

# · 最新临床研究 ·

## 研究治疗急性脑梗死合并吞咽困难患者应用早期肠内营养支持治疗的效果

苏彦超, 郝宁, 陈悦, 张旭妍

(易县医院 心内科, 河北 保定 074200)

**摘要:** 目的 对早期肠内营养支持治疗在急性脑梗死合并吞咽困难患者治疗的中效果进行观察与探究。  
方法 从我院收治急性脑梗死合并吞咽困难患者中截取 2018 年 6 月至 2021 年 5 月收治急性脑梗死合并吞咽困难患者 90 例为研究对象。按照随机颜色球抽取法均分为 2 组, 1 组为应用常规营养支持治疗的常规组 (45 例), 1 组为应用早期肠内营养支持治疗的实验组 (45 例); 对两组治疗期间并发症 (肺部感染、上消化道出血、尿路感染、肠道感染) 发生情况、治疗后肢体功能、认知功能、神经缺损程度以及治疗前后机体营养状况进行对比与分析。**结果** 在肺部感染、上消化道出血、尿路感染、肠道感染发生率方面, 实验组 (13.33%) 同常规组 (31.11%) 相比较低, 组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。在肢体功能 (FMA) 评分、认知功能 (MMSE) 评分方面, 实验组 [(47.81 ± 12.97) 分、(28.29 ± 2.92) 分] 同常规组 [(37.45 ± 10.14), (23.21 ± 2.64) 分] 相比较高; 在神经功能缺损程度 (NIHSS) 评分方面, 实验组 (10.36 ± 3.14) 分同常规组 (14.38 ± 4.24) 分相比较低; 组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 在 Hb、ALB、PAB 方面, 实验组同常规组相比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗 14 天、21 天后, 在 Hb、ALB、PAB 方面, 实验组均显著高于常规组, 组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 急性脑梗死合并吞咽困难的经鼻饲行早期肠内营养支持治疗效果显著, 不仅可以很好的维持患者机体良好营养状态, 还可以在降低其相关并发症发生几率的同时促进其运动、认知功能及神经缺损程度的有效改善; 应在临床推广应用。

**关键词:** 急性脑梗死; 吞咽障碍; 早期肠内营养支持; 常规营养支持

**中图分类号:** R743

**文献标识码:** A

**DOI:** 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.013.012

**本文引用格式:** 苏彦超, 郝宁, 陈悦, 等. 研究治疗急性脑梗死合并吞咽困难患者应用早期肠内营养支持治疗的效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(013): 50-52, 64.

## 0 引言

急性脑梗死 (Acute cerebral infarct), 即脑梗死; 主要指个体脑部组织发生局限性坏死或软化, 并导致其出现头晕、头痛、四肢麻木、身体偏瘫及意识障碍等临床症状, 部分患者还会在上述病症表现基础上伴随不同程度的吞咽功能障碍等症状。有研究显示, 急性脑梗死合并吞咽功能障碍不仅会严重影响患者疾病结局改善, 更会在一定程度上加大患者病死率; 经深入原因分析认为这可能与吞咽功能障碍导致患者机体营养不良, 再加上急性脑梗死患者本身就存在机体免疫力低下以及负氮平衡等情况有着密切关系<sup>[1]</sup>。该研究还表示虽然可以通过肠外营养的方式给予急性期脑梗死合并吞咽障碍患者以营养支持, 但却容易加大患者发生相关并发症 (如消化道功能障碍或倡导菌群易位等) 的几率, 进一步加重患者病情及病死率; 所以提出可通过早期肠内营养支持的方式来给予急性期脑梗死合并吞咽困难患者

以治疗, 以降低其并发症发生率, 改善其机体营养状况, 促进其疾病的尽快康复。下面, 本文将从我院收治急性脑梗死合并吞咽困难患者中截取 2018 年 6 月至 2021 年 5 月收治急性脑梗死合并吞咽困难患者 90 例为研究对象, 对早期肠内营养支持治疗的效果进行观察与探究。详情如下。

## 1 基线资料和方法

### 1.1 基线资料

从我院收治急性脑梗死合并吞咽困难患者中截取 2018 年 6 月至 2021 年 5 月收治急性脑梗死合并吞咽困难患者 90 例为研究对象。按照随机颜色球抽取法均分为 2 组, 1 组为应用常规营养支持治疗的常规组 (45 例), 1 组为应用早期肠内营养支持治疗的实验组 (45 例)。常规组急性脑梗死合并吞咽困难患者中男、女患占据人数比 23:22; 患者年龄最小值 36、最大值 84, 中位年龄 (66.51 ± 7.52)

