

鼻肠管和鼻胃管肠内营养在脑卒中吞咽困难患者中的应用效果对比

杨 丹

柳州市人民医院康复医学科 广西柳州 545006

【摘要】目的 对比鼻肠管和鼻胃管肠内营养在脑卒中吞咽困难患者中的应用效果。**方法** 随机选取 2015 年 5 月至 2017 年 5 月我院收治的脑卒中吞咽困难患者 60 例,依据肠内营养方法将这些患者分为鼻肠管组(n=30)和鼻胃管组(n=30)两组,对两组患者的血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量、并发症发生情况进行统计分析。**结果** 置管后和鼻胃管组相比,鼻肠管组患者的血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量均显著较高($P<0.05$)。鼻肠管组患者的呕吐、营养液反流、吸入性肺炎、应激性溃疡发生率 16.7%(5/30)、13.3%(4/30)、3.3%(1/30)、3.3%(1/30)均显著低于鼻胃管组 66.7%(20/30)、60.0%(18/30)、33.3%(10/30)、23.3%(7/30) ($P<0.05$)。**结论** 鼻肠管较鼻胃管肠内营养在脑卒中吞咽困难患者中的应用效果好。

【关键词】 鼻肠管肠内营养; 鼻胃管肠内营养; 脑卒中吞咽困难; 应用效果

【中图分类号】 R473.74

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561(2018)02-110-02

通常情况下,在延髓麻痹、意识障碍等影响下,脑卒中患者无法正常进食,具有较长的病程、较多的能量消耗,特别是患者会在蛋白质高分解代谢状态的情况下处于负氮平衡状态,从而对患者的恢复造成直接的不良影响,提升患者感染率及致死率、致残率^[1]。在患者恢复期,肠内营养发挥着极为重要的作用,早期营养支持能够促进患者机体抵抗力的增强,为患者康复提供良好的前提条件^[2]。本研究对比了鼻肠管和鼻胃管肠内营养在脑卒中吞咽困难患者中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取 2015 年 5 月至 2017 年 5 月我院收治的脑卒中吞咽困难患者 60 例,纳入标准:所有患者均符合脑卒中的诊断标准^[3],均经影像学检查证实为脑卒中,均伴至少 1 周的吞咽困难症状;排除标准:将缺乏完整临床资料等患者排除在外。依据肠内营养方法将这些患者分为鼻肠管组(n=30)和鼻胃管组(n=30)两组。鼻肠管组患者中男性 19 例,女性 11 例,年龄 42~76 岁,平均(53.0±9.5)岁。在脑卒中类型方面,23 例为脑出血,7 例为脑梗死;在吞咽困难程度方面,16 例为轻度,14 例为中度。鼻胃管组患者中男性 17 例,女性 13 例,年龄 43~76 岁,平均(54.4±9.2)岁。在脑卒中类型方面,22 例为脑出血,8 例为脑梗死;在吞咽困难程度方面,15 例为轻度,15 例为中度。两组患者的一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

鼻胃管组患者接受鼻胃管肠内营养,将胃管常规留置下来,以泵注营养液的方式对营养进行补充;鼻肠管组患者接受鼻肠管肠内营养,将复尔凯螺旋型鼻肠管留置下来,其颜色代码、规格、长度分别为咖啡色 20~9551、10FR、140cm。给予患者静脉推注 10mg 胃复安,10min 后将导丝固定下来,将侧孔关闭。对置管到胃的长度进行预测量,对导管进行浸泡,在此过程中将 20ml 生理盐水充分利用起来。将 20ml

生理盐水注入管腔,将患者床头抬高 30°,帮助患者取右侧卧位。向预测量长度插管,将胃液抽取出来,对 pH 值进行检验。将尖端位置确认下来后继续推管,向 95cm 推进后将液体抽取出来检验。体外保留 10cm 固定,将导丝拔出,对患者进行腹部或胸部 X 光片将营养管在幽门后确定下来,以泵注营养液的方式开始喂养。

1.3 观察指标

置管前后分别对两组患者的血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量进行测定,以对患者的营养状况进行评定。同时,统计两组患者的呕吐、腹泻、营养液反流、吸入性肺炎、应激性溃疡等并发症发生情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS21.0 统计学软件,两组患者的并发症发生情况等计数资料用率表示,用 χ^2 检验;两组患者的血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量等计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,用 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者置管前后的血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量变化情况比较

和置管前相比,两组患者置管后的血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量均显著较高($P<0.05$);置管前两组患者的血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量之间的差异均不显著($P>0.05$),置管后和鼻胃管组相比,鼻肠管组患者的血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量均显著较高($P<0.05$),具体见表 1。

