

重症患者要重视肠内营养

◎福建省泉州市安溪县中医院中西医结合内科 许辛酉

当“吃”变成奢望，重症患者的生命该如何延续？对他们而言，营养不只是能量来源，更是对抗疾病、重获健康的“秘密武器”。今天，我们就来揭开重症患者肠内营养的神秘面纱，看看这根“生命管道”如何创造奇迹！

营养承重任：重症患者的“生命支柱”

重症患者常因创伤、感染、大手术或器官衰竭无法正常进食，可身体却处于“高消耗”状态。患者一旦营养不足，身体会面临多重危机：难以抵抗感染，伤口愈合速度大幅减慢；呼吸肌无力导致脱机困难，甚至丧失活动能力；肠道、肝脏等器官因缺乏“燃料”停止工作。此时，营养支持与ICU生命支持技术、器官移植并称为现代重症医学的三大里程碑。及时、科学的营养支持，就像给身体“雪中送炭”，是抢救生命、加速康复的关键一环。

营养路径：肠内vs肠外的“黄金法则”

给重症患者输入营养，主要有两条路径——肠内营养（EN）和肠外营养（PN），具体区别很直观：肠内营养（EN）类似“高级鼻饲”，通过鼻胃管、鼻肠管或胃/肠造瘘管，把营养液送进胃肠道；而肠外营养（PN）好比“静脉输液”，通过中心静脉导管，把营养液输入血液，俗称“打营养针”。为什么专家们一致认同“只要肠道有功能，就优先用肠内营养”？因为它的生理优势无可替代：

守护肠道屏障，抵御“外敌”：肠道是人体最大的免疫器官

和细菌库，肠内营养能直接滋养肠道黏膜细胞，维持屏障完整性，大幅减少细菌和内毒素“移位”入血的风险，降低脓毒症等致命性感染的发生概率。

激活肠道活力，避免“闲置萎缩”：食物刺激是肠道保持蠕动和消化功能的“开关”，肠内营养能启动这个开关，防止肠道因长期不用而萎缩、功能退化。

营养更全面，代谢更自然：现代肠内营养制剂含有谷氨酰胺、精氨酸、膳食纤维、中长链脂肪酸等“功能性营养素”，能维护免疫和肠道健康；而且营养经肠道吸收后先进入肝脏处理，符合人体自然代谢规律。

经济又安全，并发症更少：相比肠外营养复杂的无菌配制和严格操作要求，肠内营养更简便、费用更低，还能减少导管感染、高血糖、肝功能损害等并发症。

当然，若患者有严重肠梗阻、消化道大出血、腹腔严重感染或严重腹泻等情况，无法使用肠道时，肠外营养就成了挽救生命的必要选择。

营养怎么给：重症肠内营养的“实战攻略”

要让这根“生命管道”安全高效工作，专家总结出核心策略：“一患一策，循环评估，通道基础，质量兼顾，爬坡达标”。

一患一策：医生会用NRS-2002或NUTRIC评分工具，快速识别高营养风险患者——这类患者最能从早期肠内营养中获益；同时评估患者的并发症、胃肠道功能（如是否有胃瘫风险）和误吸风险，为制定方案打基础。

尽早启动：排除禁忌后，患者入住ICU24~48小时内就该启动肠内营养！外科术后患者甚至能提前到24小时内启动；若患者血流不稳定，需等液体复苏完成、生命体征平稳后，再尽早开始。

选对“通道”：短期使用（<4周），常用鼻胃管，若患者有胃瘫或高误吸风险，优先选鼻肠管；长期使用（>4周）考虑经皮胃/肠造瘘（PEG/PEJ）；根据患者情况选短肽型、含纤维型、低脂型等，避免乳糖不耐受问题。

科学喂养：“爬坡式”增加速度，刚开始速度要慢（如25~50ml/h），第二天逐渐加量（如75~100ml/h），争取3~5天达到目标营养量，切忌“狂轰滥炸”；采用营养输注泵匀速输注，保持稳定速度，避免血糖剧烈波动；同时控制营养液温度接近体温（约24~35℃），防止冷刺激引发腹泻；此外，需严格管理血糖，密切监测并配合强化胰岛素治疗，将目标血糖控制在6.1~10 mmol/L，严防高血糖损害身体。

应对“拦路虎”：腹泻最常见，多因抗生素使用、低蛋白血症等引发，可通过减慢输注，调整配方（换短肽型+胰酶、低脂或含纤维型），补益生菌，纠正低蛋白来缓解；腹胀/呕吐常由营养液浓度高、胃瘫等导致，可通过减慢速度，加温、稀释营养液，胃肠减压来缓解；对于存在误吸风险者，可将床头抬高30~45度，查管道位置，必要时换鼻肠管或用促胃动力药。☺