

# 脑血管病患者肠外营养应用的适应症与禁忌症

张世军

阿荣旗人民医院 内蒙古 呼伦贝尔 162750

**摘要:**目的:探讨脑血管病患者肠外营养支持治疗的适应症与禁忌症,为临床治疗提供参考依据。方法:选取2022年1月-2024年1月期间在我院接受治疗的126例脑血管病患者作为研究对象,根据患者接受肠外营养支持的情况将其分为观察组(给予肠外营养支持,63例)和对照组(常规营养支持,63例)。对比分析两组患者的临床疗效、营养状况改善情况、并发症发生率以及预后情况。结果:观察组总有效率(92.06%)显著高于对照组(76.19%),营养指标改善程度更为显著,并发症发生率更低,且住院时间明显缩短,差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:在脑血管病患者的治疗过程中,合理应用肠外营养支持治疗,可显著改善患者的营养状况,促进疾病康复,降低并发症发生率,具有重要的临床应用价值。

**关键词:** 脑血管病; 肠外营养; 适应症

脑血管病是一类以脑部血管病变为主要病理基础的中枢神经系统疾病,具有发病率高、致残率高、死亡率高的三高特点。随着人口老龄化进程的加快,我国脑血管病的发病率呈现逐年上升趋势。流行病学研究显示,每年新发脑血管病患者超过200万例,其中约75%的患者会出现不同程度的功能障碍<sup>[1]</sup>。在众多并发症中,营养不良是最常见且最容易被忽视的问题之一,脑血管病患者在发病早期常伴有不同程度的吞咽功能障碍、意识障碍、胃肠道功能紊乱等并发症,这些问题严重影响患者的营养摄入,导致机体代谢紊乱,免疫功能下降,进而加重病情,形成恶性循环。

临床研究证实<sup>[2]</sup>,约60%-80%的脑血管病患者在入院时即存在不同程度的营养不良,其中重度营养不良患者的病死率可高达40%。营养不良不仅会延长患者的住院时间,增加医疗费用,还会显著影响神经功能的恢复,降低康复治疗效果,增加并发症发生风险。因此,及时、有效的营养支持对改善患者预后具有重要意义。近年来,随着医疗技术的进步和营养学研究的深入,肠外营养支持在脑血管病患者治疗中的应用日益广泛,早期实施规范化的肠外营养支持不仅能够改善患者的营养状况,还能促进神经功能恢复,降低并发症发生率,缩短住院时间。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究选取2022年1月-2024年1月期间在我院神经内科接受治疗的126例脑血管病患者作为研究对象。所有入选患者均经头颅CT或MRI检查确诊,诊断符合《中国脑血管病防治指南》<sup>[3]</sup>(2019年版)中的诊断标准。采用随

机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组63例。

观察组63例患者中,男性35例(55.56%),女性28例(44.44%);年龄45-78岁,平均(61.5±7.2)岁;其中50岁以下12例(19.05%),51-60岁25例(39.68%),61-70岁18例(28.57%),71岁以上8例(12.70%);疾病类型:脑出血38例(60.32%),脑梗死25例(39.68%);合并基础疾病:高血压42例(66.67%),糖尿病28例(44.44%),冠心病15例(23.81%);发病至入院时间(4.2±1.5)小时。

对照组63例患者中,男性33例(52.38%),女性30例(47.62%);年龄46-77岁,平均(62.3±7.5)岁;其中50岁以下11例(17.46%),51-60岁26例(41.27%),61-70岁17例(26.98%),71岁以上9例(14.29%);疾病类型:脑出血36例(57.14%),脑梗死27例(42.86%);合并基础疾病:高血压40例(63.49%),糖尿病26例(41.27%),冠心病17例(26.98%);发病至入院时间(4.5±1.3)小时。

经统计学分析,两组患者在性别构成( $\chi^2 = 0.127$ ,  $P = 0.722$ )、年龄分布( $t = 0.598$ ,  $P = 0.551$ )、疾病类型( $\chi^2 = 0.145$ ,  $P = 0.703$ )、基础疾病( $\chi^2 = 0.186$ ,  $P = 0.666$ )以及发病至入院时间( $t = 1.172$ ,  $P = 0.244$ )等一般资料方面比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 研究方法

