

消化内科患者的营养支持与护理策略研究

王梦芝

绍兴文理学院附属医院 浙江 绍兴 312000

摘要: 本文旨在深入探讨消化内科患者的营养支持与护理策略。通过分析消化内科患者常见的营养问题及其成因,阐述了营养支持的重要性,并详细介绍各类营养支持方式及相应的护理策略。结合实际案例,展示合理的营养支持与精心护理对消化内科患者康复的积极影响,强调医护人员在这一过程中应不断提升专业素养,以提供更优质的医疗服务,促进患者早日康复。

关键词: 消化内科; 营养支持; 护理策略; 患者康复

引言: 消化内科是临床医学中的重要分支,主要诊治食管、胃、小肠、大肠、肝、胆、胰等消化器官的疾病。这些疾病往往会影响患者的消化和吸收功能,导致营养摄入不足、代谢紊乱等问题,进而影响患者的康复进程和生活质量。因此,为消化内科患者提供科学合理的营养支持并实施有效的护理策略具有至关重要的意义。

1 消化内科患者常见的营养问题及成因

1.1 食欲减退

许多消化内科疾病,如慢性胃炎、胃溃疡、肝炎等,都会引发一系列腹部不适症状,如疼痛、不适、恶心和呕吐等。这些症状不仅让患者感到不适,还直接导致患者食欲减退,甚至拒绝进食。慢性胃炎患者的胃黏膜常处于炎症状态,导致胃部不适和疼痛,进而减少食物的摄入。胃溃疡患者的胃黏膜受到损伤,进食后可能加重疼痛,导致患者害怕进食。肝炎患者由于肝功能受损,常常出现恶心和呕吐的症状,进一步影响他们的食欲。长期食欲减退会导致患者营养摄入不足,出现营养不良的风险增加,进一步加重疾病进程。

1.2 消化吸收障碍

消化系统的病变,如肠炎、胰腺疾病等,往往会破坏肠道黏膜的完整性,影响消化酶的分泌,进而干扰食物的正常消化和吸收过程。肠炎患者的肠道黏膜可能发生炎症和水肿,影响了肠道对营养物质的吸收能力。胰腺疾病,特别是慢性胰腺炎,常常导致胰腺外分泌功能不足,胰液分泌减少。胰液是消化过程中不可或缺的消化液,其中包含的消化酶对于分解脂肪和蛋白质至关重要。当胰液分泌不足时,脂肪和蛋白质不能被充分消化,导致营养物质无法被有效吸收。这种消化吸收障碍会导致患者营养摄入不足,进一步加剧营养不良的风险^[1]。

1.3 营养物质丢失

一些疾病会导致肠道黏膜通透性增加,使得营养物

质如蛋白质、维生素等大量从肠道丢失。炎症性肠病(IBD)患者就是一个典型的例子。IBD患者的肠道长期处于炎症状态,黏膜受损,导致肠道屏障功能减弱。在炎症的作用下,肠道黏膜可能变得脆弱,出现溃疡和糜烂,大量的血浆蛋白和其他营养物质通过受损的黏膜渗出到肠腔,通过粪便排出体外,造成营养物质的流失。长期的营养物质丢失不仅会导致患者营养不良,还可能引发一系列并发症,如电解质紊乱、免疫力下降等。

1.4 代谢紊乱

肝脏是人体重要的代谢器官,它参与糖、脂肪和蛋白质的代谢过程,当肝脏受损时,特别是肝硬化患者,肝脏的代谢功能会受到严重影响,出现糖、脂肪和蛋白质代谢紊乱。肝硬化晚期患者可能会出现低血糖的症状,这是由于肝脏对血糖的调节功能受损,导致血糖水平下降。同时,肝硬化患者还可能出现高脂血症,这是由于肝脏对脂肪的代谢功能下降,导致脂肪在血液中堆积;肝硬化患者还常常出现低蛋白血症,这是由于肝脏合成蛋白质的能力下降,导致血浆蛋白水平降低。这些代谢紊乱不仅会影响患者的营养状况,还会引发一系列严重的并发症,如感染、腹水等。

2 营养支持对消化内科患者的重要性

2.1 维持身体正常功能

营养物质是人体维持生命活动的基石,对于消化内科患者而言,更是不可或缺。通过科学合理的营养支持,可以确保患者身体各器官和系统能够正常运转。例如,蛋白质不仅是构成人体细胞和组织的基本成分,更是维持肌肉力量、修复受损组织的必要物质。当蛋白质摄入充足时,患者的肌肉力量和免疫功能得以保持,这对于抵抗疾病和恢复健康至关重要^[2]。同时,碳水化合物作为能量的主要来源,能够满足患者日常活动的能量需求,确保身体的正常运作。