**作者简介:** 苏彦超, 男, (1977-) 汉族, 副主任医师, 主要研究方向: 冠心病, 心力衰竭, 心律失常。

岁。实验组急性脑梗死合并吞咽困难患者中男、女患者占据人数比 24:21; 患者年龄最小值 37、最大值 86, 中位年龄(64.43 ± 7.64) 岁。两组间对比差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

纳入标准:①存在头晕、四肢麻木、身体偏瘫临床症状, 经临床磁共振或 CT 检查确诊为急性脑梗死;②病发至就诊时间 < 24 小时;③合并吞咽功能障碍;④知情且自愿参与研究, 配合依从性良好。排除标准:①合并严重消化道疾病及器质损害的急性脑梗死患者;②合并精神疾病及颅内恶性肿瘤的急性脑梗死患者;③本人及家属拒绝参加研究的急性脑梗死患者;④配合依从性差的急性脑梗死患者。

## 1.2 方法

入院后, 常规组、实验组两组患者均接受积极预防并发症、控糖、降压、脱水降颅压、抗血小板聚集以及神经营养支持等常规对症治疗; 同时两组患者均在入院 3d 内置留鼻胃管, 便于营养供给。

### 1.2.1 常规组

本组 45 例急性脑梗死合并吞咽困难的患者基于上述常规对症治疗基础上采取常规营养支持治疗, 在留置鼻胃管下, 指导患者家属按照一定饮食原则开展自我管理, 给予患者以清淡、易消化流质饮食(如米汤、豆浆、牛奶以及新鲜蔬菜、鸡蛋、肉汤等制作的浆膳) 食用; 4 次 -6 次 / 日, 50mL-100mL/L; 用法: 经鼻管缓慢注入。

### 1.2.2 实验组

本组 45 例急性脑梗死合并吞咽困难的患者基础上述常规对症治疗基础上采用早期肠内营养支持治疗, 详情如下: 应用能整蛋白肠内营养制剂(生产厂家: Milupa GmbH & Co. KG; 批号: 国药准字 J20040077; 规格: 1 kcal / mL) 经鼻胃管输入, 用药标准每天每千克体重为 20~30 kcal; 第 1 天药液输注速度为每小时 30mL, 用量为 500mL; 第 2 天可将药液输注速度调整为每小时 60-80mL, 用药剂量为

750-1000mL, 直至全量。早期肠内营养支持治疗过程中, 需注意每间隔 4h 对患者胃内残余量进行检测, 并在输注前后使用温开水冲管。

## 1.3 指标观察

1.3.1 对常规组、实验组两组患者治疗期间并发症(肺部感染、上消化道出血、尿路感染、肠道感染) 发生进行观察与记录, 统计发生率。

1.3.2 分别使用 FMA (运动功能评定量表)、MMSE (简易智能检查量表) 和 NIHSS (神经功能缺损评分) 对常规组、实验组两组患者治疗后肢体功能、认知功能、神经功能缺损程度进行评估; 其中 FMA、MMSE 评分越高, 提示患者肢体功能及认知功能恢复情况越好; NIHSS 评分越高, 提示患者神经功能缺损程度越严重<sup>[2]</sup>。

1.3.3 分别于治疗时、治疗后 14 天、治疗后 21 天采集常规组、实验组两组患者以适量静脉血, 检测两组患者 Hb (血红蛋白)、ALB (血清白蛋白)、PAB (血清前白蛋白) 三项指标, 以此评估两组机体营养状况。

## 1.4 统计学分析

本次实验数据录入 SPSS 18.0 统软件中处理。

## 2 结果

### 2.1 对比两组治疗期间并发症发生情况

经比较, 在肺部感染、上消化道出血、尿路感染、肠道感染发生率方面, 实验组同常规组相比较低, 组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表 1。

### 2.2 对比两组治疗后肢体功能、认知功能及神经功能缺损评分

经比较, 在肢体功能(FMA) 评分、认知功能(MMSE) 评分方面, 实验组同常规组相比较高; 在神经功能缺损程度(NIHSS) 评分方面, 实验组同常规组相比较低; 组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表 2。

表 1 对比两组治疗期间并发症发生情况 [n(%)]

组别	例数	肺部感染	上消化道出血	尿路感染	肠道感染	发生率
常规组	45	7 (15.56)	2 (4.44)	2 (4.44)	3 (6.67)	14 (31.11)
实验组	45	3 (6.67)	1 (2.22)	1 (2.22)	1 (2.22)	6 (13.33)
$\chi^2$	/	/	/	/	/	4.114
$P$	/	/	/	/	/	0.043

表 2 对比两组治疗后肢体功能、认知功能及神经功能缺损评分 [ $\bar{x} \pm s$ ], 分]

组别	例数	FMA 评分	MMSE 评分	NIHSS 评分
常规组	45	37.45 ± 10.14	23.21 ± 2.64	14.38 ± 4.24
实验组	45	47.81 ± 12.97	28.29 ± 2.92	10.36 ± 3.14
$t$	/	3.965	8.657	5.111
$P$	/	0.000	0.000	0.000

