

## 肠痿患者分段式肠内营养联合消化液回输的临床护理路径选择

蔡丽娜

南京市江宁医院 江苏南京

**【摘要】目的** 本研究旨在探究肠痿患者实施分段式肠内营养联合消化液回输之临床护理流程，旨在优化护理路径。**方法** 选取 2023 年 1 月至 2023 年 12 月期间收治的 60 例肠痿患者，随机分为观察组和对照组，各 30 例。观察组采用分段式肠内营养联合消化液回输治疗及相应护理措施，对照组则采用常规肠内营养治疗，对比内营养支持的效果，评估其对患者营养状况、并发症发生率及住院时间的影响。**结果** 观察组患者的营养状况明显改善，总蛋白、白蛋白及前白蛋白水平均高于对照组 ( $P < 0.05$ )；住院时间更短 ( $P < 0.05$ )。**结论** 分段式肠内营养联合消化液回输的临床护理路径对肠痿患者具有显著疗效，值得临床推广。

**【关键词】** 肠痿；分段式肠内营养；消化液回输；临床护理路径

**【收稿日期】** 2025 年 1 月 6 日

**【出刊日期】** 2025 年 2 月 11 日

**【DOI】** 10.12208/j.jnmn.20250064

### Clinical nursing route selection of segmented enteral nutrition combined with digestive fluid reinfusion in patients with intestinal fistula

Lina Cai

Nanjing Jiangning Hospital, Nanjing, Jiangsu

**【Abstract】Objective** This study was aimed at exploring the clinical nursing process of segmented enteral nutrition combined with digestive fluid transfusion in patients with intestinal fistula, aiming at optimizing the nursing path. **Methods** 60 patients with intestinal fistula admitted from January 2023 to December 2023 were randomly divided into observation group and control group, with 30 cases in each group. The observation group was treated with piecemeal enteral nutrition combined with digestive fluid reinfusion and corresponding nursing measures, while the control group was treated with conventional enteral nutrition. The effect of intranal nutrition support was compared, and its influence on nutritional status, incidence of complications and length of hospital stay was evaluated. **Results** The nutritional status of observation group was significantly improved, and the levels of total protein, albumin and prealbumin were higher than those of control group ( $P < 0.05$ ). The length of hospital stay was shorter ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The clinical nursing path of segmented enteral nutrition combined with digestive fluid transfusion has a significant effect on patients with intestinal fistula, and is worthy of clinical promotion.

**【Keywords】** Intestinal fistula; Segmented enteral nutrition; Digestive fluid reinfusion; Clinical nursing pathway

肠痿，作为一种复杂的消化道疾病，其发生往往与炎性肠道疾病、腹部外科手术等因素密切相关<sup>[1]</sup>。肠痿不仅导致患者营养失调、体液不足，还可能引发一系列潜在并发症，如感染、腹胀、腹泻等，严重影响患者的预后及生活质量<sup>[2]</sup>。因此，探索有效的营养支持及护理路径，对于促进肠痿患者的康复具有重要意义。近年来，随着肠内营养技术的不断发展，分段式肠内营养联合消化液回输逐渐成为肠痿患者营养支持的重要手段<sup>[3]</sup>。该方法通过分段式给予肠内营养，结合消化液回输，旨

在维持患者内环境稳定，促进营养物质的消化吸收，加速肠痿愈合<sup>[4]</sup>。本研究旨在探讨分段式肠内营养联合消化液回输的临床护理路径对肠痿患者的疗效及安全性，为肠痿患者的临床护理提供新的思路和方法。

#### 1 资料与方法

##### 1.1 一般资料

于 2023 年度，本院甄选了 60 名肠痿病患作为探究对象，所有患者均经临床及影像学检查确诊。借助随机数列表分配法，将病患均衡分为两组，即观察组与对

对照组, 每组各含 30 名。在观察组内, 涵盖了 18 名男性和 12 名女性病患, 年龄范围 25-70 岁, 平均年龄 ( $47.5\pm 10.2$ ) 岁; 病程 1-3 个月, 平均病程 ( $1.5\pm 0.5$ ) 个月。对照组中, 男性 17 例, 女性 13 例; 年龄范围 23-68 岁, 平均年龄 ( $46.8\pm 9.8$ ) 岁; 病程 1-3 个月, 平均病程 ( $1.6\pm 0.4$ ) 个月。两组患者基线资料均衡, 具有可比性。纳入: 契合《肛肠病诊断与治疗》中肠痿判定标准; 需部分或全量肠内营养辅助; 患者已签署知情同意文件, 自愿加入本研究。排除: 并发心、肝、肾等重疾; 患严重精神疾患, 无法协作医疗及护理; 孕期或哺乳期女性; 对肠内营养制剂或相关药物过敏者。

