

早期肠内营养护理用于急性脑出血患者护理中的作用研究

董丽红

甘肃省嘉峪关市中医医院 甘肃 嘉峪关 735100

摘要：目的：急性脑出血病情发展快速，不经规范性干预，死亡率极高，本研究选取此类患者，应用组间对照研究法探析早期肠内营养护理的作用，谨此探寻一种高效、安全的护理模式。**方法：**从本院急诊急救科2018年1月至2019年12月收治的急性脑出血患者中招募60例受试者，以营养护理形式分为均等的两组，30例/组，对照组执行静脉营养护理，观察组执行早期肠内营养护理，评价两组护理作用。**结果：**不同营养护理后，两组护理前后各营养及免疫功能指标、各SF-36维度评分差异显著，组间对比，观察组均更高；两组不良反应发生率相比，观察组更低($P<0.05$)。**结论：**急性脑出血患者通过早期肠内营养护理后可改善营养状况及免疫功能，安全性显著，且患者的生活质量高，临床作用突出。

关键词：早期肠内营养护理；急性脑出血；营养；免疫功能；生活质量

0 引言

作为非外伤导致的脑实质出血，急性脑出血属于急性脑血管病中死亡率最高的一类，一般50岁以上发病率高^[1]。该疾病的发生与高血压、动脉瘤、烟雾病等有一定关联，而酗酒、吸烟、超重等可增加发病风险^[2]。大部分患者没有前驱症状，在发病后表现出说话及理解困难、视觉障碍、运动障碍等症状，病情危重、发展快，在发病后需要及时接受救治^[3]。现目前，临床多采取药物及手术进行治疗，可降低病死率。但患者的治疗时间长，且多数伴有意识障碍，无法进行正常的经口进食，加之机体处于病理状态，消耗大，使得患者出现营养障碍，导致免疫力下降，发生感染的风险上升，不利于病情恢复。同时，对于急性脑出血患者来说，其预后与营养状况有着密切联系，若是营养不良，可导致预后不佳^[4]。因此，实施科学的营养支持措施对于提高急性脑出血患者治疗效果十分重要。现阶段，临床常用的营养支持方式包括肠内、肠外两类，但具体如何选择仍需进一步研究证实。鉴于此，本研究选取60例急性脑出血患者，重点分析早期肠内营养护理的作用，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从本院急诊急救科2018年1月至2019年12月收治的急性脑出血患者中招募60例受试者，以营养护理形式分为均等的两组，30例/组。对照组执行静脉营养护理，男女占比56.67% (17/30) /43.33% (13/30)，年龄30~59岁，平均 (45.75 ± 4.54) 岁；BMI: 18~26 kg/m²，平均 (24.25 ± 1.62) kg/m²，入院意识状态：意识清楚13.33% (4/30)、浅昏迷46.67% (14/30)、中度昏迷26.67% (8/30)、深度昏迷13.33% (4/30)，出血部位：基底节33.33% (10/30)、丘脑26.67% (8/30)、脑叶20.00% (6/30)、其他20.00% (6/30)，伴有合并症：是43.33% (13/30)、否56.67% (17/30)。观察组执行早期肠内营养护理，男女占比60.00% (18/30) /40.00% (12/30)，年龄31~60岁，平均 (45.62 ± 4.49) 岁；BMI: 19~27 kg/m²，平均 (24.32 ± 1.56) kg/m²，入院意识状态：意识清楚10.00% (3/30)、浅昏迷50.00% (15/30)、中度昏迷23.33% (7/30)、深度昏迷16.67% (5/30)，出血部位：基底节36.67% (11/30)、丘脑30.00% (9/30)、脑叶16.67% (5/30)、其他16.67% (5/30)，伴有合并症：是40.00% (12/30)、否60.00% (18/30)。两组资料相比较符合研究条件($P>0.05$)。

纳入标准：(1)临床检查确诊急性脑出血，存在面部或肢体麻木、头痛等症状；(2)具备完整的临床资料；(3)发病前无颅脑肿瘤等颅脑严重疾病；(4)已征得研究知情同意；(5)发病1d内入院；(6)有营养支持需求。

排除标准：(1)合并严重躯体或精神疾病；(2)存

在沟通障碍；(3)特殊期女性；(4)中途放弃治疗或转院；(5)入院前存在消化出血或应激性溃疡；(6)入院前存在严重营养不良表现。

1.2 方法

60例急性脑出血患者均接受生命体征监测，遵医嘱给予用药护理、功能锻炼等基础护理。

对照组：静脉营养护理，经过全面了解患者的身体状况，选择合适的静脉穿刺置管，实施全肠外静脉营养输注。营养制剂依据患者的营养需求选择，每日剂量50 mL/kg·d。在输注期间定期进行温生理盐水冲管，随着患者的病情变化更改营养输注剂量及种类，可经口进食时结束。