### 2.3 对比两组治疗前后机体营养状况

经比较,治疗前,在 Hb (血红蛋白)、ALB (血清白蛋白)、PAB (血清前白蛋白)方面,实验组同常规组相

比,组间差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗 14 天、治疗 21 天后,在 Hb、ALB、PAB 方面,实验组均显著高于常规组,组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表 3。

表 3 对比两组治疗前后机体营养状况 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	血红蛋白 (g/L)		
		治疗前	治疗 14d 时	治疗 21d 时
常规组	45	137.11 ± 24.12	116.15 ± 22.16	116.09 ± 19.10
实验组	45	137.13 ± 25.14	129.17 ± 23.28	131.21 ± 20.39
<i>t</i>	/	0.004	2.717	3.630
<i>P</i>	/	0.997	0.008	0.001

续表 3

血清白蛋白 (g/L)			血清前白蛋白 (g/L)		
治疗前	治疗 14d 时	治疗 21d 时	治疗前	治疗 14d 时	治疗 21d 时
36.52 ± 5.33	28.16 ± 5.57	29.20 ± 6.11	0.23 ± 0.12	0.20 ± 0.01	0.19 ± 0.01
36.44 ± 5.35	32.88 ± 6.69	34.62 ± 6.83	0.20 ± 0.11	0.23 ± 0.11	0.26 ± 0.22
0.071	3.637	3.967	1.236	2.429	2.132
0.944	0.001	0.000	0.220	0.017	0.036

### 3 讨论

目前,急性脑梗死已成为严重威胁我国国民身体健康和生命安全的一种脑血管疾病;具有典型的“三高”特征(高病发率、高致残率、高死亡率)<sup>[3]</sup>。在以往临床急性脑梗死疾病治疗中,该疾病患者致残率较高;因为以往临床只注重患者生命的挽救,虽然此种方式在一定程度上提升了患者生存率,但是却忽略了脑梗死患者急性期后各种功能障碍的康复,同时还没有明确认识到急性脑梗死治疗中营养支持起到的重要性<sup>[4]</sup>。近年来,随着国内外对急性脑梗死研究的深入,某国外研究发现,若患者在急性脑梗死的基础上合并机体营养不良,那么则会导致患者发生不良结局。众所周知,与常人相比较而言,脑梗死患者机体代谢水平明显较高,特别是对于急性脑梗死合并吞咽功能障碍的患者而言,该类型脑梗死患者在治疗过程中会出现十分明显的机体营养恶化情况。有数据统计<sup>[5]</sup>,合并吞咽功能障碍的脑梗死患者其骨骼肌总质量会按照 5%~10%/ 周的速度递减;分析原因认为这可能与患者吞咽功能障碍以及意识障碍导致其胃肠功能减弱、下丘脑自主神经功能紊乱有着密切关系,进而对其机体营养吸收功能造成影响,并进一步增加其院内感染发生几率及并发症发生几率。除此之外,国内相关学者提出对脑梗死患者预后结果造成影响的重要因素之一就是营养不良,认为临床上在给予脑梗死患者以对症治疗的同时还应及时给予其以营养支持,以此改善患者机体营养状况及预后质量。

临床营养支持常分为以下两种<sup>[6]</sup>:(1)肠内营

养支持;(2)肠外营养支持。既往研究报道认为当机体处于应激状态时,胃肠道功能也会处于休眠状态;以往临床常会在脑梗死病发 3 天后给予患者以肠外营养支持,虽然此种营养支持治疗方法可以取得一定疗效,但时间一长却会导致患者消化酶活性下降,从而引发一系列并发症(如便秘)。还有的研究发现<sup>[7]</sup>,当个体机体处于应激状态时,会出现内毒素易位、氧供应不足以及肠黏膜损伤等严重并发症;所以认为肠内营养比肠外营养更符合人体的生理规律;肠内营养不仅可以很好的促进个体肠道功能的恢复,还可以对相关激素的分泌起到促进作用。临床发现,对于急性脑梗死合并吞咽障碍的患者来说,早期肠内营养支持可有效改善其机体各项营养指标,降低其院内感染及相关并发症发生几率,对其机体蛋白质和热量的消耗进行抑制。但在进行早期肠内营养支持时,应考虑到患者无法自主进食,需要借助鼻胃管给予患者以营养摄入<sup>[8]</sup>。本次研究从我院收治急性脑梗死合并吞咽困难患者中截取 2018 年 6 月至 2021 年 5 月收治急性脑梗死合并吞咽困难患者 90 例为研究对象,在均分为两组的基础下,分别给予两组患者以常规营养支持治疗和早期肠内营养支持治疗,结果显示:在肺部感染、上消化道出血、尿路感染、肠道感染发生率方面,实验组同常规组相比较低,组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。在肢体功能评分、认知功能评分方面,实验组同常规组相比较高;在神经功能缺损程度评分方面,实验组同常规组相比较低;组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗 14 天、治疗 21 天后,在 Hb、ALB、PAB 方面,实验组(均显著高于

