

全程护理联合早期肠内营养支持对重症脑卒中患者营养状况的影响观察

张 菁

新疆五家渠市第六师医院 新疆 五家渠 831300

【摘要】：目的：探讨全程护理联合早期肠内营养支持应用于重症脑卒中患者中的效果，分析该干预方案对患者营养状况、并发症及康复进程的影响。方法：选取 2025 年 1 月—2026 年 1 月我院收治的 60 例重症脑卒中患者为研究对象，按照随机数字表法分为对照组与观察组，各 30 例。对照组实施常规护理联合常规肠内营养支持，观察组采用全程护理联合早期肠内营养支持。连续干预 4 周后，对比两组患者干预前后血清白蛋白、血红蛋白、体质量等营养指标，统计并发症发生情况及护理满意度。结果：干预前，两组各项营养指标对比无统计学差异（ $P>0.05$ ）；干预 4 周后，观察组血清白蛋白、血红蛋白水平及体质量均高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组肺部感染、压疮、胃肠道不适等并发症发生率低于对照组，护理满意度高于对照组，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对重症脑卒中患者实施全程护理联合早期肠内营养支持，可有效改善患者营养状态，降低并发症风险，提升护理质量，适合在临床重症科室推广应用。

【关键词】：全程护理；早期肠内营养；重症脑卒中；营养状况

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.087

引言：脑卒中是临床高发急性脑血管疾病，具有起病急、病情重、致残率及致死率高的特点，重症脑卒中患者多伴意识障碍、吞咽功能障碍、肢体偏瘫等症状，无法正常自主进食，机体处于高代谢、高消耗状态。脑组织受损后会引发全身应激反应，体内蛋白质、脂肪快速分解，若营养供给不及时、不科学，短时间内便会出现营养不良、免疫力下降等问题，不仅会加重脑组织损伤，还会诱发肺部感染、压疮、消化道溃疡等多种并发症，延长住院周期，严重威胁患者生命安全。

临床针对无法经口进食的重症脑卒中患者，肠内营养是首选的营养支持方式，相较于肠外营养，肠内营养更符合人体生理代谢规律，能够保护肠道黏膜屏障功能，减少肠道菌群移位。但传统营养干预模式多侧重营养液输注，缺乏系统化、全程化的护理配合，易出现喂养不耐受、营养吸收不佳、护理疏漏等问题，难以达到理想的营养支持效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月—2026 年 1 月在我院重症医学科、神经内科收治的 60 例重症脑卒中患者作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组和观察组，每组各 30 例。

纳入标准：①经头颅 CT 或磁共振检查确诊为重症脑卒中，符合《中国急性缺血性脑卒中诊疗指南》相关诊断标准；②入院时格拉斯哥昏迷评分（GCS）6~12 分，存在吞咽功能完全障碍，无法自主经口进食；③患者家属知晓研究内容，自愿签署知情同意书；④预计生存期超过 4 周。

排除标准：①入院前已存在严重营养不良、消化道疾病、肝肾功能衰竭者；②合并恶性肿瘤、严重感染、凝血功能障碍

者；③肠内营养禁忌证患者；④临床资料不全，无法配合完成研究者。

对照组：男 17 例，女 13 例；年龄 52~78 岁，平均（ 65.32 ± 6.18 ）岁；疾病类型：脑梗死 21 例，脑出血 9 例；GCS 评分（ 8.15 ± 1.26 ）分。

观察组：男 16 例，女 14 例；年龄 51~79 岁，平均（ 64.89 ± 6.45 ）岁；疾病类型：脑梗死 20 例，脑出血 10 例；GCS 评分（ 8.09 ± 1.31 ）分。

两组患者性别、年龄、疾病类型、昏迷评分等基础资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 干预方法

两组患者入院后均接受脑卒中常规对症治疗，包括脱水降颅压、改善脑循环、控制血压血糖、抗感染、维持水电解质平衡等基础治疗。

1.2.1 对照组

实施常规护理+常规肠内营养支持。

常规护理：密切监测患者生命体征、意识、瞳孔变化，定时翻身、叩背、清理气道分泌物，做好口腔护理、皮肤护理，保持病房环境整洁；遵医嘱完成各项治疗操作，简单告知家属基础护理注意事项。

常规肠内营养支持：患者入院 48h 后开始实施肠内营养，留置鼻胃管，选用标准肠内营养混悬液，初始低速缓慢输注，根据患者耐受情况逐步调整输注速度与剂量，护理人员仅完成营养液更换、管道固定等基础操作，出现不适后对症处理。连续干预 4 周。

1.2.2 观察组

实施全程护理联合早期肠内营养支持,干预周期同为4周,具体方案如下:

