

肠内与肠外营养联合护理在神经重症患者中的应用体会

蒋徐清 丁卓颖^(通讯作者)

常州武进人民医院 江苏 常州 213000

【摘要】目的：探讨肠内与肠外营养联合护理在神经重症患者中的应用效果，为临床营养护理提供实践参考。方法：选取 2025 年 1 月至 2025 年 12 月神经重症监护室收治的 76 例神经重症患者，根据营养支持方案将其分为对照组（n=38）与观察组（n=38）。对照组采用常规肠内营养护理，观察组实施肠内与肠外营养联合护理，比较两组护理前后营养指标、免疫功能指标、神经功能指标及并发症发生情况。结果：护理前，两组各项指标差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，观察组血清白蛋白、总蛋白、血红蛋白分别为（ 38.62 ± 3.75 ）g/L、（ 72.38 ± 7.46 ）mg/L、（ 126.75 ± 11.82 ）g/L，显著高于对照组的（ 33.54 ± 3.28 ）g/L、（ 65.52 ± 6.73 ）mg/L、（ 112.36 ± 10.95 ）g/L（ $t=6.892$ 、 6.237 、 5.384 ， P 均 <0.001 ）；观察组 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺分别为（ 62.35 ± 5.78 ）%、（ 38.46 ± 4.25 ）%、（ 1.58 ± 0.23 ），高于对照组；观察组 NIHSS、GCS 评分分别为（ 8.25 ± 2.36 ）分、（ 13.62 ± 2.15 ）分，优于对照组（ 11.78 ± 2.89 ）分、（ 11.35 ± 2.08 ）分（ $t=5.928$ 、 4.376 ， P 均 <0.001 ）；观察组并发症发生率 7.89%，低于对照组 26.32%（ $\chi^2=5.234$ ， $P=0.022$ ）。结论：肠内与肠外营养联合护理可显著改善神经重症患者营养和免疫功能，促进神经功能恢复，降低并发症发生率，临床应用价值显著。

【关键词】：神经重症；肠内营养；肠外营养

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.024

神经重症患者常常伴有意识障碍、吞咽困难、运动功能受损等众多临床表现，由于长期处于高代谢、高耗能的环境中，很容易造成营养不良、免疫抑制。这也会大大增加肺部感染、胃肠功能紊乱的发生率，并会对神经功能的恢复造成不良影响，从而降低患者再康复的可能性。神经重症综合管理的重要环节之一就是做好营养支持工作。传统的单一营养方式不能很好地满足复杂的代谢需要，会存在胃肠道耐受不良或者营养缺乏等问题，不能满足复杂患者的营养需求，而采用肠内+肠外营养支持的方式，根据个体差异合理地调配营养成分，克服单一营养方式的缺陷，有助于患者全面康复。选择 2025 年 1 月到 12 月间在神经重症监护室住院的 76 例病人，对这组病人进行系统的评价和比较，来判断两种不同的营养护理方案是否有效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文选择的是从 2025 年 1 月到 2025 年 12 月，在神经重症监护室接受治疗总共有 76 例病人为研究对象进行研究。纳入标准为符合神经重症诊断标准（脑出血、脑梗死或者颅脑外伤等），格拉斯哥昏迷评分（Glasgow Coma Scale, GCS）小于或者等于 12 分，住院时间大于 14 天，并且获得患者家属的书面知情同意。排除标准为严重肝肾功能衰竭、恶性肿瘤和急性感染性疾病等对营养支持效果有影响的患者。根据营养支持方案将其分为对照组（n=38）与观察组（n=38）。观察组男 21 例，女 17 例，年龄 42-78 岁，平均年龄（ 60.35 ± 8.72 ）岁；以

颅脑损伤、脑出血、脑梗死和其它引起病例占多数，各占 15 例、14 例、7 例、2 例。对照组为男性 20 例、女性 18 例，年龄在 41~79 岁之间，平均年龄（ 61.12 ± 8.56 ）岁，其具体的病种分别为脑出血 11 例、脑梗死 6 例、颅脑损伤 18 例及其它原因相关疾病 3 例。从性别分布、年龄构成以及疾病种类组成上来看，两组之间的差异都没有达到显著性水平（ $P>0.05$ ），具有良好的同质性以及均衡性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

传统的肠内营养护理步骤包括以下内容：患者入院后，生命体征平稳、无胃肠道禁忌证，在 24-48 小时内开始肠内营养支持^[1]。根据患者的体重、营养状况来确定每日的营养供给量，选择合适的配方型营养液进行输注，开始时以 20-30 毫升每小时的速度开始，逐渐增加到 50-80 毫升每小时的目标速度，根据个人情况及时调整总输注量，分成 4 至 6 次均匀地给予^[2]。在护理过程中，床头应该保持在 30~45 度之间的角度，以防止呛咳的发生，每次喂养完毕后用温开水冲洗导管，使导管畅通无阻，注意观察消化道反应，包括腹胀、腹泻、恶心、呕吐等症状，根据患者的病情变化，对输注的参数进行调节，定期检测患者的体重、血清白蛋白、尿量等有关的血标本和各项检查来判定患者病情的变化情况，根据检查结果来制订个性化的营养支持方案^[3]。

