

肠内营养支持结合多学科护理对老年重症肺炎患者的影响

罗冬霞

合浦县人民医院 广西北海 536000

【摘要】目的 分析肠内营养支持结合多学科护理对老年重症肺炎患者的影响。**方法** 采用随机抽样法选取我院重症医学科 2024 年 5 月 -2025 年 4 月 60 例老年重症肺炎患者作为研究对象。依据抽签法分组，对照组（30 例）采用常规护理下肠内营养支持，研究组（30 例）采用肠内营养支持结合多学科护理，对比两组患者的营养状态。**结果** 护理后，与对照组相比，研究组患者营养状态更好（ $P<0.05$ ）；护理后，与对照组相比，研究组患者呼吸功能更好（ $P<0.05$ ）；护理后，与对照组相比，研究组生活质量更高（ $P<0.05$ ）。**结论** 肠内营养支持结合多学科护理能够改善老年重症肺炎患者的营养状态、呼吸功能和生活质量，值得后续进行推广。

【关键词】 老年；重症肺炎；肠内营养；多学科护理

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2025) 05-108-03

重症肺炎是临床较为严重的一种呼吸系统疾病，是由于肺炎进行性发展，导致患者器官功能障碍，甚至危及患者生命的一种状态^[1]。重症肺炎是由于感染性因素引起的严重肺部炎症，患者通常伴随呼吸功能的严重损伤或需要机械通气支持^[2]。患者主要临床表现为高热、咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状^[3]。病情严重者可能会导致呼吸衰竭、低氧血症、意识障碍、休克甚至死亡的发生^[4]。老年群体由于基础疾病较多，身体机能减退等原因，是重症肺炎的高发群体^[5]。由于重症肺炎患者会出现全身性炎症反应，能量消耗增加，为了防止患者肌肉的消耗和器官功能的恶化，需要给予肠内营养支持^[6]。临床中，护理人员是肠内营养的主要操作人员，常规护理中，护理人员主要在医嘱下进行护理，导致肠内营养液无法根据患者的病情进行及时调整，患者营养改善不佳^[7]。基于此，本研究采用肠内营养支持结合多学科护理，分析对老年重症

肺炎患者的营养改善情况，具体内容报道如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

采用随机抽样法选取我院重症医学科 2024 年 5 月 -2025 年 4 月 60 例患者作为研究对象。将所有患者根据抽签法分为对照组和观察组，每组各 30 例患者，两组患者一般资料对比无明显差异（ $P>0.05$ ），见表 1。

纳入标准：（1）符合《中国急诊重症肺炎临床实践专家共识》^[8]中诊断标准；（2）病情稳定，均接受肠内营养支持；（3）了解本次研究签署同意书。

排除标准：（1）合并其他呼吸系统疾病；（2）合并精神类疾病者；（3）存在重要脏器损伤者；（4）研究期间退出、死亡者。

表 1：两组患者一般资料对比

组别	n	性别		年龄	病程	体质量指数	基础疾病		
		男	女	[($\bar{x}\pm s$), 岁]	[($\bar{x}\pm s$), 天]	[($\bar{x}\pm s$), kg/m ²]	高血压	冠心病	糖尿病
研究组	30	19 (63.33)	11 (36.67)	70.57 $\pm$ 5.67	5.34 $\pm$ 1.63	20.51 $\pm$ 1.03	11 (36.67)	5 (16.67)	14 (46.67)
对照组	30	17 (56.67)	13 (43.33)	70.92 $\pm$ 5.31	5.68 $\pm$ 1.69	20.16 $\pm$ 1.27	12 (40.00)	7 (23.33)	11 (36.67)
t/ χ^2		7		0.247	0.793	1.172	0.737		
P		0.525		0.806	0.431	0.246	0.692		

1.2 方法

对照组给予常规护理下肠内营养支持，喂养前评估患者的胃肠功能情况及是否能够自行进食。喂养前，根据患者的疾病消耗情况来计算目标热量和蛋白质需求，选择合适的喂养液和喂养途径等。注入胃炎液前后，注入 10ml 温水进行冲管，喂养液输入速度应缓慢，喂养结束后保持半卧位。

研究组给予肠内营养支持结合多学科护理，具体内容如下：（1）成立多学科团队。科室内科护士长担任队长，队员由重症医学科医师 1 名、营养师 1 名及重症医学科工作年限 5 年以上 5 名护理人员担任。在进行研究前，护士长组织研究团队成员进行护理流程讨论，根据各学科的特性进行团队内工作职责的划分。（2）护理内容。①营养风险评估。重症医师根据患者的情况开具相关检查医嘱。护理人员使用营养测量对患者的营养状况进行评估，结合临床实验室指标和体重变化计算患者的营养风险情况。在得到营养风险结果后，重症医师在合理时间内启动肠内营养。②营养目标。营养师根