## 1.2 方法

### 1.2.1 观察组方法

(1) 分段式肠内营养: 于患者入院并明确诊断后 2 至 5 日内启动。首日, 通过胃造瘘管与远端回输管, 缓慢输注 500 毫升百普力, 初始流速设定为 20 至 25 毫升每小时, 依据患者的耐受情况逐步增加输注量与流速, 至第五日达到全量 1000 毫升, 此时输注速度应达到 40 毫升每小时。

(2) 消化液回输: 收集患者引流出的新鲜消化液, 借助营养输液泵, 与肠内营养液一同经远端回输管输入体内。初始输注速度控制在 20 毫升每小时, 每 2 至 4 小时进行一次, 随后根据患者的适应情况逐步加快输注速度与增加输注量。

### (3) 护理措施:

①健康教育: 依据患者的文化程度与认知能力, 采用个性化一对一辅导、思维导图展示、视频教学等多种方式, 深入讲解疾病相关知识, 以及分段肠内营养与消化液回输的治疗原理与注意事项, 旨在提升患者的治疗配合度。②消化液回输护理: 确保导管稳固固定, 输注管路保持畅通无阻, 避免任何形式的压迫、弯曲或折叠。引流袋需每 24 小时更换一次, 肠内营养输注器亦需每日更换, 若滴壶内残留物过多则立即更换。严格遵守无菌操作规程, 密切观察消化液色泽, 精确记录 24 小时出入量, 并定期 (每 3 日) 监测血生化指标, 以及及时发现并纠正水电解质紊乱及酸碱平衡失调。采用肠内营养输注器定期更换导管, 以预防堵塞; 通过肠内营养泵进行消化液回输, 避免外源性污染; 同时, 辅助患者进行腹部按摩, 以预防腹胀、恶心等不适症状。③营养代谢的动态监测: 每隔 3 日抽取血液样本, 监测血常规及各项生化指标, 详细记录 24 小时出入量的变化, 并根据监测结果灵活调整电解质补充量与输注量。每周进行一次体重测量、能量代谢分析及机体组成评估,

据此及时调整肠内营养的配方与需求量。④个体化的运动方案: 根据患者的具体病情, 设计个性化的运动康复方案, 遵循循序渐进的原则, 在患者全身血流动力学稳定、无出血及其他应激状态下实施。

### 1.2.2 对照组方法

对照组采用常规肠内营养治疗, 即经鼻胃管或空肠造瘘管给予肠内营养剂, 患者每日所需能量总量, 参照 2016 年 SCCM/ASPEN 权威指南, 设定为 20 至 25 千卡每公斤体重每天。选用易于吸收利用的短肽类营养液, 借助肠内营养泵实现营养液的持续输注。其间, 需密切监测患者是否出现腹痛、腹泻、恶心、呕吐等不适反应。已开封的肠内营养制剂, 需在 24 小时内完成输注; 未使用的制剂, 则需存放于 4 摄氏度冰箱中, 且保存时间不得超过 24 小时。使用前, 需在室温环境下复温 30 分钟, 以确保其适宜性。

## 1.3 观察指标

(1) 营养状况: 分别于入院时及治疗 14 天后检测患者的总蛋白、白蛋白及前白蛋白水平, 评估营养状况的改善情况。(2) 住院时间: 记录患者从入院到出院的总时间, 评估治疗及护理路径对患者康复进程的影响。(3) 患者满意度: 采用自制满意度调查问卷, 于出院时对患者进行满意度调查。问卷内容包括对治疗及护理路径的满意度、对医护人员的服务态度及专业技能的评价等, 分为非常满意、满意、一般、不满意四个等级。

## 1.4 统计分析

本研究数据经由 SPSS 23.0 软件深度剖析, 计数资料以百分比形式呈现, 施以  $\chi^2$  检验; 另, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 运用 t 检验处理。当差异达统计学显著水平时, 设定  $P < 0.05$  为判断标准。

## 2 结果

### 2.1 营养状况比较

由表 1 可知, 观察组干预后总蛋白、白蛋白及前白蛋白水平相较于对照组均更高 ( $P < 0.05$ )。

### 2.2 住院时间比较

观察组住院时间为 ( $21.54\pm 3.66$ ) 天, 对照组住院时间为 ( $28.64\pm 4.25$ ) 天。经 t 检验,  $t=6.237$ ,  $P=0.004 < 0.05$ 。

