

DOI: 10.12209/CAIM202507010001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例高龄重症溃疡性结肠炎伴 重度营养不良患者的护理

时 静, 徐 怡

(北京医院 国家老年医学中心 中国医学科学院老年医学研究院 保健医疗部, 北京, 100730)

摘要: 本文总结 1 例高龄重症溃疡性结肠炎伴重度营养不良患者的营养护理经验。护理核心要点包括: ① 营养筛查与评估: 精准计算每日营养需求, 为制定个性化营养方案提供依据; ② 早期肠内营养支持: 启动肠内营养, 以维护肠道屏障功能、改善营养状况; ③ 适时联合肠外营养: 及时补充肠外营养, 以维持水电解质及氮平衡; ④ 精准病情监测: 每日精确记录排便次数、性状及量, 动态评估肠道耐受情况。经过 30 d 积极治疗与精细化护理, 患者病情得到显著控制, 营养指标明显改善, 体力恢复可下床活动。

关键词: 溃疡性结肠炎; 高龄; 营养不良; 营养支持

Nursing Care of a 75-Year-Old Patient with Severe Ulcerative Colitis and Severe Malnutrition

SHI Jing, XU Yi

(Department of Geriatric Medical Care, Beijing Hospital, National Geriatric Medical Center,
Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing, 100730)

ABSTRACT: This article summarizes the nutritional care experience of a 75-year-old patient with severe ulcerative colitis and severe malnutrition. The core points of nursing include: ① Nutritional screening and assessment: Accurately calculate the daily nutritional requirements to provide a basis for formulating individualized nutritional plans; ② Early enteral nutrition support: Initiate enteral nutrition to maintain intestinal barrier function and improve nutritional status; ③ Timely combined parenteral nutrition: Timely supplement parenteral nutrition to maintain water, electrolyte and nitrogen balance; ④ Precise condition monitoring: Daily accurately record the frequency, nature and volume of defecation, and dynamically assess intestinal tolerance. After 30 days of active treatment and meticulous care, the patient's condition was significantly controlled, nutritional indicators improved significantly, and physical strength recovered to the point where they could get out of bed and move around.

KEY WORDS: ulcerative colitis; elderly; malnutrition; nutritional support

溃疡性结肠炎 (Ulcerative Colitis, UC) 是一种累及直肠和结肠的非特异性肠道炎症性疾病, 以慢性、迁延性、反复发作为主要临床特征, 病变黏膜常出现溃疡, 伴不同程度出血、水肿等病理改变^[1]。我国 UC 患病率为 11.6/10 万, 病因及发病机制尚未完全明确^[2]。患者主要表现为腹泻、黏液脓血便、里急后重及腹痛等肠道症状, 可伴发热、体质量下降等全身表现^[3], 其中重度 UC 患者营养不良患病率高达 52.2%^[4]。目前营养支持在克罗恩病治疗中的价值已得到广泛认可, 但关于

UC 营养管理的研究相对较少^[5], 且 UC 好发于青壮年期, 针对高龄重症 UC 患者的临床护理经验仍较为匮乏。2024 年 07 月 01 日我科收治 1 例高龄重症溃疡性结肠炎伴重度营养不良患者, 经 30 d 积极治疗与精细化护理, 患者病情得到有效控制, 营养状况显著改善, 现将其营养管理经验总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性, 72 岁, 2024 年 06 月初无明显诱因

收稿日期: 2025-07-01

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

出现腹泻(10~12次/d),粪便为黏液血水样便,近1个月体重下降3 kg。大便艰难梭菌毒素核酸检测阳性,于2024年07月01日入住我院消化内科。西医诊断:溃疡性结肠炎(重度,活动期)伴出血;中医诊断:大瘕泄(大肠湿热证)一辨证为湿热蕴结大肠,气血阻滞,血肉腐败而见脓血便,湿热下注致里急后重、肛门灼热。入院查体:体温(T)37.7℃,心率(HR)82次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)107/53 mm Hg;精神萎靡,食欲差,卧床,重度消瘦,贫血貌;腹软,无压痛;舌面黑苔,排鲜红色血便(布里斯托分型Ⅶ型),肛周皮肤淹红。实验室检查:身高174 cm,体重52 kg;血红蛋白95 g/L,总蛋白60.6 g/L,白蛋白31.5 g/L,前白蛋白163.5 mg/L,血镁0.69 mmol/L;白细胞 3.1×10^9 /L,C反应蛋白(CRP)24.9 mg/L。

