

肠痿患者营养干预必要性的探讨

冯文娟

(华中科技大学同济医学院附属同济医院)

摘要: 肠痿患者因其肠道功能受损、肠道连续性中断, 造成消化液漏出, 以致肠道运动、消化和吸收功能均受到不同程度的抑制, 继而发生内环境失衡、感染、器官功能障碍等病理生理改变, 且肠痿患者通常处于高代谢状态, 能量消耗增加, 极易发生营养不良, 而营养状态的急剧下降是大多数肠痿患者的直接死因, 所以及时对肠痿患者行营养干预极其重要, 不断优化的营养支持技术维持了患者多种组织和器官正常功能, 并降低了患者死亡率, 提高了生存率。

关键词: 肠痿; 营养不良; 肠外营养; 肠内营养; 营养干预

一、肠痿的定义

肠痿是指肠管与其他器官、腹腔、或体表形成的不正常通道, 造成肠内容物流出肠腔, 引起感染、体液的丢失、营养不良和多器官功能障碍等一系列病理生理的改变。如果肠管之间或肠管与其他器官形成不正常通道成为肠内痿; 如果肠管与腹腔、体表形成不正常通道称为肠外痿, 小肠克罗恩病、白塞病和溃疡性结肠炎等炎性肠病, 都可以导致肠痿; 肠道结核感染及肠道化脓性感染也可以引起肠管坏死而形成肠痿; 也可由各种创伤或者手术以及放疗等造成, 其中腹部手术并发症的肠痿占大多数。

肠痿因其种类不同, 其症状也有所不同, 肠外痿的腹部体表存在一个或多个痿口, 有肠液、气体、食物等从痿口溢出, 肠液持续腐蚀痿口周围皮肤, 造成周围皮肤溃烂甚至出血, 引起患者的剧烈疼痛、红肿, 并可伴发热、腹痛腹胀等症状, 且由于肠液的大量丢失, 引起水、电解质和酸碱的紊乱, 如果肠痿导致腹腔内感染较为严重, 患者禁食禁水, 则易出现营养不良, 具体表现为体重减轻、皮下脂肪和肌肉明显减少, 痿口处更加难以愈合, 如果不及时补充营养, 会加重营养不良的状况。如果发生肠痿后未及时治疗处理, 容易导致更严重的并发症, 如腹膜炎、脓毒症, 继而引起脓毒性休克, 且据统计感染是导致肠外痿患者死亡的主要原因。而肠内痿的临床表现有所不同, 可引起腹痛腹泻、呕吐嗝气中有粪臭味, 营养障碍、寒战、高热, 甚至发生黄疸、感染性休克等。

不管是肠外痿还是肠内痿, 不仅使手术伤口愈合困难, 同时因为痿口的消化液的流出持续刺激痿口周围皮肤, 并对痿口周围皮肤产生腐蚀作用, 导致痿口周围疼痛、皮肤溃烂甚至感染, 患者病情也随之加重, 更严重也会发生腹内(肠曲间)脓肿、脓毒症和MODS。若这些问题未能及时处理, 肠痿就难以治愈。

肠痿对机体的影响程度取决于肠痿部位的高低以及漏出量的多少、原发疾病等因素, 肠痿部位越高、漏出量越大, 对机体的危害也就越严重, 其中十二指肠痿或近端小肠痿往往属于这种漏出量较大的高流量肠痿, 所丢失的液体可能超过 1000 ml/d, 以致患者发生水电解质以及酸碱平衡紊乱的几率较其他类型肠痿高^[1], 若不及时加以控制容易导致患者多器官功能衰竭甚至死亡。相比之下, 低位小肠痿或结肠痿对全身的影响就小得多。

由于肠道连续性中断, 且并发腹腔感染, 不同程度上抑制了肠道运动、消化和吸收功能, 肠痿的临床特征决定了其对机体的影响, 肠痿患者通常处于高代谢状态, 能量消耗增加, 营养素大量丢失, 还存在胰岛素抵抗等病理情况^[2], 因此患者极易发生营养不良, 所以营养支持治疗对于肠痿患者尤为重要。

二、肠痿患者营养不良现状

我国住院患者营养不良发生率为 35.5%, 营养不足发生率为 12%, 其中危重病及老年患者占比较多, 因营养风险或营养不良易导致住院患者出现并发症、住院日延长、预后死亡等不良临床结局^[3], 而肠痿一旦发生, 也必然会出现感染、水电解质失衡甚至出血, 继而进一步加重各器官功能损害, 同时, 由于患者的消化与吸收也受到不同程度地影响, 并且随着感染和水电解质紊乱等并发症的出现, 患者机体的能量消耗也明显增加, 极易出现营养不良^[4]。

