

内科重症患者肠内营养不耐受的风险因素分析及护理对策

杜 勤

上海市东方医院 上海 200130

摘 要: 肠内营养是内科重症患者营养支持的关键手段,对改善营养状况、加速康复进程至关重要。然而,肠内营养不耐受现象在临床中多发,显著影响营养支持效果,甚至可能加重病情。本文旨在深入探讨内科重症患者肠内营养不耐受的风险诱因,涵盖患者自身状况、治疗相关要素以及营养方案制定等方面,并据此提出针对性护理策略,如实施个体化护理干预、优化营养支持方案、动态监测病情变化等,以期临床护理提供参考,提升肠内营养支持的安全性与有效性,改善患者预后。

关键词: 内科重症患者; 肠内营养; 不耐受; 风险因素; 护理对策

1 引言

1.1 研究背景

内科重症患者普遍存在营养不良^[1],主要原因包括病情危重、代谢失衡及消化功能障碍。营养不良会削弱患者免疫力、损害器官功能,显著增加感染、多器官衰竭等并发症风险,延长住院时间,甚至降低生存率。肠内营养因其符合生理需求、具备操作简便、成本低以及维护肠道黏膜屏障功能等优势,已成为这类患者重要的临床营养支持手段^[2]。

然而,在实施肠内营养过程中,部分患者会出现腹胀、腹泻、呕吐、胃潴留等不耐受表现。研究表明,内科重症患者肠内营养不耐受发生率较高。这不仅阻碍营养物质的吸收利用,还可能导致营养支持中断,延误治疗进程与康复。因此,系统探究影响内科重症患者肠内营养不耐受的风险因素,并制定有效的护理对策,具有重要的临床价值。

1.2 研究意义

本研究旨在为临床护理提供科学依据。通过系统分析内科重症患者肠内营养不耐受的风险因素,有助于护理人员早期精准识别高风险患者,并实施针对性干预,从而降低不耐受发生率。同时,有效的护理对策能够提升肠内营养支持效果,改善患者营养状态与免疫功能,减少相关并发症,缩短住院周期,最终提高患者生存率与生活质量。此外,本研究也将充实内科重症患者营养支持护理的理论基础,为后续研究提供参考。

2 内科重症患者肠内营养不耐受的概述

2.1 肠内营养的概念与重要性

作者简介: 杜勤,女,1992.9.26出生,上海,汉族,本科学历,护士专业,研究方向:内科重症,护理专业。

肠内营养指经胃肠道(口服或管饲等途径)提供机体所需营养素的营养支持方式。它能模拟生理消化吸收过程,维持肠道黏膜结构与功能,促进蠕动,保护屏障完整性,减少菌群移位和感染风险^[3]。

对内科重症患者而言,其机体常处于高代谢、高分解状态,能量消耗剧增且蛋白质分解加速,易出现负氮平衡。及时给予肠内营养可补充必需能量与营养素,纠正负氮平衡,维持生理功能,促进组织修复与器官功能恢复,为康复奠定基础。

2.2 肠内营养不耐受的定义与临床表现

肠内营养不耐受指患者在接受肠内营养时,因各种原因导致胃肠道无法充分耐受营养液,出现消化道症状,影响营养支持实施^[4]。

临床表现多样,主要包括:腹胀(腹部膨隆不适)、腹泻(大便次数增多、性状改变如稀水样便)、呕吐(胃内容物反流)、胃残余量增加(抽吸量多)。此外,还可能伴有恶心、腹痛等症状。这些症状不仅增加患者痛苦,阻碍营养吸收,严重时可能引发电解质紊乱、脱水等并发症,甚至需中断肠内营养支持。

3 内科重症患者肠内营养不耐受的风险因素分析

3.1 患者自身因素

患者自身因素对内科重症患者肠内营养不耐受的影响主要体现在三个方面。年龄增长是重要因素,老年患者因胃肠道功能衰退、蠕动减慢、消化液分泌减少及营养物质吸收能力下降,加之常伴多种慢性疾病和生理储备下降,对肠内营养的耐受性降低。其次,基础疾病显著增加风险:糖尿病重症患者因糖代谢紊乱影响胃肠动力,易致胃排空延迟和腹胀;肝硬化患者因肝功能受损引发胃肠道淤血水肿,削弱消化功能;而本身存在胃炎、肠炎或肠梗阻等胃肠道病变的患者耐受性更差。最

后,意识障碍(如昏迷、嗜睡)导致吞咽及咳嗽反射减弱,不仅增加误吸风险,还影响胃肠蠕动与消化功能,同时因患者无法表达不适症状,护理人员难以及时发现和处理早期不耐受表现,进一步升高风险^[5]。

