



早期序贯式肠内营养支持应用于老年吞咽困难临床治疗中的效果

刘 芳

铜陵市人民医院老年医学科 安徽铜陵 230000

【摘要】目的 探讨早期序贯式肠内营养支持应用于老年吞咽困难临床治疗中的效果。**方法** 选取我院收治的吞咽困难老年患者 100 例,按照随机数字表法,分为对照组 (n=50) 和观察组 (n=50)。对照组由家属开展鼻饲喂养,观察组入院 48h 留置鼻胃管开展早期序贯式肠内营养支持,比较两组营养指标水平和并发症发生情况。**结果** 经过相应方法进行营养支持后,观察组的 TP、ALB、Hb、TG 水平均高于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$);并且观察组的并发症发生率低于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 早期序贯式肠内营养支持应用于老年吞咽困难临床治疗中的效果显著,可使患者的机体营养状况得以有效改善,减少并发症的发生,值得在临床上进一步推广应用。

【关键词】 老年患者; 早期; 序贯式肠内营养支持; 吞咽困难

【中图分类号】 R473.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 03-009-02

随着老龄化进程的不断推进,我国老年人口数量不断增加,加之老年慢性病患者数量不断增加,导致发生吞咽困难的老年患者数量明显增加^[1]。有学者通过研究报道,发生吞咽困难的老年患者在接受治疗以及护理的过程中,很容易出现营养不良以及由于食物误吸导致的吸入性肺炎等并发症,从而对患者的健康造成影响^[2]。本次研究就选取 2016 年 1 月至 2017 年 1 月我院收治的吞咽困难老年患者 100 例,探讨早期序贯式肠内营养支持应用于老年吞咽困难临床治疗中的效果。报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究选取 2016 年 1 月至 2017 年 1 月我院收治的吞咽困难老年患者 100 例,全部患者均接受洼田饮水试验,结果均在 3 级及以上。同时对存在恶性肿瘤,消化性溃疡,肝肾功能障碍的患者进行排除。本次研究取得医院伦理委员会批准,患者及其家属均对本次研究内容知情同意,并签署知情同意书。按照随机数字表法,分为对照组 (n=50) 和观察组 (n=50)。对照组男 28 例,女 22 例,年龄 62—79 岁,平均 (70.6±4.2) 岁,其中 20 例患者患有脑卒中,9 例患者患有老年痴呆,15 例患者患有慢性阻塞性肺疾病,6 例患者患有其他疾病;观察组男 26 例,女 24 例,年龄 60—77 岁,平均 (69.5±3.8) 岁,其中 19 例患者患有脑卒中,10 例患者患有老年痴呆,14 例患者患有慢性阻塞性肺疾病,7 例患者患有其他疾病。两组基线资料差异无统计学意义 ($P>0.05$),具可比性。

1.2 研究方法

对照组由家属开展鼻饲喂养,食物种类主要包括牛奶,蔬菜,谷物类,果汁,鱼汤等,按照传统方法将食物制作成

匀浆饮食,每天为患者开展 4—6 次鼻饲,每次食物量为 200—300mL。观察组在患者入院 48h 内,将鼻胃管进行留置,由营养师对营养液进行配置,为患者开展序贯式营养支持。营养师需根据患者自身的具体情况,对理想体质量进行参考,对患者机体每日的热量需求量进行计算,参照相关规定 25—30kcal/(kg·d) 进行营养需求量计算。在营养支持的初期阶段,每次的营养量为 150—300mL,每天喂养 4—6 次。在开展营养支持的 1—3d,采用百普素要素制剂进行应用,然后进行过渡到以能全素为主的纤维匀浆制剂,整蛋白制剂,在开展营养支持的过程中,营养液的喂养量需由少到多,由稀到稠,温度控制为 30—40℃,同时在开展喂养时,需将患者的头部抬高,大约 30°,同时需要对患者出现的不良反应进行观察,若有异常情况则应及时停止喂养,并开展相应的处理。如果患者没有出现异常情况则可将营养液输入量逐渐加大,但每天不应超过 1800mL。

1.3 观察指标

观察两组营养支持前后的血总蛋白 (TP),甘油三酯 (TG),红蛋白 (Hb) 以及血清白蛋白 (ALB) 水平。同时需对患者营养支持治疗期间的并发症发生情况进行记录,包括肺部感染,胃潴留,腹胀腹泻,消化道出血等。

1.4 统计学处理

统计学软件为 SPSS17.0。 $\bar{x}\pm s$ 表示计量数据,行 t 检验; $[n, (\%)]$ 表示计数资料,行 χ^2 检验; $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组营养支持前后营养状况比较

经过相应方法进行营养支持后,观察组的 TP、ALB、Hb、TG 水平均高于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。如表 1。

