

营养支持在消化内科护理中的应用与挑战

徐颖霞 陈晓庆 梁媛
宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750000

摘要: 营养支持在消化内科护理中意义重大,能维持患者生理功能、促进疾病康复、改善患者预后。应用方式包括肠内和肠外营养支持。实施要点涵盖喂养前准备、喂养过程管理及喂养后护理。然而,在护理工作中面临并发症预防与处理、患者依从性、护理人员专业素养及多学科协作等挑战。本文深入探讨这些方面,为提升消化内科营养支持护理质量提供参考。

关键词: 营养支持; 消化内科护理; 应用方式; 实施要点; 面临挑战

引言: 消化内科疾病复杂多样,患者常因疾病出现营养问题。营养支持作为重要治疗手段,在消化内科护理中占据关键地位。合理有效的营养支持可助力患者恢复健康,提高生活质量。但营养支持护理工作涉及多方面内容,实施过程中面临诸多挑战。深入剖析营养支持在消化内科护理中的应用与挑战,对优化护理服务具有重要意义。

1 营养支持在消化内科护理中的重要性

1.1 维持患者生理功能

消化内科疾病范畴广泛,患者病情复杂多样。诸多因素导致患者能量摄入难以满足机体需求。疾病本身可能引发食欲减退、消化吸收功能障碍,而治疗过程中的创伤、药物副作用等,也会进一步影响患者进食及营养物质的摄取^[1]。在此情况下,营养支持发挥着至关重要的作用,能够为患者提供维持基础代谢所必需的能量。基础代谢是人体维持生命活动最基本的能量消耗,涵盖心跳、呼吸、体温调节等众多生理过程。只有保证充足的能量供给,才能确保这些基本生理功能正常运转,避免因能量匮乏导致身体机能紊乱。蛋白质是生命活动的重要物质基础,在人体生理功能维持中扮演关键角色。消化内科患者由于疾病消耗、摄入不足等原因,蛋白质合成往往受到影响。营养支持可提供丰富的优质蛋白质来源,促进体内蛋白质的合成代谢。这不仅有助于维持肌肉质量,防止肌肉萎缩,减少并发症发生,还能保障内脏组织结构的稳定和功能正常。若蛋白质缺乏,身体各组织器官会逐渐出现功能衰退,影响患者的整体健康状况和生活质量。

1.2 促进疾病康复

组织修复是疾病康复过程中的重要环节。消化内科患者可能因炎症、创伤、手术等原因导致组织受损。营养支持能够为受损组织提供修复所需的各类营养物质,

如氨基酸、维生素、矿物质等。这些营养物质参与细胞增殖、分化以及细胞外基质的合成等过程,加速伤口愈合和组织再生,使受损组织尽快恢复正常结构和功能,为疾病康复奠定基础。免疫系统是人体抵御外界病原体入侵的重要防线。消化内科患者由于疾病影响,免疫功能往往降低或受到抑制。营养支持可通过多种途径调节免疫功能,增强机体抵抗力。

1.3 改善患者预后

营养不良是消化内科多种慢性疾病常见且重要的并发症,其发生多与消化吸收障碍、进食不足、肠道黏膜损伤及慢性炎症相关,可进一步导致低蛋白血症、免疫功能下降、组织修复能力减弱,形成疾病加重与营养恶化的恶性循环。临床实践表明,在积极治疗原发病的基础上,合理实施营养支持可显著改善患者营养状况与临床结局。例如,对肠吸收不良或慢性胃肠疾病合并重度营养不良患者,采用肠外营养联合序贯肠内营养支持治疗后,患者血清白蛋白、体重及体力状态均得到明显改善,营养相关并发症减少,住院周期缩短,提示营养支持已成为消化内科综合治疗中不可或缺的关键组成部分^[2]。

2 营养支持在消化内科护理中的应用方式

2.1 肠内营养支持

在消化内科护理中,肠内营养支持是关键的营养给予手段。它契合人体生理,能保护肠道黏膜屏障,预防细菌移位,降低感染风险。当患者胃肠道功能部分或完全恢复时,其作用尤为显著。轻中度胰腺炎患者病情平稳、胃肠功能渐复时,肠内营养可提供必要养分,助力身体康复;炎症性肠病缓解期,患者消化吸收改善,肠内营养支持能维持营养均衡,稳定病情;肝硬化代偿期患者也可借此维持营养需求。肠内营养支持喂养途径多样,口服营养补充、鼻胃管/鼻肠管管饲、胃/空肠造瘘喂养都是常见方式,管饲临床应用广泛。鼻胃管操作简

