

急性重症脑梗患者行早期肠内营养支持对其营养指标、内分泌功能的影响

李 红

内蒙古鄂尔多斯东胜区人民医院 内蒙古 鄂尔多斯市 017000

摘要：目的：探讨早期应用肠内营养对急性重症脑梗死患者预后的影响并分析其原因。方法：收集2020年15月至2021年8月于我院院收治的急性重症脑梗死患者50例为研究对象，采用随机数字法将患者分成试验组和对照组，每组25例。对照组给予常规营养支持，试验组给予早期肠内营养支持，观察两组患者的营养状况及生理指标，并比较其并发症发生情况。结果：试验组患者血清白蛋白（ALB）、血红蛋白（HB）、卒中量表（NIHSS）、日常生活能力（ADL）评分均明显高于对照组，其中ADL分值差超过20分，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；干预前，两组NIHSS评分比较差异无统计学意义；干预后，试验组NIHSS评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；干预前两组患者内分泌功能指标评价差异不具有统计学意义（ $P > 0.05$ ），干预第14d试验组患者FT3、FT4水平平均高于对照组，而TSH水平平均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：早期肠内营养支持对急性重症脑梗死患者的疗效显著，且并发症少，能有效补充人体所需营养，提高生活质量，且治疗过程安全可靠，值得广泛推广。

关键词：期肠内营养支持；急性重症脑梗死患者；临床分析

引言

脑出血是一种非外伤性脑实质内血管破裂而导致的出血，具有发病急、病情重、合并意识障碍、无法自主进食等特点。当发生急性重症脑出血时，患者会出现神经障碍与意识障碍等，导致其无法正常进食，极易引起自体免疫功能与代谢功能紊乱，造成蛋白质被过度分解，出现机体营养失衡。当发生营养失衡，不利于患者预后和康复。因此，维持患者机体营养平衡具有重要意义。以往临床常采用肠外营养支持方式补充营养，但该方法主要通过静脉补充营养物质，并未经过胃肠道吸收，导致胃肠道蠕动少，这不仅会影响机体对营养液的充分吸收，还会影响其胃肠道功能。然而，早期肠内营养支持是近年来被广泛应用于临床的一种营养支持方法，据相关研究表明，将该方法应用于脑出血患者效果显著。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2020年15月至2021年8月于我院院收治的急性

重症脑梗死患者50例为研究对象。按照随机数字表法将研究对象分为试验组和对照组，每组25例。试验组患者给予早期肠内营养支持，对照组患者给予常规营养支持。试验组男10例，女15例，年龄51~82岁，中位年龄67.51岁；对照组男20例，女5例，年龄53~82岁，中位年龄67.32岁。两组年龄、性别的基线资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）符合上述有关急性脑梗死的诊断标准；（2）首次发病，无脑血管疾病史；（3）患者或家属均了解本研究目的，并签署知情同意书。

排除标准：（1）有颅脑出血史或有出血倾向者；（2）合并心、肝、肾等脏器器质性损害者；（3）精神异常者；（4）无法有效配合治疗者。

1.2 方法

两组患者均给予脑梗死标准治疗。肠内营养：经鼻饲管进行，商品名为瑞素（华瑞制药有限公司，国药准字：H120020588，规格500 mL），含蛋白质19 g，脂肪17 g，饱和脂肪酸8 g，不饱和脂肪酸6.5 g，中链甘油三酯6 g，碳水化合物69 g，糖2.5 g；起始速度每小时30 mL泵入，每4~6 h增加一次，每次10 mL，直至2~3 d后增加至100~125 mL/h；第1天鼻饲量500 mL，随后每天增加500 mL，直至热量达到标准所需^[1]。早期营养组

通讯作者：李红，女，汉族，1984年10月，内蒙古鄂尔多斯市人，本科，内蒙古鄂尔多斯市东胜区人民医院，干部，主要研究方向：护理，邮箱：63012882@qq.com

在入院24~48 h内进行肠内营养,中晚期营养组患者在>48 h且<5 d内给予肠内营养。每天根据胃残余量评估患者肠内营养耐受情况,在最初进行肠内营养时连续评估6 h,每2 h进行一次胃排空测定,当胃残余量超过200 mL,停止鼻饲,当残余量<200 mL时在开始。对于早期不能耐受肠内营养的患者可辅助使用肠胃动力药,患者耐药后撤药^[2]。