1.2 治疗与转归

入院后完善检查:粪便钙卫蛋白 $>600 \mu\text{g/g}$,大便潜血阳性,镜检可见大量白细胞及红细胞;肠镜示结肠黏膜弥漫性充血、水肿,可见深大溃疡,确诊为重度溃疡性结肠炎。治疗方案:西医予美沙拉嗪抗炎、谷氨酰胺保护肠黏膜、抗感染及肠道菌群调节治疗;中医予五味苦参胶囊清热燥湿。针对重度营养不良,给予短肽型肠内营养混悬液(SP,瑞易西)口服补充联合肠外营养(力卡文)支持。经30 d中西医结合治疗后,患者炎症指标及营养状况显著改善,CRP降至3.26 mg/L,血红蛋白102 g/L,总蛋白74.2 g/L,白蛋白35.7 g/L,前白蛋白252.1 mg/L,血镁0.81 mmol/L;握力、腰围、小腿围较前增加,体重增长0.5 kg;腹泻症状缓解,未再排便,顺利出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

患者处于重度溃疡性结肠炎(UC)急性发作期,精神萎靡,食欲差,呈重度消瘦外观,伴贫血貌(WHO消瘦分级:中度);焦虑状态(汉密尔顿焦虑量表评分29分,提示重度焦虑);口腔检查可见舌背黑色绒毛状病变,厚度约2 mm(考虑口腔真菌感染)。

2.1.2 营养风险筛查及评估

采用欧洲临床营养与代谢学会(ESPEN)及中华医学会肠外肠内营养学分会(CSPEN)推荐的住院患者营养风险筛查工具NRS 2002进行评

估,该工具总分 ≥ 3 分提示存在营养风险^[6]。本例患者评分为5分,提示高营养风险。进一步依据全球营养不良领导倡议标准(GLIM)进行营养不良诊断及分级,GLIM包含3项表型标准(非自主体重丢失、低BMI、肌肉减少)和2项病因学标准(摄食减少/消化吸收障碍、炎症/疾病负担),确诊需满足至少1项表型标准+1项病因学标准^[7]。结合患者BMI 17.2 kg/m^2 ($<18.5 \text{ kg/m}^2$)且一般情况差(表型标准),同时存在因肠道炎症导致的摄食减少及消化吸收障碍(病因学标准),诊断为重度营养不良,需立即启动营养支持治疗。

2.1.3 腹泻严重程度评估

患者入院时肛周皮肤淹红,排鲜红色血便(布里斯托分型Ⅶ型),入院后腹泻症状加重,每日排便最高达22次。

2.2 护理诊断

①营养失衡:低于机体需要量,与疾病影响食欲、消化功能有关;②腹泻:与肠道感染导致肠黏膜屏障受损有关;③有皮肤完整性受损的危险:与腹泻刺激肛周皮肤有关;④口腔感染:与免疫功能低下造成口腔黏膜改变有关;⑤焦虑:与担心疾病预后有关。

2.3 护理措施

2.3.1 营养支持专项护理

①营养方案制定:联合营养科会诊制定个性化营养计划,根据目标热量 $30 \sim 35 \text{ kcal/kg d}$ 、蛋白质 $1.2 \sim 1.5 \text{ g/kg d}$ 计算,患者每日所需能量为2070~2415 kcal,蛋白质82.8~103.5 g。

②膳食指导:给予半流质饮食(每日提供1607 kcal、蛋白质66 g),向患者解释该饮食为“易咀嚼吞咽、低纤维、高蛋白能量密度的过渡饮食,呈半流体状态”,协助订餐选择粥、蛋羹、面片汤、软烂菜品等。

③肠内营养支持:因膳食无法满足需求,依据营养不良五阶梯干预模式,首选口服营养补充,即通过特殊医学用途配方食品补充能量及营养素^[8]。结合病情选用短肽型肠内营养剂以减少肠道刺激^[9],采用模拟管饲法提高耐受性,晨起取200 mL瑞易西隔水加热至 $37 \sim 40^\circ\text{C}$,置于保温杯中;除三餐外每5~10 min小口饮用20 mL(每小时约100 mL),每日总量1500~2000 mL。期间监测恶心、腹胀、腹泻等胃肠道不耐受症状。

