

老年营养不良患者肠内营养护理干预有效性观察

熊希芳¹ 曹燕² 李晴晴³

(中国人民解放军海军第九七一医院 266071)

摘要:目的:探讨老年营养不良患者肠内营养护理干预有效性。方法:我科室于2021年1月至2021年12月收治80例老年营养不良患者,随机将其分为两组,即对照组和观察组,分别予以肠内营养常规护理与肠内营养综合护理干预,比较两组患者的护理结局。结果:观察组的胃肠道功能恢复时间明显短于对照组($P<0.05$);观察组的营养状态以及血脂指标明显优于对照组($P<0.05$);观察组的并发症发生率为5%,其显著低于对照组的25%($P<0.05$)。结论:老年营养不良患者肠内营养护理干预既能够帮助恢复患者胃肠道功能,又能改善其营养状态,减少预后并发症。

关键词:老年营养不良;肠内营养护理干预;有效性

如果人体内缺乏蛋白质以及其他营养素,同时体内能力也严重不足,那么机体功能就会由此受到严重的影响,而蛋白质和能力不足也是营养不良的重要表现。营养不良在临床老年疾病患者中比较常见,在老年疾病治疗过程中如果忽视营养不良病症,就会极大地影响其预后恢复,同时也无法保障其身体健康^[1]。有研究数据统计,近几年有60%左右的患者出现营养不良的情况,因为老年人的年龄在不断增长,机体功能在不断衰退,同时又存在许多基础性疾病,机体的消化吸收功能都大不如前^[2]。临床常以肠内营养的方式治疗营养不良的患者,目的就是增强患者机体的营养,但要想预防治疗过程中的并发症,进一步增强患者机体的免疫力和抵抗力,肠内营养治疗期间的护理配合工作也极为重要^[3]。具体报道如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取我科室2021年1月至2021年12月收治的80例老年营养不良患者,随机将其分为对照组和观察组。观察组40例,年龄81~99岁,平均为(90.21±0.91)岁,24例男性、16例女性。对照组40例,年龄82~100岁,平均为(91.32±0.87)岁,25例男性、15例女性。对比两组患者的资料和信息,组间差异均具有可比性($P>0.05$)。

1.2 方法

肠内营养干预:实施肠内营养支持前,对患者体内的酸碱环境、血容量、血流动力学等加以调节,并留置胃食管,并在胃食管下端放置营养泵以及输液器,持续泵入24小时,以防出现逆流的情况。早期以每小时30~50毫升的速度输注营养乳剂,在输注过程中先慢慢输入,保持低浓度和低剂量,同时调整营养液温度为38℃左右,输注剂量慢慢过渡至80毫升/小时,在患者胃肠道功能得到恢复后再拔除鼻肠管。

给予对照组常规护理如下:给患者及家属普及相关方面的营养知识,并以口头方式进行详细讲解;常规分析患者的心理,必要时以口头方式开导患者;对患者血压、心率、呼吸频率等予以密切关注等。

在常规护理后,观察组予以综合护理如下:1)肠内营养状况的观察:做好鼻饲管的检测工作,一旦发现其出现脱出、扭曲、堵塞等情况,就要及时予以固定;对患者胃部残留的物质加以测量,针对其血糖、血脂、血红蛋白、血清电解质等进行实时监测;对于每日患者的出入量,护理人员要认真记录,并对其营养状况做好评估,确保其体内水电解质、酸碱度均处于一个平衡的状态。2)口腔及鼻腔护理:在输注从肠内营养液时,要注意观察患者的口腔以及鼻腔,如口腔黏膜和鼻腔黏膜的状况、呼吸频率等,必要情况下还可行雾化吸入操作;对输注的营养液进行严密观察,确保其温度符合患者机体需求,同时还要在机体吸收营养液之后的反应予以密切关注

