

专科护理

一例自发性脑出血患者 胃肠内营养支持的护理

□刘晓鹏 张颖伟 张亚悦

一位92岁女性患者因自发性脑出血后消耗营养较多,由民权县人民医院普外科医生刘晓鹏带领团队,成功开展胃肠内营养支持。个性化的营养支持方案,精心的护理和密切的监测,使患者的营养状况得到显著改善,促进了术后康复。

随着人口老龄化的加剧,高龄患者接受手术的比例逐渐增加。对于高龄自发性脑出血后的患者,由于出血创伤、应激反应和基础疾病等因素,营养消耗较大,营养支持成为治疗过程中的重要环节。胃肠内营养支持因其符合生理、并发症相对较少等优点,成为此类患者营养支持的首选方式。

病例分析

一位92岁的女性患者,在家中突发脑出血,家人迅速将其送往医院治疗。鉴于病情的严重性,医务人员立即为患者安排手术。手术虽然成功,但是术后患者陷入昏迷状态,生命体征极不稳定,加之脑出血后的高代谢状态,导致患者体内营养迅速消耗。

随着时间的推移,患者出现了明显的体重下降,血液中蛋白质含量也远低于正常值,被诊断为低蛋白血症,整体营养状况令人担忧。对于高龄且病情复杂的脑出血患者,如何提供有效的胃肠内营养支持,成了一个棘手的问题。

医务人员对患者进行了全面的身体评估,根据评估结果,量身定制一套个性化的营养支持方案。在方案实施过程中,医务人员密切关注患者的病情变化,及时调整营养供给策略。

经过医务人员的不懈努力,患者的营养状况得到显著改善,体重逐渐回升,低蛋白血症也得到有效控制,为患者的术后康复奠定了坚实的基础。这一成功案例,为处理类似高龄重症患者的营养支持问题,提供了宝贵的经验。

全面评估

医务人员对患者进行了全面的健康状况评估,包括身体测量(如身高、体重、体质指数等)、实验室检查(如血清白蛋白、血清总蛋白等)、疾病严重程度评估,以及胃肠道功能评估(如通过肠鸣音、胃肠蠕动情况等)。

营养需求计算

根据患者的年龄、体重、疾病状态和活动水平,运用Harris-Benedict formula(哈里斯-本尼迪克特公式,一种根据身高、体重、年龄及性别来计算人体基础能量消耗的方法)计算基础能量消耗,并乘以相应的应激

系数和活动系数

确定患者每日的能量需求为1200千卡~1500千卡。蛋白质需求量为每天每千克体重1.2克~1.5克。营养制剂选择考虑到患者高龄、胃肠道功能较弱,以及存在低蛋白血症,医务人员选择了短肽型肠内营养制剂(富含易于吸收的小分子肽和氨基酸),并添加适量膳食纤维,以促进肠道蠕动。

