

肠内营养序贯治疗对重症急性脑梗死合并 吞咽功能障碍患者营养状态不良反应 及并发症的影响

李纲

河南省宜阳县人民医院重症医学科 471600

【摘要】目的 探究分析肠内营养序贯治疗对重症急性脑梗死合并吞咽功能障碍患者营养状态、不良反应及并发症的影响。**方法** 2019 年 3 月至 2021 年 2 月宜阳县人民医院接收的重症急性脑梗死合并吞咽功能障碍病患 90 例,按抽签法分为对照组 45 例进行常规肠内营养治疗,研究组 45 例进行肠内营养序贯治疗。对比 2 组治疗前后营养状态改善情况,不良反应和并发症发生率。**结果** 2 组治疗前白蛋白、前白蛋白和转铁蛋白对比差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后研究组以上指标水平均较对照组高;研究组不良反应发生率 11%较对照组的 33%低,并发症发生率 16%较对照组的 38%低,2 组差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在重症急性脑梗死合并吞咽功能障碍的治疗中,予以肠内营养序贯治疗可有效改善病患营养状态,降低不良反应及并发症发生率,值得临床广泛应用。

【关键词】 中耳炎,分泌性中耳炎;咽鼓管吹张术;鼓室注药;注射用甲泼尼龙琥珀酸钠

DOI: 10.11655/zgywylc2022.02.019

急性脑梗死(ACI)病情往往发病急骤,病情进展快,并且致残率及致死率非常高,特别是重症 ACI 病患。重症 ACI 者预后不仅易合并多器官功能障碍,而且还易发生吞咽功能障碍,而吞咽功能障碍对患者营养摄入影响极大^[1]。因此,如何采取有效的治疗方式给予患者营养支持对患者的康复与预后具有重要意义。目前,临床多通过早期供给整蛋白营养剂进行肠内营养治疗,但是由于重症 ACI 者通常存在胃肠道黏膜屏障受损情况,导致其耐受性不佳,若直接采取上述治疗措施极易引发相应的不良反应,从而影响营养成分吸收^[2]。而有研究发现,应用肠内营养序贯疗法可有效避免上述弊端,提升临床治疗效果^[3-4],为进一步证实其有效性,本研究就肠内营养序贯治疗对重症 ACI 合并吞咽功能障碍患者营养状态、不良反应及并发症的影响进行分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取 2019 年 3 月至 2021 年 2 月宜阳县人民医院接收的重症 ACI 合并吞咽功能障碍病患 90 例,按抽签法分为对照组和研究组各 45 例,对照组男性 24 例,女性 21 例;年龄 43~81 岁,平均(65±5)岁;病程 1~4 d,平均(2.1±0.4)d。研究组男性 25 例,女性 20 例;年龄 43~80 岁,平均(65±5)岁;病程 1~4 d,平均(2.1±0.4)d。入选标准:均达到《中国

急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》中重症 ACI 确诊标准^[5],且吞咽功能经洼田氏饮水试验测量 ≥ 5 级^[6],并符合实施肠内营养治疗标准^[7];病患及家属均对研究知情,且自愿参与。剔除标准:患病前合并营养不良和低蛋白血症者;合并消化系统活动性出血、恶性肿瘤及脏器功能严重疾病者。各组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具可比性。

1.2 方法:各组均进行抗凝、改善脑循环、缓解脑水肿、实施脑保护、抑制血小板积聚、控制血压和血糖等常规治疗。研究组进行肠内营养序贯治疗,即予以病患鼻胃管,在第 1~3 天使用经加热至 35℃的肠内营养混悬液(SP)经鼻胃管缓慢注入胃内,每次 50~100 ml,每日 2~3 次;对无不良反应病患可增加用量为每次 150~180 ml,首日用量不可 >500 ml,随后可每日增加 500 ml,直到符合全量 81~126 kJ·kg⁻¹·d⁻¹。第 4 天时使用肠内营养混悬液(TPF)经鼻胃管缓慢注入胃内,用量同第 3 天时 SP 一致。每个疗程 2 周,治疗 4 周后比较疗效。

对照组进行常规肠内营养治疗,即仅用 TPF 治疗,注入方法、首日用量等均与对照组一致,第 2 日天开始逐渐增量,直到符合全量 84~126 kJ·kg⁻¹·d⁻¹。各组均 2 周为 1 个疗程,均治疗 4 周后比较疗效。

1.3 观察指标与判定标准:对比各组治疗前后营养

状态改善情况,以及不良反应和并发症发生率。营养状态判定指标为:白蛋白、前白蛋白和转铁蛋白,分别采集病患静脉血,应用型号为 Hitachi 7 080 的全自动生化分析仪器进行检测,白蛋白应用甲酚绿法检测;前白蛋白应用免疫透射比浊法检测;转铁蛋白应用放射性免疫法检测,各指标含量越高说明营养状态越好。不良反应包含恶心呕吐、腹胀腹泻和便秘等;并发症包含肺部感染、泌尿系感染、吸入性肺炎和胃肠道感染等。