表 1: 两组治疗前后营养状况比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	TP (g/L)		ALB (g/L)		Hb (g/L)		TG (mmol/L)	
	支持前	支持后	支持前	支持后	支持前	支持后	支持前	支持后
对照组	70.74±5.18	61.74±5.81	31.95±1.13	25.37±1.96	123.26±8.40	110.76±6.30	1.50±0.76	1.13±0.73
观察组	71.85±5.21	69.11±4.32	31.66±1.30	29.76±2.22	123.58±8.06	121.14±7.35	1.48±0.73	1.41±0.82
t	1.068	7.198	1.191	10.482	0.194	7.582	0.134	2.053
P	0.288	0.001	0.237	0.001	0.846	0.001	0.894	0.043

2.2 两组并发症发生率比较

对照组发生胃潴留 6 (12.00%) 例,消化道出血 3 (6.00%) 例,肺部感染 4 (8.00%) 例,观察组发生胃潴留 2 (4.00%) 例,肺部感染 2 (4.00%) 例。观察组并发症发生率低于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

老年人随着年龄的增长,其机体的代谢情况同中青年人群存在着较大的差异,加之其机体器官功能以及机体所具备的基础代谢能力也出现了明显的降低,加之老年人的胃肠蠕

动功能逐渐减弱,使得其机体营养物质的合成总量明显减少,不能满足其机体的营养需求,同时很多老年人机体合并多种慢性疾病,比如老年痴呆,脑卒中等,使得其出现吞咽困难症状,从而导致其机体营养供给情况变得更差,进而影响到患者的疾病治疗和机体健康^[3]。有学者通过研究报道,急性脑卒中老年患者中有超过 80% 合并有吞咽功能障碍,但由于吞咽困难会导致患者出现营养不良,吸入性肺炎等并发症,从而影响到患者的机体健康^[4]。因此当脑卒中患者存在营养

(下转第 11 页)



组别	n	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周	治疗 12 周	治疗 16 周
观察组	35	4.1±1.8	3.6±1.5	3.4±1.1	0.7±0.2	0.5±0.1
对照组	35	3.7±1.2	3.4±1.1	3.2±1.5	2.9±1.4	3.0±1.5

2.2 对比两组患者的过敏性紫癜性肾炎缓解率

观察组患者过敏性紫癜性肾炎总缓解率显著高于对照组, 比较差异具有统计学意义 $P < 0.05$ 。统计学数据如下表 2:

表 2: 对比两组患者的过敏性紫癜性肾炎缓解率

组别	n	完全缓解	部分缓解	无缓解	总缓解率
观察组	35	20	13	2	33 (94.3%)
对照组	35	6	12	17	18 (51.4%)

2.3 对比两组患者的不良反应发生率

观察组患者的急性胃肠道反应发生率、反复呼吸道感染发生率均与对照组相当, 比较差异不具有统计学意义 $P > 0.05$; 库兴貌、水牛背及毛发粗重等激素不良反应发生率显著低于对照组, 比较差异具有统计学意义 $P < 0.05$ 。统计学数据如下表 3:

表 3: 对比两组患者的不良反应发生率

组别	n	急性胃肠 道反应	反复呼吸 道感染	激素不良反应			发生率
				库兴 貌	水牛 背	毛发 粗重	
观察组	35	13 (37.1)	15 (42.9)	5	6	8	19 (54.3)
对照组	35	12 (34.3)	14 (40.0)	7	9	10	26 (74.3)

3 讨论

过敏性紫癜性肾炎作为过敏性紫癜的一种并发症, 其发病机制十分复杂, 但目前研究表明, 该疾病的发病与机体的免疫具有莫大的关系^[4]。该疾病的临床表现轻重程度存在较大的差异性, 部分患者会表现为肾病综合征, 并且伴随有大量的蛋白尿、低蛋白血症以及程度不一的血尿、水肿等情况。临床研究表明, 过敏性紫癜性肾炎在发病后 10 年—20 年的时间内导致慢性肾功能衰竭的比例可高达 50% 以上, 因此, 对于过敏性紫癜性肾炎来说, 在其发病之初需给予积极地临床治疗。临床实践表明, 使用肾上腺皮质激素对过敏性紫癜性肾炎进行治疗的临床疗效难以肯定。

因此, 当前临床上对于过敏性紫癜性肾炎的治疗主要是根据其具体的为临床分型和病理分型采取不同措施进行治疗。对于过敏性紫癜性肾炎来说, 临床上以肾病综合征型过敏性紫癜性肾炎为主, 因此, 临床上致力于对该类型过敏性紫癜性肾炎治疗方案的研究。但就目前看来, 临床上对于该类型的过敏性紫癜性肾炎尚且缺乏规范性的治疗方案。目前临床上常用免疫抑制剂治疗常规治疗无效的肾炎综合型过敏性紫癜性肾炎、肾病综合征型过敏性紫癜性肾炎及急进性肾炎综合征型过敏性紫癜性肾炎。

环磷酰胺是一种临床上常用的细胞毒药物, 该药物是烷化抗细胞代谢药物, 在各类自身免疫性疾病的治疗中较为常用, 该药物在自身免疫性疾病的治疗中, 一方面能够抑制细胞的增殖作用, 另一方面能够非特异性杀伤抗原敏感性小淋巴细胞,

