

重症患者肠内营养喂养不耐受临床常用措施效果分析

卞艳红 (南通大学附属医院, 江苏南通 226000)

摘要: 目的 调研重症患者肠内营养干预阶段出现的肠内营养喂养不耐受的影响因素, 并探析临床常用措施应用价值。方法 选取 2021 年 4 月~2021 年 5 月南通大学附属医院收治的 150 例神经内科重症监护病区重症患者为调研对象, 采用自制调查量表完成患者肠内营养不耐受的病情占比调查及相关因素分析。结果 本次调研共计调查 150 例次, 调研数据分析证实, 耐受例数 112 例, 占比 74.67%, 不耐受例数 38 例, 占比 25.33%; 影响因素分析, 输注方式不妥占比 34.21%、体位姿势不妥占比 26.32%、制剂选择不妥占比 23.68%、制剂温度不妥占比 15.79%。讨论 重症患者医疗干预阶段, 肠内营养可有效促进机体营养状态改善, 为生理状态的康复提供营养支持; 受药物及患者自身因素的影响, 可能会导致患者在医疗干预阶段出现喂养不耐受的情况, 致使肠内营养干预方式的价值大打折扣。故在重症患者医疗干预阶段, 开展有效的干预措施, 降低喂养不耐受现象的发生概率, 能有效提升肠内营养干预的临床应用价值; 基于医学理念的发展, 在重症患者医疗介入干预阶段, 通过对肠内营养应用价值, 易感染部位及菌群移位等情况的认知加深, 从而在早期肠内营养干预阶段开展有效的预防处理措施, 降低肠内营养喂养不耐受的情况发生, 从而保证医疗干预阶段患者的有效营养支持。

关键词: 重症患者; 肠内营养; 喂养不耐受; 临床常用措施; 效果

重症患者机体处于严重应激状态, 代谢率增高, 蛋白质分解增强, 整个机体呈现负氮平衡状态, 易导致患者并发感染脏器功能障碍等不良预后结局。通过在医疗干预阶段联合开展有效的营养干预措施, 帮助机体营养状态恢复平衡, 从而为积极康复提供充足的营养支持, 以保证医疗干预效果的有效提升^[1]。

本次研究中基于本院固定时段内神经内科重症监护病区在院的重症患者为调研样本, 分析肠内营养干预阶段, 出现喂养不耐受的原因及临床常用措施效果, 现报道如下:

1 对象与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 4 月~2021 年 5 月南通大学附属医院收治的 150 例神经内科重症监护病区重症患者为调研对象, 采用自制调查量表完成患者肠内营养不耐受的病情占比调查及相关因素分析。本次调研样本中, 最大年龄 71 岁, 最小年龄 22 岁, 平均年龄 (46.58 ± 2.85) 岁, 患者及家属对研究内容知情并签署同意书。

纳入标准: 南通大学附属医院 ICU 病房内

20~80 岁成年患者; 需介入肠内营养干预且干预时间不少于 3 d; 均为首次接受肠内营养干预。排除标准: 未签署调研同意书, 对本次调研存在质疑者; 合并存在其他急性疾病, 需紧急介入治疗者; 一般资料不全、精神状态异常、语言功能障碍者。

1.2 方法

基于南通大学附属接受肠内营养喂养不耐受患者的病情状态进行分析, 明确患者出现喂养不耐受的时间段及表现形式, 对患者及相关医疗信息进行归类与分析, 对其中的重要信息及内容进行统计, 明确患者出现的喂养不耐受的原因, 并进行相关信息的归纳与总结。通过信息处理及信息总结, 认为引起重症患者肠内营养喂养不耐受的原因主要为五点。

营养剂类型导致: 当前医疗阶段中重症患者接受肠内营养干预时, 使用的营养制剂大多为液体类型的营养制剂, 其中包含整蛋白型或短肽型成分, 长期单一使用会导致患者出现营养不耐受的现象, 引起机体营养流失。

药物成分含有导泻成分: 营养制剂, 通常有聚乙二醇、舒畅合剂等导泻药物; 使用初衷为避免患者出现便秘的症状, 引起生理状态的异常改变。但是长期食用则会导致患者肠道营养吸收不完全, 从

而出现腹泻的症状表现,不利于生理状态的康复^[2-3]。

肠内营养实施阶段采用灌肠措施:肠道营养干预阶段,通常会使用甘油等灌肠药物进行灌肠干预,以促进患者排便顺畅。但过度灌肠干预会导致患者肠道损伤,影响到机体营养状态。

肠内营养干预阶段使用胃动力药物:为了帮助患者更好地消化与吸收,在肠内营养干预阶段通常会增加胃动力药物的使用,以促进胃肠道蠕动,增强营养的有效吸收。但药物使用过量则会造成营养吸收不完全,引起喂养不耐受症状表现。

