

消化内科老年住院患者营养不良发生率及相关危险因素的临床研究

袁 媛

三明学院医院, 福建 三明 365004

摘要: 本研究旨在探讨消化内科老年住院患者中营养不良的发生率及其相关的临床危险因素, 为早期识别高风险患者并制定有效的营养干预策略提供依据。采用横断面调查结合部分追踪分析, 对某三级医院消化内科近半年内收治的老年住院患者进行营养状况评估, 分析其营养不良与基础疾病、住院时间、药物使用及生活方式等因素的关联性。结果显示, 该类患者营养不良发生率较高, 影响因素复杂但具有一定规律性。研究建议加强住院初期的营养筛查, 综合考虑疾病类型、肠胃功能状况及个体差异, 实施针对性干预措施, 以提升治疗效果与生活质量。

关键词: 消化内科; 老年患者; 营养不良; 发生率; 危险因素

老年人群是临床营养支持中的重点对象, 尤其在消化系统疾病背景下更易受到营养不良的威胁。随着人口老龄化趋势加剧, 老年消化系统疾病患者的住院比例不断上升, 相关营养管理问题逐渐受到关注。研究显示, 营养不良会显著影响患者的疾病恢复进程、免疫功能及住院预后, 而在临床中往往被忽视。本研究将以某三级医院为例, 对消化内科老年住院患者的营养状况进行系统调查, 找出发生率及其危险因素, 从而为临床提供更精准的评估与干预路径。通过构建营养风险模型, 也期望能为后续干预措施的推广提供数据支持。

1 老年消化内科住院患者营养不良发生率现状分析

1.1 研究对象与评估方法说明

本研究选取 2024 年 10 月至 2025 年 2 月期间, 在某三级甲等综合性医院消化内科住院治疗的老年患者作为研究对象。纳入标准包括: 年龄在 65 岁及以上、住院时间大于 72 小时, 排除重度认知障碍及晚期恶性肿瘤患者, 共获得有效样本 300 例。研究采用简化版 MNA-SF 营养评估量表进行初步筛查, 同时结合体重指数 (BMI)、血清白蛋白浓度、近期体重变化等指标进行综合评估。营养评估工作由受过统一培训的护理人员与营养师协作完成, 确保数据的客观性和评估标准的一致性。

1.2 老年住院患者营养不良发生率概况

在全部 300 例老年住院患者中, 评估结果显示, 存在中重度营养不良者 114 例, 占比为 38%; 处于营养风险状态的为 96 例, 占比为 32%; 剩余 90 例营养良好, 占比 30%。也就是说, 七成患者存在营养失衡或潜在风险,

说明在消化内科住院老年人群中, 营养不良是一个非常普遍且值得重视的问题。

进一步分析患者的性别、年龄和营养状况之间的关系可以发现, 男性营养不良发生率略高于女性, 可能与男性患者长期吸烟、合并多种基础疾病及生活自理能力弱等因素有关。而在年龄层面, 80 岁以上患者中营养不良率接近 50%, 远高于 65 岁至 75 岁年龄段。此类高龄患者往往伴随有咀嚼困难、胃动力减退、胃酸分泌减少等生理性衰退问题, 从而导致摄食量减少、消化吸收障碍等。

1.3 基础疾病类型对营养状况的影响

消化系统慢性疾病是造成老年患者营养不良的主要因素之一。研究数据显示, 患有慢性肝病、胰腺炎、萎缩性胃炎及胃肠术后恢复期患者中, 营养不良发生率显著高于其他疾病群体。例如, 肝硬化合并门脉高压的患者中, 营养不良率高达 64%。这些患者通常因蛋白合成受限、胃肠功能障碍等原因出现进食减少和营养吸收效率下降的现象。而胃癌术后患者由于手术切除部分胃体, 胃容量减少、食欲下降, 也容易导致营养摄入严重不足。

此外, 慢性腹泻、肠易激综合征等也在一定程度上造成营养物质的吸收障碍。肠粘膜通透性改变及肠道菌群紊乱会进一步削弱消化吸收功能, 加重患者营养不良风险。部分患者体重在住院后一周内下降明显, 肌肉力量减弱, 甚至出现轻度功能衰退。

1.4 住院期间营养变化与进食行为调查

虽然部分患者入院时营养状态尚可, 但住院期间因食欲减退、治疗副作用、心理焦虑等影响, 体重仍持续下降

甚至由“营养良好”转为“营养不良”。这反映出营养状态在住院期间具有动态波动性,单次评估难以满足临床判断的需要,需定期动态监测。

本研究中近 40%的患者反映医院提供的饮食种类偏少,尤其在限制性饮食(如低脂、低盐)下口味较差,导致实际摄入量减少。此外,独居、依赖护理或子女送餐的患者常存在进食规律性差、营养结构不合理等问题,这些都增加了营养风险。也有部分高龄患者由于吞咽障碍、认知功能下降而进食缓慢甚至部分拒食,造成每日热量和蛋白质摄入明显不足。