1.4 统计学分析:本研究采用 SPSS 19.0 处理数据,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,行配对 t 检验,计数资料以例数(%)表示,行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 分析各组治疗前后营养状态改善情况:各组治疗前白蛋白、前白蛋白和转铁蛋白等营养状态判定指标水平对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),经治疗后研究组以上指标水平均较对照组高($P < 0.05$),见表 1。

2.2 对比各组不良反应发生情况:研究组不良反应发生率(11%)较对照组的(33%)低, ($\chi^2 = 5.207, P < 0.05$),如表 2。

2.3 对比各组并发症发生情况:研究组并发症发生率(16%)较对照组的(38%)低($\chi^2 = 4.605, P < 0.05$),见表 3。

3 讨 论

重症 ACI 病患通常都会并发吞咽功能障碍,此时可严重影响其进食情况,引发营养不良现象,从而影响其免疫能力、肢体和肌肉力量,进而增加感染性并发症发生率^[8]。营养支持治疗不仅有利于预防营养不良的发生,改善已发生的营养不良状态,而且还能确保机体正常能量的代谢需求,防止组织分化,促进组织与细胞的修复,从而提升机体免疫功能,预防或降低并发症发生风险,可见,早期对 ACI 病患,尤其是重症者,予以营养支持治疗非常必要^[9]。

目前,临床多采用 SP、TPF 来改善重症 ACI 合并吞咽功能障碍病患的营养状况,前者为短肽型营养制剂,后者为整蛋白型肠内营养制剂^[10]。病患由于其吞咽功能已发生障碍,导致无法正常进食,此时其胃肠系统黏膜往往已受损,胃肠蠕动、吸收功能均存在一定的障碍,若直接予以其整蛋白型肠内营养制剂治疗不仅会引发恶心呕吐、腹胀等不良反应,而且会影响其营养成分吸收,无法达到理想的营养治疗效果^[11-12]。程美玲等^[13]研究中发现,采用肠内营养序贯治疗可有效提升临床治疗效果,有利于促进病患营养吸收,降低不良反应和并发症发生机率。与本研究相符,显示:经治疗后研究组前白蛋白、前白蛋白和转铁蛋白等营养状态判定指标水平均较对照组高;研究组不良反应发生率较对照组低;并发症发生率较对照组低($P < 0.05$)。分析原因,主要是由于在序贯治疗中首先予以短肽型营养制剂具有修复受损胃肠黏膜的作用,提升了胃肠蠕动和吸收功能,而在胃

表 1 2 组治疗前后营养状态改善情况比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 白蛋白/(g/L) | | 前白蛋白/(mg/L) | | 转铁蛋白/(g/L) | |
|-------|----|-----------|-----------|-------------|--------|------------|-----------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 研究组 | 45 | 27.4±3.9 | 43.16±1.2 | 202±4 | 237±4 | 1.75±0.21 | 2.69±0.18 |
| 对照组 | 45 | 27.4±3.8 | 31.49±2.1 | 202±4 | 215±5 | 1.76±0.22 | 2.01±0.25 |
| t 值 | | 0.037 | 32.201 | 0.064 | 23.535 | 0.221 | 14.808 |
| P 值 | | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |

表 2 2 组不良反应发生情况对比

| 组别 | 例数 | 恶心呕吐 | 腹胀腹泻 | 便秘 | 总发生 | |
|-----|----|------|------|----|-----|----|
| | | | | | 例数 | % |
| 研究组 | 45 | 2 | 2 | 1 | 5 | 11 |
| 对照组 | 45 | 7 | 5 | 3 | 15 | 33 |

表 3 对比 2 组并发症发生情况

| 组别 | 例数 | 肺部感染 | | 泌尿系感染 | | 吸入性肺炎 | | 胃肠道感染 | | 总发生 | |
|-----|----|------|----|-------|---|-------|---|-------|----|-----|----|
| | | 例数 | % | 例数 | % | 例数 | % | 例数 | % | 例数 | % |
| 研究组 | 45 | 2 | 4 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 4 | 7 | 16 |
| 对照组 | 45 | 5 | 11 | 4 | 9 | 2 | 4 | 6 | 13 | 17 | 38 |

肠功能得到调节后再应用整蛋白型肠内营养制剂,有利于减少病患因胃肠不适而引发的不良反应,如恶心呕吐、腹胀和便秘等,更有利于病患接受,从而确保营养成分的吸收,进而增加机体抗感染能力,最终使感染性的并发症明显降低,达到了理想治疗效果^[14-15]。

