

# 探讨不同营养支持方式治疗神经内科危重症患者的临床疗效

陈春芳 贺丽辉

武安市中医院 河北 武安 056300

**【摘要】**目的：分析探讨神经内科危重症患者在接受营养支持时不同方法及效果。方法：选取2019年1月至2019年12月我院收治的91例神经内科患者开展研究，基于患者营养支持时的不同方法进行分组。所有患者均接受营养支持，常规组应用多次间隔推注方法进行营养支持，实验组应用肠内营养泵的营养支持方法。分析对比营养支持效果、不良反应的发生情况和生活质量。结果：实验组患者的营养相关指标在干预后均显著优于常规组， $P < 0.05$ 。实验组患者在营养支持期间不良反应的发生率显著低于常规组， $P < 0.05$ ；实验组生活质量评分高于常规组， $P < 0.05$ 。结论：基于肠内营养泵的支持对于危重症患者提供营养，可以有效提高患者的营养状况，有利于降低不良反应，能够提高患者的生活质量，值得推广。

**【关键词】**神经内科；危重症；营养支持方式；临床疗效

**【DOI】** 10.12252/j.issn.2096-6288.2020.04.494

危重症患者在临床中往往无法有效饮食，临床中普遍需要适当的提供肠内营养，促使患者的机体维持良好运行，可以促使患者的肠道功能吸收，实现度机体的血流量改善，达到对胃肠道功能和胃动力的积极改善<sup>[1]</sup>。因为危重症患者的自主恢复功能相对比较差，此时便需要及时做好对患者机体营养需求的补充供应，从而维持患者的生理状态，更加主动且有效的配合相关治疗<sup>[2]-[3]</sup>。肠内营养的应用能够满足患者的能量需求，可以有效降低细菌的感染风险，此时不同的输注方法对于患者的营养状况会呈现出一定的影响，甚至还会导致误吸和反流等严重的不良反应，间接加重患者的生理疼痛<sup>[4]-[5]</sup>。对此，在临床中为了更好的保障神经内科患者的预后水平，便需要采取积极有效的营养支持措施，改善患者的营养状况降低生理疼痛，提高患者的预后康复效果。本文通过论著思路总结神经内科患者在不同营养支持下的效果差异。详细研究如下。

## 1. 对象与方法

### 1.1 一般资料

选取2019年1月至2019年12月我院收治的91例神经内科患者开展研究，基于患者营养支持时的不同方法进行分组。实验组46例，男女分别27例、19例，年龄（51.43±5.30）岁；常规组45例，男女分别26例、19例，年龄（52.87±4.98）岁。一般资料无统计学价值， $P > 0.05$ 。

入选标准：首次接受神经内科相关治疗；意识清晰同时可以有效沟通；文化水平在初中及以上。

排除标准：患者的基础资料无统计学意义；整个治疗期间的基础资料不完整。

### 1.2 方法

所有患者提供胃管，输入相同的营养液。营养液输注之前需要先提前加热到37至41℃。鼻饲管营养液的温度应当控制在38至40℃，鼻饲开始之前应当保持胃内排空，检查胃管是否正常插入胃内。

常规组应用多次间隔推注方法进行营养支持。间隔4小时采用一次性鼻饲进行推注治疗。在肠内营养喂养之前需要先将床头适当抬高，适当调高30°，预防反流而导致食物反流。鼻饲灌注期间需要注重流量与流速，规避流速过快而导致不适感的出现，针对高龄特殊患者可以应用连续性滴注方式进行喂养，并严格控制滴注治疗期间休息时间的调整。

实验组应用肠内营养泵的营养支持方法。基于鼻胃管进行煮熟。结合医嘱做好营养液种类的准备，并结合患者的实际情况做好营养液的稀释处理。适当抬高患者的床头，预防误吸。采用适当的营养管长度，应用50ml注射器抽取温开水并做好营养管的冲洗，定时做好对管道通畅性的检查。针对营养管和肠内营养泵进行连接，并结合胃内残留量实现对输注速度的调整。加热器需要安装在营养管上并进行妥善固定。营养液在泵入完成后应用注射器对管道进行冲洗，预防阻塞问题的发生。提供24小时的连续泵入支持，并更换一次营养管。

### 1.3 观察指标

分析对比营养支持效果、不良反应的发生情况和生活质量。

生活质量应用ADL量表进行评价。

### 1.4 统计学处理

本次研究中患者的营养支持效果、不良反应的发生情况和生活质量的发生情况应用SPSS26.0软件开展统计分析。数

表1 营养状况对比

组别	血清总蛋白 (mg/L)		白蛋白 (mg/L)		前白蛋白 (mg/L)		转铁蛋白 (mg/L)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组 (n=46)	67.54±5.21	67.24±5.42	38.54±3.84	33.24±4.24	261.24±42.21	243.24±42.33	2.74±0.53	1.96±0.46
常规组 (n=45)	68.24±4.21	60.21±6.24	38.45±4.24	30.25±4.22	265.24±38.54	211.46±38.24	2.74±0.41	1.75±0.35
T值	1.573	9.177	1.507	9.673	2.427	10.527	1.063	7.323
P值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

