

渐进高速间断喂养法对危重症患者营养状况及生活质量的影响

温存宁

邯郸市第一医院 邯郸市 056002

摘要:目的:探讨渐进高速间断喂养法对危重症患者营养状况及生活质量的影响。方法:选择2020年1月至2020年1月在本院急诊监护收治的118例危重症患者为研究对象,采用随机数字表法,分为试验组与对照组,每组59例。对照组行匀速持续喂养,试验组行渐进高速间断喂养。比较两组患者干预前后营养状况、生活质量及并发症发生率的差异。结果:干预2周后,试验组患者血清总蛋白(TP)、血清白蛋白(ALB)、血清前白蛋白(PA)分别为(68.37±3.03)g/L、(37.06±2.08)g/L和(255.15±33.03)mg/L,均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组患者生活质量各项评分高于对照组($P < 0.05$);两组并发症发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:采用渐进高速间断喂养法完成危重症患者的营养治疗,无并发症,提高生活拮,提高患者满意度。

关键词:渐进高速间断喂养法;危重症患者;营养状况;生活质量;影响

引言

营养支持治疗尤其是肠内营养是重症监护病房危重症患者集束化治疗的重要组成部分^[1]。2019年欧洲临床营养与代谢学会ICU临床营养指南提出,不能经口进食的危重症成年患者应尽早开始经胃肠道营养(48h内)。ENFI的概念最早由Norton等提出,目前比较公认的ENFI定义为肠内营养过程中出现的各种胃肠道不良反应(如呕吐、高胃残余量、腹泻、胃肠出血)而导致的肠内营养暂停或中止,或72h内不能通过肠内途径达到每日20kcal/kg(1kcal = 4.184kJ)的热量目标。ENFI是ICU鼻饲喂养患者常见的住院并发症,发生率为2%~75%,喂养后第3天不耐受发生率高达高峰,住院病死率约30.8%。ENFI直接影响胃肠道营养的摄入,影响危重症患者全身治疗,最终与患者不良预后相关。既往ENFI通常结合临床症状进行判断,存在较大主观偏倚,且缺乏统一规范^[2]。现就近年国内外ICU对危重症患者ENFI临床评估的手段进行综述,旨在为重症患者肠内营养管理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年1月至2020年1月在本院急诊监护收治的118例危重症患者为研究对象,采用随机数字表法,分为试验组与对照组,每组59例。两组患者性别、年龄、急性生理与慢性健康评分(APACHE II)等一般资料进行比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

纳入标准:①年龄 ≥ 18周岁者;②经口进食困难者;③营养风险NRS2002评分 > 3分者;④血流动力学水平稳定者;⑤无肠内营养禁忌证者。

排除标准:①ICU入住时间 < 14d者;②精神病史者;③妊娠期或哺乳期妇女;④合并消化系统器质性病变者;⑤床头抬高受限者;⑥消化道出血者;⑦顽固性呕吐或腹泻者;⑧由其他原因造成肠内营养中断者。本研究经医院伦理委员会审核批准。

1.2 方法

对照组采取常规喂养。试验组采取渐进高速间断喂养,具体内容如下:具体措施:(1)成立序贯营养护理小组:由ICU护士长担任小组组长,将所有床位护士集中起来进行序贯营养的培训,主要是向护理人员讲解有关序贯营养的主要原理、目的、核心理念及主要的护理措施等,确保每名护理人员都能掌握序贯营养护理的方法,在培训结束后需要对所有护理人员进行考核,使护理人员更好地为患者进行服务;另外也要向患者讲解有关机械通气的相关方法,告知机械通气与营养之间的关系,确保合理使用机械通气^[3]。(2)营养状况评估:临床药师根据营养风险筛查评分简表(NRS2002)标准,对干预患者进行营养风险筛查,结合临床及患者实际协助医师制定个体化营养支持方案。(3)肠内营养:主要是对患者采用肠内营养,肠内营养是根据患者的状况进行评估后行机械通气,患者在进行机械通气12h后进行肠内营养,满足患者营养需求量的20%~50%开始,随后根据患者的耐受程度,逐渐增加至全量,营养液与对照组相同,均采用

通讯作者:温存宁,1986年6月,女,汉族,肥乡区人,就职于邯郸市第一医院,护理本科,主管护师

能全力,注意在输注营养液时多采用间歇滴注,注射速度先慢后快,营养液的浓度先稀后浓,定期检查患者胃潴留情况,根据胃潴留情况随时调整输注的速度。(4)肠外营养,密切观察患者反应。鼻饲患者建议使用肠内营养输注泵控制速度,鼻饲剂量应控制在20~30mL/h。为患者提供维生素、蛋白质、葡萄糖等微量元素。肠内营养支持的患者,将食糜和营养液经过胃管输入到患者的胃部,根据患者的实际恢复情况来调整营养物质的摄入量^[4]。经鼻胃管或鼻腔肠管的患者,给予短肽型肠内营养治疗,若碳水化合物缺乏,需要及时利用糊精予以补充。如果患者的脂肪消化吸收不良,调整链甘油三酯比率。在患者提供营养支持过程中,调整营养液的温度,避免温度降低,可以使用恒温夹对营养液加温,使营养

液的温度维持在38~40℃。

1.3 统计学方法

采用SPSS22.0对研究对象采集的数据进行分析处理,计量数据采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示;计数资料采用%表示,使用 χ^2 对数据进行校检; $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者营养状况比较