输注方式

初期采用持续泵入的方式,从低速度、低浓度开始,逐渐增加至目标速度和浓度。待患者胃肠道适应后,改为间歇输注。

营养支持

护理措施

管道护理

医务人员严格执行管道护理操作规程,妥善固定鼻胃管或鼻肠管,防止移位、脱出,定期检查管道的通畅性,每次输注前后用温开

水冲洗管道

防止堵塞。体位护理 患者在输注营养液时,应保持半卧位,抬高床头30度~45度,以减少反流的风险。口腔护理 由于患者

昏迷,无法自主吞咽和清

洁口腔,护理团队每日进行2次~3次口腔护理,保持患者口腔清洁,预防口腔感染。并发症观察与处理 密切观察患者有无腹胀、腹

泻、呕吐、反流、误吸等

并发症。患者一旦出现并发症,医务人员及时调整营养方案和输注速度,并采取相应的治疗措施。

效果评估

营养指标监测

医务人员定期复查患者的血清白蛋白、血清总蛋白等营养指标,观察其变化趋势。经过一段时间的胃肠内营养支持,患者的血

清蛋白和血清总蛋白

水平逐渐上升,血红蛋白恢复正常。体重变化 医务人员每周测量患者的体重,发现体重逐渐增加,恢复至

接近术前水平。临床

症状改善 患者的精神状态逐渐好转,生命体征趋于稳定,伤口愈合良好,未出现严重的感染等并发症。

胃肠道功能恢复

观察患者的肠鸣音、胃肠道蠕动情况,发现胃肠道功能逐渐恢复正常,能够耐受逐渐增加的营养液输注量。

重要意义

高龄患者的特殊性

高龄患者由于生理机能减退、基础疾病多、器官功能下降等因素,对手术创伤的耐受性较差。在营养支持过程中,医务人员需要更加谨慎地选择营养制剂和输注方式,密切监测患

者可能出现的并发症。

团队协作的重要性 在本例患者的治疗过程中,刘晓鹏的准确评估和方案制定,以及护理团队的精心照护和密切配合,是患者胃肠内营养支持成功的关键。医务团队之间的良

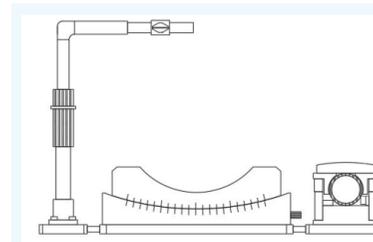
好沟通和协作,能够及

时发现问题并及时解决问题,确保患者得到最佳的治疗效果。个性化营养支持的意义 每一位患者的营养需求和胃肠道功能都有所不同。因此,制定个性化的营养支持方案

十分重要。

医务人员全面评估患者的健康状况,制定符合其实际情况的营养方案,能够提高营养支持的效果,有效促进患者的康复。(作者供职于河南省民权县人民医院)

小发明



结构示意图

头颈部血管介入治疗稳定辅助平台,包括头垫组件、无菌巾支撑组件和微调升降支撑平台。笔者在头垫组件、无菌巾支撑组件和微调升降支撑平台之间,采用分体式设计;在头垫组件包括头垫座板,头垫座板的顶部,设有可微调角度的手动角位台;而头垫组件、无菌巾支撑组件和微调升降支撑平台,可以单独或组合使用,提升辅助平台的适用范围,并设置可调节角度的头垫。在使用时,医生可根据患者的颈部位置进行微调,进而方便操作。

临床需求

在颈部血管介入治疗、微创手术(如颈椎间盘射频术、颈椎椎体成形术、颈部甲状腺外科手术等)的患者进行头颈部手术时,由于多数患者为清醒状态,术中铺巾后头部被无菌巾覆盖,患者的口鼻被覆盖,可能会出现精神紧张、呼吸困难等情况,影响患者的治疗体验和舒适度。另外,因患者的颈部及上区域空虚,医生在介入治疗操作手术器械(如导管、导丝、穿刺套装等)时,无着力支撑点,影响精确操作。

重要价值

头面部空间 无菌巾支撑组件包括支撑座板、支撑座板的顶部2个角,均固定连接有支座,支座的顶部均套有立杆。立杆的外侧壁螺纹连接丝管套,丝管套的顶部套设有L字形的第一伸缩杆。第一伸缩杆的延伸方向与手动角位台的横向延伸方向平行,第一伸缩杆的一端滑动连接第二伸缩杆。

笔者采用上述方案,设置两组支座、立杆、丝管套、第一伸缩杆和第二伸缩杆,使第二伸缩杆对无菌巾进行支撑。同时,第二伸缩杆在第一伸缩杆上滑动,可以调节无菌巾的位置,第一伸缩杆在立杆上滑动,可以调节高度,使无菌巾与患者的头部不会直接接触,留给患者一定的空间,避免了患者因无菌布直接盖在脸上引起的呼吸不畅和紧张情绪。

颈部血管操作支撑平面 微调升降支撑平台,包括平台座板、平台座板的顶部安装有可调整高度的微调升降台,微调升降台的顶部固定有手部支撑垫,医生可以根据患者颈部的高度至DSA(数字减影血管造影)床面的距离调整高度,范围高度为5厘米~15厘米,可为患者颈部血管操作提供支撑,有利于患者精细操作的稳定性。

(作者供职于河南省信阳市中心医院)

