

早期使用肠内营养对急性脑卒中伴吞咽障碍患者预后的影响分析

贺兴慧

如皋博爱医院 江苏南通 226500

〔摘要〕目的 研究与分析在急性脑卒中伴吞咽功能障碍中，早期应用肠内营养对患者预后的影响。方法 文中共收治 30 例急性脑卒中伴吞咽功能障碍的患者作为研究对象，于 2021 年 1 月至 12 月借助随机法分参照组、研究组各 15 例，分别以传统饮食（早期用自制匀浆膳等大分子聚合物制剂）和早期肠内营养（能全力）并对比治疗前后营养指标、NIHSS 评分、并发症、致残率和生存率。结果 对比治疗前后 ALB、PA、HB、AMC 指标及 NIHSS 评分存在差异性（ $P < 0.05$ ），明显以治疗后研究组 ALB、PA、HB、AMC 指标高于参照组，NIHSS 评分低于参照组；而并发症发生率、致残率数据对比 $P < 0.05$ ，生存率对比 $P > 0.05$ 。结论 急性脑卒中伴吞咽功能障碍患者经早期使用配方型肠内营养后取得满意效果，提高了生存率，改善了神经功能，降低致残率，并且改善了营养状况，减少并发症的发生。

〔关键词〕脑卒中；配方型肠内营养；吞咽功能障碍

〔中图分类号〕R651.1 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165（2023）07-014-02

脑卒中是脑血管病变导致脑功能障碍的一类疾病的总称。吞咽功能障碍是脑卒中常见并发症之一，脑卒中发病后 37%~74% 存在不同程度的吞咽功能障碍^[1]。同时有研究表明，脑卒中合并吞咽功能障碍患者具有营养不良的情况，发生率达 8%~34%，其中 15% 的患者因长期吞咽功能障碍而遭受营养不良的困扰^[2]。本文现将 2021 年 1 月至 12 月收治的急性脑卒中伴吞咽功能障碍患者进行研究，分析早期使用配方型肠内营养干预效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共收治 30 例急性脑卒中伴吞咽功能障碍，来源于 2021 年 1 月至 12 月。通过借助随机法分参照组、研究组，前一组中男性占比分别是 53.33%、46.67%，最大年龄是 65 岁，最小 45 岁，平均（55.49±1.44）岁；另一组中男性占比分别是 60.00%、40.00%，最大年龄是 65 岁，最小 45 岁，平均（55.53±1.41）岁；纳入两组急性脑卒中伴吞咽功能障碍患者一般资料呈正比（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：①洼田饮水试验≥3 级；②确证为急性脑卒中^[3]；③一般资料齐全。

排除标准：①存在重大功能脏器衰竭；②合并具有严重的消化道应激性反应；③合并具有智力障碍。

1.2 方法

文中对于参照组中主要以传统饮食，在营养科医师指导之下调配饮食，主要食物包含牛奶、肉汤、豆浆、稀饭、鸡蛋、淀粉等。而研究组中为患者提供早期用配方型肠内营养，在进行留置胃管鼻饲，肠内营养支持治疗（能全力），经鼻胃管喂养，适当将其头部抬高，前 2d 用半量，输注速度是 50~70ml/h，若是喂养反应无异常可逐渐增加至全量，输注速度在 100~125ml/h，每次进食的含量应该选择在 2.5ml，随着吞咽功能改善逐渐提高至 10 至 15ml。

1.3 观察指标

观察对比治疗前后患者营养指标、NIHSS 评分、并发症、致残率、生存率。（1）关于营养指标文中从通过抽取静脉血对患者前白蛋白（PA）、血清白蛋白（ALB）、血红蛋白（HB）检测，同时对上臂肌围（AMC）测量。（2）对患者并发症，文中主要从肺部感染、便秘、腹泻方面进行观察对比。

1.4 统计学处理

采用 SPSS24.0 统计分析软件，符合正态分布的计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，两组间对比用 t 检验，计数资料以率表示，两组间比较以 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者间 ALB、PA、HB、AMC 指标及 NIHSS 评分对比

表 1 对比治疗前后患者间 ALB、PA、HB、AMC 指标及 NIHSS 评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

指标		参照组	研究组	t	P
ALB (g/L)	治疗前	38.25±2.55	38.10±2.47	0.174	0.852
	治疗后	32.82±2.11 [#]	35.85±1.44 ^{#*}	4.508	0.001
PA (mg/L)	治疗前	198.25±32.14	198.44±32.59	0.015	0.987
	治疗后	145.77±20.14 [#]	157.02±20.55 ^{#*}	2.859	0.001
HB (g/L)	治疗前	135.48±15.20	135.40±15.18	0.013	0.989
	治疗后	119.20±10.58 [#]	127.45±5.44 ^{#*}	2.582	0.001
AMC (cm)	治疗前	25.53±3.11	25.48±3.25	0.128	0.898
	治疗后	20.55±2.30 [#]	22.79±2.41 ^{#*}	2.504	0.001
NIHSS 评分	治疗前	15.44±1.22	15.53±1.35	0.030	0.975
	治疗后	13.85±2.47 [#]	10.53±2.10 ^{#*}	3.978	0.001

注：[#]代表和治疗前对比 $P < 0.05$ ；*代表和参照组对比 $P < 0.05$

对比治疗前 ALB、PA、HB、AMC 指标及 NIHSS 评分, 无差异 ($P > 0.05$), 治疗后降低, 其与治疗前对比 $P < 0.05$, 组间对比以研究组 ALB、PA、HB、AMC 指标高于参照组, 而 NIHSS 评分低于参照组, 见表 1:

2.2 并发症发生率、致残率、生存率的结果

两组并发症发生率、致残率数据对比 $P < 0.05$, 生存率对比 $P > 0.05$, 详情见表 2:

表 2 对比参照组、研究组间并发症发生率、致残率、生存率

[n (%)]				
指标	参照组 (n=15)	研究组 (n=15)	χ^2	P
并发症				
肺部感染	1 (6.67)	0 (0.00)		
便秘	2 (13.33)	0 (0.00)	5.000	0.001
腹泻	1 (6.67)	0 (0.00)		
致残率	9 (60.00)	1 (6.67)	9.000	0.001
生存率	11 (73.33)	14 (93.33)	2.100	0.414

3 讨论

脑卒中具有发病率高、致残率高、死亡率高的特点, 营养风险发生率在 45.5% ~ 70.4%^[4-5]。因意识障碍或吞咽功能受损无法摄入足够的营养与热量, 机体又因过渡急性应激反应处于高代谢分解的状态, 能量消耗大。合并吞咽功能障碍的卒中患者应在早期进行肠内营养, 符合人体正常营养物质吸收的生理过程, 有利于黏膜屏障功能恢复与维持, 同时可刺激黏膜腺体功能恢复与促进营养成分的吸收。代允义研究报道^[6], 文中通过为患者提供不同肠内营养支持, 针对其效果进行分析, 显示出以研究组治疗后 ALB、PA、HB、AMC 相对高于参照组, 分别上升约 3.02、21.25、8.25、2.24; NIHSS 评分低于参照组, 低于治疗后参照组约 3.33 分。另外, 患者生存率高, 致残率低。由于急性脑卒中机体处于高代谢的状态, 消化道吸收功能障碍, 合并吞咽障碍时又不能摄入足够的营养与热量而导致营养状况降低, 通过早期的肠内营养支持, 虽无法完全满足应激高分解代谢状态下的营养需求, 但早期

规范的肠内营养支持仍能在一定程度上改善胃黏膜屏障功能, 促使胃肠内流动力学的改变, 促使胃肠蠕动, 进而有利于营养物质的吸收和摄取。故以研究组各营养指标高于参照组, 改善了神经功能, 降低了并发症的发生, 因营养不良可降低脑卒中免疫功能而导致感染的发生, 肠内营养液中含人体需要的维生素、氨基酸、葡萄糖等, 从而能较好的改善患者营养状况, 提高其免疫力, 从而降低感染的发生。