肠痿会造成水和电解质不同程度的丢失, 引起水、电解质紊乱, 更甚者可出现周围循环衰竭、肾功能衰竭等, 其次肠液的丢失会造成各种消化酶的损失, 消化酶的丢失可引起消化吸收障碍, 并出现营养不良、体重下降、肌肉和内脏器官萎缩, 营养物质摄入不足^[2], 肠液内含有丰富的蛋白质成分, 肠痿使食物未经消化道的充分消化和吸收就流失到体外, 以致机体对各种营养素的摄取均达不到机体需要量, 引起蛋白质-能量营养不良、贫血、各种维生素以及镁、钙、锌等矿物质的缺乏, 肠痿患者肠液的大量丢失会迅速导致营养状态的恶化, 更甚者出现恶液质, 肠痿患者的营养不良发生率可高达 55%~90%^[1]。

三、营养支持的重要性

肠痿属于胃肠外科常见的并发症, 患者病程相对较长, 治疗较为复杂, 且患者治疗费用相对较高, 肠痿患者发病后常伴有营养不良, 影响机体免疫水平, 从而形成一种恶性循环, 加剧疾病的发生、发展^[5]。肠痿患者由于感染发热等原因, 机体常处于高代谢的状态, 加上长期禁食, 消化液丢失, 极易发生营养不良。

营养不良是肠痿患者最常见的并发症之一, 其发生率在 55%~90%, Chapman 等的研究显示肠痿患者的营养状况与治愈率和病死率直接相关^[6]。肠痿可导致一系列严重的病理生理改变及各种并发症, 半个世纪之前其病死率曾高达 50%~60%。随着近代临床医学的发展, 特别是营养支持的广泛应用, 肠外痿的治愈率已提高到 90%左右^[1]。当前肠痿治疗的原则为“引流、等待、再手术”, 即首先实施保守治疗, 争取痿口自行愈合, 无法自行愈合的患者再行手术治疗^[7], 营养支持发挥着重要作用, 部分患者可能因此获得自愈, 也为需要实施手术的患者创造了良好的条件, 使得肠痿患者死亡率逐步下降。

营养支持治疗是危重病患者救治过程中不可缺少的重要环节, 合适的营养支持治疗方案可改善患者营养状况, 调节机体免疫功能, 减少并发症, 提高抢救成功率, 并可用于辅助治疗多种疾病, 肠痿患者在出血、感染和多脏器功能不全的应激期多合并不同程度的营养不良, 营养状态的急剧恶化是肠痿患者的主要死因, 因此, 营养治疗是肠痿治疗中的重要措施^[8]。

随着营养支持技术的不断改善, 营养支持不仅能够纠正机体负氮平衡, 还具有调节机体免疫功能、保护胃肠道结构完整性等多种作用, 从而维持患者多种组织和器官正常功能, 提高患者生存率^[9]。

四、营养支持方法

肠痿患者营养支持贯穿整个治疗过程, 选择运用肠内营养结合肠外营养的方法能够在保护肠道功能的同时, 加速肠痿愈合, 是目前治疗肠痿行之有效的办法。正确评估患者的营养状况是进行营养支持治疗的前提, 也可根据评估结果对机体提供合适的营养支持治疗方案及恰当的营养素^[9]。

在肠痿疾病早期, 腹膜炎尚未得以控制, 肠功能极差, 不可能经肠道供给营养, 患者肠功能几乎完全丧失, 或一时无法建立实施肠内营养的途径, 而此时主要以实行全肠外营养方式为主^[10], 为患者提供维持健康和生命的营养、电解质和水, 需要注意的是在病程早期(3~5 d), 由于大量肠液丢失致使有效循环血容量不足及电解质、酸

碱失衡,此阶段治疗重点就是要纠正这些异常,在内环境稳定之后再行肠内营养支持,肠外营养的应用可显著提高患者自愈率与生存率。既往研究证明为患者输入外源性的营养物质能使患者自身的营养状况得以改善,并且增强机体的免疫应答能力,输入外源性的营养物质同时还能减轻患者机体的组织损伤和炎症反应,所以早期营养支持能提高危重患者的存活率^[6],肠外营养可以使消化道得到适当休息,与此同时可使肠痿患者获得足够的营养物质,以维持机体的代谢功能,从而改善营养不良,纠正负氮平衡,促进瘘口愈合,在肠外营养治疗过程要注意加强巡视病房,防止因液体输空、形成空气栓塞造成病人生命安危受损。