早期肠内营养支持方案:患者入院24h内评估胃肠道功能,排除肠内营养禁忌后即刻启动早期肠内营养。常规留置鼻胃管或鼻肠管,优先选择鼻肠管以降低反流、误吸风险。初始营养液剂量为500ml/d,采用恒温输注泵持续泵入,温度控制在38~40℃,初始输注速度20~30ml/h,每6h评估患者胃肠道耐受情况,若无腹胀、腹泻、呕吐等不适,每日递增输注速度10~20ml/h,最大速度不超过100ml/h,逐步增加营养液总量至1500~2000ml/d。每日分时段冲管,预防管路堵塞;每周更换营养输注管路,严格执行无菌操作。

全程护理干预:(1)入院评估与个体化方案制定:患者入院后,护理团队第一时间完成全面评估,包括意识状态、吞咽功能、胃肠道功能、基础体质量、血常规、生化指标等,结合患者年龄、病情、身体耐受度,联合营养师共同制定个体化营养方案与护理计划,明确每日营养供给量、营养液种类、输注方式及护理重点。(2)营养管路全程护理:每日观察鼻饲管固定情况,防止管路滑脱、移位;每次输注营养液前后、给药前后均使用温水冲管;每日清洁鼻腔,做好管路周边皮肤护理,预防黏膜损伤。对于躁动患者,适当采取约束防护,避免患者自行拔管。(3)胃肠道监护与干预:全程密切观察患者有无腹胀、腹泻、恶心、呕吐、胃潴留等喂养不耐受表现。若胃残余量>150ml,暂停输注或降低速度;出现腹泻时排查原因,调整营养液浓度与输注速度,必要时遵医嘱对症用药;指导患者保持床头抬高30°~45°,持续至输注结束后30min,有效预防反流与误吸。(4)基础护理与并发症预防:建立翻身、叩背时间表,每2h翻身一次,按摩受压部位,预防压疮;定时吸痰、气道湿化,加强口腔护理,减少肺部感染发生率;严格把控病房温湿度,做好消毒隔离工作。(5)病情与营养指标动态监测:每周定时测量患者体质量,每周采集血液标本检测血清白蛋白、血红蛋白等营养指标,根据指标变化及时联合营养师调整营养方案;持续监测生命体征、意识、瞳孔变化,警惕病情突发变化。(6)心理与健康宣教护理:重症患者家属易产生焦虑、恐慌情绪,护理人员全程做好沟通解释,讲解早期肠内营养与护理的必要性、操作流程及预期效果,缓解家属负面情绪;耐心指导家属掌握简单的鼻饲护理、体位摆放等基础技能,提升家属配合度。对于意识逐渐清醒的患者,给予心理疏导,鼓励患者积极配合治疗与护理。(7)康复衔接护理:在病情稳定、营养状态改善后,早期开展被动肢体活动、吞咽功能训练,为后续经口进食及肢体康复打下基础,实现营养支持与康复护理无缝衔接。

1.3 观察指标

营养指标:分别于干预前、干预4周后,检测并记录两组

患者血清白蛋白、血红蛋白水平,同时测量患者空腹体质量。

并发症发生情况:统计干预期间两组患者肺部感染、压疮、胃肠道不适(腹胀、腹泻、呕吐)、反流误吸等并发症总发生率。

护理满意度:采用我院自制护理满意度量表评价,分为非常满意、满意、不满意,总满意度=(非常满意+满意)例数/总例数×100%。

2 结果

2.1 两组患者干预前后营养指标对比

干预前,两组血清白蛋白、血红蛋白、体质量对比无显著差异($P>0.05$);干预4周后,两组各项营养指标均较干预前改善,且观察组血清白蛋白、血红蛋白、体质量明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者干预前后营养指标对比

组别	对照组	对照组	观察组	观察组
例数	30	30	30	30
时间	干预前	干预后	干预前	干预后
血清白蛋白(g/L)	32.16±2.58	34.29±2.71	31.98±2.63	38.75±2.46
血红蛋白(g/L)	102.35±4.62	108.61±4.93	101.89±4.75	116.24±4.58
体质量(kg)	56.82±5.14	57.96±5.27	56.67±5.09	60.85±5.32

2.2 两组并发症发生率对比

干预期间,观察组并发症总发生率显著低于对照组,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者并发症发生情况对比[n(%)]

组别	对照组	观察组
例数	30	30
肺部感染	4(13.33)	1(3.33)
压疮	3(10.00)	0(0.00)
胃肠道不适	6(20.00)	2(6.67)
反流误吸	3(10.00)	1(3.33)
总发生率	16(53.33)	4(13.33)

2.3 两组护理满意度对比

观察组护理总满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表 3 两组护理满意度对比[n(%)]

组别	对照组	观察组
例数	30	30
非常满意	11(36.67)	19(63.33)
满意	12(40.00)	10(33.33)
不满意	7(23.33)	1(3.33)
总满意度	23(76.67)	29(96.67)