综上所述,在 ACI 合并吞咽功能障碍的治疗中,予以肠内营养序贯治疗可有效改善病患营养状态,降低不良反应及并发症发生率,值得临床广泛应用。

参考文献

- [1] 王强强,陈丽霞.早期营养干预在重症脑梗死患者中的临床研究[J].脑与神经疾病杂志,2020,28(4):255-258.DOI:10.3969/j.issn.1674-2257.2020.05.022.
- [2] 李笑蕾,韩琳.谷氨酰胺联合序贯肠内营养治疗对重症脑梗死病人营养状态与预后的影响[J].安徽医药,2020,24(9):1871-1875. DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2020.09.045.
- [3] 冯二艳,罗书引,潘幸尧,等.肠内序贯营养支持联合益生菌对重型颅脑损伤患者营养状况及胃肠功能障碍的改善作用研究[J].解放军预防医学杂志,2020,38(9):127-130. DOI:10.13704/j.cnki.jyyx.2020.09.050.
- [4] 朱娟,王龙安,秦历杰,等.肠内营养序贯疗法在重症脑血管病的应用[J].中华急诊医学杂志,2018,27(8):872-875. DOI:10.3760/ema.j.issn.1671-0282.2018.08.011.
- [5] 孙新建,李文军,马海洋,等.序贯性肠内营养与肠外营养对重症脑出血患者营养状况改善的比较研究[J].实用临床医药杂志,2020,24(6):126-129. DOI:10.7619/jcmp.202006035.
- [6] 韩琳,李笑蕾.肠内营养序贯治疗对重症急性脑梗死合并吞咽功能障碍患者营养状态和预后的影响[J/CD].中国医学前沿杂志(电子版),2020,12(4):89-93. DOI:10.12037/YXQY.2020.04-19.
- [7] 吴金平,陈小枫,王丹丹,等.序贯肠内营养治疗对出血性脑卒中合并吞咽功能障碍患者 NIHSS 评分、内毒素、二胺氧化酶水平及预后的影响[J].临床与病理杂志,2019,39(6):1220-1225. DOI:10.3978/j.issn.2095-6959.2019.06.011.
- [8] 程美玲,王庆华,田晓玲.序贯式肠内营养对脑梗死老年患者营养状况及生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(18):39-41. DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2019.18.012.
- [9] 崔赢,明宝红,金娜,等.急性卒中伴吞咽困难患者序贯肠内营养的临床研究[J].实用药物与临床,2018,21(10):1152-1154. DOI:10.14053/j.cnki.pper.201810015.
- [10] 黄丽,蒲琴,黄晓瑛.肠内序贯营养支持治疗老年重症脑卒中患者的疗效[J].中国老年学杂志,2016,36(12):2912-2913. DOI:10.3969/j.issn.1005-9202.2016.12.040.
- [11] 赵晓瑞,周清安,李同静.早期序贯肠内营养支持治疗在卒中单元中的应用[J].国际护理学杂志,2012,31(7):1328-1329. DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-4351.2012.07.094.
- [12] 成云芳,戴轶伟.急性脑梗死患者早期肠内营养支持治疗效果评价[J].中国实用神经疾病杂志,2018,21(13):1447-1450. DOI:10.12083/SYSJ.2018.13.339.
- [13] 程美玲,马学英,王庆华,等.序贯式肠内营养在脑梗死伴吞咽障碍老年患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(9):22-24. DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2020.09.006.
- [14] 王恺,郑振茹,李卫敏,等.重症患者营养风险筛查及肠内肠外营养序贯治疗对临床结局的影响[J].河北医学,2020,26(6):1020-1023. DOI:10.3969/j.issn.1006-6233.2020.06.031.
- [15] 李萍,文进,聂玉琴.肠外肠内营养序贯疗法对机械通气重症患者的临床效果[J].中国医药导报,2017,14(14):107-110. DOI:10.16458/j.cnki.1007-0893.2019.21.058.

(收稿日期:2021-05-22)

柴苓承气汤对重症急性胰腺炎并发肠梗阻患者免疫功能及血清血管活性肠肽 胃动素 胃泌素水平的影响

朱锋¹ 瞿昌晶¹ 陈慧丽¹ 汪漩¹ 俞洪韵¹ 陶冶华¹ 杨力² 赵越¹

¹上海市杨浦区中心医院重症医学科 200090;²上海市杨浦区中心医院普外科 200090

通信作者:瞿昌晶,Email:quchangjing1134@163.com

【摘要】目的 探究柴苓承气汤对重症急性胰腺炎并发肠梗阻患者免疫功能及血清血管活性肠肽(VIP)、胃动素(MTL)、胃泌素(GAS)水平的影响。方法 研究对象选于2018年8月到2021年1月在本院接受医治,110例重症急性胰腺炎并发肠梗阻患者,将其按随机数字表法分为对照组和研究组,每组均55例。2组患者均给予常规治疗,对照组在常规治疗基础上给予奥曲肽治疗,研究组在对照组基础上给予柴苓承气汤改良保留灌肠治疗,2组均治疗7d。比较2组治疗后的疗效、治疗前后的免疫功能与血清VIP、MTL、GAS水