2 营养不良的相关危险因素分析

通过对消化内科住院老年患者营养状况的调查发现,营养不良的发生并不是单一因素作用的结果,而是多种临床因素交互作用的综合体现。为了进一步明确导致营养不良的关键影响变量,本研究从基础疾病、药物治疗、心理状况与生活方式三个方面对危险因素进行了深入探讨与统计分析。

2.1 基础疾病与营养状态的关联

老年患者本身即处于一个易于发生慢性疾病和功能减退的阶段,而消化系统疾病更是直接影响摄食、吸收与代谢功能的重要因素。从研究样本看,患有慢性肝病、肝硬化、胰腺炎、溃疡性结肠炎、胆总管结石等慢性病的患者中,营养不良发生率显著高于无上述基础病的患者。

例如,肝硬化合并门静脉高压的患者,由于肝脏合成功能降低、血浆蛋白减少、肠道水肿等病理机制,营养物质的合成与吸收均受到抑制,表现出体重下降、腹水增加、肌肉萎缩等典型营养不良征象。数据显示,在 30 例肝硬化患者中,营养不良者高达 19 例,发生率约为 63.3%。

同样的情况也出现在胰腺炎患者中。慢性胰腺炎影响脂肪和蛋白质的分解吸收,容易导致脂溶性维生素缺乏和蛋白能量营养不良。在胃癌术后或胃大部切除术患者中,由于胃容量缩小和胃排空改变,营养摄入受限,常需依赖肠内营养制剂维持基本供能。

此外,合并糖尿病、慢性肾病、风湿病等非消化系统慢病的患者,其长期代谢紊乱也在一定程度上加重了营养失衡问题,尤其是当这些疾病进入失代偿阶段时,消化吸收能力与体内蛋白平衡进一步恶化。

2.2 药物治疗与并发症因素

药物是临床治疗的重要手段,但部分药物却会对营养状态造成不利影响。质子泵抑制剂可降低胃酸水平,影响维生素 B12、钙、铁等营养素吸收;利尿剂和导泻剂常造

成体液和电解质紊乱。长期使用抗生素的患者还常见腹泻和肠道菌群紊乱,进一步影响吸收。在研究中,感染、腹水、出血等并发症患者的营养不良比例远高于其他患者,说明疾病过程中的应激反应也会加剧营养消耗。部分接受静脉营养支持的患者,由于配比不合理或输注时间过短,也未能有效缓解营养状态。

2.3 心理状态与进食意愿

老年患者住院后常有孤独感、紧张、焦虑等负面情绪,进而影响其食欲和配合度。有抑郁倾向的患者中,营养不良发生率明显上升。生活不能自理、长期卧床或依赖他人喂食者,也更易出现进食不足的情况。此外,一些患者因牙齿问题、吞咽困难或对医院饮食不适应,进餐效率和摄入质量大幅下降,这些问题在高龄、独居、认知障碍者中尤为突出。心理与行为因素虽常被忽视,却在实际中起到“推波助澜”的作用。

2.4 生活方式与既往饮食习惯

部分老年患者住院前就存在不良饮食习惯,如长期挑食、偏食或过度节食,导致营养储备本就不足,住院期间难以短期改善。有吸烟饮酒史者,体内代谢环境紊乱,维生素 B 族和抗氧化物消耗加快,营养状态往往偏差。在本次调查中,有不良饮食或生活习惯者中,营养不良发生率比无此史者高出约 9 个百分点,提示生活方式也是风险评估中不可忽视的一环。

3 临床应对策略与营养干预实践建议

针对前述调查结果,老年消化内科住院患者营养不良的发生率偏高,且与多种因素相关,临床上有必要采取更加主动和系统的营养干预策略,以期改善患者整体健康水平,提升住院期间的治疗效果和预后。营养管理不再仅仅是营养科的单独任务,而应成为多学科团队共同关注的重点之一。

3.1 建立入院营养风险筛查制度

从研究结果可知,住院初期是发现并干预营养不良的关键时点。建议将 MNA-SF 营养筛查表纳入老年患者入院评估的常规流程,由护士在 48 小时内完成初评并记录体重、BMI、血清白蛋白等基本数据。如筛查评分小于 11 分或体重下降明显者,需及时转入营养支持流程。

为了提高评估效率和记录完整性,还可借助电子病历系统嵌入营养风险模块,并设定自动预警机制,帮助临床医生识别高风险个体。这一机制有助于减少“隐性营养不良”被漏诊的概率。

