

重症患者肠内营养支持期间误吸风险的预防性护理措施效果评价

李铭翠

衢州明州医院 浙江 衢州 324000

【摘要】：目的 探讨重症患者肠内营养支持期间误吸风险的预防性护理措施效果。方法 研究对象为58例接受肠内营养支持的重症患者，均于2025年1月至2025年12月在我院重症医学科（ICU）接受治疗。以双盲法将患者均分2组，29例/组。给予对照组常规肠内营养护理，观察组接受误吸针对性预防性护理措施。比较两组患者误吸发生率、护理满意度。结果 观察组误吸发生率为3.45%，较对照组的20.69%低， $P<0.05$ ；观察组护理满意度为96.55%，较对照组的75.86%高， $P<0.05$ 。结论 误吸针对性预防性护理措施的应用，可有效预防重症患者发生误吸，获得更加满意的护理效果，值得临床采纳、推广。

【关键词】：重症患者；肠内营养支持；误吸风险；预防性护理措施

DOI:10.12417/3041-0630.26.07.044

重症患者病情危重，且多数患者存在意识障碍、吞咽功能障碍，需要肠内营养支持摄入能量，以满足机体的营养需求，提升机体免疫力，为机体的康复提供更多的保障^[1]。误吸是肠内营养支持期间常见并发症，增加了窒息、吸入性肺炎等风险，对患者的健康及生命安全构成严重的威胁^[2]。因此，应该采取有效的手段预防误吸的发生。本研究选择58例接受肠内营养支持的重症患者为研究对象，通过分组研究的方式探讨针对性误吸预防性护理措施的临床价值。具体如下：

1 资料和方法

1.1 基础资料

以接受肠内营养支持的重症患者58例为研究对象，研究时间为2025年1月至2025年12月。以双盲法将患者均分2组，29例/组。对照组男女比例为17:12，年龄区间：42-78岁，均值（60.34±8.71）岁；疾病类型：严重创伤8例、重症肺炎7例、脑血管意外6例、脓毒症5例、其他3例；APACHE II评分（21.56±3.89）分。观察组男女比例为16:13，年龄区间：41-79岁，均值（61.28±8.37）岁；疾病类型：严重创伤7例、重症肺炎8例、脑血管意外5例、脓毒症6例、其他3例；APACHE II评分（22.11±3.76）分。比较两组年龄、性别比例、疾病类型及APACHE II评分，差异较为接近（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组接受常规肠内营养护理，即按照医生指导配制营养制剂，并完成肠内营养制剂的鼻饲工作，前期输注速度缓慢，患者适应后加快输注速度；营养袋每日更换，输注管路定期冲洗、消毒；输注结束后注意观察患者的反应，并做好口腔的清洁。

观察组接受误吸针对性预防性护理，①营养管护理：对患者的吞咽功能、鼻腔状况等进行评估，选择适宜的营养管。置管过程中操作温柔，并通过气过水声、胃液抽吸、X线检查等

确认营养管内置端的位置，满意后使用胶布妥善固定，避免导管移位、脱出。营养输注前按照相关护理流程确定导管位置，输注结束后用温水（20-30ml）冲管，以避免营养液残留而导致导管堵塞。用药前后以同样的方法冲管。②体位护理：输注期间及输注后1h，将病床床头抬高30-45°，以帮助营养液顺利输入患者体内，并预防食物反流而发生误吸。如果患者意识不清或存在躁动情况，可适当约束患者肢体，以免患者体位改变而增加误吸风险。③输注期间的护理：严格按照“从慢到快、从少到多”的原则完成营养液的输注，起始输液速度为每小时20-50 ml，每日剂量约500 ml，后期根据患者的吸收情况逐渐调节输注速度，每小时速度不能超过120 ml，每日最大剂量不超过2000ml。输注前，将营养液加热至37-40℃，以减少对胃黏膜的刺激。④病情观察：定期回抽胃内容物，根据胃残余量（GRV）调节输注速度、量，GRV超过500时，及时停止输注，并协助医生完成胃内容物的回抽。注意观察患者的表现，如果出现呛咳、呼吸困难等误吸表现，应该及时改变体位，吸出呼吸道的分泌物，并协助医生抢救。⑤口腔护理与宣教：每日使用口腔护理液清洁患者口腔2次，尤其注意牙龈、牙齿、牙齿缝隙及舌面的清洁，以减少细菌的滋生。同时，以通俗易懂的语言普及误吸的相关知识，包括发生原因、危害性及预防措施等，以提升患者及家属的配合度。

