

# 重症患者怎么补营养

◎重庆市荣军优抚医院重症医学科 杭锦玲

营养支持是重症患者康复的“隐形基石”，却常被置于治疗的次要位置。它不仅是能量补给，更是激活免疫、修复器官、缩短病程的关键推手。重症患者因病情危重、消化功能紊乱，往往无法通过常规进食获取足够营养，需依托科学途径精准补充。从院内的紧急干预到院外的持续养护，个性化营养管理贯穿康复全程。静脉营养、肠内营养、口服补充等方式各有侧重，唯有适配病情变化，才能为患者搭建起对抗病痛的营养防线。

## 院内营养补充：精准适配的“救命补给”

### 1. 静脉营养：危急时刻的“直接供给”

静脉营养是胃肠道功能衰竭患者的紧急保障，适用于严重消化道疾病、重症胰腺炎等无法吸收营养的情况。其配方包含碳水化合物、氨基酸、脂肪乳剂等全营养素，通过“全合一”混合液形式输注，中心静脉适用于长期高渗液，外周静脉适用于短期低渗液。它能快速扭转营养匮乏，维持核心器官功能，但存在感染、代谢异常等风险，需根据体重、病情精准配制。如肥胖患者能量供给需下调至11~14kcal/kg（理想体重）。

### 2. 肠内营养：守护肠道的“自然选择”

新指南强调血流动力学稳定者需在24~48小时内启动肠内营养，但严重休克或腹腔高压患者需延迟。通过鼻胃管、鼻空肠管等输送营养液，初始以5~10ml/h滋养喂养，耐受后逐步递增，48~72小时达目标量的60%~80%。高风险患者可联用含谷氨酰胺的免疫增强配方，但严重脓毒症需慎用精氨酸。肠内营养能激活肠道屏障功能，减少菌群失衡，成本低于静脉营养，

且并发症更少，是长期支持的优选。

### 3. 营养监测与调整：动态适配的“精准校准”

营养监测需贯穿救治全程，采用mNUTRIC评分评估风险，>5分需优先强化支持，入住ICU超72小时者每48~72小时复评。构建“临床-生化-功能”监测体系：临床关注胃残留量（GRV）、腹胀等，GRV>500ml需调整喂养方式；每3~5天查前白蛋白、CRP等，判断炎症性营养不良；每周评估握力、呼吸肌力量。依据结果调整营养成分与速度，如急性肾损伤（AKI）患者未透析时蛋白质限制至1.0~1.2g/kg/d。

## 院外营养补充：持续康复的“营养续航”

### 1. 口服营养补充：恢复期的“过渡桥梁”

当日常膳食仅能满足50%~75%的营养需求时，需启用口服营养补充（ONS），餐间补充每次200~300ml，每日至少2次。按病情选配方，如糖尿病患者用缓释碳水配方，肿瘤患者选高脂肪免疫增强型，老人用通用型。剂型分液体（即开即饮）与粉剂（方便携

带），初期需“由少到多”建立耐受，液体开封后4小时内用完。口服营养补充能快速填补营养缺口，助力从肠内营养向正常饮食过渡。

### 2. 家庭营养支持：亲情加持的“科学养护”

家庭需遵循“低脂高蛋白、少食多餐”的原则，如重症胰腺炎恢复期每日脂肪控制30~50克，蛋白质1.0~1.5g/kg。宜选清蒸鱼、鸡蛋羹等易消化食物，避免油炸、产气食品，将食物煮软方便咀嚼吸收。对食欲差者，采用5~6餐制小口喂养，每餐控制在20~30分钟，细嚼慢咽。高龄或慢性病患者需长期监测体重与进食量，通过MUST等工具筛查营养风险，及时调整方案。

### 3. 补充液体与电解质：维持平衡的“基础保障”

重症恢复期易因疾病消耗、进食少导致水电解质紊乱，引发心律失常、呼吸肌无力等并发症。日常需按1500~1700ml/d补水，大量出汗后加饮低糖电解质水，遵循“少量多次”原则。通过食物补充电解质，如香蕉补钾、牛奶补钙、坚果补镁。定期监测血生化，低钠血症需限水，高钾血症避免高钾食物。肾衰患者需在医生指导下补充，防止自行干预引发风险。

总之，重症患者的营养补充绝非简单的“进补”，而是贯穿治疗与康复的系统性工程。院内，静脉营养与肠内营养按需切换，动态监测确保精准补给；院外，口服补充与家庭养护无缝衔接，液体电解质管理筑牢底线。科学的营养管理不仅能加速身体修复，更能增强患者对抗疾病的信心，帮助他们逐步摆脱病痛困扰，重归健康生活。😊