便, 适合短期肠内营养支持的患者, 能快速建立营养通道, 满足短期需求。鼻空肠管优势独特, 可降低胃内容物反流和误吸风险, 对于胃排空障碍或有误吸风险的患者, 能更安全地将营养液输送至肠道。胃造口和空肠造口则适用于长期肠内营养支持的患者, 可减少反复插管的痛苦。营养制剂的选择需结合患者病情与营养需求。要素型营养制剂营养成分易吸收, 适合胃肠道消化吸收功能严重受损的患者; 整蛋白型营养制剂则更适用于胃肠道功能基本完整的患者, 能满足其正常营养所需。

2.2 肠外营养支持

肠外营养支持在消化内科护理中同样不可或缺。当患者胃肠道功能障碍或者无法耐受肠内营养时, 肠外营养支持便成为维持患者营养的重要方式。严重胰腺炎患者, 由于疾病影响, 胃肠道功能严重受损, 此时肠外营养支持能为患者提供生命活动所需的能量和营养物质; 短肠综合征患者因肠道吸收面积减少, 难以通过肠内途径获取足够营养时, 肠外营养支持可弥补这一不足; 肠梗阻患者胃肠道梗阻, 无法正常进食和消化吸收, 肠外营养支持可保障患者的基本营养需求。肠外营养支持输注途径有中心静脉输注和周围静脉输注。中心静脉输注适用于病情危重、需长期肠外营养支持的患者, 可耐受高渗透压、高浓度营养液输注, 能够提供充足能量与营养素, 满足患者长期营养支持需求。周围静脉输注多用于短期肠外营养支持, 所输营养液渗透压及浓度相对较低, 对外周血管刺激性较小, 临床应用更为简便。在营养配方制定上, 要充分考虑患者的能量需求、蛋白质需求、电解质和微量元素需求等, 为患者制定个性化的营养配方, 确保患者获得全面、均衡的营养。

3 肠内营养支持在消化内科护理中的实施要点

3.1 喂养前准备

开展营养支持工作前, 全面评估患者是关键。要考量胃肠道功能, 判断消化吸收能力, 明确能否耐受营养支持; 评估营养状况, 了解是否存在营养不良及程度, 为方案提供依据; 结合疾病状态, 如严重程度、所处时期等, 确定营养支持的方式与途径, 精准满足患者需求。喂养管道的选择与固定很重要。根据患者情况选合适管道, 如短期肠内营养且胃肠道功能较好者选鼻胃管, 胃排空障碍或误吸风险高者选鼻空肠管^[3]。选好后妥善固定, 避免移位或脱出, 保证营养液顺利输注, 维持管道通畅。营养液准备要严格遵医嘱配制, 精准把成分与剂量, 满足个体化需求。配制时遵循无菌操作原则, 规范每一步骤, 防止污染, 确保患者使用安全。

3.2 喂养过程管理

体位管理对肠内营养喂养至关重要。喂养时, 将床头适当抬高 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$, 利用重力作用促进营养液顺利进入胃肠道, 减少反流风险。喂养结束后, 让患者保持半卧位 $30 \sim 60$ 分钟, 进一步降低反流和误吸的发生几率, 保障患者安全。速度和温度控制直接影响喂养效果。初始喂养速度不宜过快, 建议初始 $20 \sim 30 \text{ mL/h}$, 随后根据患者耐受情况逐步递增至目标速度, 避免因速度过快引发胃肠道不适。营养液温度应保持在 $37 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右的适宜范围, 过冷会刺激胃肠道, 引起痉挛; 过热则可能损伤胃肠道黏膜, 影响营养吸收。喂养过程中, 密切监测与观察必不可少。持续喂养时每间隔4小时温开水脉冲式冲洗管道, 以防堵管。且持续关注患者生命体征变化, 如心率、血压、呼吸等, 及时发现异常情况。定时评估胃肠道耐受性, 观察胃肠道反应, 如有无腹胀、腹泻、恶心、呕吐等症状, 判断是否与营养支持相关。同时监测营养指标, 了解营养支持效果, 以便及时调整方案, 预防并发症发生。

3.3 喂养后护理

管道护理是保障肠内营养支持持续、安全实施的关键环节。每次喂养结束后, 应采用 $20 \sim 30 \text{ ml}$ 温开水进行脉冲式冲管, 及时清除管腔内残留营养液, 避免营养液沉积堵管, 保证管路通畅及后续喂养顺利进行。对于长期接受肠内营养支持的患者, 口腔护理尤为重要。此类患者口腔自净能力减弱, 易导致细菌定植并诱发口腔感染, 因此需强化口腔护理干预, 维持口腔清洁, 降低感染风险。此外, 喂养管周围皮肤因长期受压、潮湿刺激, 易发生压疮及局部感染。护理中应密切观察局部皮肤情况, 定期更换固定位置, 保持皮肤清洁干燥, 必要时使用减压敷料保护皮肤, 预防压疮与感染发生, 提升患者舒适度。