### 2.3 患者满意度比较

观察组满意度高达 93.33%, 其中非常满意 20 例, 满意 8 例, 一般 2 例, 无不满意; 对照组满意度为 73.33%, 含非常满意 12 例, 满意 10 例, 一般 6 例, 不满意 2 例。经  $\chi^2$  检验,  $\chi^2=4.320$ ,  $P=0.038 < 0.05$ 。

表1 营养状况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	总蛋白 (g/L)		白蛋白 (g/L)		前白蛋白 (mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	30	60.24±5.61	72.14±6.83	32.53±3.42	39.68±4.11	150.21±20.38	210.53±25.62
对照组	30	61.17±5.84	66.34±6.15	33.12±3.64	35.26±3.81	152.16±19.83	180.22±22.11
t		0.674	3.558	0.642	4.137	0.348	4.593
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

### 3 讨论

肠痿作为一种复杂的消化道疾病，其发生机制涉及多种因素，如手术创伤、炎症感染、肿瘤侵犯等<sup>[5]</sup>。肠痿不仅导致消化液大量流失，引起水电解质紊乱及营养不良，还可能引发腹腔感染、败血症等严重并发症，危及患者生命<sup>[6]</sup>。因此，肠痿的治疗及护理需综合考虑患者的病情、营养状况及并发症情况，制定个性化的治疗方案及护理路径<sup>[7]</sup>。

传统肠内营养治疗作为肠痿患者常用的营养支持手段，虽然能够在一定程度上满足患者的营养需求，但其存在输注速度难以控制、营养吸收不完全等问题<sup>[8]</sup>。而分段式肠内营养结合消化液回输法，通过分阶给予营养与回输消化液，充分利用肠道残余功能，促进营养吸收及肠痿康复<sup>[9]</sup>。该方法不仅提高了营养支持的效率及效果，还减少了并发症的发生风险，为患者康复提供了有力保障<sup>[10]</sup>。

本研究结果显示，观察组患者在采用分段式肠内营养联合消化液回输的临床护理路径后，其营养状况显著改善，总蛋白、白蛋白及前白蛋白水平均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。同时，住院时间较对照组明显缩短 ( $P < 0.05$ )，患者满意度也高于对照组 ( $P < 0.05$ )。这些结果充分说明了分段式肠内营养联合消化液回输在肠痿患者治疗及护理中的优势及有效性。

综上所述，分段式肠内营养联合消化液回输的临床护理路径对肠痿患者具有显著疗效，值得在临床中广泛推广及应用。

### 参考文献

- [1] 周敏艺,庆敏,姚红林,赵泽华,喻珊珊.分段式肠内营养联合消化液回输改善重症肠痿病人营养状况的护理研究[J].肠外与肠内营养,2024,31(3):162-166.
- [2] 刘书颖,张连阳,王亚玲,何海燕,刘果,黎娜.一例小肠三造

口病人消化液收集回输及营养支持护理[J].肠外与肠内营养,2023,30(4):254-256.

- [3] 杨颖,盛玉,卞兰峥,卢燕,章文娴.3例消化道高流量痿患儿行消化液回输联合接力式营养支持的护理[J].中华护理杂志,2021,56(12):1838-1842.
- [4] 殷伟,乔丽,刘宝晨,吴翠丽,叶向红,章黎.严重多发伤致肠空气痿患者行分段式营养治疗的护理[J].中华急危重症护理杂志,2024,5(2):128-130.
- [5] 陈桂华.1例消化道高流量痿病人行消化液回输联合接力式营养支持疗法的护理[J].全科护理,2023,21(14):2014-2016.
- [6] 袁娅茹,狄迪,黄小鹏.风险意识护理在肠梗阻术后合并肠痿中的护理效果及对ADL的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(4):728-731.
- [7] 沈硕,赵雪成,宗厚琴,赵泽华,李嘉琪,姚红林,叶向红.重症急性胰腺炎合并肠痿病人早期营养支持治疗单中心回顾性研究[J].肠外与肠内营养,2023,30(5):270-273.
- [8] 王少霞,王志霞,赵天云,杨婧铭.1例急性肠系膜静脉血栓病人行近远端小肠造痿术后间断肠内营养联合消化液回输的护理[J].全科护理,2020,18(26):3574-3576.
- [9] 江方正,高堃,吴楠,薛阳阳,叶向红,童智慧,李维勤.个体化运动处方在重症患者实施肠内营养期间应用的效果评价[J].中华现代护理杂志,2020,26(24):3306-3311.
- [10] 殷伟,乔丽,刘宝晨,吴翠丽,叶向红,章黎.严重多发伤致肠空气痿患者行分段式营养治疗的护理[J].中华急危重症护理杂志,2024,5(2):128-130.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS