

肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗危重患者的临床效果分析

王朝鹏, 陈安家 (通讯作者)

(山西医科大学, 山西 大同 037006)

摘要: 目的 研究肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗危重患者的临床效果。方法 选择我院于 2017 年 1 月至 2018 年 3 月收治的 98 例危重患者, 采用抽签法将患者平均分为观察组和对照组, 每组 49 例。对照组患者采用常规肠外营养支持治疗, 观察组采用肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗, 比较两组患者的相关指标以及并发症情况。结果 对照组患者的总蛋白水平 (52.64 ± 3.89) g/L 和总质量 (22.55 ± 1.84) kg/m², 均少于观察组患者总蛋白水平 (62.05 ± 3.50) g/L 和总质量 (23.39 ± 1.98) kg/m², 两组比较呈现为 ($P < 0.05$) 的差异性, 产生统计学意义。观察组患者并发症发生率 34.69% 低于对照组患者的并发症发生率 67.35%, 两组比较呈现为 ($P < 0.05$) 的差异性, 产生统计学意义。结论 肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗危重患者的临床效果显著, 安全性高, 值得临床广泛应用。

关键词: 肠内营养支持; 肠外营养支持; 危重患者; 效果

中图分类号: R574

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.74.037

本文引用格式: 王朝鹏, 陈安家. 肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗危重患者的临床效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(74): 55+58.

0 引言

为了研究肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗危重患者的临床效果, 我院选择 98 例危重患者进行调查研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料。选择我院于 2017 年 1 月至 2018 年 3 月收治的 98 例危重患者, 采用抽签法将患者平均分为观察组和对照组, 每组 49 例。对照组患者中, 男 28 例, 女 21 例; 患者的年龄为 28-77 岁, 平均 (35.21 ± 5.45) 岁。观察组患者中, 男 20 例, 女 29 例; 患者的年龄为 25-79 岁, 平均 (30.80 ± 8.91) 岁。两组患者的年龄、性别、身体状况差异进行对比, 呈现为 ($P > 0.05$) 的差异性, 无统计学意义 $P > 0.05$, 两组患者的资料具有可比性。

1.2 一般方法。对照组患者采用常规肠外营养支持治疗, 非蛋白能源控制在 120 KJ 到 124 KJ, 氮量控制在 0.12 g 到 0.2 g, 每日蛋白量控制在 1.5 g/kg。观察组采用肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗, 肠外营养治疗采用全营养混合, 长链脂肪乳、葡萄糖、氨基酸、维生素、氯化钠、氯化钾以及常量、微量元素等, 糖脂热量比为 1.5:1, 糖胰岛素比为 8:1。肠内营养治疗采用匀浆膳营养液, 在治疗初期主要以肠外治疗为主, 根据患者的情况进行肠内营养治疗, 治疗期间注意观察患者的耐受程度。

1.3 评价标准。在不同的治疗方式下, 比较两组患者的相关指标以及并发症情况。患者相关指标主要研究: 总蛋白水平、总质量。患者的并发症主要包括: 恶心呕吐、腹胀腹泻、胃肠道出血、肝功能损害、继发性感染等。

1.4 统计学分析。使用 SPSS 20.0 软件对本文 98 例危重患者进行数据分析, 患者的总蛋白水平、总质量以 ($\bar{x} \pm s$) 形式, 使用 t 检验, 并发症发生率以 n (%) 形式, 使用卡方检验, 两组患者组间差异存在统计学意义, 以 $P < 0.05$ 展开。

2 结果

2.1 比较两组患者的相关指标。在不同的治疗方式下, 对照组患者的总蛋白水平 (52.64 ± 3.89) g/L 和总质量 (22.55 ± 1.84) kg/m², 均少于观察组患者总蛋白水平 (62.05 ± 3.50) g/L 和总质量 (23.39 ± 1.98) kg/m², 两组

对比 $P < 0.05$, 存在统计学意义, 详见表 1。

表 1 比较两组患者的相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	总蛋白水平 (g/L)	总质量 (kg/m ²)
对照组 ($n=49$)	52.64 ± 3.89	22.55 ± 1.84
观察组 ($n=49$)	62.05 ± 3.50	23.39 ± 1.98
T	12.5879	2.1753
P	0.0000	0.0321