综上所述,ICU脓毒症患者机体中的CRP、MCV存在明显变化,且与疾病发展严重程度密切相关,影响患者治疗预后,二者联合可以作为评估脓毒症发生发展的重要标志物,具有极其重要的临床意义。本研究仍存在一定局限性,受到时间、样本量等因素的制约,CRP联合MCV在脓毒症远期预后评估中的作用尚未明确,日后临床工作中应着重探索此方面内容,以便提高ICU脓毒症治疗效果,改善远期预后。

### 参考文献

- [1] ANGUS DC, LINDE-ZWIRBLE WT, LIDICKER J, et al. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care[J]. Critical care medicine, 2011,29(7):1303-10.
- [2] 李晓丹, 马青变. 2019 ~ 2020 年脓毒症研究领域热点回顾[J]. 中国急救医学, 2021,41(1):21-27.
- [3] 薛庆亮, 贾金虎, 刘杜姣. 脓毒症与炎症因子的研究进展[J]. 临床肺科杂志, 2015,20(2):335-336,339.
- [4] KUMAR A, ROBERTS D, WOOD KE, et al. Duration of hypotension before initiation

of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock[J]. Critical care medicine, 2016,34(6):1589-96.

- [5] 王海军, 邢学忠, 曲世宁, 等. 脓毒症休克患者预后的影响因素分析[J]. 中国医刊, 2020,55(10):1089-1092.
- [6] 陈锡得, 林志鸿, 黄艳晶. 血清IL-6、CRP联合PCT与脓毒症患者危重程度及预后的相关性分析[J]. 中国细胞生物学学报, 2020,42(9):1606-1611.
- [7] 江涛. 红细胞分布宽度对老年脓毒症患者预后的判定价值及其相关因素分析[D]. 天津中医药大学, 2018.
- [8] 李丹丹. 经皮冠状动脉介入治疗患者术前平均红细胞体积与造影剂肾病的关系[D]. 河北: 河北医科大学, 2017.
- [9] 龚艳, 龙现明, 金钧, 等. 红细胞分布宽度对脓毒症预后评估的临床研究[J]. 中华危重病急救医学, 2017,29(6):481-485.
- [10] Fernando SM, Barnaby DP, Herry CL, et al. Helpful Only When Elevated: Initial Serum Lactate in Stable Emergency Department Patients with Sepsis Is Specific, but Not Sensitive for Future Deterioration[J]. The Journal of Emergency Medicine, 2018,54(6):766-773.

(上接第52页)

常规组,组间差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

综上,急性脑梗死合并吞咽困难的患者经鼻饲行早期肠内营养支持治疗效果显著,不仅可很好的维持患者机体良好营养状态,还可以在降低其相关并发症发生几率的同时促进其运动、认知功能及神经缺损程度的有效改善;应在临床推广应用。

### 参考文献

- [1] 陈统华. 脑苷肌肽药物联合血塞通注射液治疗老年急性脑梗死患者的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2021,14(29):48-50.
- [2] 王欢欢. 呼吸功能训练联合低频脉冲电刺激治疗急性脑梗死继发吞咽障碍的临床效果[J]. 慢性病学杂志, 2021,22(9):1387-1389.
- [3] 刘皓月. 重组组织型纤溶酶原激活剂联合阿司匹

林治疗急性脑梗死的临床价值体会[J]. 按摩与康复医学, 2021,12(8):64-65+67.

- [4] 张燕. 心理护理联合针灸对急性脑梗死后吞咽困难患者的影响研究[J]. 中国继续医学教育, 2021,13(4):180-184.
- [5] 唐婷, 张凤梅, 叶永玲. 优化健康教育干预在急性脑梗死继发吞咽困难患者护理中的应用[J]. 基层医学论坛, 2020,24(36):5285-5287.
- [6] 郭建梅. 优质护理在急性脑梗死中的临床应用效果评价[J]. 中国药物与临床, 2020,20(22):3866-3868.
- [7] 黎章英, 陈晓珊, 李海霞. 容积-黏度吞咽评估联合生物反馈治疗对急性脑梗死吞咽困难患者的效果观察[J]. 中国处方药, 2020,18(11):146-147.
- [8] 宋巍, 王晓强, 杨娜. 调神利咽针刺联合咽部冷刺激治疗急性脑梗死后吞咽障碍临床研究[J]. 山东中医药大学学报, 2020,44(6):663-667.