3 讨论

重症脑卒中患者受意识障碍、吞咽功能丧失、机体应激反应等多重因素影响，营养摄入中断，加上脑组织损伤后全身代谢亢进，蛋白质分解加速，营养不良成为此类患者最常见的并发症之一。营养不良会直接削弱机体免疫功能，破坏肠道黏膜屏障，大幅增加感染、压疮、器官功能衰退等风险，形成“病情加重—营养恶化”的恶性循环，对患者预后造成严重负面影响。因此，及时、科学的营养支持配合优质护理，是改善重症脑卒中患者预后的关键环节。

传统临床中多在患者入院 48h 后开展肠内营养，且护理工作仅局限于基础管路护理与对症处理，缺乏系统性、全程化的干预，营养支持效果有限。本次研究中，观察组在入院 24h 内启动早期肠内营养，从生理学角度分析，重症患者发病后 24h 内肠道功能尚未完全受损，早期输注肠内营养液能够快速激活肠道蠕动，保护肠道黏膜完整性，阻止肠道细菌及内毒素移位，减少全身性感染风险。同时，早期补充营养可及时为机体提供能量与蛋白质，抑制自身组织过度分解，从源头预防营养不良的发生。

全程护理模式贯穿患者治疗与营养支持的全过程，打破了常规护理碎片化、被动化的弊端。本研究中的全程护理包含入院综合评估、个体化营养方案制定、管路精细化护理、胃肠道动态监护、并发症预防、心理宣教、早期康复衔接等多个模块，

形成了闭环式护理体系。护理人员持续监测患者胃肠道耐受情况、营养指标及生命体征，能够第一时间发现喂养不耐受、管路异常、潜在并发症等问题，并及时调整干预方案，保障肠内营养支持持续、安全开展。床头抬高体位管理、定时翻身叩背、口腔护理等措施，有效降低了反流误吸、肺部感染、压疮的发生率，与本次研究结果一致：观察组并发症发生率仅为 13.33%，远低于对照组的 53.33%。

从营养指标来看，干预 4 周后观察组血清白蛋白、血红蛋白及体质量提升幅度显著优于对照组。血清白蛋白是反映人体长期营养状况的核心指标，血红蛋白可体现机体造血及营养摄入水平，两项指标同步升高，说明全程护理联合早期肠内营养能够有效提升营养物质吸收利用率，纠正患者负氮平衡，改善整体营养状态。常规护理模式下，营养干预缺乏动态调整，患者易反复出现胃肠道不适，营养液摄入不足，营养改善效果不佳。此外，全程护理重视与患者及家属的沟通交流，及时开展健康宣教与心理疏导，缓解家属的焦虑情绪，提升家属对治疗及护理工作的认可度与配合度，因此观察组护理满意度达到 96.67%，明显高于对照组。良好的护患配合又能进一步保障各项护理、营养措施落实到位，形成良性循环。结合本次 2025 年 1 月—2026 年 1 月 60 例临床病例研究结果可以得出，相较于常规护理及延迟肠内营养支持，全程护理联合早期肠内营养支持应用于重症脑卒中患者，优势突出。该方案既能快速改善患者营养状况，增强机体抵抗力，又能减少各类并发症，提升护理服务质量，助力患者病情恢复，具备较高的临床应用价值。

4 结论

针对重症脑卒中患者，在入院 24h 内开展早期肠内营养支持，并配合系统化、全流程的全程护理干预，可有效提升营养物质吸收效率，显著改善患者血清白蛋白、血红蛋白、体质量等营养指标，降低肺部感染、压疮、胃肠道不适等并发症发生率，同时提升护理满意度。该干预方案安全、有效、实用性强，契合重症脑卒中患者的临床治疗需求，值得在神经内科、重症医学科等科室广泛推广应用。

参考文献：

- [1] 李海菊.全程护理+早期肠内营养支持对老年重症脑卒中患者营养状况的影响[J].中国典型病例大全,2026,20(1):926-930.
- [2] 袁迷,黄姝,石慧.早期鼻空肠管肠内营养联合风险预警护理模式对重症脑卒中患者神经功能恢复的影响[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(2):69-72.
- [3] 高畅,孙永岑,魏莉.早期肠内营养联合全程护理干预在老年重症脑卒中患者中的效果及对生活质量的影响[J].婚育与健康,2025,31(2):136-138.
- [4] 李海燕,贾娟,李伟,等.全程护理联合早期肠内营养支持对老年重症脑卒中患者营养状况的影响[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(3):193-195.
- [5] 孙星月,魏秀芳.预见性护理联合早期肠内营养对重症脑卒中患者免疫功能及预后的影响[J].人人健康,2022,(19):123-125.