2.2 比较两组患者的并发症发生率。经过不同的护理方式, 观察组患者并发症发生率 34.69% 低于对照组患者的并发症发生率 67.35%, 两组对比 $P < 0.05$, 存在统计学意义, 详见表 2。

表 2 比较两组患者的并发症发生率 (n , %)

组别	恶心呕吐	腹胀腹泻	胃肠道出血	肝功能损害	继发性感染	并发症发生率
对照组 ($n=49$)	8	8	5	4	8	67.35
观察组 ($n=49$)	5	3	2	2	5	34.69
χ^2	-	-	-	-	-	10.4533
P	-	-	-	-	-	0.0012

3 讨论

危重患者 (Critically ill patients) 的生命体征不稳定, 且病情变化快, 由于患者的自身营养较差, 导致免疫力降低, 抵抗力呈下降趋势, 如果不及时为患者补充营养, 容易引发并发症, 影响整体的治疗效果^[1-4]。所以, 重症病人的营养支持应尽早开始, 重症病人的营养支持应充分考虑到患者受损器官的耐受力。

肠外营养 (parenteral nutrition, PN), 是指通过肠道以外方式为患者补充营养, 一般采用静脉注射为患者保持营养的平衡。但是, 肠外营养制剂对患者有一定的要求, pH 值在人体血液缓冲能力范围内, 有适当的渗透压, 无菌、无致热源、无毒性, 微粒异物不能超过规定的范围。但是, 长期进行肠外营养, 可导致患者的胃肠管机能衰退。所以, 从肠外营养过渡到肠内营养必须逐渐进行, 不能骤然停止。否则将会加重肠管的负担而不利于恢复。肠内营养 (enteral nutrition, EN) 治疗有助于维持患者肠道粘膜的屏障功能,

(下转第 58 页)

于实验组,经对比组间差异较为明显,具备临床统计学意义($P < 0.05$)^[10-12]。

综上所述,在原发性精神分裂治疗中,可在双侧额叶位置上进行重复经颅磁刺激治疗,治疗效果显著,值得临床推广和应用。

参考文献

- [1] 张春燕.不同重复经颅磁刺激模式对精神分裂症认知功能和临床症状的影响[J].健康之路,2017,13(7):48-50.
- [2] 朱丽娜,张琼,张伟波,等.重复经颅磁刺激治疗精神分裂症患者认知功能障碍的研究进展[J].神经疾病与精神卫生,2017,17(6):188-189.
- [3] 魏燕燕,王继军,李自强,等.重复经颅磁刺激对精神分裂症的辅助治疗研究[J].国际精神病学杂志,2016(1):44-48.
- [4] 王雪,罗炯,李晓虹,等.低频重复经颅磁刺激对难治性精神分裂症的增效作用[J].四川精神卫生,2016,29(1):41-45.
- [5] 何明利,王新一,徐丙超.睡眠脑中波调制重复经颅磁刺激与常规重复经颅磁刺激治疗原发性失眠的疗效对比[J].中华物理医学与康复杂志,2010,31(11):763-766.

(上接第55页)

提升治愈率,降低并发症。肠内营养治疗的费用较省,安全性高,康湖起来比较容易,并由于膳食的机械刺激与刺激消化道激素的分泌而加速胃肠道功能与形态的恢复。选择肠内营养、肠外营养或两者联合应用,在很大程度上取决于患者胃肠道机能和对营养供给方式的耐受程度^[5-6]。

根据本文的调查显示,采用肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗的观察组患者的相关指标和并发症发生情况均优于单行肠外营养支持的对照组患者,说明采用肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗危重患者的临床效果显著,具有一定的安全性,可以改善患者的相关指标,降低患者的并发症发生率^[7-8]。

综上所述,对危重患者采用肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗可以提升患者对营养成分的吸收效果,降低患者的感染情况,安全性更高,值得临床使用。