使用过人血白蛋白药物静脉滴注:人血蛋白是血液中提取出来的生物制品,临床静脉基础使用可增加血容量,维持血浆胶体渗透压,改善机体血液循环状态。在肠内营养干预阶段,使用该类药物能促进营养状态的吸收效率^[4]。

1.3 观察指标

统计本次调研患者中患者接受肠内营养干预阶段出现的喂养不耐受情况。

组别	n	输注不妥	体位不妥	制剂不妥	温度不妥
患者	38	13 (34.21)	10 (26.32)	9 (23.68)	6 (15.79)

3 讨论

在重症患者病情干预阶段,肠内营养干预措施的使用能够有效改善患者的机体营养状态,同时基于患者自身实际情况,使用胃动力药物灌肠干预措施,导泻药物能更好地帮助患者改善胃肠道环境,促进肠道蠕动,恢复优化肠道黏膜功能及结构,使得肠道营养吸收效率进一步增强,满足机体营养需求,并有效降低感染发生率^[4]。在重症患者医疗阶段,肠内营养干预措施的开展,需要基于患者自身实际情况进行判断与实施。若患者存在失血过多或休克症状,在营养制剂干预中,应当慎重选择,避免因肠道营养干预导致机体血流动力学不稳定,使得脑部心脏的重要器官血循环量减少,从而引起机体生理状态的不良表现。在营养制剂进入肠道后,食物刺激会使得肠道蠕动增加,进一步增强胃肠道血循环效率,相应的也会导致平均动脉压降低,致使患者血压总体状态下降,容易因休克失血过多,对患者生理状态造成更为严重的影响^[5]。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 22.0 软件对临床资料进行统计分析,计数资料用 (%) 表示,行 χ^2 检验;计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,行 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 耐受情况占比

本次调研共计调查 150 例次。调研数据分析证实,耐受例数 112 例,占比 74.67%;不耐受例数 38 例,占比 25.33%。见表 1。

组别	n	耐受	占比	不耐受	占比
患者	150	112	74.67 %	38	25.33 %

2.2 影响因素分析

影响因素分析中,输注方式不妥占比 34.21%、体位姿势不妥占比 26.32%、制剂选择不妥占比 23.68%、制剂温度不妥占比 15.79%。见表 2。

在重症患者医疗干预阶段开展肠内营养干预的临床应用价值分析中,由于重症患者机体处于严重应激状态,机体代谢率较高,蛋白质分解效率增强,易并发严重的感染或脏器功能障碍,对患者预后生活质量影响极大;同时由于患者无法自主进食,所以在营养干预方面,可选择有效的干预措施,以改善营养状态,优化机体生理功能。肠内营养干预措施能有效促进患者生理状态的改善,并促进肠部蠕动,恢复肠道黏膜的结构及功能,有效吸收营养物质,满足机体营养需求。在患者机体血流动力学不稳定的情况下,使用血管活性药物时应当慎重,使用肠道营养干预时也需要谨慎,这是由于机体血流动力学不稳定,脑组织、心脏等重要器官的血液分布不均匀,胃肠道部分的血流相对较少,在进行肠内营养干预时,大量营养物质的聚集会加重胃肠功能的负担,导致小肠绒毛功能障碍,出现胃肠道血供与需求失衡的不良结局,引发非血管闭塞性肠道缺血,严重时会导致肠道坏死,严重威胁患者的生存质量^[6]。

在重症患者接受镇静肌松药物后的肠内营养干

预阶段,由于镇静肌松药物的使用,会降低胃排空的效率;而深度镇静药物的使用,会使得肠内营养不耐受概率进一步升高。所以对接受镇静、肌肉松弛药物干预的重症患者,在肠内营养干预阶段,需要准确评估患者生理状态,确保肠内营养干预方式对患者生理状态的影响,处于可控范围,并有效补充机体营养,优化生理状态。接受亚低温治疗的患者机体新陈代谢降低、胃肠蠕动降低,若无明确的禁忌指南,可根据患者实际情况进行肠内营养干预。通常在低温治疗阶段进行小剂量肠内营养干预,等到复温治疗阶段,再加大营养干预剂量,补充机体营养^[7-8]。