2.2 促进疾病康复

合理的营养支持在促进消化内科患者疾病康复方面发挥着重要作用。首先,它能够增强患者的免疫力,使身体具备更强的对抗疾病的能力。对于那些接受手术治疗的消化内科患者,如胃肠道手术患者,术后良好的营养状况尤为重要。良好的营养支持能够加快伤口愈合速度,减少感染等并发症的发生,从而降低手术风险和恢复时间;营养支持还能帮助患者维持体重,避免因疾病或治疗导致的体重急剧下降,进一步促进康复进程。

2.3 改善生活质量

营养支持不仅能够满足消化内科患者的生理需求,还能显著改善其生活质量。当患者的营养需求得到满足时,其体力和精神状态会得到显著提升,从而更好地进行日常活动,如自理生活、参与社交等。这不仅有助于患者恢复信心,还能增进其与家人和社会的联系,提高整体幸福感;良好的营养支持还能缓解因疾病带来的不适和痛苦,提升患者的生活质量和满意度。因此,对于消化内科患者而言,营养支持不仅是治疗疾病的重要手段,更是提升生活质量的关键环节。

3 消化内科患者的营养支持方式

3.1 口服营养补充

对于能够经口进食但摄入量不足的患者,口服营养补充是一种常用的方法。可以选择市售的营养制剂,如整蛋白型、短肽型、氨基酸型等,根据患者的具体情况进行选择。整蛋白型营养制剂适合消化功能相对较好的患者;短肽型适用于有一定消化吸收障碍的患者;氨基酸型则多用于消化吸收功能严重受损的患者。

3.2 管饲营养

当患者无法经口正常进食或经口进食不能满足营养需求时,可采用管饲营养。管饲途径包括鼻胃管、鼻空肠管、胃造瘘管、空肠造瘘管等。鼻胃管适用于短期(一般不超过6周)需要管饲营养且胃肠功能基本正常的患者;鼻空肠管则更适合胃肠动力不足或有反流误吸风险的患者;胃造瘘管和空肠造瘘管常用于长期需要管饲营养的患者,其优点是相对稳定,不易移位^[3]。

3.3 肠外营养

对于那些肠道功能严重受损,无法通过肠道吸收营养的患者,如短肠综合征急性期、严重的肠道梗阻患者等,肠外营养是必要的选择。肠外营养是通过静脉途径将人体所需的各种营养物质,包括碳水化合物、蛋白质、脂肪、维生素、矿物质等,直接输注到血液中。

4 消化内科患者营养支持的护理策略

4.1 营养评估

在实施营养支持前,全面的营养评估至关重要。评估内容包括:(1)一般情况:如年龄、身高、体重、性别等。例如,BMI(体重指数)是反映营养状况的基本指标,正常范围一般为18.5~23.9。BMI过低或过高都可能提示存在营养问题;(2)疾病史:了解患者的疾病历史,有助于评估其营养需求和风险;(3)饮食摄入情况:包括食物的种类、数量、频率等,以评估患者是否摄入了足够的蛋白质、碳水化合物、脂肪、维生素和矿物质。据研究,成人每天建议蛋白质摄入量为0.8克/公斤体重,但消化内科患者可能需要根据病情调整;(4)消化吸收功能:评估患者的消化吸收能力,以确定适合的营养支持方式;(5)生化指标:如血清白蛋白(正常值范围为35~55g/L)、前白蛋白(正常值约为280~360mg/L)、血红蛋白(成年男性正常值范围为120~160g/L,成年女性为110~150g/L)等,这些指标可以反映患者的营养状况和是否存在贫血等问题。通过准确的营养评估,可以确定患者的营养需求和营养风险程度,为制定个性化的营养支持方案提供依据。

4.2 心理护理

消化内科患者由于长期受疾病困扰,往往存在焦虑、抑郁等不良心理情绪,这些情绪会进一步影响患者的食欲和营养摄入。护理人员应加强与患者的沟通交流,了解其心理状态,通过耐心的解释、安慰和鼓励,帮助患者树立战胜疾病的信心,提高其配合营养支持治疗的积极性。

4.3 饮食护理

根据患者的营养支持方式和具体病情,进行针对性的饮食护理。对于口服营养补充的患者,要指导其正确服用营养制剂,如告知其服用的时间、剂量、注意事项等。对于管饲营养的患者,要注意管饲液的温度、浓度、输注速度等,避免引起胃肠道不适^[4]。对于肠外营养的患者,要密切观察输液部位有无红肿、渗液等情况,确保输液安全。

4.4 并发症的预防与护理

营养支持过程中可能会出现一些并发症,如管饲营养可能导致的误吸、腹泻、堵管等;肠外营养可能出现的静脉炎、高血糖、低血糖等。护理人员应熟悉这些并发症的发生机制和预防措施,在日常护理中密切观察患者的病情变化,一旦发现异常,及时采取相应的处理措施。

