

个体化营养支持护理在重症急性胰腺炎患者肠内营养耐受性及预后中的应用

宋海霞

淮安八十二医院，江苏淮安223001

DOI:10.62836/nursing.v3n3.1431

摘要：目的 探究个体化营养支持护理应用于重症急性胰腺炎（SAP）患者中的临床价值，为临床SAP营养护理方案优化提供循证依据。方法 选取2023年1月至2025年1月我院消化内科重症病区收治的SAP患者86例，采用随机数字表法分为两组，各43例。对照组实施常规肠内营养护理干预，观察组实施个体化营养支持护理。持续干预4周后，对比两组干预效果。结果 观察组腹胀、腹泻、呕吐或反流等不耐受率均低于对照组（ $P<0.05$ ）。干预前、干预4周后对比，两组血清白蛋白与前白蛋白水平均升高，且观察组更高（ $P<0.05$ ）。结论 个体化营养支持护理可显著降低SAP患者肠内营养不耐受率，改善其营养指标。

关键词：重症急性胰腺炎；个体化营养支持护理；肠内营养耐受性；预后

Application of Individualized Nutritional Support Nursing in Enteral Nutrition Tolerance and Prognosis of Patients with Severe Acute Pancreatitis

Haixia Song

Huai'an 82 Hospital, Huai'an223001, Jiangsu

Abstract: Objective To explore the clinical value of individualized nutritional support nursing in patients with severe acute pancreatitis (SAP), and provide evidence-based support for optimizing nutritional nursing plans in clinical SAP. Method: 86 patients with SAP admitted to the intensive care unit of the Gastroenterology Department of our hospital from January 2023 to January 2025 were selected and randomly divided into two groups using a random number table, with 43 patients in each group. The control group received routine enteral nutrition nursing intervention, while the observation group received personalized nutritional support nursing. After continuous intervention for 4 weeks, compare the intervention effects of the two groups. Result: The intolerance rates of abdominal distension, diarrhea, vomiting, or reflux in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). Before and after 4 weeks of intervention, both groups showed an increase in serum albumin and prealbumin levels, with the observation group having a higher level ($P<0.05$). Conclusion: Individualized nutritional support nursing can significantly reduce the incidence of enteral nutrition intolerance in SAP patients and improve their nutritional indicators.

Keywords: severe acute pancreatitis; individualized nutrition support nursing; enteral nutrition tolerance; prognosis

重症急性胰腺炎（SAP）是消化内科中比较常见的一种急危重症，具有起病急、病情进展快、并发症多、病死率高的特点，如果不及时采取治疗，则可能会累及肠道、心肺肾脏等多个脏器功能，严重威胁患者生命安全[1]。肠道黏膜屏障损伤、肠道功能紊乱是SAP患者病程进展中的核心病理改变，机体处于高代谢、高消耗、负氮平衡状态，若营养支持不及时，极易出现营养不良、肠道菌群失调等并发症，进一步加重病情，延长康复周期[2]。目前，肠内营养是SAP患者首选的营养支持方式，可有效保护患者肠道黏膜屏障完整性、维持肠道菌群稳定、改善机体营养状况，但临床常规统一化肠内营养护理方案，未结合患者个体病情、胃肠耐受度与身体基础状态动态调整方案，易导致腹泻、呕吐等不耐受情况，不仅无法达到理想营养支持效果，还可能加重胰腺及胃肠道负担，影响患者预后康复[3]。个体化营养支持护理以患者个体病情为核心，结合营养评估结果、胃肠功能动态变化、病情严重程度制定针对性、阶段性营养护理方案，动态调整营养液输注速度、浓度、剂量及喂养方式，能够满足患者营养需求[4]。因临床相关个体化方案缺乏规范化的措施，缺乏个性化定论，基于此，本研究选取86例SAP患者进行研究，旨在完善SAP患者肠内营养护理体系，提升重症护理质量，为临床改善SAP患者预后提供实践参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2025年1月我院消化内科重症病区收治的86例SAP患者为研究对象，采用随机数字表法分为各43例的两组。对照组：男25例、女18例，年龄40-56（ 48.00 ± 5.78 ）岁，类型：胆源性SAP、高脂性SAP、酒精性SAP各有22例、13例、8例；观察组：男22例、女21例，年龄42-54（ 48.49 ± 5.86 ）岁，类型：胆源性SAP、高脂性SAP、酒精性SAP各有25例、11例、7例。两组一般资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。本研究严格遵守“赫尔辛基宣言”。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：（1）符合疾病诊断[5]；（2）生命体征相对稳定，符合肠内营养干预指征；（3）获得患者及家属同意。自愿参与本研究。