重症患者类型中脓毒血症患者由于机体感染的因素影响,致使部分脏器功能衰竭,所以在营养支持阶段,肠内营养干预方式的选择与实施时机变得极为重要。通过有效的肠内营养干预措施,能增强机体的自我修复能力,降低抗生素及机械通气的使用时间,并有效预防高血糖风险。通过肠内营养干预,为机体补充充足的营养联合医疗干预措施,能帮助患者改善生理状态,优化病情表现的同时,减少并发症的发生,进一步优化患者的生理状态,促进预后生存质量的有效改善^[9-10]。

在重症患者的医疗干预阶段,有部分患者存在消化酶分泌功能受损,而消化酶分泌功能受损,会直接影响到肠内营养的干预效率。该类患者的肠内营养干预方式遵循由慢到快,由少到多的基本原则。通过早期小剂量的肠内营养干预,逐步刺激胃肠道功能,恢复优化肠道蠕动状态,并降低异物刺激的不良反应,从而缓解患者在肠内营养干预后出现腹泻等不良结局。同时在重症患者中,若实际血清蛋白水平偏低,可在肠内营养物质中适当补充相应剂量的人血白蛋白,减少胃肠道黏膜水肿纤毛功能障碍的不良事件,修复肠道屏障,减少喂养不耐受的不良事件发生^[11-12]。

本次调研共计调查 150 例次。调研数据分析证实,耐受例数 112 例,占比 74.67%;不耐受例数 38 例,占比 25.33%,通过调研数据总结得知,肠内营养不耐受共计 38 例,可能与患者自身因素、肠内营养制剂、医疗环境及干预措施有关。影响因素分析,输注方式不妥占比 34.21%、体位姿势不

妥占比 26.32%、制剂选择不妥占比 23.68%、制剂温度不妥占比 15.79%。通过相关因素的分析,进一步证实导致重症患者肠内营养喂养不耐受出现的原因与营养制剂输入方式、患者体位、姿势、制剂种类选择及制剂温度均有极大的联系。

综上所述,在重症患者医疗干预阶段开展肠内营养干预时,应最大限度避免患者出现肠内营养不耐受情况,以降低对病情的影响。可根据患者自身身体素质使用符合其实际生理状态的营养制剂,进行肠内营养干预,并定期通过灌肠、胃动力药物等途径促进机体肠道对营养的有效吸收,以保证机体营养状态,满足康复需求,加快医疗康复效率。

参考文献

- [1] 余昆容,李梅,王玉娥,等.不常规监测胃残余量对持续肠内营养的危重症患者喂养并发症及摄入热量影响的 Meta 分析[J].中国实用护理杂志,2019,35(30):2395-2401.
- [2] 车遵军,董秀梅.重症患者肠内营养喂养不耐受临床常用措施效果分析[J].中国保健营养,2020,30(13):147.
- [3] 陈亭,孙红玉,朱京慈.重症急性胰腺炎患者肠内营养喂养不耐受防治策略研究进展[J].护理学报,2020,27(1):5.
- [4] Fuentes P P, Martínez G, Vernooij RW, et al. Early enteral nutrition (within 48 hours) versus delayed enteral nutrition (after 48 hours) with or without supplemental parenteral nutrition in critically ill adults[J]. Cochrane Database Syst Rev. 2019,2019(10):CD012340.
- [5] 刘盛冬.资生丸汤剂改善危重症患者早期肠内营养喂养不耐受的效果评价[J].人人健康,2019,(10):1.
- [6] 徐笑月,张美琪,贾利霞.综合护理措施对危重症患者肠内营养护理及耐受性分析[J].中国农村卫生事业管理,2017,37(11):3.
- [7] 李慧琴,李毛毛,姚洁.综合护理措施对神经外科危重症患者肠内营养护理及耐受性分析[J].贵州医药,2019,43(12):2.
- [8] 郑丽娜,夏然,郑黎明,等.儿童重症监护病房脓毒症患儿肠内营养不耐受因素调查及与患儿预后的相关性[J].中国妇幼保健,2021,36(19):4.
- [9] Bruni A, Garofalo E, Grande L, et al. Nursing issues in enteral nutrition during prone position in critically ill patients: A systematic review of the literature[J]. Intensive Crit Care Nurs,2020,60:102899.
- [10] 任优梅,张卿,彭金亮.急性重症胰腺炎患者发生肠内营养不耐受的相关影响因素及其干预措施分析[J].中国医学创新,2021,18(24):4.
- [11] 车遵军,董秀梅.重症患者肠内营养喂养不耐受临床常用措施效果分析[J].中国保健营养,2020,30(13):147.
- [12] 常丽娟.腹内压监测对机械通气重症患者肠内营养喂养不耐受的评估分析[J].黑龙江医学,2020,44(1):2.