观察组：执行早期肠内营养护理，留置鼻胃管，观察位置、外露部分是否正常，及时进行调整。以肠内营养指南为指导，按照患者营养需求进行营养制剂调配，从低剂量、低速度开始，每1 L含800 kcal，热量在25~35 kcal/kg，蛋白质>1.2 g/kg。可先行输注适量糖盐水，20~30 mL/h，调整输注速度，观察患者的反应，如无不适应即可进行肠内营养输注。在输注前将营养制剂进行加温，约37℃~40℃，以20 mL/h的速度进行，随后逐渐提升速度，直至100~120 mL/h，并适量增加输注剂量，直至可满足患者的需求。为避免反流或误吸，可将床头抬高30°，在输注完成30 min后再恢复平卧体位。每间隔4 h需回抽胃内容物，观察其性质、重量等，若是出现潜血或超过200 mL应向医师汇报，以便及时采取处理措施。在输注结束后以温生理盐水冲管，保持导管畅通。密切观察患者是否存在不良反应，对于便秘者需采取腹部按摩，以加速肠道蠕动，腹泻者需确定是否为不耐受，及时调整剂量及滴速，并保护肛周皮肤。观察患者的恢复情况，可逐渐以鱼、瘦肉、蔬菜等制作营养制剂，为恢复经口进食打下基础。

1.3 观察指标

(1)营养及免疫功能指标对比，通过全自动生化分析仪、流式细胞仪等实验室检验手段进行测定。

(2)生活质量评分对比，观察依据为健康调查简表(SF-36)，涵盖8个维度，100分/维度，获取的分值高即该指标优。

(3)不良反应发生率。

1.4 统计学方式

应用SPSS 21.0软件对患者的研究数据进行计算，其中计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用t检验，计数资料采用(%)表示，采用 χ^2 检验，差异有统计学意义为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 对比两组营养及免疫功能指标对比

不同营养护理后，两组护理前后各营养及免疫功能指标差异显著，且组间对比，观察组各指标水平更高($P<0.05$)，见表1。

表 1 对比两组营养及免疫功能指标 ($\bar{x} \pm s$)

指标	内容	时间	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t	P
营养指标	总蛋白(g/L)	护理前	42.67±6.61	42.76±6.62	0.052	0.958
		护理后	61.01±8.32*	51.71±8.87*	4.188	0.000
	血清白蛋白(g/L)	护理前	24.21±3.58	24.24±3.61	0.032	0.974
		护理后	35.46±2.88*	31.05±1.88*	7.023	0.000
	血清前蛋白(g/mL)	护理前	153.86±18.76	154.82±18.75	0.198	0.843
		护理后	253.05±31.32*	217.81±26.72*	4.688	0.000
免疫功能指标	血红蛋白(g/L)	护理前	91.86±9.71	92.01±9.68	0.059	0.952
		护理后	106.35±3.56*	99.63±1.52*	9.509	0.000
	CD ₃ ⁺ (%)	护理前	47.80±5.24	48.01±5.18	0.156	0.876
		护理后	62.26±5.21*	53.20±5.96*	6.268	0.000
	CD ₄ ⁺ (%)	护理前	26.33±4.14	25.81±4.24	0.480	0.632
		护理后	33.26±4.21*	29.25±4.15*	3.715	0.000
	CD ₄ ⁺ /CD ₈ ⁺	护理前	1.31±0.25	1.29±0.27	0.297	0.767
		护理后	1.56±0.21*	1.41±0.14*	3.255	0.001

注：组内护理前后相比差异有统计学意义，*P<0.05。

2.2 对比两组生活质量评分对比

不同营养护理后，两组护理前后各 SF-36 维度评分差异显著，且组间对比，观察组更高 (P<0.05)，见表 2。

表 2 对比两组生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

维度	时间	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t	P
生理功能	护理前	52.71±4.34	53.69±4.35	0.873	0.386
	护理后	74.86±6.72*	63.73±5.25*	7.148	0.000
躯体疼痛	护理前	51.72±4.28	52.68±4.31	0.865	0.390
	护理后	75.98±6.22*	62.82±5.41*	8.743	0.000
情绪健康	护理前	53.59±5.37	54.62±5.35	0.744	0.459
	护理后	75.95±6.24*	63.86±5.52*	7.948	0.000
社交能力	护理前	51.16±5.52	51.81±5.23	0.505	0.614
	护理后	67.03±6.24*	56.78±5.48*	7.301	0.000
情感职能	护理前	55.63±5.63	56.02±5.52	0.292	0.770
	护理后	74.52±6.56*	67.57±6.27*	4.531	0.000
角色受限	护理前	57.35±5.26	56.94±5.41	0.342	0.795
	护理后	75.68±6.42*	64.85±5.74*	7.357	0.000
活力	护理前	48.36±4.36	48.96±4.28	0.537	0.592
	护理后	76.28±6.47*	63.02±6.15*	8.136	0.000
总体健康	护理前	55.22±5.21	55.27±5.13	0.037	0.970
	护理后	75.54±6.46*	68.53±6.15*	4.304	0.000

