

重症患者肠内营养喂养不耐受的评估与护理对策

王露

南京医科大学第四附属医院，江苏南京

DOI:10.62836/medicine.v3i4.1402

摘要：目的：探讨基于标准化评估的动态护理干预对重症患者肠内营养喂养不耐受的影响。方法：选取2024年9月至2025年9月收治的80例接受肠内营养的重症患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组与观察组，每组40例。对照组实施常规肠内营养护理，观察组成立专项护理小组，实施基于喂养不耐受风险评估量表的动态评估与分级护理干预。比较两组患者的喂养不耐受发生率、营养指标达标时间及重症监护室住院时间。结果：观察组喂养不耐受总发生率为12.50%，显著低于对照组的35.00% ($P<0.05$)；观察组营养指标达标时间为 (5.27 ± 1.34) 天，短于对照组的 (7.53 ± 1.82) 天 ($P<0.05$)；观察组重症监护室住院时间为 (10.45 ± 2.56) 天，短于对照组的 (13.28 ± 3.17) 天 ($P<0.05$)。结论：实施以标准化评估为基础的动态护理干预，可显著降低重症患者肠内营养喂养不耐受发生率，能够加速营养达标进程并缩短重症监护室住院时间，此方法值得在临床中进行推广应用。

关键词：重症患者；肠内营养；喂养不耐受；护理评估；动态干预

Evaluation and Nursing Strategies for Enteral Nutrition Intolerance in Critically Ill Patients

Lu Wang

The Fourth Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing, Jiangsu

Abstract: Objective: To explore the effect of dynamic nursing intervention based on standardized evaluation on enteral nutrition feeding intolerance in critically ill patients. Method: 80 critically ill patients who received enteral nutrition from September 2024 to September 2025 were selected as the study subjects. They were randomly divided into a control group and an observation group using a random number table method, with 40 patients in each group. The control group received routine enteral nutrition care, while the observation group established a specialized nursing team to implement dynamic evaluation and graded nursing interventions based on the feeding intolerance risk assessment scale. Compare the incidence of feeding intolerance, the time to meet nutritional indicators, and the length of stay in the intensive care unit between two groups of patients. Result: The total incidence of feeding intolerance in the observation group was 12.50%, significantly lower than the 35.00% in the control group ($P<0.05$); The observation group's time to reach the nutritional target was (5.27 ± 1.34) days, which was shorter than the control group's (7.53 ± 1.82) days ($P<0.05$); The hospitalization time in the intensive care unit of the observation group was (10.45 ± 2.56) days, which was shorter than that of the control group (13.28 ± 3.17) days ($P<0.05$). Conclusion: Implementing dynamic nursing interventions based on standardized evaluation can significantly reduce the incidence of enteral nutrition intolerance in critically ill patients, accelerate the process of achieving nutritional standards, and shorten the length of stay in the

intensive care unit. This method is worth promoting and applying in clinical practice.

Keywords: critically ill patients; Enteral nutrition; Feeding intolerance; Nursing assessment; Dynamic intervention

肠内营养是重症患者首选的营养支持办法，它在维持肠道黏膜结构与功能完整性、调节应激反应以及改善临床预后等方面，有着肠外营养无法比拟的优势，然而重症患者处于严重应激状态时，常常会合并胃肠动力障碍、黏膜缺血再灌注损伤以及肠道菌群失调等情况，这使得喂养不耐受成为其肠内营养实施过程中最常见且棘手的并发症之一[1]。喂养不耐受不仅直接造成营养摄入中断，引起或者加重医源性营养不良，还可能因为胃内容物反流误吸而诱发呼吸机相关性肺炎，进而延长机械通气时间和住院周期并增加病死率，所以建立科学且系统的喂养不耐受评估体系并采取有效的护理对策，是保障重症患者肠内营养安全且有效实施的关键环节[1]。本研究目的是探讨基于标准化评估的动态护理干预在降低重症患者喂养不耐受中的应用价值，期望能为临床护理实践提供新的思路与依据[2]。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年9月至2025年9月本院重症监护室收治的80例需行肠内营养支持的患者作为研究对象。采用随机数字表法将80例患者分为对照组与观察组，每组40例。对照组中男性22例，女性18例；年龄范围31岁至79岁，平均年龄（55.83±11.26）岁；入科时急性生理学与慢性健康状况评分II（APACHE II）平均为（19.05±4.33）分；原发病类型分布：呼吸系统重症15例，循环系统重症14例，神经系统重症8例，其他3例。观察组中男性24例，女性16例；年龄范围29岁至80岁，平均年龄（56.41±10.89）岁；APACHE II评分平均为（19.38±4.51）分；原发病类型分布：呼吸系统重症16例，循环系统重症13例，神经系统重症7例，其他4例。两组患者在性别构成、年龄分布、疾病