综上所述, 通过应用配方型肠内营养支持后营养状况、神经功能均改善, 同时并发症发生率低, 提高了患者生存质量, 缩短住院时间等, 值得临床推广应用。但本文尚存在一定不足, 例如样本量过少, 研究时间短等, 有待大样本验证。在未来可进一步扩大样本量, 扩充研究时间, 以进一步提高研究效果。

【参考文献】

- [1] 罗阿兰, 张慧敏, 程美芳, 等. 肠内营养支持对急性脑卒中伴吞咽障碍患者疗效的 Meta 分析[J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(21):4502-4510.
- [2] 代允义, 路文革, 张建平, 等. 肠内营养对急性脑卒中伴吞咽障碍患者短期预后的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(6):12-14.
- [3] 栗晓宏, 张燕青. 急性脑卒中后吞咽障碍患者早期肠内营养支持的临床分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(6):771-772.
- [4] 陈美华, 李妍, 张敏, 等. 早期序贯性肠内营养支持护理对急性脑卒中伴吞咽困难患者营养指标及感染发生率的影响[J]. 临床护理杂志, 2017, 16(5):14-16.
- [5] 刘继红(综述), 秦燕(审校). 营养支持在脑卒中伴吞咽障碍患者中的研究进展[J]. 重庆医学, 2016, 45(21):3007-3009.
- [6] 张蓓, 李怀苏, 兰琳. 早期肠内营养对急性脑卒中合并吞咽困难患者康复的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2015, 12(3):112-113, 114.

(上接第 12 页)

【参考文献】

- [1] 徐谭. 边支球囊保护技术应用于冠状动脉分叉病变介入治疗中的效果观察[J]. 医学理论与实践, 2022, 31(08):1141-1142.
- [2] 陈宗宁, 赵渊, 庄莉. TAP 技术与单支架治疗冠状动脉分叉病变的中期效果对比[J]. 现代仪器与医疗, 2022,

24(01):32-33.

- [3] 杨长宝, 郑海军. 边支血管主动球囊保护技术在冠状动脉分叉病变介入治疗中的应用分析[J]. 临床放射学杂志, 2021, 35(05):778-781.
- [4] 丁立成, 王继群, 石磊, 等. 冠状动脉分叉病变介入治疗策略及技术[J]. 中国老年学杂志, 2022, 36(06):1530-1533.

(上接第 13 页)

两组术后三天 VAS 评分低于术后当天, 组内有统计学意义 ($P < 0.05$), 术后当天组间无统计学意义 ($P > 0.05$), 术后三天组间有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

随着相关手术技术的日趋革新, 高频电刀在实际应用的合理性与安全性已经得到了大幅度的改善^[4]。但是由于高频电刀完全无限制甚至是错误的应用, 使患者的肌体组织在手术过程中受到严重损伤, 使手术切口相关并发症的发生率水平显著提升^[5]。通过进行本次研究, 可以充分说明, 疝气手术患者采用高频电刀技术, 能够在短时间内保证切口达到理想的愈合效果, 减轻疼痛, 缩短住院治疗时间。

【参考文献】

- [1] 张自英. 人文关怀在妇科腹腔镜手术患者护理中的应用[J]. 基层医学论坛, 2021, 33(15):1909-1911.
- [2] 王秀英, 孙洪波, 王秀荣. 术前术后访视在整体护理中的重要性[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 8(21):72-73.
- [3] 姚竞智, 徐洪全, 王贻东, 等. 不同方式无张力疝修补术治疗腹股沟疝气的临床疗效分析[J]. 中国当代医药, 2022, 20(5):31-32.
- [4] 佟金珠, 齐淑兰. 高频电刀影响切口延期愈合的原因分析及预防[A]. 第三届全国铁路护理学术交流会论文集, 2022, 24(6):103-105.
- [5] 苏仕功, 任伍保, 高成钢, 等. 高频电刀对胆囊切除手术切口脂肪液化影响的临床研究[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2021, 34(05):7-10.