表2 比较两组患者的营养状况($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	前清蛋白(mg/L)		白蛋白(g/L)		总蛋白(g/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	246.89±2.73	254.53±3.59	3.89±4.75	28.87±3.86	63.56±45.49	64.54±6.48
观察组	40	246.55±2.69	260.66±4.48	3.94±4.59	17.14±6.57	63.44±5.48	69.65±7.86
t值	-	0.52	4.78	0.14	6.80	0.18	2.38
P值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 血脂水平对比

经过护理后,观察组的三酰甘油水平为(1.42±0.80)mL,总

注,以便能够对输注的剂量、速度等加以调整。3)并发症护理:护理人员在输注时要时刻关注患者的身体情况,如果出现恶心、腹胀、腹泻等并发症,就要立即上报医生,让医生能够根据患者的情况制定方案进行及时的处理和预防。如果患者发生腹泻,就要对其排出的大便量、大便颜色等进行观察和记录,并采取相关标本送至检验科检验和培养;如果患者出现腹胀,就要对输注营养液的剂量进行调整;如果患者出现吸入性肺炎,就要即刻停止注入液体,同时帮助患者吸出痰液,避免其呼吸道受阻。4)加强健康教育的宣传:大力宣传肠内营养护理方面的知识可增加患者及家属对疾病的认知度,护理人员除了口头讲解外,还要根据实际情况更新宣传方式以及观念,让患者能够从不同的角度理解肠内营养的重要性,同时还要与患者建立亲密的关系,多与其进行情感沟通,不仅要了解其身体的不适感,还要分析其心理状况,个性化地予以开导,让患者能够释放不良情绪,主动配合治疗。

1.3 观察指标

①胃肠道功能恢复时间。②营养状态。③血脂水平。④并发症。

1.4 统计学分析

在spss25.0软件内分析处理此次研究中的实验数据,计量资料采用标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用t进行检验;以百分比的形式表示计数资料,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 胃肠道功能恢复时间对比

护理后,观察组的进食时间为(52.62±5.61)h,排气时间为(49.41±6.12)h,排便时间为(55.66±3.84)h,其明显短于对照组的(71.92±6.85)h、(69.46±8.45)h和(80.76±4.68)h($P<0.05$)。详见表1。

表1 比较两组患者的胃肠道功能恢复时间($\bar{x} \pm s, h$)

组别	例数	进食时间	排气时间	排便时间
对照组	40	71.92±6.85	69.46±8.45	80.76±4.68
观察组	40	52.62±5.61	49.41±6.12	55.66±3.84
t值	-	9.84	8.83	18.86
P值	-	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 营养状况对比

护理前,观察组的前清蛋白水平为(246.55±2.69)mg/L,总蛋白水平为(63.44±5.48)g/L,白蛋白水平为(3.94±4.59)g/L,其与对照组的(246.89±2.73)mg/L、(63.56±45.49)g/L和(3.89±4.75)g/L并无显著差异($P>0.05$);护理后,观察组和对照组的前清蛋白水平分别为(260.66±4.48)mg/L和(254.53±3.59)mg/L,总蛋白水平分别为(69.65±7.86)g/L和(64.54±6.48)g/L,观察组明显高于对照组,而其白蛋白水平分别为(17.14±6.57)g/L和(28.87±3.86)g/L,实验组明显低于对照组($P<0.05$)。详见表2。

胆固醇水平为(3.84±1.23)mL,而对照组的三酰甘油和总胆固醇水平分别为(1.14±0.56)mL和(4.32±1.57)mL,观察组明显优于

对照组 ($P < 0.05$)；在未经护理前，观察组和对照组的三酰甘油水平分别为 (2.10 ± 0.92) mL 和 (2.21 ± 0.94) mL，总胆固醇水平分别为 (5.45 ± 1.39) mL 和 (5.68 ± 1.48) mL，两组间差异并不显著 ($P > 0.05$)。

