

肠内营养推注的速度对重症患者的胃肠道并发症的影响

梁珍珍

江陵县人民医院 湖北 荆州 434000

摘要：目的：探究肠内营养推注的速度对重症患者的胃肠道并发症的影响。方法：选取2021年5月~2022年6月于我院接受治疗的86例重症患者为研究对象，按照数字随机法进行分组，其中对照组和实验组各有患者43例，对照组肠内营养推注速度为110~120mL/h，实验组肠内营养推注速度为80~100mL/h，对胃潴留、腹泻、恶心和便秘等胃肠道并发症进行比较。结果：实验组胃潴留、腹泻、恶心和便秘等胃肠道并发症发生率低于对照组，比较结果差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：对于重症患者进行肠内营养输注时，相对于推注速度110~120mL/h，推注速度为80~100mL/h能够降低胃潴留、腹泻、恶心和便秘等胃肠道并发症发生率，促进患者机体康复，该方法值得进一步推广应用。

关键词：肠内营养推注；重症患者；胃肠道并发症

肠内营养治疗是危重症患者营养支持的重要手段，可以有效提高患者免疫力，改善患者营养水平^[1]。但是，肠内营养治疗过程中，患者容易出现胃肠道并发症，如胃潴留、腹泻、恶心和便秘等，这些并发症不仅引起患者身体不适，而且还可能对患者康复产生影响。临床治疗过程中一旦发现患者并发症情况较为严重，往往需要将营养支持改为肠胃，但肠外营养支持会影响患者免疫能力^[2]。因此，分析、了解和掌握影响肠内营养支持效果的因素，制定科学的营养支持方法十分关键^[3]。目前临床对于肠内营养推注速度对胃肠道并发症的研究较少，为了探究肠内营养推注速度对胃肠道并发症发生情况的影响，本文对此进行了探究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年5月~2022年6月于我院接受治疗的86例重症患者为研究对象，按照数字随机法进行分组，其中对照组和实验组各有患者43例。对照组接受治疗的患者包括21例男性和22例女性，年龄24~72岁，均龄（ 56.36 ± 4.29 ）岁。对照组接受治疗的患者包括23例男性和20例女性，年龄23~69岁，均龄（ 55.48 ± 2.13 ）岁。患者一般资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。纳入指标：①重症患者；②意识不清，无法自主摄入营养患者或身体代谢需求旺盛患者；③签署知情同意告知书。排除标准：①存在呕吐、腹泻症状者；②休克状态患者；③肠胃道出血、感染、炎症患者；④肠胃道功能不全者。

1.2 方法

对照组：肠内营养推注速度为110~120mL/h。使用鼻肠营养管推注营养液，营养液为500mL/瓶的混悬

液，推注前使用专用加热器将营养液温度加热并稳定在38~40℃，后将鼻肠营养管放置于患者胃中，借助于胃部的蠕动能力将营养液输注至肠道。营养液输注速度为110~120mL/h，输注期间将患者的床头抬高30~45°。营养液输注结束后及时清理营养瓶，清洗量为20mL。营养支持期间加强皮肤和口腔护理，防止出现压疮和口腔溃疡、感染等。

实验组：肠内营养推注速度为80~100mL/h，其他输注方式和护理方式同对照组。

1.3 观察指标

胃潴留：记录胃潴留例数以及胃潴留内容物体积。胃潴留内容物体积检测：每间隔4h提取一次患者胃内的潴留物，如果潴留物体积超过200mL，则判定为胃潴留。胃潴留程度分为轻度、中度、重度三个等级。轻度：潴留物体积 ≥ 200 mL，且 < 220 mL；中度：潴留物体积 ≥ 220 mL，且 < 250 mL；重度：潴留物体积 ≥ 250 mL。胃潴留发生率=胃潴留例数/样本数 $\times 100\%$ 。