护理技术

多动症患儿 护理策略

□马丹丹 高晶晶

一天,10岁的皮皮(化名)由父母陪同来到康复科就诊。皮皮的妈妈也是皮皮的班主任,说皮皮上课时注意力不集中,总是跟其他孩子说话,不服从管教、异常活跃,仿佛精力无极限,其他老师也反映过类似的问题。后来,经过医生的评估及检查,孩子被确诊为多动症,医生建议及时治疗。

在日常生活中,很多家长认为孩子(尤其是男孩子)调皮、多动是天性,等多动的行为影响到日常生活、学习的时候,才开始重视这个问题。当然,也有一部分家长存在一个误区,觉得孩子好动、调皮就是多动症。那么,如何正确认识多动症呢?

疾病表现

在临床上,多动症是以持续存在的且与年龄不相称的注意力不集中、多动、冲动为主要症状。虽然每个孩子在这段时间内存在多动症状,但是只有这些症状造成慢性损害(如学习成绩、情感、认知功能、社交等)时,才能被诊断为多动症。

疾病因素

遗传因素 多动症的遗传概率比较高,多动症孩子的父母往往也是多动症患者。神经递质失调 大脑内神经化学递质失衡,如多巴胺和去甲肾上腺素功能低下,5-羟色胺功能下降等。但是,目前并没有哪一种假说能够完全解释多动症具体发生的机制。

环境因素

包括产前、围产期和出生后等因素。其中,与妊娠期和分娩相关的危险因素,包括患儿的母亲吸烟和饮酒、患儿早产、甲状腺功能障碍,以及出生后出现缺血缺氧性脑病。其中,还包括患儿过多服用或食用含有食物添加剂的饮品或食物、缺

铁、铅水平升高、血锌水平降低,但目前证据尚不充分。

家庭和心理社会因素

父母情感破裂,教养方式不当,父母性格不良,母亲患抑郁症,父亲有冲动、反社会行为或物质成瘾,家庭经济困难,住房拥挤,童年与父母分离,遭受虐待,学校的教育方法不当等不良因素,均可能作为患儿发病的诱因。

如何用药

规范用药治疗多动症,不良风险很小。相反,不规范用药导致的风险却很大。因此,多动症患儿的药物治疗必须遵照医嘱。

疾病预后

多动症患儿的治疗不能只靠药物。一部分家长认为,只吃药就能解决问题,过于理想化。轻型多动症,药物治疗效果会很好,但是对于病情严重的患儿,只通过药物全面改善患儿的多动行为,以及社交、心理成熟度等是不太现实的。多动症的治疗,需要患儿的家长、老师等共同参与、配合。心理治疗和物理因子治疗,对患儿的康复有很好的作用。

如何应对

不少多动症患儿存在违抗障碍,喜欢跟家长发脾气,总是故意惹恼别人。面对这种情况,家长需要做到以下3点:忽视、冷处理 如果患儿的负面行为不危险、不严重,也没有冒犯别人,家长尽量不要关注。注意态度平和 患儿故意挑衅时,家长可以马上制止,但是要注意态度平和、冷静地处理,事情过后不要喋喋不休。平时,家长可以多跟患儿沟通,教患儿如何合理表达自己的需求和想法。

正向引导

引导患儿的正向行为,鼓励好的行为,弱化不良行为。(作者供职于郑州大学第三附属医院)

叙事护理

从愤怒到释然的老夏

□王凤珍

老夏是我照护的一位肿瘤晚期患者。在我印象里,老夏给人一种和蔼可亲的感觉,他高高瘦瘦的,走路微微佝偻着腰,也不爱说话。每次来住院,老夏的老伴儿在一旁不停地唠叨老夏最近的身体状况,而老夏有时候会点点头,也会偶尔对我们微微一笑。

但是,这次住院,老夏一反常态,说话的态度很不友好,用他老伴儿的话说:“说话就像拿软刀子捅人。”这天,我看见老夏的老伴儿给老夏喂水时,不小心撒在床单上一点。老夏立马生气地吼道:“喂水还顺带着给我‘洗个澡’,好送我‘上路’吗?”老夏的老伴儿无奈又生气地说:“你看你,说的这是啥话?专挑气人的话说,真是气死人不偿命。”老夏又吼道:“气死人我偿命,等会儿我就碰死这窗台上。”

