

## 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

文 武

贵州医科大学第二附属医院 贵州凯里 556000

**【摘要】目的** 观察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。**方法** 从我院随机挑选 2019 年 3 月-2020 年 7 月收治的 74 例重症患者, 并分为常规组 (n=37) 和研究组 (n=37), 常规组进行营养风险筛查和全肠外营养治疗, 研究组进行营养风险筛查和肠内肠外营养序贯治疗。对两组患者住院指标、并发症发生情况进行观察。**结果** 74 例重症患者均接受营养风险筛查, 其中有 49 例患者评分 $\geq 3$ , 平均分数为 (5.19 $\pm$ 1.08); 有 25 例患者评分 $<3$ , 平均分数为 (2.40 $\pm$ 0.62), 具有显著差异 ( $p<0.05$ ); 在研究组中患者监护室时间为 (9.20 $\pm$ 5.63) d、总住院费用为 (18.20 $\pm$ 4.29) 万元、总住院时间为 (18.03 $\pm$ 1.55) d, 均要好于常规组 ( $p<0.05$ ); 研究组患者并发症发生概率为 16.22%, 要明显低于常规组 ( $p<0.05$ )。**结论** 对重症患者进行营养风险筛查和肠内肠外营养序贯治疗, 具有确切的疗效, 可以有效缩短监护室时间和总住院时间, 减少总住院费用, 还可以降低并发症发生概率, 值得临床应用。

**【关键词】** 重症患者; 营养风险筛查; 肠内肠外营养序贯治疗; 临床结局

**【中图分类号】** R459.3

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2095-9753 (2020) 09-016-02

在临床中, 由于受到严重创伤、感染等因素的影响, 重症患者存在较高的营养风险, 会加重病情, 治疗难度加大, 并且还会影响到临床结局, 因此需要给予重症患者营养治疗。现阶段, 营养治疗主要有肠内与肠外两种模式, 前者主要是指经消化道提供营养素, 后者主要是指经静脉提供营养素。重症患者存在肠道屏障功能障碍, 若仅利用一种营养治疗方式, 很难满足患者营养需求, 且容易出现并发症, 因此可以利用肠内肠外营养序贯治疗。下文针对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进行观察, 详细如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

从我院随机挑选 2019 年 3 月-2020 年 7 月收治的 74 例重症患者, 并分为常规组 (n=37) 和研究组 (n=37)。在常规组中, 有 18 例男性患者, 19 例女性患者, 最小年龄为 35 岁, 最大年龄为 77 岁; 在研究组中, 有 19 例男性患者, 18 例女性患者, 最小年龄为 34 岁, 最大年龄为 76 岁。两组患者基本资料对比无显著差异 ( $p>0.05$ ), 可比。

### 1.2 方法

两组患者入院后均给予基础治疗, 并进行营养风险筛查。常规组利用全肠外营养治疗, 参照 Harris-Benedict 公式计算患者热量供给标准, 热量根据非蛋白热量 83.68-104.6kJ (20-25kcal) / (kg $\cdot$ d) 供给。把水溶性和脂溶性维生素、葡萄糖、20% 中长链脂肪乳、15% 氯化钾、18 种复方氨基酸、多种微量元素等营养成分配置成为肠外营养液, 混合均匀后放在 3L 静脉营养输液袋中进行保存<sup>[1]</sup>。利用中心静脉输注途径, 24h 输完, 每天输注时间固定。研究组利用肠内肠外营养序贯治疗。入院 24h 内对患者实施早期肠内营养支持, EN 提供能量 30%, 然后每 24h 增加 20% 热量, 一直到全量, 其余部分 PN 来补充。利用肠内营养泵, 匀速持续泵入肠内营养制剂, 在输注时需要患者的胃肠道反应进行观察, 输注速度控制在 20-100ml/h, 营养乳温度控制在 39-42℃, 并且需要严格执行无菌操作在泵入过程中。根据浓度从稀到浓, 速度从慢到快, 量从少到多, 慢慢的向全肠内营养进行过渡。肠外营养液配制和输注方向和常规组相同。

### 1.3 观察指标

对两组患者住院指标、并发症发生情况进行观察。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行统计学分析。计量的比较采用 t 值检验, 计数的比较采用  $\chi^2$  检验,  $P<0.05$  代表存在显著差异。

## 2 结果

### 2.1 营养风险筛查结果

74 例重症患者均接受营养风险筛查, 其中有 49 例患者评分 $\geq 3$ , 平均分数为 (5.19 $\pm$ 1.08); 有 25 例患者评分 $<3$ , 平均分数为 (2.40 $\pm$ 0.62), 具有显著差异 ( $p<0.05$ )。

