

肠内营养的护理

临床营养治疗的意义

- 满足病人营养需求；
- 改善营养状态，提高对治疗的耐受性；
- 促进伤口愈合；
- 增强免疫力，减少并发症；
- 降低死亡率，缩短病程。

什么是临床营养？

以临床治疗的手段供给病人各种营养素。

完整的临床营养概念：

肠内营养

肠外营养

适用人群

胃肠道功能尚好的患者：

1. 急、慢性胰腺炎
2. 肠痿
3. 大型胃肠手术患者
4. 肝移植、肝外伤、肝硬化
5. 短肠综合征
6. 克罗恩病
7. 溃疡性结肠炎
8. 放射性肠炎
9. 脑损伤

.....

临床治疗，从肠内全营养治疗开始

- ① 全面、均衡，符合生理；
- ② 维护胃肠道功能；
- ③ 保护肝脏功能；
- ④ 提高机体免疫力；
- ⑤ 降低高分解代谢；
- ⑥ 经济又安全。

肠内全营养治疗是疾病治疗的基础

- ① 全面、均衡，符合生理；
- ② 维护胃肠道功能；
- ③ 保护肝脏功能；
- ④ 提高机体免疫力；
- ⑤ 降低高分解代谢；
- ⑥ 经济又安全。

① 全面、均衡，符合生理：

①

- 提供足够的能量；

②

- 提供安全、平衡、完全的营养素和微营养素；

③

- 提供正常生理所需的多种膳食纤维和谷氨酰胺；

④

- 营养物质经门静脉系统吸收，有利于蛋白质合成和代谢调节，避免从体循环释放含氮废弃产物；

⑤

⑥

② 维护胃肠道功能：

①

- 维持胃肠道结构与功能的完整性；

②

- 保护肠粘膜屏障，防止细菌易位；

③

- 维持消化液和消化道激素的分泌，
保护肝脏功能；

④

- 刺激和促进受损的肠道尽快恢复
功能。

⑤

⑥

③ 保护肝脏功能：

①

- 营养物质经门静脉系统吸收，维持营养物质正常的代谢过程；

②

- 维持胆汁的正常排泄，维持正常的肝肠循环；

③

- 改善肝脏的血供和营养；

④

- 保护肠粘膜屏障，防止肠源性毒素通过血液进入对肝脏的损害；

⑤

⑥

④ 提高机体免疫力：

①

②

- 改善病人营养状态，提高免疫力；

③

- 保护肠粘膜屏障，防止因细菌易位造成的肠源性感染；

④

- 刺激胃肠道分泌免疫球蛋白。

⑤

⑥

⑤ 降低高分解代谢:

①

②

③

④

⑤

⑥

- 减轻应激病人肠缺血，降低分解代谢激素和细胞因子水平，缓解高分解代谢；
- 促进机体蛋白质的合成；
- 改善氮平衡。

⑥ 经济又安全：

①

- 减少临床并发症；

②

- 降低死亡率；

③

- 缩短病人住院时间；

④

- 肠内营养避免了肠外营养容易引起的淤胆、肝脏损害、各种代谢紊乱、

⑤

导管败血症等；

⑥

- 降低医疗费用。

肠内营养输注的实施

- 尽可能采用匀速持续滴注的方式；
- 逐渐增加输注速度和输液量；
- 注意营养液的温度不能太低；
- 注意操作卫生，每次管饲前后用清水冲洗管道；
- 胃内喂养时应定时检查胃潴留量；
- 经鼻饲管喂养时应注意口腔护理。

肠内营养输注方式比较

	优点	缺点	适应证
一次性输注	操作简单	胃肠道并发症多	仅适用于插鼻胃管和胃造口的患者
间歇性重力滴注	操作简单 患者有较多活动时间	胃肠道并发症仍很多	适用于鼻饲喂养的患者
连续经泵输注	胃肠道并发症最小 营养吸收最好	病人活动时间少	危重病人及空肠造瘘的患者

输注计划 (1)

		毫升/小时	滴数/分钟
第一天	0-6小时	50	15
	6-12小时	75	25
	12-24小时	100	35
第二天	0-6小时	100	35
	6-12小时	125	40
第三天		125	40
		150	50

检查管道位置的方法

- X线透视
- 从喂养管中吸取液体，测定pH值
- 用针筒向喂养管中注入气体，在腹部听诊

鼻胃管开始肠内喂养前的注意事项

- 确认喂养管仍在正确位置
- 病人头部抬高至少30度
- 喂养前检查病人胃潴留量
 - <200ml, 等量替换
 - >200ml, 替换200ml
 - 如胃潴留量>800ml, 延缓喂养

肠内营养的护理原则

——常规护理

- 监测患者的液体进出量
- 定期测定电解质、血糖、肝功能等
- 评定病人的营养情况
- 口腔护理

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/838003016063006143>