腹泻：判定条件：①粪便呈稀薄的水样；②每小时排便次数 ≥ 3 次；③粪便含水量 $\geq 80\%$ 。腹泻程度分为轻度、中度和重度。轻度：每小时排便次数3次，粪便呈稀薄水样，粪便中含有少量松散的颗粒状未消化物；中度：每小时排便次数4次，粪便呈稀薄水样，粪便中含有少量的松散的颗粒状未消化物；重度：每小时排便次数5次以上，粪便呈稀薄水样，粪便几乎以水状液体为主。腹泻发生率=腹泻例数/样本数 $\times 100\%$ 。

恶心：患者自诉存在恶心症状；患者存在胃内内容物反流等情况。恶心分为一般、较重和严重三个级别。一般：无胃内内容物反流，间歇性出现“想吐”的症状；较

重：少量胃内内容物反流，“想吐”症状相比于“一般”次数更多；严重：胃内内容物反流情况较为频繁，或出现呕吐的症状。恶心发生率 = 恶心例数/样本数×100%。

便秘：判定条件：3d内未排便；1周排便少于3次。便秘程度分轻度、中度、重度。轻度：3d未排便或1周排便3次以内（含3次）；中度：4d未排便或1周排便2次以内（含2次）；重度：5d未排便或1周排便1次以内（含1次）。便秘发生率 = 便秘例数/样本数×100%。

1.4 统计学分析

研究结果数据应用统计学软件SPSS23.0完成处理，计量资料、计数资料分别用 $\bar{x} \pm s$ 、(n, %)表示，差异性分别对应t检验、 χ^2 检验；检验依据： $P < 0.05$ ；差异显著，有统计学意义。

2 结果

2.1 胃潴留发生情况比较

对照组轻度胃潴留、中度胃潴留和重度胃潴留例数分别为8例、11例和4例，胃潴留总发生率为53.49%，实验组轻度胃潴留、中度胃潴留和重度胃潴留例数分别为5例、5例和1例，胃潴留总发生率为25.58%，实验组胃潴留发生率显著低于对照组，比较结果差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组胃潴留发生情况比较[n, %]

组别	例数	轻度	中度	重度	总发生率(%)
对照组	43	8	11	4	53.49
实验组	43	5	5	1	25.58
χ^2					7.005
P					0.030

2.2 腹泻发生情况比较

对照组轻度腹泻、中度腹泻和重度腹泻例数分别为11例、12例和6例，腹泻总发生率为67.44%，实验组轻度腹泻、中度腹泻和重度腹泻例数分别为7例、5例和3例，腹泻总发生率为34.88%，实验组腹泻发生率显著低于对照组，比较结果差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组腹泻发生情况比较[n, %]

组别	例数	轻度	中度	重度	总发生率(%)
对照组	43	11	12	6	67.44
实验组	43	7	5	3	34.88
χ^2					9.121
P					0.010

2.3 恶心发生情况比较

对照组一般恶心、较重恶心和严重恶心例数分别为8例、13例和15例，恶心总发生率为83.72%，实验组一般恶心、较重恶心和严重恶心例数分别为7例、9例和6例，

恶心总发生率为51.16%，实验组恶心发生率显著低于对照组，比较结果差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组恶心发生情况比较[n, %]

组别	例数	一般	较重	严重	总发生率(%)
对照组	43	8	13	15	83.72
实验组	43	7	9	6	51.16
χ^2					10.379
P					0.006

2.4 便秘发生情况比较

对照组轻度便秘、中度便秘和重度便秘例数分别为7例、3例和5例，便秘总发生率为34.88%，实验组轻度便秘、中度便秘和重度便秘例数分别为2例、2例和1例，便秘总发生率为11.63%，实验组便秘发生率显著低于对照组，比较结果差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组便秘发生情况比较[n, %]

组别	例数	轻度	中度	重度	总发生率(%)
对照组	43	7	3	5	34.88
实验组	43	2	2	1	11.63
χ^2					6.515
P					0.038