3.2 推进个体化营养干预路径设计

老年患者群体异质性强,不同疾病背景和体质基础决定了其营养干预方案需具备较强的个体差异性。临床中可根据患者胃肠功能状态,选择经口营养、肠内营养或肠外营养的组合方式。

对于能经口进食但摄入不足者,应优先考虑食物种类多样化、调整饮食结构,例如采用小份多餐、高能量高蛋白膳食,并配合口服营养补充剂(ONS),如乳清蛋白饮、肽类营养液等。对于存在吞咽困难或咀嚼不便者,可选用半流质或浓缩型膳食,必要时由营养师介入改良食谱。

若患者因严重消化功能障碍而无法口服,可短期使用肠内营养制剂,通过鼻胃管或胃造口方式供给,维持基础能量摄入。对于长期不能肠内摄入者,需在医师指导下使用肠外营养液,精准计算热量与氨基酸比例,防止过度营养负荷。

3.3 强化护理环节与患者依从性引导

临床观察发现,即使给予干预方案,若患者本身或家属对营养知识认知不足,干预效果往往不理想。因此,护理人员应在日常护理中加强饮食摄入记录,及时反馈进食量变化,并鼓励患者保持规律性饮食习惯。

同时,建议科室定期组织简易营养宣教活动,采用通俗语言向患者及家属讲解营养不良的危害、识别方式和饮食建议等内容。对于行动不便或认知障碍的患者,护士应协助进食,观察咀嚼吞咽情况并及时干预。

从依从性管理角度出发,还可设置“营养观察日记卡”,每日由患者或护理人员记录摄入类型和进食意愿,作为医生后续调整营养支持策略的重要依据。

3.4 营养干预的延续与社区支持机制

出院后营养支持的持续性直接影响康复质量。部分老年患者回家后饮食不规律、监测松散,很容易导致住院期间改善的营养状况再次恶化。为解决这一问题,建议建立“出院营养指导制度”,在出院时提供个性化饮食建议单,并对主要照护人进行简要培训。

此外,可联合社区卫生服务中心开展远程随访,由营养科或护理团队定期电话回访、了解患者体重变化和饮食习惯,必要时提供补充指导。对于条件允许者,也可推荐使用简单的营养APP或小程序,进行自我记录和饮食提醒。

通过建立住院—出院—居家三位一体的连续营养管理链条,可进一步降低老年患者再住院率和长期功能衰退

风险,推动以营养为核心的慢病康复理念走向实践。

4 结论

本研究通过对300例消化内科老年住院患者的营养状况进行系统调查,发现该人群中营养不良及营养风险的发生率高达70%,尤以合并慢性肝病、胃切除术后及高龄患者为显著。进一步分析表明,营养不良的发生与基础疾病类型、药物使用、心理状态及生活方式等因素密切相关,具有明显的多因素交互特征。

基于调查结果,提出了建立入院营养筛查机制、实施个体化营养干预路径、强化护理环节以及延续出院后营养管理等多项临床建议,力求从整体上提升住院老年患者的营养支持质量与康复效果。

本研究的局限在于样本来源集中于单一医疗机构,未来可扩展至多中心联合调查,并结合长期随访数据,进一步优化老年患者的营养干预模型。总之,营养管理应成为消化内科临床工作的常规组成部分,对提高患者生活质量和治疗依从性具有积极意义。

参考文献:

- [1]梁毅,莫翠毅,钟文洲.老年消化内科住院患者营养不良现状及其影响因素[J].中华老年多器官疾病杂志,2024,23(04):281-285.
- [2]彭林艳.预后营养指数(PNI)在老年住院患者营养风险评估中的预测价值研究[D].南昌大学,2023.DOI:10.27232/d.cnki.gnchu.2023.000880.
- [3]唐杨.湘西州老年住院患者营养不良现状及影响因素研究[D].吉首大学,2023.
- [4]吴秀琴,刘淑明,陈清祥,等.老年住院患者营养状况调查及营养不良相关因素分析[J].中华养生保健,2025,43(02):4-7.
- [5]张莉娜,黄晓,魏绍峰,等.人体测量指标在老年住院患者营养不良风险评估中的筛查效果[J].中国老年学杂志,2024,44(04):984-987.
- [6]张颖.老年住院患者营养状况评估及对预后的影响[D].华北理工大学,2023.
- [7]卢姝妤.老年住院患者肌肉减少症与营养状况及相关因素的研究[D].江汉大学,2023.
- [8]王湾湾,李园园,石小天,等.老年住院患者衰弱的影响因素分析及其与营养不良的相关性研究[J].中国全科医学,2021,24(06):678-684.