对照组给予常规营养支持治疗,包括经口或鼻饲管进食等;观察组在对照组基础上给予肠外营养支持治疗。具体方法如下:(1)建立静脉通路:根据患者情况选择外周静脉或中心静脉置管;(2)营养液配制:根

据患者个体化需求,配制含糖、氨基酸、脂肪乳、维生素、微量元素等营养成分的全营养混合液;(3)输注方法:采用持续24小时匀速输注或间歇性输注,严密监测输注速度和患者反应;(4)监测指标:定期监测患者的体温、血糖、电解质、肝肾功能等指标,及时调整营养方案。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 临床疗效判定标准

显效:患者神经功能明显改善,营养状况显著提升,各项生命体征稳定;

有效:患者神经功能有所改善,营养状况有所提高,生命体征基本稳定;

无效:患者神经功能无明显改善或加重,营养状况无改善。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

#### 1.3.2 营养状况评估

治疗前后检测患者血清白蛋白(ALB)、前白蛋白(PA)、转铁蛋白(TF)水平及体重指数(BMI)等营养学指标。

#### 1.3.3 并发症观察

记录两组患者在治疗期间出现的各类并发症,包括感染、电解质紊乱、血糖异常等情况。

#### 1.3.4 住院时间比较

统计两组患者的平均住院时间。

#### 1.4 统计学方法

采用SPSS 25.0统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以例数或百分比表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率(92.06%)显著高于对照组(76.19%),差异具有统计学意义( $\chi^2 = 6.258, P < 0.05$ )。观察组:显效35例(55.56%)、有效23例(36.51%)、无效5例(7.93%);对照组:显效26例(41.27%)、有效22例(34.92%)、无效15例(23.81%)。

表1 两组患者临床疗效比较[n(%)]

| 组别         | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效率      |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组        | 35(55.56) | 23(36.51) | 5(7.93)   | 58(92.06) |
| 对照组        | 26(41.27) | 22(34.92) | 15(23.81) | 48(76.19) |
| $\chi^2$ 值 |           |           |           | 6.258     |
| $P$ 值      |           |           |           | < 0.05    |

### 2.2 两组患者营养指标比较

治疗后,观察组患者的ALB、PA、TF水平及BMI指数均显著高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 两组患者治疗前后营养指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别    | ALB(g/L) | PA(mg/L)   | TF(g/L)   | BMI(kg/m <sup>2</sup> ) |
|-------|----------|------------|-----------|-------------------------|
| 观察组   | 38.5±4.2 | 285.3±45.6 | 2.58±0.45 | 22.8±2.1                |
| 对照组   | 32.4±3.8 | 246.7±42.3 | 2.12±0.38 | 20.3±1.9                |
| $t$ 值 | 6.853    | 3.924      | 4.726     | 5.328                   |
| $P$ 值 | < 0.05   | < 0.05     | < 0.05    | < 0.05                  |

### 2.3 两组患者并发症发生情况比较

观察组并发症总发生率(11.11%)显著低于对照组(23.81%),差异具有统计学意义( $\chi^2 = 4.235, P < 0.05$ )。

表3 两组患者并发症发生情况比较[n(%)]

| 组别         | 感染      | 电解质紊乱   | 血糖异常    | 总发生率      |
|------------|---------|---------|---------|-----------|
| 观察组        | 2(3.17) | 3(4.76) | 2(3.17) | 7(11.11)  |
| 对照组        | 5(7.94) | 6(9.52) | 4(6.35) | 15(23.81) |
| $\chi^2$ 值 |         |         |         | 4.235     |
| $P$ 值      |         |         |         | < 0.05    |