### 2.2 住院指标情况比较

在研究组中患者监护室时间为 (9.20 $\pm$ 5.63) d、总住院费用为 (18.20 $\pm$ 4.29) 万元、总住院时间为 (18.03 $\pm$ 1.55) d, 均要好于常规组 ( $p<0.05$ ), 详见表 1。

表 1: 两组患者住院指标情况比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | 例数<br>(n) | 监护室时间<br>(d)     | 总住院费用<br>(万元)    | 总住院时间<br>(d)     |
|-----|-----------|------------------|------------------|------------------|
| 研究组 | 37        | 9.20 $\pm$ 5.63  | 18.20 $\pm$ 4.29 | 18.03 $\pm$ 1.55 |
| 常规组 | 37        | 13.50 $\pm$ 8.26 | 24.01 $\pm$ 5.22 | 21.37 $\pm$ 1.58 |
| T 值 |           | 4.9685           | 4.5247           | 5.2146           |
| P 值 |           | $<0.05$          | $<0.05$          | $<0.05$          |

### 2.3 并发症发生情况比较

研究组患者并发症发生概率为 16.22%, 要明显低于常规组 ( $p<0.05$ ), 详见表 2。

## 3 结论

现阶段, 临床营养支持已经把代谢调节与免疫功能提升作为重点能力, 从原先的能量支持转变成为功能支持。根据相关研究显示, 及早给予患者肠内营养支持, 可以提供给患者营养底物, 还可以对肠粘膜屏障和免疫功能进行改善, 有助于稳定肠道内环境。针对重症患者来讲, 由于受到灌注和氧供不足, 肠道存在屏障功能障碍, 仅仅利用单一的营养支持, 无法保证能量供给, 且并发症发生概率相对较高。肠内肠外序贯治疗, 其属于一种新型的营养支持模式, 在 24-48h 内进

(下转第 18 页)

应用 SPSS21.0 系统处理结果中变量资料, 相关计量资料描述为“ $\bar{x} \pm s$ ”的形式且数据差异分析应用  $t$  检验,  $P < 0.05$  预示组间资料数据差异明显, 统计学意义成立。

## 2 结果

表 1: 两组患者心理情绪以及自我护理能力 [ $\bar{x} \pm s$ ,  $n=41$ ]

| 组别  | SCL-90 量表       |                 | t 值    | P 值    | ESCA 量表          |                   | t 值    | P 值    |
|-----|-----------------|-----------------|--------|--------|------------------|-------------------|--------|--------|
|     | 护理干预前           | 6 个月后           |        |        | 护理干预前            | 6 个月后             |        |        |
| 实验组 | 3.53 $\pm$ 0.11 | 0.83 $\pm$ 0.22 | 13.285 | < 0.05 | 82.58 $\pm$ 2.45 | 142.78 $\pm$ 2.35 | 15.428 | < 0.05 |
| 对照组 | 3.55 $\pm$ 0.12 | 2.15 $\pm$ 0.23 | 7.215  | < 0.05 | 82.87 $\pm$ 2.46 | 102.23 $\pm$ 2.34 | 10.203 | < 0.05 |
| t 值 | 0.351           | 10.251          | -      | -      | 0.851            | 10.241            | -      | -      |
| P 值 | > 0.05          | < 0.05          | -      | -      | > 0.05           | < 0.05            | -      | -      |

## 3 讨论

家庭医生签约服务模式是我国近些年新型服务模式, 依托于我国各级卫生医院体系的建立与完善, 该护理服务模式与常规护理服务模式相比, 克服了常规护理干预实施过程中, 地点与时间对医患沟通造成的影响<sup>[2]</sup>。家庭医生签约服务模式实施过程中除落实患者定期入院复诊, 同时家庭医生通过开展电话随访、建立微信群、QQ 群等多种方式, 在患者离院后与患者仍可保持有效联系与沟通, 从而使患者在出院后也可获得专业健康知识指导, 从而提升患者自我控制能力, 使患者感受到来自医护人员关心, 以安抚慢性老年病患者负面情绪<sup>[3]</sup>。

比较两组患者心理情绪以及自我护理能力, 具体情况(见表 1), 与干预前相比, 两组患者干预后 SCL-90 量表得分均降低且实验组该量表得分显著低于对照组, ESCA 量表得分均升高且实验组该量表得分显著高于对照组。

本次研究显示实验组患者护理干预后心理状态好, 自我护理能力高。综上所述, 社区老年患者慢性病家庭医生签约服务模式有较高的临床实践与推广价值。

### 参考文献:

- [1] 陈洁雯. 家庭医生签约服务模式对社区老年患者慢性病防治效果分析[J]. 黑龙江中医药, 2018, 47(5):91-92.
- [2] 王渝川, 江涛. 家庭医生签约服务模式对社区老年患者慢性病防治效果体会[J]. 养生保健指南, 2019, 11(19):333.
- [3] 尹荷芳. 家庭医生签约服务模式对社区慢性病高危人群的干预效果分析[J]. 中国卫生产业, 2018, 15(15):15-17.