严重程度及原发病类型等方面比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：年龄≥18周岁；预计肠内营养支持时间≥5天；患者及其家属对研究内容知情，并自愿签署知情同意书。

排除标准：入院前即存在慢性胃肠道器质性疾病或严重腹泻；合并肠梗阻、消化道活动性出血等肠内营养绝对禁忌症；临床资料不完整或中途转院、放弃治疗者。本研究已获医院医学伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组患者要接受重症监护室常规肠内营养护理，护理主要内容包含遵医嘱放置鼻胃管或者鼻肠管，并且要经过影像学检查确认管道尖端位置正确，采用肠内营养泵持续输注营养液，初始速度通常为20到40ml/h，要根据患者耐受情况逐步递增，常规每4小时回抽胃残余量一次，若单次胃残余量>250 ml，及时报告医师，优先使用促胃肠动力药物，结合腹部体征综合判断，不盲目暂停喂养；出现腹胀、呕吐等症状时减慢输注速度或暂停喂养并报告医生处理，每日要进行口腔护理，保持管路通畅，观察并记录患者大便次数、性状以及腹部体征[3]。

观察组患者在对照组基础上，实施基于标准化评估的动态护理干预，具体步骤如下：（1）建立评估体系：专项护理小组由科室护士长、2名责任组长以及3名骨干护士组成，小组成员共同学习并掌握“重症患者肠内营养喂养不耐受风险评估量表”使用方法，患者于肠内营养启动前完成基线评估；高风险患者每6~8h动态评估，中、低风险患者每12h开展动态评估。（2）实施分级动态护理干预：根据风险评估量表得分，将患者分为低风险

(<6分)、中风险(6~12分)和高风险(>12分)三个等级,并采取相应的护理措施。(3)低风险患者实施基础预防策略:严格执行床头抬高 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$;采用加温器将营养液温度维持在 $38^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$;初始输注速度控制在 $20\sim 30\text{ml/h}$,如患者耐受良好,每12小时递增 $10\sim 15\text{ml/h}$,直至达到目标喂养量。(4)中风险患者在基础策略上增加强化干预:遵医嘱预防性应用益生菌制剂,调节肠道微生态;每日定时由责任护士行腹部顺时针环形按摩,每次15分钟,每日3次,以促进肠蠕动;每6小时评估腹内压,若腹内压持续 $>15\text{ mmHg}$,加强监测;合并腹胀、胃潴留加重时,再适当减缓输注速度并密切观察腹部体征变化。(5)高风险患者启动预警管理:暂停或大幅减缓肠内营养输注,立即通知医生;采用胃残余量动态监测,不单纯以单次数值决定喂养策略,若单次胃残余量 $250\sim 500\text{ ml}$ 且患者无明显腹部不适,优先给予促胃肠动力药物治疗,严密监测胃残余量变化,必要时考虑回输部分残余液并给予促胃肠动力药(如甲氧氯普胺)后,以 $10\sim 20\text{ml/h}$ 的低速度尝试性恢复喂养;同时,加强医护沟通,随时准备调整营养支持方案,如由鼻胃管喂养改为鼻肠管喂养,以实施幽门后喂养[4]。

1.3 观察指标

(1)喂养不耐受发生率:统计两组患者在肠内营养支持期间喂养不耐受的发生情况。喂养不耐受的判定标准为:在肠内营养过程中出现腹胀、腹痛、腹泻(每日解稀水样便 ≥ 3 次,且量 $>200\text{g/d}$)、连续2次胃残余量 $>250\text{ ml}$ 或单次 $>500\text{ ml}$ 伴腹部不适、呕吐或反流、便秘中的任何一项,并因此导致需减慢输注速度、暂停喂养、更改喂养方案或终止肠内营养者。(2)营养

指标达标时间:记录两组患者从开始实施肠内营养至首次达到目标喂养量(即每日能量供给量达到目标需求量的80%以上,且稳定维持24小时)所需的时间,单位为天。(3)重症监护室住院时间:记录两组患者从入住重症监护室至达到转出标准、实际转出重症监护室的总天数,单位为天。

1.4 统计学方法

使用SPSS25.0统计学软件进行分析,组间比较采用t检验、计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,用 $P<0.05$ 表示显著性。

2 结果

2.1 喂养不耐受发生率

观察组患者喂养不耐受总发生率为12.50%,明显低于对照组的35.00%,经 χ^2 检验,两组差异具有统计学意义($P<0.05$)。分项症状方面,观察组腹胀/腹痛、腹泻、高胃残余量、呕吐/反流发生率均低于对照组,但组间单项症状对比差异无统计学意义(均 $P>0.05$),具体数据见表1。