据患者的实际体重计算患者的能量目标，目标设置在 25-30 kcal/kg/d，应激状态患者斟酌增加。蛋白质目标根据患者的肾脏情况进行设定，目标设置在 1.2-1.5 g/kg/d，优先选择高生物价蛋白。液体摄入量根据患者的心肺功能调整。③营养制剂选择。营养师根据患者的营养风险水平和营养目标选择营养制剂。胃肠功能正常者给予整蛋白型肠内营养液；糖尿病合并者给予低糖、高纤维配方营养液、低蛋白血症者给予高蛋白配方营养液、胃肠道耐受较差者给予短肽型或预消化配方营养液。④喂养流程。护理人员给予患者进行喂养，初始阶段给予患者低速喂养（20-50ml/h），在 48-72 小时内逐渐达到营养目标，喂养时床头抬高 30° -50° 喂养后保持体位 1 小时。喂养期间每日记录患者的胃残留量、腹胀、腹泻、呕吐等情况，定期检测患者的电解质、血糖和肝肾功能。⑤呼吸道管理。护理人员在重症医师的指导下进行吸痰、雾化治疗，患者机械通气时进行声门下吸引。给予患者合理的氧疗，维持氧饱和度 95%-100% 之间。⑥联合管理。在喂养期间，每

日团队内成员进行联合查房,评估患者的营养耐受情况、呼吸功能等情况,对肠内营养方案进行调整。

1.3 观察指标

(1) 营养状况: 分别在护理前和护理后抽取患者清晨空腹血 3ml, 高速分离后取血清, 测定患者的血清总蛋白 (TP)、白蛋白 (ALB) 及血红蛋白 (HGB) 的水平, 同时采用微型营养评分法 (MNA) [9] 评估患者的营养情况, 量表总分 30 分, 分数与患者的营养状况成正比。(2) 呼吸功能: 分别在护理前和护理后使用生命监测仪监测患者的氧合指数、浅快呼吸指数和频率。(3) 生活质量: 在干预前、后, 使用圣乔治呼吸问卷 (SGRQ) [10] 进行评分, 问卷包括疾病影响、活动受限、

呼吸症状 3 个功能区, 共 50 个问题, 采用五分制评分, 各功能区进行标准化处理, 得分范围在 0-100 分之间, 得分越高代表患者的生活质量越低。

1.4 统计学分析

以 SPSS20.0 软件分析。计数资料 (n, %) 以 χ^2 检验对比。计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 以 t 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 营养状况

护理前, 两组患者营养状态对比无差异 (P > 0.05), 护理后, 研究组患者营养状态更好 (P < 0.05)。见表 2。

表 2: 两组患者的营养状况对比 [$(\bar{x} \pm s)$, (g/L)]

组别	n	TP		ALB		HGB		MNA (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	30	55.21 ± 6.03	69.42 ± 7.29*	30.51 ± 4.28	37.94 ± 4.09*	95.67 ± 6.18	106.83 ± 4.51*	14.03 ± 2.61	18.62 ± 3.17
对照组	30	55.13 ± 6.10	65.17 ± 6.24*	30.62 ± 4.26	35.27 ± 4.16*	95.39 ± 6.22	98.95 ± 4.68*	14.52 ± 2.49	16.51 ± 2.38
t		0.051	2.426	0.1	2.507	0.175	6.641	0.744	2.915
P		0.959	0.018	0.921	0.015	0.862	0.000	0.460	0.005

注: 与同组内护理前对比, *P < 0.05。

2.2 呼吸功能

护理前, 两组患者呼吸功能对比无明显差异 (P > 0.05), 护理后, 研究组患者呼吸功能更好 (P < 0.05)。见表 3。

表 3: 两组患者呼吸功能对比 [$(\bar{x} \pm s)$, (g/L)]

组别	n	氧合指数 (mmHg)		浅快呼吸频率 (次/min)		呼吸频率次/min	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	30	173.15 ± 20.57	279.53 ± 35.41*	27.16 ± 5.48	9.67 ± 2.61*	33.42 ± 8.45	20.14 ± 5.82*
对照组	30	172.43 ± 20.40	250.48 ± 28.56*	26.84 ± 5.24	16.54 ± 2.28*	33.28 ± 8.16	25.61 ± 4.98*
t		0.136	3.498	0.231	10.858	0.065	3.911
P		0.892	0.001	0.818	0.000	0.948	0.000