4 营养支持在消化内科护理中面临的挑战

4.1 并发症的预防与处理

在消化内科开展营养支持护理工作时, 并发症的预防与处理是必须直面的难题。胃肠道并发症较为常见, 如腹胀、腹泻、恶心、呕吐等症状, 往往与多方面因素相关^[4]。营养液浓度过高可能超出胃肠道的消化吸收能力, 速度过快会使胃肠道来不及适应, 温度不适宜则会刺激胃肠道黏膜, 再加上患者自身胃肠道功能存在差异, 这些因素相互交织, 都可能引发胃肠道不适反应。代谢性并发症也不容忽视, 高血糖、低血糖、电解质紊乱等情况时有发生。这要求护理人员密切关注患者的代谢指标变化, 依据检测结果及时与主管医生、营养师沟通调整输注速度和营养处方。感染性并发症同样给护理

工作带来挑战,导管相关性感染、吸入性肺炎等严重威胁患者健康。严格遵守无菌操作原则是预防感染的关键,从营养液的配制、管路的维护等,每个环节都要做好无菌处理。同时,加强喂养管道护理,保持管道清洁通畅,做好患者体位管理,防止营养液反流误吸,有效降低感染风险。

4.2 患者依从性问题

患者依从性对营养支持治疗效果影响显著。部分患者对营养支持的重要性缺乏足够认知,认为自身身体状况尚可,无需进行营养支持治疗,从而不愿意配合。部分患者及家属对营养支持认知存在误区,认为“疾病恢复只需药物治疗,营养支持无关紧要”,或抵触管饲、静脉营养等侵入性操作,擅自停止营养支持、提前进食、调整营养液输注速度;喂养过程中出现的不适症状也会影响患者依从性,腹胀、腹泻等不适会让患者产生抵触情绪,甚至拒绝继续接受营养支持。还有部分患者因长期卧床、疾病不适,出现食欲减退、拒食等情况,导致营养支持无法规范实施。经济因素也是导致患者依从性差的重要原因。营养支持治疗对于一些经济条件有限的患者来说,难以承担长期治疗的费用,这可能使他们无奈放弃治疗。

4.3 护理人员专业素养要求

营养支持领域不断发展,对护理人员专业素养提出了更高要求。知识更新速度加快,新的营养理念、营养制剂和喂养技术不断涌现,护理人员需要持续学习,不断掌握新知识新技能,才能更好地为患者服务。在操作技能层面,肠外营养输注与肠内营养喂养均需遵循严格的操作规范与质控标准,护理人员应熟练掌握规范流程、并发症防控及应急处置要点,以保障营养支持治疗安全、规范、有效实施。任何操作失误都可能给患者带来不良后果,影响治疗效果。沟通能力同样不可或缺。护理人员要与患者及其家属进行有效沟通,向他们详细讲解营养支持的重要性、方法和注意事项,提高患者对

营养支持的认知,增强治疗信心,从而提高依从性。

4.4 多学科协作的挑战

营养支持需要医生、护士、营养师等多学科团队共同参与,但团队协作过程中存在一些问题。不同学科之间沟通不畅、协作不紧密的情况时有发生,可能导致信息传递不及时、不准确,影响营养支持方案的制定和实施^[5]。在制定个性化营养支持方案时,多学科团队成员可能因专业视角不同产生意见分歧。如何协调各方意见,达成共识,制定出科学合理的方案,并确保方案顺利实施,是多学科协作面临的又一挑战。

结束语

营养支持在消化内科护理中发挥着不可替代的作用,从维持患者生理功能到促进疾病康复、改善预后,都离不开科学合理的营养支持。尽管在应用过程中面临并发症、患者依从性、护理人员素养及多学科协作等诸多挑战,但通过不断优化护理策略、加强人员培训、促进学科间沟通协作,能够提升营养支持护理水平,为消化内科患者提供更优质、高效的护理服务,推动消化内科护理事业持续发展。

参考文献

- [1]马燕,王玲,宋玉玲.消化内科患者营养护理质量评估体系构建[J].国际医药卫生导报,2024,30(15):2622-2627.
- [2]中华医学会肠外肠内营养学分会.成人肠内营养耐受不良识别与防治专家共识(2026版)[J].中华医学杂志,2026,106(10):721-732.
- [3]许苗苗.消化内科恶性肿瘤患者营养支持治疗及分层护理干预研究[J].医学论坛,2025,7(11):268-270.
- [4]戚熠,谭艳,李旭英,等.胃癌患者围手术期肠内营养的最佳证据总结[J].中国临床护理,2025,17(1):1-7.
- [5]中华医学会肠外肠内营养学分会.成人胃肠功能障碍患者医学营养治疗指南(2025版)[J].中华医学杂志,2025,105(1):21-47.