2.2 两组患者的并发症发生情况比较

鼻肠管组患者的呕吐、营养液反流、吸入性肺炎、应激性溃疡发生率 16.7%(5/30)、13.3%(4/30)、3.3%(1/30)、3.3%(1/30)均显著低于鼻胃管组 66.7%(20/30)、60.0%(18/30)、33.3%(10/30)、23.3%(7/30) ($P<0.05$),但两组患者的腹泻发生率 10.0%(3/30)、13.3%(4/30)之间的差异不显著($P>0.05$),具体见表 2。

表 1: 两组患者置管前后的血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	前白蛋白 (mg/L)	总蛋白 (g/L)	血红蛋白 (g/L)
鼻肠管组 (n=30)	置管前	181.1±74.2	59.5±12.6	106.6±23.5
	置管后	303.6±82.3**	72.7±11.4**	123.6±21.7**
鼻胃管组 (n=30)	置管前	178.7±61.4	59.2±10.5	107.1±22.6
	置管后	213.3±72.2*	67.7±11.6*	118.2±21.7*

注:与同组置管前比较,* $P<0.05$;与鼻胃管组比较,* $P<0.05$

表 2: 两组患者的并发症发生情况比较 (例/%)

组别	呕吐	腹泻	营养液反流	吸入性肺炎	应激性溃疡
鼻肠管组 (n=30)	5 (16.7) *	3 (10.0)	4 (13.3) *	1 (3.3) *	1 (3.3) *
鼻胃管组 (n=30)	20 (66.7)	4 (13.3)	18 (60.0)	10 (33.3)	7 (23.3)
χ^2	11.14	1.32	12.83	13.34	9.35
P	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:与鼻胃管组比较,* $P<0.05$

(下转第 114 页)

不稳定股骨转子间骨折在老年人中的发生风险较高,尤其是以骨质疏松症患者发生率更高。既往研究显示^[2],对老年不稳定股骨转子间骨折患者实施保守治疗也能够获得一定的效果,但是患者需要长期卧床,且下肢制动,很可能导致压疮、下肢深静脉血栓形成等多种并发症,甚至会出现内科疾病合并症,增加死亡的风险。由于股骨转子间骨折患者大多会合并粗隆后部和股骨矩不同程度破坏,因此临床中常针对此类患者选择手术治疗。

本次研究中联用组出现骨痂时间、骨折愈合时间、髋关节功能恢复效果和骨折再发率数据均明显优于手术组,提示对老年不稳定股骨转子间骨折患者联用 PFNA 和抗骨质疏松药物不仅能够促进快速恢复,还可增强髋关节功能的恢复效果,降低骨折再发的风险。PFNA 手术创伤小,并且相较于侧钢板固定手术来说该系统的力臂较短,力线相较于股骨头中心的距离更近,能够承受更大的弯曲应力,并且还可满足患者术后早期功能锻炼的要求,降低并发症的发生风险。研究认为^[3],PFNA 手术能够在保证减轻创伤的同时更符合老年不稳定股骨转子间骨折患者复位和固定的治疗需求。阿法骨化醇与维生素 D 配合应用是经典的抗骨质疏松治疗方案,能够显著改善骨代谢状态和指标,增加骨密度,并且还可减少骨质流失,对骨质疏

松症具有良好的治疗作用^[4]。因此对老年不稳定股骨转子间骨折患者联用 PFNA 手术和抗骨质疏松药物能够显著缩短康复进程,改善髋关节功能,减少骨折再发。

综上,建议在老年不稳定股骨转子间骨折患者 PFNA 手术后联用抗骨质疏松药物治疗,能够加快康复进程,增强髋关节功能恢复效果,减少骨折再发。

[参考文献]

- [1] 高飞,周武,谢卯,等.PFNA 联合规范化抗骨质疏松药物治疗老年骨质疏松性股骨转子间骨折[J].第二军医大学学报,2017,38(4):437-442.
- [2] 陈昱,徐杰,周仕国,等.PFNA 内固定联合唑来膦酸治疗老年股骨粗隆间骨折的疗效观察[J].中国骨与关节损伤杂志,2016,31(2):186-187.
- [3] 贾东昭,王彦志,穆卫庐,等.PFNA 内固定术结合规范抗骨质疏松方案治疗老年骨质疏松性股骨粗隆间 Evans III~V 型骨折疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(16):1802-1805.
- [4] 冯献礼.PFNA 联合利塞膦酸钠治疗老年骨质疏松性股骨粗隆间骨折患者的效果[J].中国现代手术学杂志,2015,19(4):294-297.