注：组内护理前后相比差异有统计学意义，*P<0.05。

2.3 对比两组不良反应发生率

不同营养护理后，观察组出现 1 例水电解质紊乱，1 例腹泻，1 例暗红色胃液，不良事件总计发生 3 例，发生率为 10.00% (3/30)。对照组出现 2 例水电解质紊乱，2 例吸入性肺炎，2 例胃液潜血，1 例大便潜血，3 例恶心呕吐，不良发应总计发生 10 例，发生率为 33.33% (10/30)。组间对比，观察组不良反应发生率更低 ($\chi^2=4.811$, P=0.028)。

3 讨论

3.1 急性脑出血患者接受早期肠内营养护理的必要性

急性脑出血患者多数伴有高血压、动脉硬化等疾病，可导致患者的神经功能受到影响，出现偏瘫、意识障碍等症状，严重影响着患者的生活质量^[5]。既往临床多采取降低颅内压、保护脑组织、控制出血等措施进行治疗，通常可降低患者的死亡率，减轻临床症状^[6]。但因疾病影响，患者的营养状况对病情恢复亦十分重要。患者在患病期间机体处于高代谢状态，需要足够的营养维持生理需求。同时，多数患者伴有吞咽功能障碍、意识障碍等，进食困难，难以获取到足够的营养支持，而患者在康复期间足够的营养支持可缓解脑水肿，改善营养状况，并提高免疫力，降低感染概率^[7]。既往的静脉营养支持可弥补患者营养支持不足的情况，维持机体代谢，但实际上，该营养支持形式对胃肠黏膜有不利影响，所输注

的营养物质经静脉进入体内，并未到达胃肠，久而久之胃肠黏膜可出现萎缩，不利于胃肠功能恢复，且可导致肠内菌群失衡，使得胃肠防御功能下降，可提高感染概率。因此，实施早期肠内营养护理十分必要。

3.2 早期肠内营养护理的优势分析

早期肠内营养护理经过鼻胃管将营养制剂输送至胃肠，再经肝脏处理形成机体所需物质输送至各个部位，以此满足机体营养需求。这一营养护理形式的优势主要在于：

(1) 经胃肠、肝脏等吸收营养物质，符合生理需求，更有利于患者身体康复。(2) 有助于促进胃肠菌群平衡，强化消化屏障，增强黏膜防御功能，以此降低感染风险。(3) 有助于刺激消化道激素分泌，以此促进消化，促进胃肠功能恢复。(4) 可缓解脑水肿，预防水电解质紊乱。(5) 在营养支持期间重视护理工作，加强导管管理，并依据患者需求进行营养支持方案调整，使之更加符合患者需求，并有助于提高营养支持的安全性。本研究中观察组实施早期肠内营养护理，对比后发现，两组营养及免疫功能指标均提高，但观察组更高，表明了该组营养护理可对患者的营养状况及免疫功能改善效果更加显著；两组各 SF-36 维度评分均提升，但观察组更高，表明了该组营养护理有助于提高患者的生活质量；观察组不良反应发生率低，表明该组营养护理模式安全性更高。这其中的原因主要在于，早期肠内营养护理符合机体生理需求，且护理服务优质，有助于促进其效果的提高。在曹慕琰^[8]的研究中对实施肠内营养支持的时间进行了研究，对照组在 72 h 内进行，观察组则是 24 h 内，经过比较发现，观察组的营养指标水平更高，神经功能评分更低，说明了尽早进行肠内营养护理对患者的营养状况及神经功能的改善作用更显著。

综上所述，急性脑出血患者接受早期肠内营养护理效果确切，对促进患者机体营养水平提升有积极作用，并且可提高生活质量。

参考文献

[1] 林晓伟, 顾勇, 王能, 等. 熄风化痰通络方治疗脑出血急性期风痰瘀阻型患者的疗效及其对相关炎症因子、神经因子和血脑屏障的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(4): 756-763.

[2] 鲍俊杰, 王光胜, 耿德勤, 等. 血清 CXCL12、CCCK-18 水平检测在急性脑出血患者预后评估中的价值[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2023, 18(5): 629-632.

[3] 蔡银玲, 孔静, 李倩倩. 基于量化评估策略的个体化手术室护理对急性脑出血患者躯体应激和手术并发症的影响[J]. 河南医学研究, 2022, 31(22): 4190-4194.

[4] 袁惠萍, 傅燕辉, 董科奇, 等. 山药粉联合短肽营养制剂对急性脑出血危重症患者营养支持的效果研究[J]. 护理与康复, 2022, 21(6): 26-28, 31.

[5] 李晋如, 宋晓杰. 亚低温联合微创穿刺引流术治疗急性脑出血患者的疗效及对血清中枢神经特异性蛋白、白介素-1 β 和神经元特异性烯醇化酶的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2023, 20(2): 33-36.

[6] 崔海随, 胡德献, 杨昌立, 等. 急性脑出血患者血清 MPO、S100A12、Omentin-1 表达与神经功能损伤及预后的相关性[J]. 国际检验医学杂志, 2022, 43(18): 2223-2227.

[7] 曹美香, 周素敏. 早期肠内营养及护理干预对急性脑出血患者颅骨钻孔术后康复效果的影响[J]. 系统医学, 2021, 6(14): 150-153.

[8] 曹慕琰. 早期肠内营养支持应用于急性脑出血患者的治疗中的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21(64): 75-76.