红莲,练巧兰.吴茱萸热敷神阙穴联合腹部穴位按摩在脓毒症肠功能障碍病人中的应用[J].循证护理,2018,4(5):432-434.
- [27] 于欣,尹安春,周莉,等.临床护理路径在脑出血微创介入治疗中的应用评价[J].现代生物医学进展,2013,13(22):4358-4360.
- [28] 周灿,孙苗芳.延续赋能教育联合情志护理对炎症性肠病患者生活质量及营养状况的影响[J].中国临床研究,2019,32(4):573-576.
- [29] 夏誉,叶素贞.EICU 脓毒症血症患者预后评估及相关因素[J].实用医学杂志,2017,33(11):1822-1825.

收稿日期:2021-01-19 修回日期:2021-02-25 编辑:王宇