3 讨论

肠内营养支持推注速度是影响患者肠胃肠道并发症的关键性因素，速度过慢可能影响机体营养平衡，导致机体免疫力降低，营养过快可能诱使并发症发生^[4]。肠胃肠道并发症是肠内营养治疗最为常见的并发症，其对患者治疗与康复均产生了不利影响^[5]。胃潴留、腹泻、恶心和便秘是常见的胃肠道并发症。胃潴留主要是胃内潴留物无法及时被机体消化吸收并累积在胃中，发病时可表现为呕吐，呕吐物往往为3~4h前进食的食物^[6]。腹泻主要是肠胃感染或小肠消化不良导致的，由于患者营养不良，因此机体抵抗能力下降，由此引起细菌感染，从而导致腹泻发生^[7]。恶心是一种常见的并发症，其主要表现为想要呕吐，其主要由消化系统疾病所导致，而肠内营养支持的患者则是消化系统疾病发生的高发群体。便秘在肠内支持患者群体中的发生率相对于以上并发症较低，主要由肠蠕动变差，肠胃消化液分泌较少导致。这些并发症对于患者机体康复产生了不同程度的影响，因此在肠内营养支持过程中需要尽可能地减少此类并发症发生因素。

一般情况下，临床肠内营养支持推注速度大多为80~100mL/h，但是一些昏迷或机体代谢需求旺盛的患者，需要提高推注速度，因为低流量推注可能无法满足患者营养供应需求，但是在提高推注速度时，需要注意并发症发生情况，如果并发症发生情况较为严重，需要

改为肠外营养支持,避免并发症对患者机体产生更严重的影响。本研究结果表明,当肠内营养推注速度为推注速度为80~100mL/h时,胃潴留、腹泻、恶心和便秘等肠胃肠道并发症发生率降低。从各组并发症发生程度来看,实验组重度/严重并发症患者发生例数大大降低,两组并发症发生均集中在轻度和中度,相比于推注速度110~120mL/h,推注速度为80~100mL/h可以有效地降低重度并发症例数出现,而且中度并发症例数也很少。从发生率比较情况来看,对照组胃潴留、腹泻、恶心和便秘发生率分别为53.49%、67.44%、83.72%和34.88%,实验组胃潴留、腹泻、恶心和便秘发生率分别为25.58%、34.88%、51.16%和11.68%,从结果来看,实验组肠胃肠道并发症发生率更低,说明在80~100mL/h推注速度基础上提高推注速度可能引起更差的并发症发生情况,因此在临床肠内营养支持时需要格外关注这点。

对于重症患者进行肠内营养输注时,相对于推注速度110~120mL/h,推注速度为80~100mL/h能够降低胃潴留、腹泻、恶心和便秘等肠胃肠道并发症发生率,促进患者机体康复,该方法值得进一步推广应用。

参考文献

[1]聂永春,苏晓芳,李明月,等.栀子与早期肠内营养对

重症急性胰腺炎大鼠肠黏膜屏障的保护作用[J].护理研究,2023,37(8):1357-1363.

[2]何杨,高琴,林晨,等.幽门后早期肠内营养在危重症病人临床应用中的疗效及安全性[J].肠外与肠内营养,2023,30(1):14-19.

[3]程峰玉,程丽婷,杨贵霞,等.肠内营养滴注速度对重症急性胰腺炎喂养耐受性及腹内压的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2023,30(4):446-452.

[4]熊厚仁,方迎迎,朱明华,等.早期肠内营养耐受性分级干预方案在心脏外科术后重症患者中的应用[J].护理学报,2023,30(9):64-68.

[5]陈立佳,王敏,刘雅涵,等.生长抑素结合早期肠内营养对重症急性胰腺炎患者炎性调控的临床效果评价[J].现代消化及介入诊疗,2023,28(4):481-485.

[6]成洋,段丽娟.腹部按摩对肠内营养患者胃肠道并发症的影响:一项系统评价和Meta分析[J].中华现代护理杂志,2021,27(27):3661-3668.

[7]欧阳露露,王亮霞.中医护理方案对ICU行肠内营养支持患者营养状况及胃肠道并发症的影响[J].黑龙江医学,2023,47(7):881-883.