



神经重症患者应用超声导向的胃肠内营养的价值分析

沈志芳

(张家界市人民医院 湖南张家界 427000)

摘要：目的：探讨神经重症患者应用超声导向的胃肠内营养的价值。方法：研究对象为我院神经重症患者 46 例，收治时间为 2016 年 12 月—2017 年 12 月，通过电脑随机的方式，平分为两组，即常规组与研究组，两组分别有 23 例。常规组患者经空肠营养，研究组患者经胃营养。结果：研究组肠内营养起始速度显著高于常规组，且全量营养时间明显少于常规组 ($p<0.05$)；两组不良反应发生率比较无统计学意义 ($p>0.05$)。结论：神经重症患者应用超声导向的胃肠内营养的效果更佳，亦不会增加不良反应，值得临床广泛应用。

关键词：神经重症；超声导向；胃肠内营养；价值分析

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 03-145-02

神经重症患者处于昏迷状态，且脑功能受损较为严重，脑中枢系统无法完成对脑部神经的控制，导致吞咽肌群难以良好的完成吞咽动作，口鼻及咽部的分泌物咽不下去，极易进入气管，加之部分患者存在胃动力障碍，胃内容物反流后有可能引起吸入性肺炎。以往临床针对误吸高危因素的患者，予以经空肠喂养，可在一定程度降低吸入性肺炎的发生率[1]。但久而久之，必然会影响到患者胃部正常的生理功能。故本次特此分析了神经重症患者经超声导向的胃肠内营养的价值。现做如下报道：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为我院神经重症患者 46 例，收治时间为 2016 年 12 月—2017 年 12 月。均为 GCS (格拉斯哥昏迷评分) 低于 8 分的脑梗塞、颅脑外伤及脑出血患者。排除无法观察胃窦、血流动力学不平稳、年龄低于 18 岁的患者。通过电脑随机的方式，平分为两组，即常规组与研究组，两组分别有 23 例。研究组中 13 例男性研究对象，10 例女性研究对象，年龄 19-77 岁，平均 (16.2 ± 4.5) 岁；BMI 指数 $16-29 (26.1 \pm 5.7) \text{ kg/m}^2$ 。常规组中 14 例男性研究对象，9 例女性研究对象，年龄 19-78 岁，平均 (16.3 ± 4.4) 岁；BMI 指数 $17-32 (25.5 \pm 5.5) \text{ kg/m}^2$ 。对比两组临床资料，结果无统计学意义 ($P>0.05$)，可比性较大。

1.2 方法

常规组患者经空肠营养，抬高患者床头 30-40 度，准备营养输注泵。并按照患者并发症、患者腹部体征及医师临床经验，由主管医师确定喂养容量及速度。喂养目标量为 $30-35 \text{ kcal}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，可通过肠外营养对肠内营养进行支持。

研究组患者经胃营养，方法为：选取便携式 B 超，探头参数设置为 3.5MHz；准备营养输注泵并抬高患者床头 30-40 度。当日经胃营养量与速度的确定，以胃残留量、胃窦动力指数为主。如果胃窦动力指数低于 0.4，肠内营养速度每小时确定为 25ml，每日总量 500ml；若胃窦动力指数为 0.4-0.8，肠内营养速度每小时确定为 50ml，每日总量 1000ml；若胃窦动力指数超过 0.8，肠内营养速度每小时确定为

$>70 \text{ ml}$ ，每日总量 $>1500 \text{ ml}$ 。先按照胃窦动力指数确定营养方案，超声检测并预估获得的胃残留量，可为营养方案的确定提供参考作用，如果胃残留量 $<200 \text{ ml}$ ，根据胃窦动力指数确定方案；如果胃残留量 $>200 \text{ ml}$ ，需根据最低肠内营养速度予以实施，即 25 ml/h ，用胃动力药物予以配合，间隔 6h 重新进行一个超声观察。如果 24h 后胃残留量依然 $>200 \text{ ml}$ ，需停止经胃营养，并注意观察。若是当日胃窦动力指数检测结果不佳，可按照前 1d 方案实施肠内营养，并在当日下午再一次测定胃窦动力指数、胃残留量，合理调整营养量和速度。若是接连几日因为肠气干扰难以检测胃窦动力指数，予以 25 ml/h 肠内营养或暂停，留意患者有无其他严重体征，同时加强肠外营养支持。若此种情况持续 1 周且发生误吸、反流，需实施肠外营养或者是经空肠营养。

1.3 观察指标

记录两组肠内营养起始速度、全量营养 (超过喂养目标量 $30-35 \text{ kcal}/(\text{kg} \cdot \text{d})$) 时间以及不良反应发生率。

1.4 统计学分析

将所得数据录入 SPSS21.0 软件，予以统计分析。率 (%) 为计数资料，用卡方比较组间差异； $\bar{x} \pm s$ 为计量资料，用 t 比较组间差异。以 $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组肠内营养实施情况

研究组肠内营养起始速度显著高于常规组，且全量营养时间明显少于常规组 ($p<0.05$)。见表 1。

表 1 对比两组肠内营养实施情况

小组	n	肠内营养起始速度 (ml/h)	全量营养时间 (d)
研究组	23	51.5 ± 13.3	3.1 ± 0.6
常规组	23	36.4 ± 12.5	5.1 ± 0.7
t		3.967	10.403
p		<0.05	<0.05