(上接第 110 页)

3 讨论

脑卒中属于一种脑血管疾病,具有较高的发病率、致死率及致死率,通常情况下,患者会伴有一定的神经功能障碍,进而在一定程度上损害患者吞咽功能^[4]。由于重度脑卒中患者有神经功能紊乱、胃肠蠕动功能障碍、各种营养物质代谢紊乱存在,同时具有较大的能量消耗、较强的糖及蛋白质等营养物质代谢,因此患者的免疫力会在缺乏充足的营养的情况下下降,促进患者院内感染发生率的提升^[5]。同时,缺乏充足的营养供应还会使患者神经功能恢复时间延缓,促进临床疗效的降低。因此,将合理的营养支持提供给吞咽困难的脑卒中患者具有极为重要的临床意义^[6]。

本研究表明,置管后和鼻胃管组相比,鼻肠管组患者的血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白含量均显著较高($P < 0.05$)。鼻肠管组患者的呕吐、营养液反流、吸入性肺炎、应激性溃疡发生率均显著低于鼻胃管组($P < 0.05$),说明鼻肠管较鼻胃管肠内营养在脑卒中吞咽

困难患者中的应用效果好,值得推广。

[参考文献]

- [1] 解超英,彭立明.经鼻肠管肠内营养对急性脑卒中合并吞咽困难患者并发症的影响[J].当代护士(学术版),2011,11(2):37-38.
- [2] 万里红,谈正叶,钱美萍等.2 种肠内营养途径在脑卒中吞咽困难患者中的应用比较[J].护理学报,2012,19(4):65-67.
- [3] 陈晓红,彭根英.不同胃肠营养支持方式对脑卒中后相关性肺炎的影响[J].医学理论与实践,2016,29(9):1155-1156,1157.
- [4] 陈晓红,戴妙霞,何婷等.不同胃肠营养支持方式对脑卒中吞咽困难患者的临床疗效观察[J].心脑血管病防治,2016,16(1):38-39.
- [5] 张跃明,顾成敏.二种鼻饲途径肠内营养在急性脑卒中患者中的应用比较[J].中国煤炭工业医学杂志,2010,13(11):1664-1665.
- [6] 田翻花,田荷花,李静文等.脑卒中伴吞咽困难患者应用鼻胃管与鼻肠管营养支持的对比研究[J].内蒙古医学杂志,2013,45(12):1506-1508.

(上接第 111 页)

床疗效[J].中华全科医学,2017,15(7):1169-1171.

[3] 王煜,候春华.关节镜辅助下胫骨平台骨折微创治疗的临床疗效及术后并发症分析[J].航空航天医学杂志,2016,27(6):704-706.

[4] 兰伟荣.关节镜辅助下微创治疗胫骨平台骨折的疗效分析[J].中医正骨,2014,26(02):51-53.

[5] 赵喜滨,徐万龙,孙俊刚,等.关节镜辅助下微创治疗胫骨平台骨折的疗效分析[J].中国医药导刊,2013,15(6):967-968.

[6] 黄承夸,韦文,陆文忠,等.36 例关节镜辅助下微创治疗胫骨平台骨折的临床研究[J].吉林医学,2011,32(13):2533-2534.

[7] 刘宇,王静成,施晓明,等.关节镜辅助下微创治疗胫骨平台骨折 35 例疗效分析[J].实用临床医药杂志,2011,15(1):79-81.

(上接第 112 页)

以有效的改善患者临床症状,加速膝关节的恢复。

综上所述,针对于膝关节内骨折的患者来说,采用镜下微创内固定术治疗较为理想,可以有效的保障患者膝关节功能,且手术时间短,术后并发症较低,安全性较高,在膝关节损伤的临床上可大力的推广与应用。

[参考文献]

[1] 邢海祥.关节镜下微创内固定治疗膝关节内骨折的疗效分析[J].浙江创伤外科,2016,18(04):706-708.

[2] 汪志中,罗吉伟,章承诃,李捷,李新旭,罗晓东,陆行,余斌.关节镜引导下微创内固定治疗膝关节内骨折 80 例疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(02):144-146.

[3] 陈彦,丁洪,翟建明,吴永智.关节镜下微创治疗膝关节内骨折的疗效及并发症分析[J].安徽医药,2014,21(04):711-712.

[4] 田庆海.关节镜下膝关节内骨折的临床治疗分析[J].中国实用医药,2011,6(22):89-90.

[5] 冯万文,夏亚一,党跃修,等.关节镜下固定移位的胫骨髁间嵴撕脱性骨折[J/CID].中华关节外科杂志:电子版,2012,6(2):218-224