排除标准：（1）合并恶性肿瘤者；（2）因个人原因无法配合完成研究者；（3）存在严重心肝肾功能障碍者。

1.3 方法

两组患者均在入院后予以禁食、胃肠减压、抑制胰酶分泌等基础对症治疗。

对照组：常规肠内营养护理干预：在患者生命体征稳定、肠道功能初步恢复后，统一开展肠内营养支持，即设置输注标准肠内营养混悬液的速度为20mL/h，每日输注总量500mL，并结合患者主观感受及常规体征监测，匀速递增输注速度与总量。在此过程中，护理人员做好营养液加温、管道护理、口腔护理等工作，并每日监测患者体温、血压、心率等生命体征，观察其是否有腹胀、腹泻等不适症状，一旦出现上述不适症状，需暂停营养输注并对症处理。持续干预4周。

观察组：实施个体化营养支持护理：（1）个体化营养评估：在患者入院24h内，采用营养风险筛查2002（NRS2002）量表开展营养风险评估，结合患者血清白蛋白、前白蛋白、体质量等指标，综合判定患者营养风险等级与胃肠耐受能力，划分耐受异常风险等级，为方案制定提供依据。（2）个体化营养方案制定与实施：根据评估结果开展个性化干预方案。对于轻度风险患者，在入院48h后启动肠内营养，具体措施同对照组；对于中重度风险患者，需在生命体征平稳、肠鸣音恢复后逐步启动，优先选择短肽型、低渗透压营养液，降低胃肠道消化负担。初始输注速度10~15mL/h，根据患者耐受情况每日递增5~10mL/h，最大输注速度不超过80mL/h；对于体质量偏低、高消耗患者，需适当提升营养液热量与蛋白质配比，保证每日热量供给25~30kcal/kg。（3）动态耐受监测与方案调整：建立床旁动态监测机制，每4h监测一次胃残余量、

肠鸣音、腹胀、排便情况，每日复查营养生化指标、炎症指标。当胃残余量 $<100\text{mL}$ 且无腹胀呕吐者，需递增营养剂量；当胃残余量 $100\sim 200\text{mL}$ 、轻度腹胀者，需维持当前输注速度或减量输注；当胃残余量 $>200\text{mL}$ 、严重腹胀呕吐者，需立即暂停输注，予以胃肠减压，待胃肠功能恢复后重新低速启动。（4）个体化辅助护理：结合患者基础疾病、心理状态、耐受情况实施针对性护理。如合并糖尿病患者严格控制营养液糖分摄入，监测血糖波动；针对焦虑、恐惧患者开展心理疏导，讲解营养干预的必要性与安全性；每日开展腹部按摩、体位护理，促进胃肠蠕动，提升营养耐受度。（5）后期康复营养干预：在患者病情稳定、耐受良好后，逐步过渡至整蛋白型营养液，循序渐进增加输注总量，同时根据患者进食意愿，逐步添加流质、半流质饮食，平稳完成肠内营养向自主饮食过渡。持续干预4周。

1.4 观察指标

对比两组肠内营养不耐受情况：统计患者在干预期间出现腹胀、腹泻、呕吐或反流等不耐受情况。

对比两组营养指标：分别在干预前、干预4周

后检测血清白蛋白与前白蛋白水平。

1.5 统计学处理

采用SPSS25.0软件处理数据，采用例（%）表示计数资料，采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示符合正态分布的计量资料，依次采用 χ^2 检验、t检验，当 $P<0.05$ ，提示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组肠内营养不耐受情况

观察组腹胀、腹泻、呕吐或反流等不耐受率均低于对照组（ $P<0.05$ ），见表1。

2.2 对比两组营养指标

干预前、干预4周后对比，两组血清白蛋白与前白蛋白水平均升高，且观察组更高（ $P<0.05$ ），见表2。

3 讨论

肠道是人体最大的免疫器官与营养吸收器官，在机体SAP发病后，其肠道黏膜处于缺血缺氧状态，屏障功能被破坏，这极易引发肠道细菌移位、内毒素入血，进而会诱发全身感染、多器官功能障碍

表1. 比较两组肠内营养不耐受情况（[n(%)]，例）

组别	腹胀	腹泻	呕吐或反流
对照组（n=43）	5（11.63）	8（18.60）	7（16.28）
观察组（n=43）	0（0.00）	2（4.65）	1（2.33）
χ^2	5.309	4.074	4.962
P	0.021	0.044	0.026

表2. 比较两组营养指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	血清白蛋白（g/L）		前白蛋白（mg/L）	
	干预前	干预4周后	干预前	干预4周后
对照组（n=43）	31.26 $\pm$ 3.26	35.13 $\pm$ 4.59	165.56 $\pm$ 12.46	185.59 $\pm$ 15.54
观察组（n=43）	30.46 $\pm$ 3.18	38.98 $\pm$ 5.05	164.12 $\pm$ 13.02	193.32 $\pm$ 18.61
t	1.152	3.699	0.524	2.091
P	0.253	<0.001	0.602	0.040

碍综合征,严重影响患者身体健康与生命安全[6]。因此,有效保护肠道黏膜屏障、改善肠道功能、保障合理营养供给对于SAP患者而言具有重要意义。肠内营养是SAP患者首选的营养支持方式,可持续刺激肠道黏膜代谢,维持黏膜细胞活性,保护肠道屏障完整性,降低感染风险[7]。但临床传统常规肠内营养护理模式存在明显局限性,多采用统一化、标准化的营养干预方案,缺乏个性化与针对性,效果有限。个体化营养支持护理是基于精准护理、整体护理理念发展而来的新型重症护理模式,该护理以患者个体病情与机体状态为核心,能够实现“一人一方案、动态化调整”的精准营养干预,能够满足患者需求[8]。