2.2 对比两组不良反应

两组不良反应发生率比较无统计学意义 ($p>0.05$)。见表 2。

表 2 对比两组不良反应

小组	呕吐	反流	腹胀	腹泻	总发生率
研究组 (n=32)	1 (3.13%)	2 (6.25%)	1 (3.13%)	2 (6.25%)	6 (18.75%)
常规组 (n=32)	2 (6.25%)	2 (6.25%)	3 (9.38%)	1 (3.13%)	8 (25.00%)
X ²					1.142
P					>0.05



•论 著•

3.讨论

临床通常将胃残留量作为患者肠内营养量以及喂养耐受性的主要参考指标,但是以往所采用的测量方式会因为胃管口径、胃管置入部位、置入深度、胃管受阻等原因,极易产生较大的不确定性[2]。本文通过超声导向经肠内营养,相比于传统测量方式更加准确,结合胃窦动力指数,能够更好的制定患者当日需要的肠内营养量。胃的生理作用至关重要,主要负责胃液分泌,食物消化与存储以及营养、水分的吸收。胃液主要成分为胃的壁细胞所分泌的盐酸,可让食物蛋白质变性,促使胃蛋白酶激活,进而将胃内细菌消灭、分界,胃液进入小肠所致的胆汁、胰液分泌引起的酸性环境可增强小肠对钙、铁的吸收,让维生素B12余壁细胞分泌内因子相结合,让回肠积极吸收[3]。当胃旷置时,胃腺只能分泌些许无酸性的胃液,在整个消化过程中所产生的胃液分泌量,经胃液所分泌的自然刺激物大约占比65%左右,且含有较高的胃蛋白酶量以及酸度。故而,经胃实施肠内营养与生理要求相符,于神经重症患者而言,亦是如此。

长时间的经空肠喂养,会因为胃酸分泌不足、胃内无食物刺激,引起缺铁性贫血、消化功能障碍、繁殖过多的细菌、导致失用的黏膜

发生萎缩等等[4]。神经重症大部分都有无法良好吞咽,加之颅脑创伤,容易孕期胃肠道动力紊乱、应激性溃疡。胃动力欠佳有可能会引起误吸、反流,增加肺部感染的几率。以往临床因为缺乏客观监测手段,难以明确患者胃部功能具体情况。故而通过胃窦动力指数对胃动力情况进行评价,具有实践、理论上的双重意义。经本次研究发现,两组不良反应率比较无统计学意义($p>0.05$);但研究组肠内营养起始速度更高、全量营养时间更短($p<0.05$)。由此提示,神经重症患者经超声导向的胃肠内营养具有较高的价值,值得临床应用。

参考文献:

- [1]李滨,宋建铭.神经重症患者治疗中肠内营养治疗的应用[J].中国社区医师,2017,33(24):51-52.
- [2]王明将,常敬民.探讨神经重症患者肠内营养合并胃滞留的相关因素分析[J].中国医药指南,2017,15(06):26.
- [3]郑艳.肠内营养治疗在神经重症患者治疗中的应用分析[J].中国医药指南,2016,14(13):55-56.
- [4]闫秀峰.免疫肠内营养对神经内科重症患者营养及免疫功能指标的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(07):55-57.

(上接第142页)

能、肢体功能有一定改善作用,但是效果不佳。在西医基础上增用中医针灸、药物治疗,可与西药互补,发挥辅助作用,促进临床效果的提升。

本研究中,治疗后研究组ADL、GMFM评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),提示针灸联合中药治疗可促进患儿日常生活能力与运动功能的提升;研究组临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),提示该种治疗方式可改善临床效果。中医认为[3],脑瘫属“五迟、五软、痿症”范畴,肝肾脾虚、内阻淤血,治疗关键在于活血通络、益肝补肾。针灸包括头针与体针。头部汇聚气血,针刺可加快局部血液循环,实现神经元网络的重建,加快脑部细胞新陈代谢速度,促进运动功能的恢复[4]。体征的主穴位为阳明经,基于患儿肢体功能增加膻穴,形成对脏腑功能、经络气血的调节作用。当归补气活血,黄芪补气固表,桑椹与枸杞补益肝肾,滋阴养血,丹参祛瘀、生新、活血,诸药合用,共奏活血通络、滋肝补肾功效。将针

灸、中药、西药联合使用可增强气血调节功效,促进神经递质的分泌,保证病变部位营养供应。

综上,小儿脑瘫康复中使用针灸配合中药可提升患儿日常生活能力与运动功能、改善治疗效果。

参考文献:

- [1]谢芳,李颖.针灸推拿治疗小儿脑瘫效果观察[J].陕西中医,2017,38(1):114-115.
 - [2]李岑,黄栋,叶莉,等.康复训练联合针灸治疗小儿脑瘫运动功能障碍的效果分析[J].中华中医药学刊,2016,34(8):1994-1996.
 - [3]贾鲲,吕忠礼.针灸按摩联合中药湿敷对小儿面瘫的疗效观察[J].陕西中医,2016,37(6):724-725.
 - [4]吴涛,张霞.现代康复理念结合针灸推拿对小儿脑瘫的康复效果观察[J].四川中医,2016,34(3):193-195.
- 彭南彩 女 土家族 湖南龙山,本科,医师,研究方向:小儿针灸、推拿。