④肠外营养过渡:07月05日患者腹泻加重至

22次/d(红棕色便,布里斯托分型Ⅵ型),伴呕吐胃内容物500 mL,暂停半流质饮食。因血管条件差,留置迷你中线导管行肠外营养支持:力卡文1206 mL(提供能量830kcal)+乐凡命250 mL(提供能量115kcal),快速纠正体液丢失及电解质紊乱。PN期间动态监测电解质,每日评估体温、腹泻次数及性质,做好导管维护。经抗感染及对症治疗好转后,逐步减少肠外营养、增加肠内营养,于07月13日停止肠外营养,瑞易西增至2000 mL/d并延续模拟管饲法,逐步恢复普食后拔除导管。

2.3.2 排泄管理

患者每日最多排稀水样便22次,因卧床无法如厕,准确测量排便量为护理重点。采用“称重法”,即指导使用合适型号成人纸尿裤,排便后统一收集于塑料袋并记录片数;每日07:00、16:00及21:00用电子秤称重,按公式“排便量(mL)=污染纸尿裤重量(g)-同等数量干净纸尿裤重量(g)”计算(1 g=1 mL),确保出入量平衡,避免脱水等并发症。

2.3.3 肛周皮肤保护

患者因排便频繁出现肛周淹红(表皮完整),采用“造口粉+湿润烧伤膏”混合保护方案,将造口粉(吸湿消炎)与中药湿润烧伤膏(含黄连、黄芩等,清热生肌)按1:1调成糊状,形成皮肤保护膜。排便后用湿毛巾或无酒精湿巾轻蘸清洁肛周,干纸巾蘸干,待皮肤干燥后薄涂保护膏(范围大于淹红处2 cm)。干预3 d后肛周淹红好转,持续维护未再复发。

2.3.4 口腔护理

患者因UC复发期联用多种抗菌药物、免疫功能低下及软食摄入多,出现黑毛舌(舌背黑色绒毛状改变,厚约2 mm),系舌背丝状乳头角化过度伴角蛋白堆积所致^[10]。予抗真菌及局部护理,每日三餐后及睡前用软毛牙刷轻刷舌面(促进乳头脱落),随后使用口泰漱口水含漱5次(1 min/次),干预1周后黑苔消失。

2.3.5 情志护理

针对患者因重症症状(腹痛、腹泻、便血)及复杂治疗产生的焦虑、睡眠差,采取以下措施:①健康宣教:用通俗语言讲解疾病知识、治疗方案及成功案例;②环境优化:保持病房安静整洁、光线柔和;③注意力转移:鼓励阅读、听音乐;④放松训练:指导深呼吸、渐进式肌肉放松法;⑤护患沟通:建立信任关系,增强治疗信心。

2.4 护理评价

经过30 d治疗干预,患者感染控制、症状缓解后,逐步减少肠外营养(PN)剂量,同步增加肠内营养(EN)供给,最终停用肠外营养并过渡至普通饮食,拔除迷你中线导管。通过“肠外营养→肠内营养→经口饮食”的阶梯式营养支持,患者营养达标率从65%提升至96%;自配肛周皮肤保护膏实现72 h内淹红消退,排便恢复正常;舌面黑苔于干预1周左右完全消失;精神状态明显改善,汉密尔顿焦虑量表评分降至9分(提示轻度焦虑)。

3 讨论

溃疡性结肠炎(UC)是一种慢性炎症性肠病,与脂质代谢紊乱、营养不足等多种因素密切相关^[11]。重度UC患者常合并严重电解质紊乱及营养不良,甚至因消化道穿孔、大出血危及生命,营养管理是其护理的核心难点。此类患者除消化道症状外,还面临多系统生理并发症及严重心理压力,生活质量受到显著影响。

本案例基于ESPEN/CSPEN指南,采用NRS 2002营养风险筛查工具及GLIM营养不良诊断标准,确立营养支持优先级,遵循“肠内营养优先”原则,通过模拟管饲法提高患者对肠内营养的耐受性,同时动态监测胃肠道反应及营养指标变化。对于肠内营养无法满足需求的阶段,护理团队强化肠外营养管路维护,严格执行无菌操作,定期评估穿刺部位,有效预防导管相关感染等并发症,充分体现循证护理与个体化干预的结合。皮肤管理方面,科室创新性将外用中药膏与皮肤保护剂联合应用于失禁性皮炎预防,显著降低皮肤并发症发生率。心理护理同步纳入整体方案,通过健康宣教、情绪疏导及社会支持,有效缓解患者焦虑情绪。

