

中医护理在危重症患者肠内营养支持中的临床效果研究

李溢

天津中医药研究院附属医院

DOI:10.32629/carnc.v3i10.18831

[摘要] 目的：分析中医护理方案对改善危重症患者肠内营养支持的效果。方法：选取我院2023年6月至2025年6月期间危重症患者124例分为观察组与对照组。对照组实施常规护理，观察组在此基础上实施中医护理干预。结果：观察组肠内营养达标率明显高于对照组，喂养中断发生率更低，血清前白蛋白与转铁蛋白水平更高，血清白细胞介素-6水平更低 ($P < 0.05$)。结论：整合中医护理能有效提升危重症患者肠内营养支持的效果。

[关键词] 中医护理；危重症；肠内营养

中图分类号：R248 文献标识码：A

Clinical Effect Study of Traditional Chinese Medicine Nursing in Enteral Nutrition Support for Critically Ill Patients

Yi Li

Tianjin Institute of Traditional Chinese Medicine Affiliated Hospital

Abstract: Objective: To analyze the effect of traditional Chinese medicine nursing programs on improving enteral nutrition support for critically ill patients. Method: Critically ill patients in our hospital from June 2023 to June 2025 were selected and divided into the observation group and the control group. The control group received routine care, while the observation group received traditional Chinese medicine nursing intervention on this basis. Result: The rate of reaching the standard of enteral nutrition in the observation group was significantly higher than that in the control group. The incidence of feeding interruption was lower, the levels of serum prealbumin and transferrin were higher, and the level of serum interleukin-6 was lower ($P < 0.05$). Conclusion: Integrating traditional Chinese medicine nursing can effectively enhance the effect of enteral nutrition support for critically ill patients.

Keywords: Traditional Chinese Medicine Nursing; Critical Care; Enteral Nutrition

引言

危重症患者处在高代谢、消耗的状态，及时的营养支持是维系其生命的根本。肠内营养因多种优势一直被列为首选途径^[1]。但是危重症患者普遍都有胃肠功能障碍，诸如胃潴留、腹泻跟腹胀等，会导致营养支持计划失败。常规护理多关注患者的输注速度、温度及体位管理等外部因素，而对胃肠内在动力方面有明显局限性^[2]。中医药学在调理脾胃、通腑降逆方面有丰富经验，其整体观与辨证施护与危重症患者的需求内在契合。艾灸、穴位按摩、中药敷贴等中医护理技术，已在术后改善患者胃肠功能等方向显示出潜力^[3]。把这些技术与危重症肠内营养支持结合，能否突破当前耐受性不佳的局限？现有研究多关注单一的技术应用，较少有基于中医理论指导的护理方案跟其对容指标影响的评估。本研究旨在构建一套涵盖评估、干预的中医护理整合方案，观察其对危重症患者肠内营养支持临床效果的影响，以期优化护理实践提供新的思路与证据。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取我院2023年6月至2025年6月期间收治的需行肠内营养支持的危重症患者共124例作为研究对象，采用随机数字表法分为观察组与对照组。两组患者的年龄、性别、APACHE II评分等基线资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，有可比性。见表1。研究过程遵循《赫尔辛基宣言》及相关伦理要求。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：

- (1) 年龄 ≥ 18 岁；
- (2) 预期肠内营养支持时间 ≥ 7 天；
- (3) 急性生理与慢性健康评分II (APACHE II) ≥ 15 分；
- (4) 入院后24~48小时内启动肠内营养。

排除标准：

- (1) 既往有严重消化道疾病或腹部手术史；
- (2) 妊娠或哺乳期妇女；

Clinical Application Research of Nursing Care

(3) 存在穴位刺激禁忌症(如局部皮肤破损、出血倾向);

(4) 临终状态或预计生存期<72小时。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组方法

对照组实施常规肠内营养护理。具体操作如下:

在喂养及喂养后1小时内,将患者床头持续抬高30°~45°,预防误吸。每4小时回抽胃内容物监测记录胃残留量。若残留量超过200毫升,遵医嘱暂停或下调输注速度。所有营养液都用加温器保持在37°C左右,减少对胃肠道的刺激。每次输注前后,以及每输注4小时,要用20~30毫升温开水冲管,保持管路通畅。护士每日记录患者的肠内营养摄入热量和液体总量,作为调整营养方案的基础。若患者出现腹泻(布里斯托粪便分型6~7型)、呕吐或腹胀加重等不耐受症状时,暂停喂养,通知医生并遵医嘱采取处理措施。

1.3.2 观察组方法

观察组在上述方法的基础上实施基于中医指导的护理方案。方案由中医护理专家与重症医学科专科护士共同拟定,理念源于中医“六腑以通为用,以降为顺”及“脾胃为后天之本”的理论,针对危重症患者“腑气不通、脾胃气机升降失常”的病机。护理原则为“理气通腑、健脾和胃”,具体操作如下:

1. 中医证候评估

每日由ICU护士做简易中医证候采集。主要评估腹部体征、舌象(高清摄像头拍摄舌苔照片,由固定的副主任中医师远程判读,主要辨识厚腻、焦燥跟淡白等特征)及二便情况。根据评估结果,将患者大致区分为以“气滞腑实”或“脾胃气虚”为主导的证型。评估用于为次日中医护理干预的侧重点提供参考。譬如对“气滞腑实”倾向者加强通腑手法,对“脾胃气虚”倾向者侧重温补手法。

2. 中医护理干预组合

下述所有干预均在肠内营养输注的间期或输注前进行,不影响常规治疗。

穴位按摩与中药穴位敷贴。每日两次。选取足三里(双侧,犊鼻穴下3寸,胫骨前嵴外1横指处)、中脘(前正中线上,脐上4寸)、天枢(脐中旁开2寸)共五个穴位。操作时,护士拇指指腹对准穴位,先轻后重做顺时针环形按揉。每穴3分钟,力度以患者有可耐受的酸、麻、胀感为宜,整个过程约15分钟。按摩完毕后,取预先制备的中药敷贴膏约黄豆大小,置于敷贴胶布中心,贴敷上述五个穴位。敷贴膏为生大黄粉、芒硝粉、枳实粉按既定比例混合,用蜂蜜与温水调制而成。敷贴保留4~6小时后轻柔去除并清洁皮肤。该方中大黄泻下攻积,芒硝软坚散结,枳实行气除胀,共奏通腑泄浊、行气导滞之效。

腹部循经推揉法。每日两次,在两次肠内营养输注间患

者休息时进行。护士手掌涂以少量医用石蜡油,以掌心或掌根着力,沿患者腹部升结肠(右腹自右下腹至右肋下)、横结肠(自右肋下至左肋下)、降结肠(左肋下至左下腹)的走向,即自右下腹起始,按顺时针方向进行缓慢且有利的推揉。手法要求“柔中带刚,力透腹腔”,每次推揉10~15分钟。此手法模拟结肠蠕动方向,旨在以物理刺激促进肠管内容物移动,激发肠道自主神经反射。

温和灸法(需选择性应用)。主要对肠鸣音消失或微弱,且中医评估倾向于虚寒证的患者加用。在每日下午的护理时进行。取神阙(肚脐)、关元(前正中线上,脐下3寸)两穴。使用清艾条,点燃后距皮肤2~3厘米处温和灸,以患者局部感到温热但无灼痛为度。每穴灸治15分钟,至穴位周围皮肤出现均匀红晕。此法旨在借助艾灸的温通之力,以温阳益气、鼓舞脾胃运化功能。

1.4 观察指标

营养支持相关指标:记录第3、7日肠内营养热量达标率(实际摄入量/目标热量×100%);记录研究期间(14天内)因胃肠道不耐受导致的喂养中断发生率。

胃肠功能指标:采用欧洲危重病医学会推荐的急性胃肠损伤(AGI)分级标准,每日评估,比较两组患者第7日AGI分级较入组时的改善率(改善定义为AGI分级降低≥1级)。记录每日肠鸣音恢复(>3次/分钟)时间。

营养与炎症生化指标:分别于第7日、第14日晨采集静脉血,检测血清前白蛋白(PA)、转铁蛋白(TRF)水平。检测血清白细胞介素-6(IL-6)水平,作为全身炎症反应的代表性指标。

危重症评分:记录入组时及第7日的APACHE II评分。

1.5 统计学方法

使用SPSS 22.0软件分析,使用t和“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料,使用卡方和%表示计数资料,P<0.05为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的基线资料比较

两组患者在年龄、性别、APACHE II评分、主要诊断构成等基线资料方面上差异无统计学意义(P>0.05),有可比性。

表1 两组患者的基线资料对比[n, (%), ($\bar{x} \pm s$)]

组别	观察组	对照组	t/x ²	P	
例数	62	62	-	-	
年龄(岁)	58.73±12.41	60.19±11.82	0.678	0.499	
性别(男/女)	38/24	35/27	0.292	0.589	
APACHE II评分	22.45±4.83	21.98±5.10	0.532	0.596	
主要诊断	重症肺炎	25(40.323%)	22(35.484%)	0.308	0.579
	严重脓毒症	18(29.032%)	20(32.258%)	0.512	0.697
	急性重型胰腺炎	8(12.903%)	7(11.290%)	0.076	0.783
	其他	11(17.742%)	13(20.968%)	0.207	0.649

Clinical Application Research of Nursing Care

2.2 患者营养支持效果比较

观察组第7日肠内营养热量达标率显著高于对照组, 喂养中断发生率明显更低, 肠鸣音恢复时间更短, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者营养支持效果对比[n, (%)、($\bar{x} \pm s$)]