参考文献

- [1] 焦柳英,杨亚东.肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗危重患者

- [6] 安翠霞,董玲,于鲁璐.不同部位低频重复经颅磁刺激治疗顽固性幻听起效时间和安全性的双盲对照研究[J].神经疾病与精神卫生,2012,12(1):18-21.
- [7] 欧阳华,李学晋,张清清.重复经颅磁刺激治疗精神分裂症疗效观察[J].新乡医学院学报,2015(04):72-74.
- [8] 郑秀琴,于苏文,鞠应秋.重复经颅磁刺激治疗脊髓损伤的临床疗效[J].癫痫与神经电生理学杂志,2010,19(1):38-41.
- [9] 陈升东,于苏文,赵建法.重复经颅磁刺激治疗帕金森病伴抑郁的疗效[J].中国老年学杂志,2011(18):50-52.
- [10] 刘晓伟,徐清.重复经颅磁刺激治疗脑卒中后抑郁的疗效[J].中国老年学杂志,2015(19):260-261.
- [11] 安翠霞,董玲,于鲁璐.不同部位低频重复经颅磁刺激治疗顽固性幻听疗效和安全性的双盲对照研究[J].中华精神科杂志,2011,44(4):256-256.
- [12] 袁宁,陈晓岗,刘学军.低频重复经颅磁刺激治疗精神分裂伴顽固性幻听及失眠的疗效及安全性分析(附五例报告并文献复习)[J].国际精神病学杂志,2015(03):36-38.

的临床研究[J].临床合理用药杂志,2015,8(03):174-175.

- [2] 陆金湖,叶银枝.肠内联合肠外营养支持对ICU重症患者营养状况指标的影响[J].医学理论与实践,2014,27(05):617-618.
- [3] 陈宏.肠外肠内营养支持疗法对危重患者营养指标的影响分析[J].中国医药指南,2012,10(27):476-477.
- [4] 张小卫.肠内加肠外营养支持在危重患者中应用的护理干预探讨[J].中国医药指南,2012,10(10):333-334.
- [5] 李爽,王立伟,胡文滕,等.早期肠内营养和肠外营养治疗食管癌术后患者临床疗效的Meta分析[J].中国循证医学杂志,2016,16(10):1176-1182.
- [6] 张科.危重患者肠内与肠外营养支持效果对比观察[J].中国现代药物应用,2015,9(11):57-58.
- [7] 刘洪一,王白石,张加金,等.早期肠内营养与肠外营养在胃癌根治术后应用效果比较[J].中国肿瘤临床,2014,41(18):1166-1169.
- [8] 李建成.胃癌根治术后肠内营养与肠外营养支持的Meta分析[J].中国中西医结合外科杂志,2013,19(05):505-508.

(上接第56页)

本次研究中,观察组患者的总优良概率和并发症发生率均明显较对照组优异,其住院天数少于对照组, $P < 0.05$ 。说明为粉碎性跟骨骨折患者开展跟骨内固定法治疗,可以获得可靠的疗效,且有利于控制并发症的出现,缩短患者住院治疗的时间,将疾病治疗对患者家庭经济及工作、生活等产生的影响减小。

综上所述,跟骨内固定法治疗粉碎性跟骨骨折的临床疗

效显著,有在今后临床中进一步推广实施的价值。

参考文献

- [1] 许东浩,胡茂忠,万东东,等.距下关节撑开器在粉碎性跟骨骨折手术治疗中的应用[J].中华创伤杂志,2016,32(3):218-222.
- [2] 付大字.跟骨内固定法治疗粉碎性跟骨骨折的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(43):118-118.
- [3] 梁永庆.跟骨内固定法治疗粉碎性跟骨骨折的临床疗效分析[J].中国继续医学教育,2017,9(10):95-96.

(上接第54页)

其它同等药效的药物替换。青霉素虽然属于抗生素类的药物,但它相比于其他抗生素类药物对人体的消极影响要小得多。但是这些药物虽然临床效果显著,却不应过多使用,否则会使患者产生抗药性,影响患者的后续治疗。除此之外,过量使用这些药物还有可能为患者的健康带来二次伤害。

参考文献

- [1] 甘露.慢性盆腔炎妇产科临床治疗效果的观察[J].中国医药指南,2013,23(12):496-497.
- [2] 刘金丽.慢性盆腔炎妇产科临床治疗效果的观察[J].中国医药指南,2013,26(15):1399-1400.