注: 与同组内护理前对比, *P < 0.05。

2.3 生活质量

护理前, 两组患者的生活质量无明显差异 (P > 0.05), 护理后, 研究组生活质量更高 (P < 0.05)。见表 4。

表 4: 两组患者生活质量对比 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	n	疾病影响		活动受限		呼吸症状	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	30	24.24 ± 0.43	11.23 ± 0.37*	15.05 ± 2.07	8.25 ± 0.63*	11.31 ± 2.72	8.22 ± 0.71*
对照组	30	25.01 ± 0.47	17.29 ± 1.20*	15.30 ± 2.11	10.42 ± 1.02*	11.43 ± 2.65	10.09 ± 1.59*
t		6.621	26.432	0.463	9.914	0.173	5.882
P		0.000	0.000	0.645	0.000	0.863	0.000

注: 与同组内护理前对比, *P < 0.05。

3 讨论

老年重症肺炎患者的发病原因主要与细菌感染和病毒感染有关, 在发病后患者的呼吸、氧合指数等指标均会出现异常, 需要及时地进行干预 [11-12]。老年重症肺炎患者由于体温升高、呼吸频率加快及炎症反应对能量消耗的影响, 患者容易导致营养不良的发生, 需要及时地进行营养支持 [13]。多学科协作护理模式是一种以患者为中心的护理, 通过不同学科的医疗人员参与及讨论, 为患者提供全面、科学的护理方案 [14-15]。

本研究结果显示, 护理后, 研究组患者营养状态更好 (P < 0.05)。在护理开展前, 护士长带领组建多学科团队, 并对团队内成员的工作职责进行划分, 能够提高护理流程的合理性及工作人员的工作积极性。重症医学医师负责进行病情的评估, 在患者病情稳定后确定肠内营养启动, 能够确保患者的机体能够耐受肠内营养支持, 避免过早营养导致胃肠黏膜的损伤。营养师根据患者的情况来进行个性化的营养需求计算, 合理给予能量和蛋白质, 选择合适的肠内营配方,

维持机体的负氮平衡, 提高营养的吸收。护理人员进行喂养操作时, 根据医嘱及喂养推荐进行, 喂养期间检测患者的胃残余量, 了解患者的消化系统情况。喂养后保持患者半卧位, 能够避免误吸和反流的出现。喂养期间, 团队内成员每日进行联合查房, 能够对肠内营养进行动态的调整, 提高喂养的吸收情况, 患者的营养状态得到改善。

本研究结果显示, 护理后, 研究组患者呼吸功能更好 (P < 0.05)。人体中, 呼吸肌的正常收缩依赖充足的能量和蛋白质, 老年重症肺炎患者因疾病对能量的消耗增加, 需要给予合理的营养支持。在肠内营养支持结合多学科护理中, 重症医师使用专业的营养测量表和实验室指标等内容计算患者的营养风险评估, 明确患者是否需要肠内营养支持, 能够避免营养需求供应不足导致的呼吸困难。护理人员定时对患者的电解质情况进行监测, 能够避免因低磷、低钾导致呼吸肌无力的发生, 及时补充电解质能够预防呼吸肌功能障碍。护理人员在重症医师的指导下给予患者吸痰及雾化治疗, 保证呼吸道通畅, 提高气体交换的效能。同时, 通过精准维

持患者的氧浓度,能够避免高氧性肺损伤,改善呼吸功能。

本研究结果显示,护理后,研究组生活质量更高($P < 0.05$)。肠内营养支持结合多学科护理中,通过合理的肠内营养为患者提供充足的能量、蛋白质,改善患者的低蛋白质症和肌肉消耗,恢复体力。营养状态改善后,患者体力得到恢复,自行坐立、行走和自主咳嗽等能力增强,提高患者的自理能力。充足的营养支持能够增强患者免疫力,能够降低患者治疗期间继发感染的可能,促进后续进行康复,提高患者的生活质量。

综上所述,肠内营养支持结合多学科护理在老年重症肺炎患者护理中,能够改善患者的营养状态、呼吸功能和生活质量,值得后续进行推广。

参考文献:

- [1] 刘展池.美罗培南联合纤支镜灌洗在多重耐药菌感染致老年重症肺炎中的应用效果观察[J].贵州医药,2025,49(2):217-219.
- [2] 于俭飞,罗建达,孙美琪.血清代谢与炎症标志物表达在重症肺炎伴呼吸衰竭患者中的评估价值[J].中国临床医生杂志,2025,53(2):166-169.
- [3] 孙丽颖,王林琳,叶旭辉,等.DTF-RSBI、DE-RSBI联合呼吸肌功能指标预测高龄重症肺炎机械通气撤机结局的价值研究[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2024,19(10):1307-1311,1315.
- [4] 杨凤,徐瑞.自拟扶阳清肺汤佐治对老年重症肺炎患者免疫功能、临床疗效与症状的影响[J].湖北中医杂志,2025,47(3):3-7.
- [5] 王婷婷,顾永梅,郑晓燕.重症监护室后综合征对老年重症肺炎患者症状恢复及功能状态的影响[J].中华老年多器官疾病杂志,2024,23(12):943-947.
- [6] 赵爽,彭盈盈,张喜艳.营养序贯护理干预对老年重

症肺炎患者的应用效果及对机体免疫功能的影响[J].中国当代医药,2025,32(4):179-182,187.