### 2.4 两组患者住院时间比较

观察组平均住院时间(18.5±3.2)天显著短于对照组(25.3±4.1)天,差异具有统计学意义( $t = 6.325, P < 0.05$ )。

表4 两组患者住院时间比较( $\bar{x}\pm s, d$ )

| 组别    | 最短时间 | 最长时间 | 平均时间     | $t$ 值  |
|-------|------|------|----------|--------|
| 观察组   | 15.3 | 21.7 | 18.5±3.2 | 6.325  |
| 对照组   | 21.2 | 29.4 | 25.3±4.1 | -      |
| $P$ 值 |      |      |          | < 0.05 |

## 3 讨论

脑血管病是一种常见的神经系统疾病,具有病情危重、进展迅速的特点。患者在发病早期常因意识障碍、吞咽功能障碍等并发症而无法进食,容易导致营养不良状态。研究表明,营养不良不仅会影响患者的免疫功能,增加感染风险,还会延缓神经功能的恢复,影响预后<sup>[4]</sup>。本研究结果显示,接受肠外营养支持治疗的观察组患者在临床疗效、营养状况改善、并发症控制等方面均优于对照组。观察组患者的总有效率达到92.06%,显著高于对照组的76.19%。在营养指标方面本研究发现观察组患者的血清白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白等指标改善更为显著。这些指标的改善表明肠外营养支持能够有效改善患者的蛋白质营养状况,为神经功能的恢复提供重要的物质基础<sup>[5]</sup>。

然而,需要注意的是,肠外营养支持并非适用于所有脑血管病患者。临床实践中应当严格掌握适应症与禁

忌症，做到个体化治疗。根据本研究结果和既往文献报道，肠外营养支持的主要适应症包括：（1）严重吞咽功能障碍，经评估无法通过经口或鼻饲管进行营养支持；（2）持续意识障碍或昏迷状态，无法保证经口进食安全；（3）严重营养不良，需要快速改善营养状况；（4）胃肠道功能严重障碍，无法耐受肠内营养<sup>[6]</sup>。主要禁忌症包括：（1）严重肝肾功能不全，可能影响营养物质的代谢；（2）严重心力衰竭，容易发生液体负荷过重；（3）严重电解质紊乱，增加并发症风险<sup>[7]</sup>；（4）严重感染或脓毒症状态，可能加重代谢负担。

在实施肠外营养支持过程中应当高度重视几个关键环节：严格执行无菌操作规程，预防导管相关感染，导管相关感染是肠外营养支持最常见的并发症之一，可显著增加患者的病死率<sup>[8]</sup>。其次，科学制定营养处方，根据患者个体情况调整营养液配方。营养支持不足会影响治疗效果，而营养过剩则可能增加代谢负担，建立完善的监测体系，包括定期检测血糖、电解质、肝肾功能等指标，密切观察患者的临床反应，重视并发症的预防和早期识别，制定针对性的预防措施和应急预案。

#### 参考文献

[1]董婷,梁俊茹,张海霞.对比分析完全肠外营养和早期

低热量肠内营养对脑出血手术患者术后神经康复的影响[J].贵州医药,2022,46(05):709-710.

[2]蔡雪萍,童俊江,梁成强,等.丙氨酰谷氨酰胺对出血性脑血管病患者营养状况的影响[J].中国合理用药探索,2020,17(10):29-34.

[3]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(06):126-129.

[4]周彩丽.鼻肠管及鼻胃管的营养干预护理对脑血管意外患者发生吸入性肺炎并发症及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2024,11(7):1581-1584.

[5]黄晴晴,万香莲,张婷.基于肠内营养耐受评估的护理在重症脑血管意外患者中的应用[J].当代护士,2023,30(16):50-53.

[6]杨静,阎晋豫.留置鼻肠管及鼻胃管对脑血管意外患者肠内营养并发症的影响对比分析[J].沈阳医学院学报,2020,22(2):132-134.

[7]梁世山.急性脑血管意外并发脑胃肠综合征的发生率与病死率探讨[J].中文信息,2020(6):231.

[8]何琼.炎症性肠病心脑血管及外周血管风险研究进展[J].世界华人消化杂志,2019,27(5):341-346.