4.5 监测与反馈

在营养支持过程中,要持续监测患者的营养状况、生化指标、生命体征等,如定期测量患者的体重、血清白蛋白含量等。同时,要将监测结果及时反馈给医生,

以便医生根据患者的实际情况及时调整营养支持方案。

5 案例分析

5.1 病例介绍

患者李某, 男性, 55岁, 因长期饮酒和饮食习惯不佳, 近期出现腹痛、腹胀、食欲减退及体重显著减轻等症状, 被确诊为“慢性胰腺炎”。入院时, 患者体重为65公斤, 相比发病前减轻了约8公斤, BMI为21.6(偏瘦)。血清淀粉酶水平升高至200U/L(正常值小于100U/L), 胰腺外分泌功能检测显示严重受损, 脂肪消化吸收能力低下, 血浆白蛋白含量仅为30g/L(正常值范围35~55g/L), 表明患者已处于营养不良状态。

5.2 营养支持方案

基于患者的具体病情和营养评估结果, 为其量身定制营养支持方案: 采用鼻空肠管进行肠内营养支持, 选择短肽型营养制剂(富含易于消化吸收的氨基酸和小分子肽), 起始输注速度为20ml/h, 根据患者的耐受性和营养需求, 逐步调整至80ml/h, 全天总输注量约为1500ml, 提供约1500kcal的能量和充足的蛋白质、脂肪及微量元素; 为促进脂肪消化吸收, 每日三次给予患者胰酶制剂(每次1粒, 每粒含胰酶25000U), 餐前服用^[5]。

5.3 护理措施

护理人员与患者建立良好的沟通关系, 了解到患者因疾病预后担忧而情绪低落, 存在明显焦虑。通过详细解释慢性胰腺炎的治疗计划、成功案例及预期恢复过程, 患者情绪得到安抚, 焦虑评分(采用HADS量表)从入院时的18分降低至出院时的8分; 管饲液温度精确控制在38℃-40℃, 浓度和输注速度根据患者的胃肠道耐受性灵活调整。每日记录患者胃肠道反应, 如腹胀、腹泻情况, 数据显示, 经过初期适应后, 患者未再出现严重胃肠道不适, 腹泻发生率从最初的每天2次降低至每周小于1次。

并发症预防与护理: (1) 误吸预防: 管饲期间, 患者保持半卧位(床头抬高30°-45°), 并定期检查胃残余量, 确保无误吸风险。(2) 管道护理: 每日冲洗鼻空肠管, 避免堵塞, 记录冲洗液回流量, 确保管道畅通。在

整个治疗周期内, 未发生堵管事件。(3) 腹泻管理: 通过调整管饲液浓度和输注速度, 患者腹泻得到有效控制, 平均每日排便次数从入院时的4次减少至出院时的1-2次。(4) 监测与反馈: 每周定期监测患者体重、血清白蛋白含量等指标。体重从入院时的65公斤稳步上升至出院时的69公斤, BMI提升至22.8; 血清白蛋白含量显著增加, 从30g/L提升至35g/L, 接近正常范围。

5.4 治疗效果

经过为期4周的营养支持和综合护理, 患者李某的腹痛、腹胀症状明显减轻, 食欲和体重均有所恢复, 精神状态显著改善。血清白蛋白含量的提升表明其营养状况得到了有效改善, 为后续的治疗和康复打下坚实的基础。患者及其家属对治疗效果表示满意, 出院时对患者进行详细的家庭护理指导, 包括继续补充胰酶制剂、合理饮食调整等, 以维持良好的营养状态和疾病管理。

结束语

综上所述, 对于消化内科患者而言, 科学合理的营养支持与有效的护理策略是促进其康复的重要手段。通过全面评估患者的营养状况, 制定个性化的营养支持方案, 并结合细致入微的护理措施, 可以显著改善患者的营养状况, 提高治疗效果, 促进患者早日康复。

参考文献

- [1]王蕊,张晓明,刘红艳.慢性疾病患者个性化护理方案的设计与应用[J].中国护理管理,2019,19(12):1168-1171.
- [2]张丽丽.李强.个性化护理在老年慢性病管理中的应用价值[J].中国老年学杂志,2018,38(10):2429-2431.
- [3]黄小燕,傅秋平,严晓娟.营养护理质量指标在消化内科营养护理质量管理中的作用分析[J].养生保健指南,2021(19):241.
- [4]马真甄.消化内科重症患者应用肠内营养的护理疗效[J].医学食疗与健康,2019(3):184.
- [5]展小燕,魏增永.营养护理质量指标在消化内科营养护理质量管理中的作用分析[J].基层医学论坛,2020,24(6):773-774.