从而限制其转化为免疫母细胞。环磷酰胺是一种双功能烷化剂及细胞周期非特异性药物, 具有干扰 DNA 和 RNA 的作用, 特别是对 DNA 的干扰作用尤其显著, 该药物能够与 DNA 发生交叉连接, 从而抑制 DNA 的合成。我国是在 20 世纪 60 年代开始被临床应用到难治性肾病的治疗中, 但是在实际的临床治疗中却发现, 该药物会引起较大的不良反应。国外有研究应用甲基泼尼龙冲击治疗交替口服强的松和环磷酰胺对过敏性紫癜性肾炎患者进行治疗, 结果显示, 患者的尿蛋白显著减少, 血肌酐水平显著降低。基于国外的这些研究成果, 目前我国已经开始应用环磷酰胺联合激素对难治性过敏性紫癜性肾炎实施治疗, 取得了较好的临床疗效。本次研究中笔者将甲基泼尼龙与环磷酰胺进行联合应用, 结果表明, 该疗法在过敏性紫癜性肾炎的治疗中具有非常良好的应用效果。

环磷酰胺在过敏性紫癜性肾炎的治疗中虽然起效较慢, 但是其药效持续的时间较长, 并且能够对细胞免疫和体液免疫均产生有效的抑制作用^[5]。而甲基泼尼龙则能够对炎性介质的活性进行有效的控制, 以此来达到控制炎症反应的目的^[6]。从本研究结果来看, 采取大剂量环磷酰胺联合甲基泼尼龙冲击疗法治疗的患者, 在治疗 12 周之后, 其 24h 尿蛋白定量较单纯采取环磷酰胺治疗的患者有显著的降低; 且其过敏性紫癜性肾炎的疾病总缓解率显著高于单纯应用环磷酰胺治疗的患者; 其激素不良反应显著少于单纯应用环磷酰胺治疗的患者。这一结果表明, 大剂量环磷酰胺联合甲基泼尼龙冲击疗法治疗过敏性紫癜性肾炎可获得良好的临床治疗效果和临床治疗安全性。

综上所述, 大剂量环磷酰胺联合甲基泼尼龙冲击治疗过敏性紫癜性肾炎可显著改善患者的 24h 尿蛋白定量, 显著提高患者的过敏性紫癜性肾炎缓解率, 且能够降低药物带来的激素不良反应, 应用效果理想。

参考文献:

- [1] 张晓利, 孙昆, 吴银, 等. 环磷酰胺与糖皮质激素双重冲击疗法治疗重症紫癜性肾炎患儿的临床研究 [J]. 疑难病杂志, 2016, 15(1): 40—43.
- [2] 徐达良, 王云, 杨巧芝, 等. 儿童过敏性紫癜性肾炎病理特点与临床表现相关性 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2015, 30(21): 1622—1625.
- [3] 陈文波, 苏永智, 张经. 环磷酰胺冲击治疗肾病型紫癜性肾炎患儿的疗效 [J]. 分子影像学杂志, 2023, 36(1): 15—17.
- [4] 贾建设. 大剂量环磷酰胺联合甲基泼尼龙冲击治疗过敏性紫癜性肾炎的疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2015, 2(3): 438—439.
- [5] 张国胜, 侯小静, 朱广领, 等. 过敏性紫癜肾炎临床诊治观察 [J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(25): 296—297.
- [6] 卢莉敏, 崔晓. 大剂量环磷酰胺联合甲基泼尼龙冲击治疗过敏性紫癜性肾炎的疗效分析 [J]. 中国社区医师医学专业, 2012, 14(18): 186—188.

(上接第 9 页)

不良风险时, 在患者的胃肠道可耐受前提下, 应尽早为其开展场内营养支持, 从而使其机体营养供给得到保障。

综上所述, 早期序贯式肠内营养支持应用于老年吞咽困难临床治疗中的效果显著, 可使患者的机体营养状况得以有效改善, 减少并发症的发生, 值得在临床上进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 谢朝艳, 丁雪萍, 高吉祥等. 帕金森病患者流涎与吞咽困难的关系研究 [J]. 中华神经科杂志, 2016, 49(11): 856—863.
- [2] 于杰, 靳培浩, 阎凯等. C2 ~ 7 角变化对颈椎前路术

后吞咽困难的影响 [J]. 中华骨科杂志, 2016, 36(5): 265—270.

[3] 陈波, 瞿霞, 杨毅等. 颈前路单节段融合钢板内固定后吞咽困难的危险因素分析 [J]. 中国组织工程研究, 2015, 25(13): 2028—2033.

[4] 高尚谦, 王芳, 郭海玲等. 基于指南的脑卒中患者吞咽困难识别与管理循证实践方案的构建 [J]. 中国护理管理, 2016, 16(12): 1623—1627.

[5] 史以超, 王潇潇, 艾洁等. 伴或不伴吞咽困难的胃食管反流病患者食管动力特征 [J]. 中华消化杂志, 2016, 36(10): 676—680.