据分析对比期间采用均数方式统计对比,  $P < 0.05$  证明数据对比的结果满足统计学价值。

2. 结果

2.1 营养状况对比

实验组患者的营养相关指标在干预后均显著优于常规组,  $P < 0.05$ 。详情见表1。

2.2 不良反应发生率对比

实验组患患者在营养支持期间不良反应的发生率显著低于常规组,  $P < 0.05$ 。详情见表2。

表2 不良反应发生率对比

组别	腹痛腹胀	腹泻	吸入性肺炎	恶心呕吐	胃潴留	发生率
实验组 (n=46)	2	1	1	1	0	10.87%
常规组 (n=45)	1	1	0	0	0	4.35%
$\chi^2$	-	-	-	-	-	18.201
P值	-	-	-	-	-	<0.05

2.3 生活质量对比

实验组生活质量评分高于常规组,  $P < 0.05$ 。详情见表3。

表3 生活质量评分的对比

组别	精神状态	社交功能	情感功能	躯体感受
实验组 (n=46)	92.55±2.63	95.78±2.54	93.32±1.56	95.32±0.36
常规组 (n=45)	81.13±1.26	79.64±2.35	82.87±1.47	83.32±0.43
T值	9.725	8.576	8.697	9.213
P值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

危重症患者在临床中因为长时间卧床, 无法自主进食或者是长期接受治疗会导致患者的食欲下降, 导致患者出现营养不良的疾病症状, 间接延长患者的住院时间, 导致病死率随之提升, 对于患者和家属均会呈现出严重的影响<sup>[6]-[7]</sup>。早期的营养支持可以有效改善与缓解患者的生理痛苦, 提供营养支持可以维持患者的基本生命体征, 可以有效提高患者的治疗效果。基于胃肠道营养支持, 可以有效降低在临床治疗期间的感染风险, 对于患者的胃黏膜可以发挥相应的保护功能, 从而缩短患者的住院时间, 提升患者的预后康复效果<sup>[8]</sup>。

应用肠内营养泵结合鼻胃管进行营养支持, 其能够有效改善肠内营养支持效果, 可以积极改善患者的营养状况, 可以为机体提供充足的能量、微生物与电解质, 对于机体需求的营养提供营养支持, 从而促使患者的体质量得以提升, 改善抵抗力并维持正常的机体平衡状态<sup>[9]-[10]</sup>。采用最佳的营养输注治疗措施可以有效降低胃内的食物反流风险, 可以有效降低营养相关并发症风险。本次研究中常规组患者采用的间隔多次的一次性推注营养支持, 其可能会存在推注速度过快的表现, 从而间接提高了误吸与胃潴留等相关风险。应用肠内营养泵, 能够为患者提供持续性的药物支持, 能够满足机体的胃肠道运动功能。借助持续性的营养液输注, 可以规

避喂养速度过快而导致的腹泻、反流等问题, 可以明显提升胃肠道的吸收和消化质量。持续提供营养液能够维持均匀性的营养液输注, 可以确保营养液的吸收效果得到最大化的支持。应用营养泵提供肠内营养支持, 可以完整性的提供营养物质, 在不超量、均匀速率的基础上, 可以提高机体对于营养液的吸收, 从而保障机体的营养供应质量, 为患者的预后康复提供支持。另外, 基于肠内营养泵的肠内营养支持, 因为发生误吸、反流等症状的可能性相对较低, 所以在营养支持治疗期间患者的舒适度相对较高, 这也是实验组患者满意度相对较高的根本原因。

本次研究结果表明, 实验组患者的营养相关指标在干预后均显著优于常规组,  $P < 0.05$ 。实验组患患者在营养支持期间不良反应的发生率显著低于常规组,  $P < 0.05$ ; 实验组生活质量评分高于常规组,  $P < 0.05$ 。研究结果证明肠内营养泵支持下的肠内营养支持可以达到更加显著的营养支撑效果, 更有利于改善胃肠道功能, 可以改善危重症患者的预后, 有利于降低输注期间的并发症, 可以作为常规干预模式。

综上所述, 基于肠内营养泵的支持对于危重症患者提供营养, 可以有效提高患者的营养状况, 有利于降低不良反应, 能够提高患者的生活质量, 值得推广。

参考文献

[1] 贺萍. 神经内外科危重症患者给予肠内营养应用的效果[J]. 中外医学研究, 2018, 16(17): 82-84.

[2] 张波. 神经内外科危重症患者肠内营养的护理效果分析[J]. 中国社区医师, 2018, 34(12): 153-154.

[3] 冯宝侠. 神经内外科危重症患者肠内营养的护理方法及效果评价[J]. 中国医药指南, 2018, 16(06): 226-227.

[4] 张宁. 神经内外科危重症肠内营养支持期间胃动力障碍的临床观察和策略[J]. 中国农村卫生, 2018, 21(02): 31-32.

[5] 朱晓文. 神经内外科重症患者早期肠内营养的护理及其临床意义分析[J]. 中国当代医药, 2018, 25(03): 180-182.

[6] 温毓. 神经内外科危重患者发生胃潴留的危险因素及干预对策[J]. 当代临床医刊, 2017, 30(05): 3437-3438.

[7] 金连兄. 神经内外科危重症患者肠内营养的护理效果分析[J]. 青海医药杂志, 2017, 47(09): 24-25.

[8] 马桂芳, 马俊英, 卫丽萍. 神经内外科病人盲插鼻肠管术胃内注气量的观察研究[J]. 循证护理, 2017, 3(02): 156-158.

[9] 韩杰. 早期肠内营养支持对神经内外科危重症患者的影响观察[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(08): 996-997.

[10] 李晓媛. 神经内外科危重症患者肠内营养的护理效果分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(10): 1894-1895.