两组患者干预前TP、ALB、PA水平的差异无统计学意义($P > 0.05$),干预2周后,两组各营养指标均高于干预前,试验组干预2周后TP、ALB、PA水平均高于对照组($P < 0.05$),两组患者干预前与干预2周后TP、ALB、PA水平的差值进行比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者干预前后营养状况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	TP(g/L)			ALB(g/L)			PA(mg/L)		
		干预前	干预2周后	差值	干预前	干预2周后	差值	干预前	干预2周后	差值
试验组	59	61.28 ± 2.71	68.37 ± 3.63 ^①	7.09 ± 0.92	31.77 ± 2.18	37.06 ± 2.78 ^①	5.29 ± 0.60	172.39 ± 31.37	255.15 ± 40.03 ^①	82.76 ± 8.66
对照组	59	61.05 ± 2.53	62.39 ± 2.75 ^①	1.34 ± 0.22	31.53 ± 1.96	32.59 ± 2.12 ^①	1.06 ± 0.16	172.58 ± 30.17	197.05 ± 35.06	24.55 ± 4.89
<i>t</i> 值		0.477	10.086	46.691	0.629	9.821	52.324	-0.034	8.387	44.958
<i>P</i> 值		0.635	<0.001	<0.001	0.531	<0.001	<0.001	0.973	<0.001	<0.001

注:TP为血清总蛋白,ALB为血清白蛋白,PA为血清前白蛋白;与组内干预前相比,① $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者生活质量比较

两组患者干预前生活质量评分差异无统计学意义($P > 0.05$),试验组干预2周后生活质量各项评分均高于对照

组($P < 0.05$),两组患者干预前与干预2周后生活质量各项评分的差值进行比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者干预前后生活质量比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	物质功能			躯体功能			社会功能			心理功能		
		干预前	干预2周后	差值	干预前	干预2周后	差值	干预前	干预2周后	差值	干预前	干预2周后	差值
试验组	59	58.22±	72.33±	14.11±	57.17±	68.61±	11.44±	60.03±	71.14±	11.11±	58.33±	70.47±	12.14±
		6.48	9.71 ^①	3.23	6.24	7.04 ^①	0.80	7.01	8.15 ^①	1.14	6.61	8.84 ^①	2.23
对照组	59	58.17±	63.81±	5.64±	57.02±	61.52±	4.50±	59.04±	64.47±	5.43±	58.27±	63.31±	5.04±
		6.35	7.49 ^①	1.14	6.15	6.55 ^①	0.40	6.95	7.89 ^①	0.94	6.59	7.62 ^①	1.03
<i>t</i> 值		0.042	5.337	18.994	0.132	5.664	59.599	0.770	4.517	29.528	0.049	4.712	22.202
<i>P</i> 值		0.966	<0.001	<0.001	0.896	<0.001	<0.001	0.443	<0.001	<0.001	0.961	<0.001	<0.001

注:与组内干预前相比,① $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者并发症发生率比较

两组患者并发症发生率进行比较,差异无统计学意

义($P > 0.05$)。见表3。

表3 两组患者并发症发生率比较 [例(%)]

组别	例数	误吸	吸入性肺炎	返流	胃潴留	腹泻	腹胀	便秘	堵管
对照组	59	5(8.47)	3(5.08)	5(8.47)	7(11.86)	13(22.03)	7(11.86)	8(13.56)	4(6.78)
试验组	59	3(5.08)	2(3.39)	6(10.17)	9(15.25)	15(25.42)	9(15.25)	6(10.17)	5(8.47)
χ^2 值		0.134 ^①	<0.001 ^①	0.100@	0.289	0.187	0.289	0.324	0.12 ^①
<i>P</i> 值		0.714	0.648	0.752	0.591	0.665	0.591	0.569	0.729

注:①为校正 χ^2 检验。

3 讨论

据相关的研究报道显示在早期进行肠内营养干预,可以提升消化液的分泌量,提高胆囊收缩与胃肠蠕动的功能,提高消化道黏膜的血液供应,进而避免出现黏膜坏死、消化溃疡等病症的出现,预防相关感染病症的出现^[5-6]。同时也可以在很大程度上维系肠外的水电解质平衡,对于患者的身体的恢复大有裨益^[7-8]。

结束语

综上所述,通过喂养干预治疗的患者,其肠内营养的耐受性较高,不易在治疗期间发生不良的症状,且治疗成本较低、恢复较快。危重症患者应用早期喂养,可以较为有效的提高患者的养耐受性,在治疗的过程中有较高的安全性,可以到良好的效果,这对于患者后续的生活和治疗有着重大的作用与意义。

参考文献

[1]周水鑫,倪花,丁俊华.渐进高速间断喂养法对危重症患者营养状况及生活质量的影响[J].安徽医学,2020,43(03):341-344.

[2]金珊珊,王蕊,陆健.危重症患者肠内营养喂养不耐受

临床评估研究进展[J].医学综述,2020,28(06):1127-1132.

[3]刘志丹,高健,杨芳杰,李明珠,孟丽丽,徐征,郭颖.危重症患者应用早期幽门后喂养对肠内营养不耐受症状的影响及临床效果[J].中国煤炭工业医学杂志,2020,25(01):104-107.

[4]田小霖,宋玮,夏耿红,谭楚红,尹愨.肠内营养对神经危重症患者肠道微生态影响的研究进展[J].中华危重病急救医学,2020,33(11):1393-1396.

[5]陆雪梅,陈兰.改良危重症营养风险评分在老年危重症患者中的应用[J].上海交通大学学报(医学版),2020,42(01):16-20.

[6]胡爱萍,向明芳,张萱,杨双.危重症患者肠内营养相关性腹泻的研究进展[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2020,8(05):552-557.

[7]朱研,许媛.危重症患者早期肠内营养供给量的研究进展[J].中华重症医学电子杂志(网络版),2020,7(03):258-262.

[8]李建华,马燕.渐进高速间断喂养法对危重症患者的应用效果研究[J].成都医学院学报,2019,14(06):800-802.