(上接第 15 页)

滴在包子、点心等表层上服用。该药可使腺体缩小变硬, 减轻气管受压, 亦可减少术中出血, 减少并发症。腺瘤过大过久压迫颈部神经血管、气管, 解剖结构的改变均会增加手术风险、手术难度及术后并发症<sup>[3]</sup>, 同时腺体大、瘤体结块多严重影响患者正常生活, 使患者生活质量下降。因此, 治疗甲亢病情稳定, 心功能改善即安排转科手术。

### 3 小结

巨大结节性甲状腺肿因肿瘤长期压迫气管, 可造成气管软骨环软化, 但有甲状腺组织支撑, 故术前不会塌陷, 多数患者无明显呼吸困难<sup>[4]</sup>, 易掩盖病情, 不易察觉, 但该患者为有基础病的高风险老年高龄患者, 且气管受压后偏移, 伴有钙化, 更易发生呼吸困难、窒息以至死亡的危险, 如何维护患者术前的有效呼吸形态, 争取早日手术的宝贵时间, 需

要严格治疗原发病, 控制和预防并发症发生, 严密观察病情, 积极采取因颈部受挤压、情绪激动、吞咽呛咳、冷热刺激等发生的呼吸不畅进行干预, 因此, 护理此类高危患者, 提高他们的生存质量, 我们不能忽视威胁病人生命的任何一个环节, 尤其是影响有效呼吸的危险因素, 降低疾病的远期生存率。

### 参考文献:

- [1] 赵亮. 结节性甲状腺肿的临床治疗探析. 中外医学研究, 2013, 11(12): 140.
- [2] 赵光忠, 王怀娥. 巨大甲状腺肿突发窒息 17 例抢救体会. 吉林医学, 2011, 32(32): 6856-6857
- [3] 饶智, 黄艺, 黄慧. 巨大甲状腺占位手术切除 24 例分析. 农垦医学, 2009, 31(5): 424-425
- [4] 张凤玉. 一例巨大甲状腺肿合并气管软化的护理体会. 中国城乡企业卫生, 2012, 8(4): 85-86

(上接第 16 页)

行早期肠内营养支持, 并结合胃肠道耐受性, 控制肠外营养提供能量比例, 进而实现完全肠内营养支持<sup>[2]</sup>。通过该种模式可以有效补充能量和基本营养素, 保证正氮平衡, 具有良好的脂肪酸代谢效果, 还可以抑制细胞免疫, 起到抗炎作用。

综上所述, 利用营养风险筛查及肠内肠外营养序贯治疗重症患者, 可以有效缩短患者监护室时间和住院时间, 减少

住院费用, 减少并发症发生, 具有较高临床应用价值。

### 参考文献:

- [1] 闵霞, 骆莉莉, 郭颖. 肿瘤内科住院患者营养风险筛查及营养支持护理对策[J]. 医学食疗与健康, 2019.
- [2] 周锦, 张雷, 丁树荣, 等. 住院病人营养风险筛查及营养支持对临床结局影响的研究[J]. 肠外与肠内营养, 2017, 24(001):13-17.

表 2: 两组患者并发症发生情况比较 [ $n$  (%) ]

| 组别       | 例数<br>( $n$ ) | 胸腔积水、腹腔积水<br>[ $n$ (%) ] | 感染<br>[ $n$ (%) ] | 消化道出血<br>[ $n$ (%) ] | 应激性血糖上升<br>[ $n$ (%) ] | 总发生率<br>[ $n$ (%) ] |
|----------|---------------|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|---------------------|
| 研究组      | 37            | 2 (5.41)                 | 1 (2.70)          | 2 (5.41)             | 1 (2.70)               | 6 (16.22)           |
| 常规组      | 37            | 4 (10.81)                | 3 (8.11)          | 2 (5.41)             | 4 (10.81)              | 13 (35.13)          |
| $\chi^2$ |               |                          |                   |                      |                        | 6.6045              |
| P 值      |               |                          |                   |                      |                        | < 0.05              |