因肠外痿患者的病程较长且耗费大,也有研究认为使用肠外营养超过2周可增加肠黏膜萎缩的风险,肠黏膜细胞绒毛的高度、蛋白质及DNA含量减少,同时肠内分泌型IgA明显减少,长期应用肠外营养的患者往往会同时存在凝血功能障碍,易引起患者出血,与肠外营养相比,肠内营养更符合生理状态,有助于维护胃肠道功能,且有利于胃肠道结构和功能的恢复,防止消化道黏膜萎缩,减少消化道细菌异位,实施过程更加方便、安全、且成本低,可减少感染,应尽可能地选择肠内营养支持,在使用上肠内营养也比肠外营养更安全、经济,是肠外营养不可替代的^[9]。等到患者肠液溢出量明显减少、腹腔感染得到有效控制且见窦道形成后,营养支持方案也由完全肠外营养逐渐过渡至完全肠内营养。根据患者病情进展适时选用TPN、TPN+EN或EN等营养支持方式,对迅速纠正患者的营养不良、肠痿及疾病的转归有重要的影响。肠内营养制剂是细菌生长繁殖的培养液,因此肠内营养要现用现配,配制后如不立刻使用要放置在4℃冰箱内,24h内使用完毕,并且配制过程中防止细菌污染。在肠内营养治疗过程中会因胃肠道反应引起腹泻,为防止肛门处皮肤破损,患者腹泻后要及时清理干净,并保持病人肛门处皮肤清洁、干燥。营养支持治疗过程中,要注意加强口腔护理,可自行刷牙漱口的病人可以摇高床头协助患者刷牙漱口,不能自行刷牙的患者可协助患者每日用盐水漱口,预防口腔霉菌的形成,并保持患者口腔清洁,增加舒适感^[9]。

肠痿患者的治愈率及病死率与其营养状况息息相关,随着营养支持治疗中肠内营养(EN)和肠外营养(PN)的广泛开展,加之联合生长抑素和生长激素的应用,使得肠痿的治疗策略和方法大大改变,肠痿患者的病死率得到显著下降^[11],因此对于肠痿患者而言营养支持极其重要。

参考文献:

- [1]吴肇汉.肠痿的营养支持[J].临床外科杂志,2007,(10):659-660.
- [2]肠痿的营养治疗[J].中国社区医师,2012,28(46):16.
- [3]李娟,周凡,李玉肖,刘桃英,刘华,万靖.营养规范化诊疗培训对某院医护人员营养知识水平及营养干预行为的影响[J].安徽医学,2022,43(03):348-351.
- [4]秦新裕.肠痿治疗的现状和未来[J].临床外科杂志,2007,(10):655-656.
- [5]郑爽,方玲,周小懿.营养支持干预在肠痿患者中的应用效果及对营养状态的影响研究[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(51):153.
- [6]修乘波,修成浩,杨中勤.1例肠痿患者的循证治疗[J].中国实用医药,2011,6(36):182-183.
- [7]海容,高祖梅,梁欣,王改静,张子景,段永红.肠痿的护理进展[J].当代护士(下旬刊),2020,27(09):20-23.
- [8]李泽信,王霄,朱绍辉,王建国.营养支持治疗肠痿12例[J].新乡医学院学报,2009,26(06):621-623.
- [9]杜娟,王慧,何敏,王品,苏华,李克磊.基于营养风险评估的个体化营养支持治疗对重症患者营养状态及预后的效果观察[J].广西医科大学学报,2019,36(09):1518-1522.
- [10]尹新华,路艳茹.肠痿患者营养支持的治疗及护理[J].宁夏医学杂志,2011,33(06):572-573.
- [11]童强,冯丹,王国斌,卢晓明,刘科,金钦文,肖勇,陶凯雄.肠外营养支持对肠痿患者的作用[J].中国康复,2006,(04):257-258.
- [11]李莉,文西年,古丽,艾提尔,热孜亚,阿布来提.肠痿病人营养支持的疗效观察[J].肠外与肠内营养,2005,(04):255-256.