2.4 并发症对比

通过相应的护理后，对照组总共有 10 例患者发生并发症，其中恶心呕吐 4 例、腹胀 3 例、腹泻 3 例，其发生率为 25% (10/40)，而观察组中仅有 1 例腹胀、1 例恶心呕吐，其并发症发生率为 5% (2/40)，观察组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

3. 讨论

临床住院患者极易出现营养不良的病症，这主要是因为患者体内未摄入充足的蛋白质以及营养元素，导致其能量不足，进而就会极大地降低其机体的功能，不利于其预后恢复。如果患者长期保持一种营养不良的状态，其生理功能有极大可能会出现退化的现象，从而低血糖、肌少症等也会接踵而至，严重者还会有较高的死亡风险^[4]。当前，临床主要以肠内营养支持法治疗老年营养不良者，虽然取得的效果比较好，安全性也有所保障，能够在一定程度上增加患者机体内的营养，改善其胃肠道功能，但由于是老年患者，机体功能处于衰退阶段，在治疗过程极易出现一系列并发症，影响治疗效果^[5]。因为胃肠道功能恢复的时间较长，加上患者耐受性低等因素，所以自然而然就会产生并发症，因而有必要制定科学的护理方案配合肠内营养治疗工作，让患者预后得到更好的康复^[6]。常规护理仍旧不够全面和具有针对性，只能在基础护理方面为患者提供服务，而综合护理刚好能够弥补常规护理的片面性，在基础护理上还能从整体上加以延伸和拓展，其会从患者的肠内营养状况、鼻腔和口腔情况、并发症发生情况、患者及家属的疾病认知度、心理状况等出发，让患者的身体和心理均能享受到护理服务，满足其个性化需求^[7]。本文施行综合护理后，观察组的进食、排气、排便等时间均比对照组短，这是因为综合护理过程会根据患者的肠内营养状况

加以干预和调整，尽可能为补充足够的营养和能量，让其胃肠道功能得到恢复；观察组的前清蛋白、白蛋白、总蛋白、总胆固醇、三酰甘油等指标均优于对照组，这充分证实了综合护理能够为患者补充足够的营养成分，增强其机体抵抗能力，保障其机体的健康^[8]；观察组的并发症明显少于对照组，这是因为综合护理会着眼于关注患者身体的反应，分析其产生恶心呕吐等并发症的原因，然后予以相应的处理，所以可有效预防各种并发症。

综上所述，老年营养不良患者肠内营养护理干预有效性高，值得进一步采纳。

参考文献：

- [1] 黄娜. 老年营养不良患者肠内营养护理干预有效性观察[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(7): 28-30.
- [2] 洪雨. 肠内营养支持联合康复治疗用于高龄老年痴呆营养不良患者的疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(2): 243-245.
- [3] 张莉, 牛晓华, 高毅鹏. 基于系统营养评估的优化营养配方膳食对老年 CHF 伴营养不良患者的影响[J]. 医学理论与实践, 2022, 35(5): 854-855.
- [4] 张翠翠, 赵静. 老年消化道恶性肿瘤患者营养不良影响因素分析及肠内外营养支持干预效果[J]. 肿瘤药学, 2021, 11(6): 769-774.
- [5] 魏艳丽, 苑露丹, 蔡栋梁, 黄佳滨, 王凤玲, 孙美佳, 陈初阳. 老年脑梗死合并营养不良患者早期肠内营养支持治疗评价[J]. 广东化工, 2020, 47(4): 23-24.
- [6] 吕红梅. 早期肠内营养对营养不良老年心衰患者心功能及预后的影响探讨[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(19): 46-46+45.
- [7] 冯强. 肠内营养支持结合康复治疗对于高龄老年痴呆营养不良患者的作用价值[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(22): 34-34+36.
- [8] 杨勇, 陈文静, 郑伟, 张艺灵, 刘雅娟. 益生菌肠内营养干预对老年 AECOPD 住院患者营养状态、胃肠道功能、心肺功能及免疫功能的影响[J]. 中国医师杂志, 2020, 22(4): 616-619.