2.2 营养指标达标时间

观察组患者营养指标达标时间为 (5.27 ± 1.34) 天明显短于对照组患者营养指标达标时间为 (7.53 ± 1.82) 天,这说明基于标准化评估的动态护理干预能够显著提高重症患者对肠内营养的早期耐受性,从而更快地实现营养支持目标。

2.3 重症监护室住院时间

观察组患者重症监护室住院时间为 (10.45 ± 2.56) 天明显短于对照组患者重症监护室住院时间为 (13.28 ± 3.17) 天,降低喂养不耐受的发生率减少了相关并发症(如误吸、感染)的发生

表1. 两组患者喂养不耐受发生情况比较(n, %)

组别	例数	腹胀/腹痛	腹泻	高胃残余量	呕吐/反流	总发生率
对照组	40	6 (15.00)	4 (10.00)	3 (7.50)	1 (2.50)	14 (35.00)
观察组	40	2 (5.00)	2 (5.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	5 (12.50)
χ^2		2.222	0.721	1.053	1.013	5.591
P		0.136	0.396	0.305	0.314	0.018

风险,对促进患者整体康复、缩短重症监护室滞留时间具有积极作用。

3 讨论

重症患者机体处于高分解代谢状态且胃肠道功能紊乱,导致喂养不耐受发生率一直居高不下,有研究显示喂养不耐受发生和患者预后不良密切相关,它不仅会影响营养物质摄入导致负氮平衡,还会因喂养中断影响血糖稳定性和免疫功能,常规护理大多是问题出现后的被动处理方式,缺乏前瞻性和系统性,本研究采用基于标准化评估的动态护理干预,通过引入风险评估量表把护理模式从“被动应对”转变为“主动预防”[5]。

本研究结果显示,干预后患者喂养不耐受总发生率显著下降,但腹胀、腹泻、高胃残余量、呕吐反流各单项症状组间比较未见统计学差异,考虑与本研究样本量有限,各单项症状发生例数偏少,统计检验效能不足有关,未来可扩大样本进一步分析干预对各单项胃肠道症状的作用。对患者进行风险分层后,低风险患者能够安全且快速地推进喂养速度,中风险患者借助腹部按摩、益生菌等干预措施有效改善了胃肠动力,高风险患者通过预警管理和幽门后喂养等策略避免严重不耐受事件发生。这种针对性护理避免了因过度谨慎造成的喂养延迟情况,也防止了因盲目加量引发的严重不耐受问题。在营养指标达标时间方面,观察组显著短于对照组($P<0.05$)。早期达到目标喂养量对保护肠道黏膜屏障、减少细菌易位、降低炎症反应十分重要。观察组通过动态评估能及时发现并解决阻碍喂养的早

期信号,像轻微腹胀、胃残余量轻度增高,以此保证营养输注连续性和稳定性,加速达标进程。观察组重症监护室住院时间也短于对照组($P<0.05$),这或许归因于喂养不耐受及其相关并发症减少,如误吸、吸入性肺炎,让患者整体病情更平稳,加速器官功能恢复和转出重症监护室进程。

综上所述,标准化评估基础上的动态护理干预把风险评估和精细化护理操作有机结合起来,能有效降低重症患者肠内营养喂养不耐受的发生率,还可缩短营养达标时间以及重症监护室住院时间,体现出整体护理和预见性护理的理念,具备较高的临床应用和推广价值,未来研究可进一步探索不同疾病类型下评估量表的最佳阈值,以及人工智能辅助动态决策模型在喂养不耐受管理中的应用潜力。

参考文献

- [1]陈小额,段霞,陶丽.危重症患者肠内营养喂养不耐受影响因素的Meta分析[J].中国循证医学杂志,2023,23(11):1299-1304.
- [2]朱珠,雷飘,霍俊云,等.重症监护病房患者肠内营养喂养不耐受的现状及影响因素分析[J].中华危重病急救医学,2024,36(12):1296-1300.
- [3]郑影影,陆银翠.危重症患者,肠内营养不耐受怎么护理[J].健康养生,2025(2):48-48.
- [4]王奉涛,宋砚坤,王倩,等.重症监护病房危重患者肠内营养并发症的危险因素分析[J].中华临床营养杂志,2017,025(003):159-166.
- [5]王婷,朱丽娜.严重创伤病人肠内营养喂养不耐受影响因素的研究进展[J].肠外与肠内营养,2016,23(1):4.