3.2 治疗相关因素

3.2.1 药物因素

内科重症患者在治疗过程中常需应用多种药物,部分药物可能干扰胃肠道功能,引发肠内营养不耐受。例如,抗生素使用可能破坏肠道菌群平衡,引发失调,导致腹泻。阿片类镇痛药会抑制胃肠道蠕动,延长胃排空时间,引起腹胀、便秘等症状。此外,某些降压药、降糖药等也可能对胃肠道产生副作用,增加肠内营养不耐受的风险。

3.2.2 侵入性操作因素

侵入性操作亦是导致内科重症患者肠内营养不耐受的关键因素。例如,机械通气作为内科重症患者常用的呼吸支持手段,可能导致患者胃肠道淤血,水肿,影响胃肠道的蠕动和消化功能。中心静脉置管、导尿管等侵入性操作可能引发感染,致使患者出现发热、腹痛等症状,间接干扰胃肠道功能,增加肠内营养不耐受的发生风险。

3.3 营养方案因素

3.3.1 营养制剂选择因素

营养制剂的种类和性质与肠内营养不耐受的发生密切相关。不同的营养制剂其成分、渗透压、酸碱度等存在差异,对胃肠道的刺激也不同。例如,高渗透压的营养制剂容易导致肠道内水分吸收减少,引起腹泻。含有膳食纤维较少的营养制剂可能会影响肠道蠕动,导致便秘。此外,营养制剂的温度不适宜(过冷或过热)也可能刺激胃肠道,引起胃肠道不适症状。

3.3.2 输注方式因素

肠内营养的输注方式包括输注速度、输注量和输注温度等,这些因素都会影响患者的耐受性。如果输注速度过快,会导致胃肠道负担过重,引起腹胀、呕吐等症状。输注量过多会使胃肠道过度扩张,影响胃肠道的蠕动和消化功能。输注温度过低会刺激胃肠道平滑肌收缩,引起腹痛、腹泻等症状;而温度过高则可能损伤胃肠道黏膜。

3.3 营养方案因素

3.3.1 营养制剂选择因素

营养制剂的种类及性质直接影响肠内营养不耐受的发生率。不同营养制剂在成分构成、渗透压水平及酸碱度等方面各不相同,对胃肠道的刺激程度亦存在差别。

例如,渗透压偏高的营养制剂易导致肠道水分吸收减少,增加腹泻风险。膳食纤维含量较少的制剂可能减缓肠道蠕动,引发便秘。此外,营养制剂温度不适宜(过低或过高)亦可刺激胃肠道,诱发不适症状。

3.3.2 输注方式因素

肠内营养的输注方式涵盖输注速度、输注总量及输注温度等参数,这些因素均直接影响患者的耐受性。输注速度过快会增加胃肠道负荷,导致腹胀、呕吐等症状;输注量过多则会引起胃肠道过度膨胀,干扰正常蠕动及消化功能。输注温度过低会刺激胃肠道平滑肌收缩,触发腹痛或腹泻;而温度过高则可能导致胃肠道黏膜损伤。

4 内科重症患者肠内营养耐受不良的护理策略

4.1 个体化护理干预

4.1.1 系统评估患者状态

开展肠内营养支持前,护理人员需系统评估患者病情、营养状态、胃肠功能、基础疾病及用药情况,识别肠内营养耐受不良风险因素。对高龄、合并糖尿病、肝硬化、胃肠疾病等基础疾病及意识障碍患者,需重点关注,拟定个体化营养支持方案与护理计划。

4.1.2 强化心理干预

内科重症患者常伴发焦虑、恐惧、抑郁等负性情绪,可能影响胃肠功能,降低肠内营养耐受性。护理人员应加强与患者的沟通,耐心倾听诉求,提供心理支持与安抚,阐释肠内营养的重要性、实施方法及可能的不适反应,提升患者认知与配合度,缓解不良情绪。

4.2 优化营养支持方案

4.2.1 科学选用营养制剂

根据患者年龄、基础疾病、胃肠功能等个体情况,合理选择营养制剂。胃肠功能低下、耐受性差者,宜选用易消化、低渗、含膳食纤维制剂。糖尿病患者应选用低糖或糖尿病专用配方。启用新制剂时,需从小剂量起始,逐步增量,密切观察耐受情况。

4.2.2 调整输注参数

依据患者耐受程度,调节营养液输注速率、剂量及温度。通常从低速、小剂量开始,逐步提升输注速度与剂量,促进胃肠适应。根据胃残余量调整速率,残余量过多时应减速或暂停输注。输注温度宜维持在37℃左右,使用恒温器控温,避免冷热刺激损伤胃肠黏膜。