综上所述,通过系统化营养管理、精细化皮肤护理及全程心理干预,本案例有效促进患者生理康复与心理适应,提升整体护理质量。但需认识到,单病例经验存在局限性,临床推广时需结合患者个体情况灵活调整护理策略,以实现更优的护理效果。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 曾宪虎, 李明, 李子龙, 等. 中西医关于溃疡性结肠炎的研究进展[J]. 国际医药卫生导报, 2024, 30(9): 1415-1418.
- ZENG X H, LI M, LI Z L, et al. Research progress on ulcerative colitis in traditional Chinese and western medicines [J]. Int Med Health Guid News, 2024, 30(9): 1415-1418. (in Chinese)
- [2] 范一宏, 吕宾. 炎性肠疾病研究前沿[J]. 浙江大学学报(医学版), 2019, 48(3): 334-341.
- FAN Y H, LV B. Research frontier of inflammatory bowel disease [J]. J Zhejiang Univ Med Sci, 2019, 48(3): 334-341. (in Chinese)
- [3] 陆磊, 孔令斌. 溃疡性结肠炎的无创诊断方法[J]. 中国实用医刊, 2020, 47(5): 118-122.
- LU L, KONG L B. Non-invasive diagnosis of ulcerative colitis [J]. Chin J Pract Med, 2020, 47(5): 118-122. (in Chinese)
- [4] 沈茜, 刘思凡, 陈修艳, 等. GLIM 营养不良诊断标准在溃疡性结肠炎患者中的应用研究[J]. 中华临床营养杂志, 2022, 30(5): 266-272.
- SHEN Q, LIU S F, CHEN X Y, et al. Application of Global Leadership Initiative on Malnutrition criteria for the diagnosis of malnutrition in patients with ulcerative colitis [J]. Chin J Clin Nutr, 2022, 30(5): 266-272. (in Chinese)
- [5] 龙美春, 刘敏, 吴传聪, 等. 重度溃疡性结肠炎 1 例内科优化治疗[J]. 中南大学学报(医学版), 2021, 46(12): 1447-1450.
- LONG M C, LIU M, WU C C, et al. Optimized treatment for severe ulcerative colitis: a case report [J]. J Cent South Univ Med Sci, 2021, 46(12): 1447-1450. (in Chinese)
- [6] 崔红元, 朱明炜, 陈伟, 等. 中国老年住院患者营养状态的多中心调查研究[J]. 中华老年医学杂志, 2021, 40(3): 364-369.
- CUI H Y, ZHU M W, CHEN W, et al. Nutritional status of elderly inpatients in China: a multicenter survey [J]. Chin J Geriatr, 2021, 40(3): 364-369. (in Chinese)
- [7] CEDERHOLM T, JENSEN G L, CORREIA M I T D, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community [J]. Clin Nutr, 2019, 38(1): 1-9.
- [8] 宗小燕, 李红燕, 韩小云, 等. 胃癌患者围手术期口服营养补充管理的最佳证据总结[J]. 中华护理杂志, 2025, 60(3): 355-363.
- ZONG X Y, LI H Y, HAN X Y, et al. Summary of the best evidence for perioperative management of oral nutritional supplementation in patients with gastric cancer [J]. Chin J Nurs, 2025, 60(3): 355-363. (in Chinese)
- [9] 王东旭, 林连捷, 潘迪, 等. 肠内营养在炎症性肠病治疗中的研究进展[J]. 中国综合临床, 2018, 34(5): 471-473.
- WANG D X, LIN L J, PAN D, et al. Research progress of enteral nutrition in the treatment of inflammatory bowel disease [J]. Clin Med China, 2018, 34(5): 471-473. (in Chinese)
- [10] 王琳, 周帆, 余梦辰, 等. 38 例抗菌药物诱发黑毛舌文献病例分析[J]. 药物流行病学杂志, 2023, 32(9): 1048-1058.
- WANG L, ZHOU F, YU M C, et al. Analysis of 38 cases of antibacterial drugs induced black hairy tongue in the literature [J]. Chin J Pharmacoevidemiol, 2023, 32(9): 1048-1058. (in Chinese)
- [11] 王荣. 活动期溃疡性结肠炎患者血脂水平与营养指标的变化及意义[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40(6): 40-42.
- WANG R. Change and significance of blood lipid level and nutritional index in active ulcerative colitis patients [J]. Chin J Coloproctology, 2020, 40(6): 40-42. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。