1.3 指标观察

（1）误吸发生率：统计两组肠内营养支持期间误吸的发生情况，判断标准为呛咳、呼吸改变、肺部湿啰音或吸入性肺炎征象等。

（2）护理满意度：以满意度问卷完成评估，包括护理操作、护理态度、健康指导、恢复情况等，共100分，其中≥90分、70-89分、<70分对应非常满意、一般满意、不满意。

1.4 统计学分析

应用 SPSS.24.0 软件，计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，计数资料采用 (%) 表示，前者用 t 检验，后者用 x2 检验。当 $P < 0.05$ 时，有统计学意义。

2 结果

2.1 误吸发生率比较

与对照组相比，观察组误吸发生率更低， $P < 0.05$ ，见表 1：

表 1 误吸发生率比较[n(%)]

分组	例数	误吸例数	发生率
对照组	29	6	20.69
观察组	29	1	3.45
X2			4.062
P			0.044

2.2 护理满意度对比

与对照组相比，观察组满意度更高， $P < 0.05$ ，见表 2：

表 2 护理满意度比较[n(%)]

分组	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意度
对照组	29	10	12	7	75.86
观察组	29	18	10	1	96.55

X2					5.220
P					0.022

3 讨论

临床上对于无法经口进食的重症患者，多采取肠内营养支持来提供能量供应，以维持患者的肠道黏膜屏障功能，预防肠道菌群的失衡，改善机体的营养状况，为患者的病情康复提供更多的支持^[1]。误吸在肠内营养支持期间比较常见，与营养管位置不当、胃内容物反流、营养液输注速度过快、剂量过大等因素有关，对患者的呼吸道黏膜有一定的刺激，可继发吸入性肺炎，严重者可导致呼吸衰竭、窒息等严重情况的发生^[4]。因此，误吸预防成为重症患者肠内营养支持期间的护理重点。

本研究报道：观察组误吸发生率更低， $P < 0.05$ ，提示针对性误吸预防性措施的有效性。其主要原因在于护理工作中加强了营养管的管理，插管后通过多种途径检查其位置，确保内置端到达预定位置。同时，输注前再次检查营养管的位置，有效预防导管移位、脱出而引发的误吸^[5]。输注期间及输注后 1h，协助患者采取半卧位，以保障营养液顺利流入患者胃部，也避免了胃内容物的反流。且输注期间严格控制速度和量，避免胃内压力过高而导致胃内容物的反流，进一步降低误吸的风险^[6]。而“从慢到快、从少到多”的输注原则，更加符合重症患者的胃肠功能特征，使患者逐渐适应，有助于营养液的吸收，避免腹胀、呕吐而引发的误吸。相关针对性预防措施的实施，体现了院方的人文关怀及护理的专业性，减少了误吸的发生，加速了患者病情的恢复，获得患者及家属的认同，促进护理满意度的提升。

综上所述，在重症患者肠内营养支持期间实施针对性误吸预防性护理措施，对误吸预防有积极的作用，改善了患者的预后，值得临床采纳、推广。

参考文献：

[1] 聂清梅,孙莉莉,温慧,等.肠内营养患者并发误吸的影响因素及风险预测模型研究进展[J].当代护士,2025,32(32):12-16.

[2] 吴萍,周祥林.基于机器学习算法的神经外科重症患者早期肠内营养误吸风险预测模型的建立与验证[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2025,12(05):651-660.

[3] 温丽仙,吴素平,李维维,等.基于目标管理理论的“1+1+4”误吸预防方案在 ICU 肠内营养患者中的应用研究[J].全科医学临床与教育,2025,23(03):279-281.

[4] 王燕,赵佳,李萍.基于 COSO-ERM 框架下 MDT 团队对脑卒中患者发生误吸的干预效果[J].新疆医学,2024,54(11):1377-1380.

[5] 玉明柳,温玫,龚贝贝.品管圈管理对降低肺结核有创机械通气患者肠内营养相关误吸发生率的效果[J].现代医药卫生,2023,39(17):3010-3015.

[6] 王汇,唐淑慧,程岚,等.失效模式与效应分析在预防机械通气患者肠内营养误吸中的应用[J].海军医学杂志,2023,44(06):638-642.