4.3 加强临床监测

4.3.1 严密观察消化道症状

护理人员需密切监测肠内营养支持期间的腹胀、腹泻、呕吐、腹痛等消化道症状,定期测量腹围,记录大

便性状、频次与总量,监测胃残余量。对意识障碍患者,应加强呼吸、面色等观察,早期识别误吸征象。发现耐受不良症状,立即报告医师并采取干预措施。

4.3.2 动态监测营养指标

定期检测血清白蛋白、前白蛋白、血红蛋白等营养指标,评估营养状态及支持效果。根据指标变化及时调整营养方案,确保营养供给充足。同步监测电解质、血糖等指标,维持内环境稳定,预防电解质紊乱及血糖波动加重营养不耐受。

4.4 药物管理策略

4.4.1 合理应用药物

护理人员需掌握患者用药的药理作用及不良反应,特别关注影响胃肠功能的药物。使用可能诱发耐受不良的药物时,应严密观察反应,酌情调整剂量或更换药物。如抗生素治疗期间,可补充益生菌维持肠道微生态平衡,减少腹泻发生。

4.4.2 规范给药时机

部分药物与肠内营养液联用可能影响吸收及耐受性,需严格间隔给药。口服药物应在营养输注前1小时或输注后2小时服用。鼻饲给药时,应将药物研粉溶解后注入,给药后以温开水冲管,防止药物残留堵塞管路。

4.5 并发症防治要点

4.5.1 误吸的预防处置

误吸是肠内营养的严重并发症,可导致吸入性肺炎甚至呼吸衰竭。预防措施包括:意识障碍及吞咽反射减弱者取半卧位输注,输注后维持体位30-60分钟;定期评估吞咽功能及咳嗽反射;吞咽困难者考虑采用鼻空肠管。发生误吸时立即停止输注,取侧卧位清理呼吸道,给予吸氧等对症支持。

4.5.2 腹泻的管理措施

腹泻是常见不耐受症状,需针对性处理:营养制剂不耐受者更换配方或调整输注参数;肠道菌群失调者给予益生菌;感染性腹泻及时抗感染治疗。同步加强肛周护理,保持局部清洁干燥,预防皮肤破损及感染。

5 结论与展望

5.1 研究结论

内科重症患者发生肠内营养不耐受,是多方面因素

综合影响的结果,涵盖患者个体状况(如高龄、基础疾病、意识水平)、治疗干预(药物使用、侵入性操作)及营养支持策略(制剂类型、输注模式)等。针对这些关键风险点,实施个体化护理干预、优化营养支持流程、强化病情与耐受性监测、规范药物管理以及积极防治并发症等综合护理措施,能够显著降低不耐受发生率,提升肠内营养实施效果,并最终改善患者的临床结局。

5.2 研究展望

本研究探讨了内科重症患者肠内营养不耐受的风险因素与护理对策,但仍存在局限性。例如,受限于样本量和研究范围(单中心),结果的广泛适用性需进一步验证。未来研究应推进大样本、多中心的临床实践验证,以确保护理对策的有效性和普适性。此外,伴随医疗技术的发展,可积极探索创新性护理方法与技术,如智能化肠内营养耐受性监测设备、基于个体需求的精准化营养制剂配制等,为内科重症患者的肠内营养支持提供更科学、高效的解决方案,持续提升护理质量,优化患者生存质量及预后。

综上,预防和管理内科重症患者的肠内营养不耐受是一项系统性临床任务,要求护理人员持续更新知识,结合患者个体化需求,实施精准护理策略,以保障肠内营养支持的安全性和有效性,助力患者康复进程。

参考文献

- [1]李丽娜.循证护理在神经内科重症老年患者压疮预防中的应用价值分析[J].现代诊断与治疗,2022,33(02):285-287.
- [2]范斐阳,周杰.神经外科重症患者营养不良的诊疗进展[J].中国现代医生,2023,61(10):124-127.
- [3]王思旺,唐兴霞,王家珍.脓毒症休克患者胃肠损伤的发生机制与防治研究进展[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2025,20(07):969-973.
- [4]石晓荣,王璋,任燕,等.302例老年急危重症患者肠内营养不耐受发生风险及其影响因素[J].公共卫生与预防医学,2025,36(04):141-144.
- [5]叶翠,苏翠红.多学科协作模式在老年急性脑梗死患者肠内营养护理中的应用[J].当代护士(下旬刊),2021,28(07):68-71.