本研究发现:对重症急性胰腺炎患者实施个体化营养支持护理能够显著减少不耐受情况发生。对此进行分析:个体化营养支持护理通过专项小组协作,结合临床专业营养知识与患者实际病情,能够实现营养干预的精准化、阶梯化、动态化,有效弥补常规护理一刀切式营养干预的不足[9]。具体而言,入院24小时内通过NRS2002量表联合血清蛋白、体质量、胃肠耐受度等多维度指标对机体进行个体化营养评估,能够避免常规护理仅凭临床经验制定方案的盲目性,有助于为不同风险层级患者匹对应干预方案,从初始阶段规避营养输注过量、营养液类型不适配的问题。同时,根据评估结果采取分层化营养方案,能够显著提升干预安全性;床旁动态耐受监测机制可实现风险实时管控,及时发现患者胃肠功能的细微变化,便于动态调控干预措施,从而可有效避免胃肠负担持续累积。另外,个体化辅助护理能够进一步优化胃肠状态,如针对性的腹部按摩、体位护理可有效促进胃肠蠕动,合并基础疾病的精准管控、个性化心理疏导可消除身心应激反应,减少心理焦虑、血糖波动等间接因素引发的胃肠功能紊乱,多维度降低胃肠不耐受发生率。本研究显示:个体化营养支持护理能够显著改善重症急性胰腺炎患者的营养指标。考虑原因如下:个体化营养护理以患者差异化病情为核心,全程优化营养供给方案,在保护胃肠功能的同时能够最大化提升营养吸收利用率,为机体蛋白合成提供

充足保障[10]。具体来看,入院24小时内完成的多维度营养风险筛查,结合体格指标与生化指标,能够精准识别患者营养缺损程度、高消耗状态及胃肠吸收短板,从而可有效规避常规护理中营养供给不足、配比不合理的问题,能够为定制化营养支持方案提供科学依据。同时,通过持续监测胃肠耐受状态与营养生化指标,根据患者病情恢复情况及时调整营养剂量与输注速度,在胃肠耐受良好时及时增量,能够保证营养供给持续充足,有效避免因胃肠不适中断营养干预导致的营养摄入不足。后期循序渐进的饮食过渡干预,从短肽型营养液平稳过渡至整蛋白型营养液,再逐步添加流质、半流质饮食,能够循序渐进修复患者肠道吸收功能,持续保障营养物质的高效吸收,最终实现血清白蛋白、前白蛋白水平的显著提升,改善患者整体营养状态。

综上所述,个体化营养支持护理的实施,可显著减少重症急性胰腺炎患者不耐受情况发生,改善其营养指标。

参考文献

- [1]陈玲,陈苗苗,陈景绍.肠内营养耐受性定时评估的个体化营养支持护理在ICU重症急性胰腺炎伴高血压中的效果[J].心血管病防治知识,2024,14(17):106-108.
- [2]谢丽妮.早期肠内营养护理在重症急性胰腺炎治疗中的应用效果分析[J].中外医学研究杂志,2026,5(6):196-198.
- [3]曹珂于,龚姝,程静霞.重症急性胰腺炎患者早期肠内营养的最佳证据总结[J].华西医学,2025,40(4):561-567.
- [4]夏欢,吴莹莹,王宝芹,等.早期主动性护理联合循证营养指导在重症急性胰腺炎患者中的应用效果研究[J].当代医药论丛,2026,24(14):179-182.
- [5]中国医疗保健国际交流促进会急诊医学分会,脓毒症预防与阻断联盟.重症急性胰腺炎预防与阻断急诊专家共识[J].中国急救医学,2022,42(5):369-379.
- [6]郭丽萍,聂莹,刘宝英.循证护理对重症急性胰腺炎患者肠内营养不耐受的预防效果分析[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(4):217-220.
- [7]杨柳,陈玄,蓝彩华.基于PERMA心理干预模式的空肠营养护理对重症急性胰腺炎患者负性情绪及希望水平的影响[J].中国当代医药,2025,32(11):147-150,155.

- [8]齐莉,陈慧慧,叶春燕,等.结构性营养护理管理模式在重症急性胰腺炎患者经鼻空肠营养管早期肠内营养中的应用观察[J].中国当代医药,2025,32(35):151-155.
- [9]汪东霞,王蓉,葛万里.多学科协作延续护理联合早期肠内营养对重症急性胰腺炎合并ICU获得性衰弱患者的效果观察[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2024,19(12):1643-1647.
- [10]刘颖娅,吴锦红,秦凤荣.以循证理念为指导的集束化护理联合早期肠内营养干预在重症急性胰腺炎患者中的应用研究[J].当代医药论丛,2024,22(1):150-152.