[7] 张乐,刘寒秋,张玉萍.容许性低热量喂养对重症监护病房重症肺炎患者营养状态和预后的影响[J].实用临床医药杂志,2025,29(3):94-98.

[8] 中国医师协会急诊医师分会.中国急诊重症肺炎临床实践专家共识[J].中国急救医学,2016,36(2):97-107.

[9] 顾满珍.预后营养指数与微型营养评估表评估老年急性脑梗死患者营养状况的结果对比[J].当代医药论丛,2025,23(4):52-54.

[10] 元征.羧甲司坦口服液对慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及圣乔治呼吸问卷评分的影响[J].山西医药杂志,2024,53(18):1414-1417.

[11] 冯苗,程盼盼,姚孟英.重症肺炎患者发生多重耐药菌感染危险因素分析及模型构建[J].中国抗生素杂志,2025,50(2):225-234.

[12] 苗磊,廖静贤,杜志强,等.艾司氯胺酮对老年重症肺炎机械通气患者血流动力学及免疫炎症反应的影响[J].临床内科杂志,2025,42(1):75-77.

[13] 范建,张楠,吴瑞,等.老年重症肺炎患者肠道菌群与炎症介质、病情程度及预后的关联研究[J].中国医刊,2025,60(3):278-282.

[14] 梁婧,刘莹莹,江盼盼.多学科协助护理对肝硬化患者自我效能及近期生存质量的影响分析[J].山西医药杂志,2024,53(24):1876-1879.

[15] 齐慧,刘慧杰,王宏敏,等.多学科团队协作诊疗模式下延续护理在妊娠期心脏病患者产后应用中的疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,2024,31(1):77-81.

(上接第106页)

面着手,进行护理干预,有助于恢复患者神经功能,改善生活质量,增加护理满意度。本研究显示,综合组护理后的神经功能缺损评分、生活质量评分及护理满意度均优于对照组($P < 0.05$)。可见,综合护理,在脑萎缩合并脑出血患者中,应用价值高,可推广。

参考文献:

(上接第107页)

分泌物呈脓液状等临床症状,随着病情进展及恶化,有转变为宫颈癌的风险。因此,对慢性宫颈炎患者进行护理健康教育,对于提高疾病认知度、治疗依从度,避免病情持续恶化均有积极临床意义^[4-5]。

本研究结果显示,在常规护理措施基础上加用护理健康教育的观察组无论是护理后生活质量评分还是护理满意度均高于仅实施常规护理措施的对照组,且组间数据差异明显($P < 0.05$)。提示护理健康教育应用于慢性宫颈炎患者护理中效果明确,可提升患者生活质量,提高护理满意度,更加符合患者的临床护理需求。

综上所述,对慢性宫颈炎门诊患者实施护理健康教育,可有效提升患者生活质量,提高患者护理满意度,满足患者护理需求,具临床推广应用之价值。

参考文献:

[1] 姜于凤.脑萎缩老年患者合并脑出血实行综合护理干预措施的效果探析[J].中国继续医学教育,2024,16(11):254.

[2] 冯小丽.脑萎缩老年患者合并脑出血施行综合护理措施效果分析[J].中国社区医师,2022,32(14):133-134.

[3] 徐燕金,林雅琼,谢丽嫻.浅谈老年性脑萎缩并发脑出血患者施行护理干预的价值[J].中国卫生标准管理,2024,15(18):239-241.

[1] 屈庆庆.连贯性的护理健康教育对门诊慢性宫颈炎患者的实施效果[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2024,11(5):180-180.

[2] 朱丽辉.连贯性护理健康教育在门诊慢性宫颈炎患者中的应用[J].临床医药文献杂志(电子版),2024,11(16):3334-3335.

[3] Guo,S.-E.,Huang,C.-Y.,Hsu,H.-T. et al.Information needs among patients with chronic obstructive pulmonary disease at their first hospital admission: Priorities and correlates[J].Journal of clinical nursing,2024,23(11/12):1694-1701.

[4] 赵锋.连贯性护理健康教育在门诊慢性宫颈炎病人中的应用[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2023,22(34):220-220.

[5] Zhang,Y.,Wan,L.,Wang,X. et al.The effect of health education in patients with chronic low back pain[J].The Journal of international medical research,2024,42(3):815-820.