看着老夏的老伴儿气得直哆嗦,我赶紧说:“阿姨,您别生气,大叔肯定是开玩笑的。”老夏扭头向一边儿也不说话。老夏的老伴儿抹着眼泪说:“王护士,你看他这是弄啥,天天动不动就要死要活的。”

我安抚了老夏的老伴儿,又对老夏说:“大叔,咱有啥话好好给阿姨说。您看阿姨照顾您照顾得多仔细。”

老夏还是不说话,看他这样,我给老夏的老伴儿使了个眼色,示意她别说话,就先退

出了病房。下午再巡视病房时,我发现老夏躺床上望着窗外,我顺着他的目光看去,天空飘着几朵白云。我轻声问老夏:“大叔,看啥呢?”老夏回过神来向我说:“问问老天啥时候把我接走。”我说:“大叔,您最近怎么了,可以和我说说吗?”

看病房里没其他人,老夏就跟我慢慢地聊起来。在老夏断断续续地诉说着,我得知老夏的一生很不容易,老夏的童年是在帮父母照顾弟弟妹妹中度过的。兄妹几个人各自成家后,父亲却突然撒手人寰。父亲去世后,老夏又带着母亲照顾弟弟妹妹。可偏偏命运弄人,老夏的弟弟在工地干活时,意外去世了。看着弟媳妇儿抱着2个未成年的孩子哭得六神无主,老夏决定帮着弟媳妇儿一起抚养孩子。当时,老夏已经有3个儿子,再担负起照顾2个侄子的重任,让本就不富裕的家庭更加捉襟见肘。好在几个孩子都很有争气,努力学习,毕业后都有了不错的工作。

老夏想,终于可以不那么拼命了,但是命运好像没打算放过他。在一次体检中,老夏被确诊肺癌,这个消息让老夏瘫软在地,一生要强的老夏在吸完一整包烟后,有了新的目标——尽快给几个孩子成家立业。

接下来老夏就开始一边

做治疗,一边工作赚钱。在给孩子们成家的动力驱使下,老夏一直很乐观,孩子们也都在老夏的操持下陆续成家。老夏最小侄子的婚期就在这个月,可是老夏的病却加重了。

也许是对命运不公的愤怒,老夏总是时不时地发脾气。看着老夏的状态,我心中五味杂陈。我对老夏说:“大叔,心情不好的时候,可以把心里的烦闷说出来,我相信阿姨和孩子们都会理解您。”老夏摆摆手说:“王护士,我一点儿都不怕死,我父亲和我弟弟离世后,我就是替他们俩活着。我太累了,死对我来说就是解脱,我……我就是不知道咋给他俩交代啊!”

我轻拍老夏说:“大叔,您想一下窗外这几朵云是您父亲和弟弟,您觉得他们会对您说什么?”老夏抬头看着窗外流下眼泪,说:“我父亲会说:‘你已经很争气了,你也尽最大能力了,看你这么累,我也心疼你。’”

说着,老夏把脸埋在被子,肩膀不停地抖动着,我静静地等着老夏恢复平静。过了好一会儿,老夏再次抬起头说:“我也对得起我弟弟了,就让我侄子的家长会,都是我去开的,侄子的同学都以为我是侄子的爸爸。”

我说:“大叔,您做得真的很棒,我相信侄子也会觉得您

是最好的大伯。”老夏抹了一下脸说:“是的,我大侄子结婚时,非要我坐在本该是他爸爸的那个位置,给我和他妈磕头。小侄子前天结婚,我在住院,回不去,他就给我视频连线,带着新媳妇儿给我磕头。”

我说:“大叔,2个侄子都把您真心当成他们的爸爸。”老夏说:“是的,其实我真死了也没事,我的3个儿子、2个侄子都长大了,也有能力好好地生活了。”

第二天,我特意给老夏制作了一个小小的奖状,送到他手中,上面写着“中国最佳伯

征稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

《护理管理》《专科护理》《小发明》(请将你的小

发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待您的参与!

联系人:徐琳琳
联系电话:15036010089
投稿邮箱:
xulin.lin@qq.com