1.3 评价指标

观察两组患者血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(HB)、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)、日常生活能力(ADL)等指标,并采用相应统计学软件进

行对比和分析;两组神经功能损伤情况比较;两组患者对比干预前后内分泌功能情况。

1.4 统计学方法

采用SPSS19.0统计学软件进行数据处理。定量资料采用 $(\bar{x}+s)$ 描述,两组间比较采用t检验;定性资料采取例数(%)描述,组间比较采用 χ^2 检验。检验水准 α 除特别说明外均设定为0.05。

2 结果

2.1 两组治疗后各项指标比较

经过营养干预后试验组各项指标明显好转,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 两组治疗后各项指标比较($\bar{x}+s, n=25$)

组别	ALB/(g/L)	HB/(g/L)	NIHSS/分	ADL/分
试验组	37.22±3.21	119.58±11.25	10.36±3.21	78.45±1.26
对照组	34.02±0.58	103.56±10.24	13.58±4.17	55.98±1.25
<i>t</i>	2.15	2.52	2.15	2.61
<i>P</i>	0.04	10.02	20.04	20.18

2.2 两组神经功能损伤情况比较

干预前,两组NIHSS评分比较差异无统计学意义;干

预后,试验组NIHSS评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组神经功能损伤情况比较($\bar{x}+s$,分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	25	25.42±4.22	21.09±4.06
试验组	25	25.38±4.20	14.57±3.59
<i>t</i> 值		0.05	8.51
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05

2.3 两组患者对比干预前后内分泌功能情况

干预前两组患者内分泌功能指标评价差异不具有统计

学意义($P>0.05$),干预第14d试验组患者FT3、FT4水平平均高于对照组,而TSH水平平均低于对照组($P<0.05$),见表3。

表3 两组患者对比干预前后内分泌功能情况($\bar{x}+s$)

组别	例数	TSH(μ IU/mL)		FT3(pg/mL)		FT4(ng/dL)	
		干预前	干预第14d	干预前	干预第14d	干预前	干预第14d
对照组	25	1.27±0.28	1.36±0.12	2.00±0.24	2.01±0.22	1.17±0.19	1.25±0.12
试验组	25	1.26±0.27	1.54±0.33	1.99±0.22	2.29±0.22	1.18±0.20	1.37±0.20
<i>T</i>		0.452	3.286	0.319	8.938	1.130	3.119
<i>P</i>		0.652	0.001	0.750	0.000	0.260	0.002

3 讨论

急性重症脑梗患者普遍存在意识障碍或者昏迷情

况,合并的延髓麻痹会导致其出现吞咽障碍等并发症。患者长期不能正常进食,以至于机体出现严重营养不

良。急性重症脑梗患者接受肠内营养支持可有效改善其机体营养状况，对长期营养不良造成的代谢紊乱进行纠正，促进患者内分泌功能恢复，减少不良反应出现。早期肠内营养指发病后 24~48 h 内开始的肠内营养，患者血液动力学相对稳定，无肠内营养禁忌证，严重酸碱、电解质失衡得到纠正。本次研究中纳入研究的患者均符合肠内营养指征，无肠内营养禁忌证。经鼻胃管途径是最常见的肠内营养途径，其优点是无误吸危险^[3]。

4 结束语

综上所述，急性重症脑梗患者接受早期肠内营养支持，可有效改善其机体营养状况，促进内分泌功能恢

复，利于增强治疗效果，该模式具有较高应用价值。

参考文献

[1]宿英英. 危重神经疾病患者的营养支持[J]. 内科急危重症杂志, 2019, 16(2): 62-64.

[2]夏萍, 史俏蓉, 霍永忠, 等. 欧洲营养风险筛查方法 NRS-2002 简介及应用现状[J]. 现代预防医学, 2019, 34(15): 2860-2861, 2866.

[3]邱斌, 邢小珍, 肖展翅, 等. 早期肠内营养支持治疗对重症脑出血患者免疫功能和预后指标的影响[J]. 临床与病理杂志, 2019, 35(4): 662-666.