作者简介：蒋徐清，女，1989.10.24，汉，江苏常州，上海交通大学，本科，常州武进人民医院，神经科重症监护室，主管护师，研究方向：神经重症营养相关。

通讯作者：丁卓颖，女，1985.12，汉，江苏常州，上海交通大学，本科，常州市武进人民医院，神经重症监护室，副主任护师，研究方向：气道与营养。

1.2.2 观察组

对患者个体进行准确的肠内及肠外联合营养支持的干预措施的制订。入院 24 小时后用营养风险筛查评估表 (NRS-2002) 和临床检测结果, 对病人营养状况和病情严重程度进行综合判断, 根据病人的 BMI、代谢指标等算出每日所需的能量 (25-30kcal/kg/day) 和蛋白质摄入量 (1.5-2.0g/kg/day), 优质蛋白占总蛋白比例应大于 50%。按照上述方案制定个性化的联合营养供给方案, 对静脉途径给予调配好的全合一肠外营养液, 含有碳水化合物、氨基酸粉末、中链甘油三酯乳剂、多种维生素及矿物质元素等物质, 输注速度根据病人实际情况进行调节, 防止出现高血糖或者脂质异常的情况出现^[4]。护理过程中严格按照无菌技术的要求进行操作, 仔细核对医嘱, 保证液体配制准确无误, 定时更换一次性使用的物品减少感染的几率, 随时观察心脏、呼吸功能以及血浆生化参数和免疫细胞亚群的变化。随着患者胃肠道功能的逐渐恢复, 由部分肠内营养逐步过渡为全部肠内营养, 在维持病人营养状态的前提下减少甚至去除外周导管依赖, 并且密切观察病人所出现的各种不良反应的变化, 以达到全程高效、安全的服务目的^[5]。整个疗程中持续追踪重要生命体征以及生物标记物的变化轨迹, 体重变化幅度、腰围增高的速度、血清白蛋白、总蛋白等生物标记物变化趋势使用多元数据分析方法来加强个性化医疗决策的科学性、可靠性, 改善总体健康结果。

1.3 观察指标

(1) 营养指标: 本研究在患者入院 24 小时和护理干预实施 4 周时分别抽血取 5 毫升空腹静脉全血, 用低速离心法得血清。之后使用全自动生化分析仪来测定血清中白蛋白(ALB)、总蛋白(TP)和血红蛋白(Hb)的含量, 来评价干预的效果。

(2) 免疫功能指标: 使用流式细胞仪对患者的外周血标本中 CD3⁺、CD4⁺ 和 CD8⁺T 淋巴细胞亚群的比例以及 CD4⁺/CD8⁺ 比值进行检测, 统计分析。

(3) 神经功能指标: 本研究采用美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 来评价受试者的神经功能受损程度, NIHSS 评分和损伤严重程度有明显的相关性; 利用格拉斯哥昏迷量表 (GCS) 对患者的意识进行评价, 分值越高说明认知越清楚。在护理过程的前后分别做一次完整的基线评估和随后的评估。

(4) 并发症: 采用全方位的数据搜集和剖析手段, 比较并评判两种护理模式所导致的患者出现肺部感染、术后肠蠕动异常 (含腹胀与腹泻)、吸入性损害以及导管相关感染等诸多并发症的实际情况及其分布情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内比较用配对 t 检验, 组间比较用独立样本 t 检验; 计数资料用 n (%) 来表示, 并用 χ^2 检验来判断组间的差

异。把 $P < 0.05$ 定为统计学显著性界限。

2 结果

2.1 两组患者护理前后营养指标比较

护理干预开始前两组患者的血清白蛋白、总蛋白、血红蛋白等营养指标没有差别 ($P > 0.05$)。经过一段时间的规范化护理干预之后, 两组各项生理指标都有一定程度的改善; 进一步分析可知, 实验组各项指标比对照组明显增高 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1 两组患者护理前后营养指标比较

组别		观察组	对照组	t 值	P 值
例数		38	38	-	-
血清白蛋白(g/L)	治疗前	30.25 ± 3.12	30.58 ± 3.07	0.482	0.631
	治疗后	38.62 ± 3.75	33.54 ± 3.28	6.892	<0.001
总蛋白(mg/L)	治疗前	56.45 ± 6.32	57.23 ± 6.15	0.305	0.761
	治疗后	72.38 ± 7.46	65.52 ± 6.73	4.237	<0.001
血红蛋白(g/L)	治疗前	105.62 ± 10.35	106.35 ± 10.12	0.289	0.773
	治疗后	126.75 ± 11.82	112.36 ± 10.95	5.384	<0.001