组别	观察组	对照组	t/x ²	P
例数	62	62	-	-
热量第3日达标率 (%)	65.10 ± 18.32	61.53 ± 20.44	1.024	0.308
热量第7日达标率 (%)	78.12 ± 16.84	60.65 ± 22.37	4.913	0.001
喂养中断发生率	9(14.063%)	19(31.148%)	4.613	0.032
肠鸣音恢复时间 (h)	38.52 ± 12.73	45.81 ± 15.42	2.871	0.005

2.3 患者胃肠功能、营养及炎症指标比较

干预后, 观察组的血清PA和TRF水平明显高于对照, 血清IL-6水平显著更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者胃肠功能、营养及炎症指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	观察组	对照组	t	P	
例数	62	62	-	-	
前白蛋白 (PA, mg/L)	第7日	182.56 ± 39.24	165.79 ± 44.83	2.216	0.029
	第14日	215.43 ± 42.71	185.92 ± 50.38	3.518	0.001
转铁蛋白 (TRF, g/L)	第7日	1.76 ± 0.39	1.60 ± 0.41	2.226	0.028
	第14日	1.98 ± 0.42	1.78 ± 0.46	2.528	0.013
白细胞介素-6 (IL-6, pg/mL)	第7日	15.33 ± 6.81	21.45 ± 8.92	4.294	0.001
	第14日	9.87 ± 4.23	14.56 ± 6.15	4.947	0.001

3 讨论

危重症患者通常因严重创伤、大手术、重症感染或器官功能急性衰竭等病因, 导致一个或多个器官功能严重障碍。其生命体征不稳定, 必须依靠重症监护室 (ICU) 内的器官监测与支持来维持生命。这类患者普遍处于高分解代谢状态, 能量消耗巨大。且常因疾病本身及治疗导致胃肠功能障碍, 使营养供给面临严峻挑战。

对这类患者目前多使用常规的营养支持。营养支持, 特别是首选的肠内营养, 主要目标是尽早足量地提供能量与蛋白质。但临床实践表明其效果有明显的局限性。相当比例的患者会出现胃潴留、腹泻等喂养不耐受, 导致喂养目标量难实现^[4]。研究数据显示在ICU内, 肠内营养热量达标率在早

期常不足60%, 且喂养中断频繁。这延缓了营养状况好转, 也因肠道喂养不足而削弱肠黏膜屏障功能。故常规肠内营养支持是基础治疗, 但其实际效果常打折扣, 如何有效提升喂养耐受性与达标率, 是危重症临床营养领域的关键问题。

本研究的结果表明, 整合穴位刺激、中药外敷推拿的中医护理方案, 能有效提升危重症患者肠内营养的耐受性。表现为营养达标率更高喂养中断率更低。其效果源于对胃肠动力的多靶点调节。足三里、中脘等穴位的刺激, 结合腹部推揉, 可通过神经反射与物理机制协同促进胃肠蠕动^[5]。中药敷贴的局部药理作用则辅助了通腑泄浊。这些干预共同加速了急性胃肠损伤恢复。更深入地发现是观察组营养与炎症指标的同步改善。肠道是重要的免疫器官, “通腑法”在中医理论中兼具“泄热”之功。本方案通过维护肠黏膜屏障、调节肠源性炎症, 间接缓解了全身炎症反应, 与营养改善形成了良性循环^[6]。这提示其作用涉及肠-体轴的系统调节。当然, 本方案的效果是物理、药理及心理安慰等多重因素一起影响的。其作用的精确贡献度有待剥离。中医证候评估的简化要依赖操作者经验, 也是实现其标准化所需面对的挑战。这些不确定性为未来研究指明了方向。

综上所述, 将基于中医整体观与辨证思维的护理方案融入现代危重症肠内营养支持体系, 能有效提升危重症患者肠内营养支持的耐受性与效果。

[参考文献]

- [1]邱松旺,赵晓红.经鼻肠管与鼻胃管肠内营养支持预防神经内科机械通气危重症患者发生呼吸机相关性肺炎效果比较[J].湖北民族大学学报(医学版),2024,41(3):118-120.
- [2]任婷,周彦文,刘文书,等.肠内营养合并胃潴留规范化管理流程在ICU危重症患者护理中的临床效果[J].黑龙江医学,2023,47(20):2526-2529.
- [3]吴祖美,陈美玲,林木兰.中医定向透药治疗仪联合中医护理干预对股骨颈骨折患者髌关节置换术后髌关节功能及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(9):2050-2052+2057.
- [4]王鑫,安华,章淑君,等.重症监护室危重症患者应用肠内营养安全护理路径对其营养水平的影响[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(10):41-44.
- [5]刘玥.中医护理对改善危重病者胃肠功能的影响——评《内科护理学》[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(22):154.
- [6]李晓云.急危重症患者人工气道管理护理方法——评《急危重症患者预见性护理》[J].中国医学装备,2020,17(5):230-232.

作者简介:

李溢 (1999.05-), 男, 汉族, 天津人, 本科, 护师, 研究方向为护理学。