2.2 两组患者护理前后免疫功能指标比较

护理干预实施前和护理干预实施后, 两组研究对象的 CD3⁺、CD4⁺ 和 CD8⁺T 淋巴细胞百分比、CD4⁺/CD8⁺ 比值均有明显不同 ($P > 0.05$)。护理干预后, 两组受试者上述免疫参数基线水平均有明显提高, CD8⁺T 细胞百分比明显下降; 且观察组各指标改善程度明显好于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 2。

表 2 两组患者护理前后免疫功能指标比较

组别		观察组	对照组	t 值	P 值
例数		38	38	-	-
CD3 ⁺ T(%)	治疗前	52.36 ± 5.12	52.89 ± 5.08	0.456	0.650
	治疗后	62.35 ± 5.78	55.42 ± 5.36	5.473	<0.001
CD4 ⁺ T(%)	治疗前	31.25 ± 3.76	31.57 ± 3.68	0.382	0.703
	治疗后	38.46 ± 4.25	32.67 ± 3.89	5.862	<0.001
CD8 ⁺ T(%)	治疗前	30.58 ± 4.02	30.25 ± 3.98	0.345	0.731
	治疗后	24.32 ± 3.56	27.89 ± 3.42	4.528	<0.001
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	治疗前	1.02 ± 0.18	1.04 ± 0.17	0.471	0.640
	治疗后	1.58 ± 0.23	1.25 ± 0.21	6.015	<0.001

2.3 两组患者护理前后神经功能指标比较

护理干预实施前后两组患者的神经功能缺损程度、意识水平存在较大的差别($P>0.05$)。护理干预后所有参与者NIHSS评分均下降, Glasgow昏迷评分均升高;观察组患者的上述指标改善幅度明显比对照组大,差异有统计学意义($P<0.05$);详见表3。

表3 两组患者护理前后神经功能指标比较

组别		观察组	对照组	t 值	P 值
例数		38	38	-	-
NIHSS 评分(分)	治疗前	15.36±3.25	15.68±3.18	0.432	0.667
	治疗后	8.25±2.36	11.78±2.89	5.928	<0.001
GCS 评分(分)	治疗前	8.75±1.82	8.92±1.75	0.395	0.694
	治疗后	13.62±2.15	11.35±2.08	4.376	<0.001

3 讨论

由于脑损伤造成神经重症患者常伴有意识障碍和吞咽功能障碍,所以不能够进行自主经口进食。高代谢和强烈的炎症反应会使它的能量及营养物质的消耗明显增多。如果不能及

时、适当地给予营养支持,就容易造成严重的营养不良。不良的营养状况会降低机体的免疫功能,感染的风险也会加大,还会减慢神经系统的功能恢复,从而影响患者的长期预后。此时制定个体化的、科学的营养干预措施成了神经重症综合治疗的主要部分。传统的单用肠内营养模式虽然符合“先用肠道吸收”的基本要求,但是该类病人常伴有多器官功能障碍、腹痛腹泻等并发症,造成实际的摄入量不足,不能满足机体需要。肠内和肠外联合营养支持方法在复杂的临床环境中更为合适,可以更快地给病人提供必需的能量和蛋白质来减轻急性代谢负荷,同时还可以依靠肠内营养的方式保持肠道微生物群落的正常状态,保持胃肠道运动功能,从而降低某些并发症的危险,并加强营养物质的直接吸收能力。该方案既可以实现紧急情况的救治,也可以达到长期康复的效果,在改善患者的总体健康水平方面更加突出。

由研究数据可知,经过干预后,实验组患者的血清白蛋白、总蛋白以及血红蛋白指标比对照组均明显提高($P<0.05$),很好地体现了综合护理对改善营养不良效果好的作用。该护理方法依靠个体化的评价,准确制订出营养支持的计划,开始时用肠外营养快速地给予能量及蛋白补充,继而转入肠内营养逐步恢复消化道机能,加强吸收能力,并改善免疫微环境,提高整体的抗病能力。

参考文献:

- [1] 田敏.早期肠内营养联合肠外营养在结肠癌患者术后护理中的实施效果探讨[J].婚育与健康,2024,30(13):184-186.
- [2] 何高萍,王玉海,封晓燕.规范化肠内营养联合皮肤护理在神经重症失禁性皮炎患者中的应用价值分析[J].中外医药研究,2024,3(19):126-128.
- [3] 张士荣,龙勇.规范化肠内营养联合皮肤护理在神经重症失禁性皮炎患者中的应用效果研究[J].中国社区医师,2022,38(26):145-147.
- [4] 顾赛霞,杨童玲.1例短肠综合征患儿胃造瘘肠内营养联合植入式静脉输液港肠外营养的护理[J].全科护理,2022,20(21):3022-3024.
- [5] 何海忠,黎佳燕.营养健康指导联合早期肠内肠外营养支持干预对肾移植术后受者的护理效果评估[J].名医,2021,(04):135-136.