

# 早期肠内营养护理用于急性脑出血患者护理中的作用分析

许亚宁

(邯郸市第一医院 河北邯郸 056001)

**摘要:**目的:分析对于急性脑出血患者在其护理中进行早期肠内营养护理的临床价值。方法:病例抽取时间为2020年1月~2022年10月,地点为我院,诊断结果均为急性脑出血,病例数量74例,借助随机数字表法分组,即对照组、观察组,均为37例,对照组为常规护理,观察组联合运用早期肠内营养护理,对2组患者的机体营养状况、免疫功能、并发症率、神经功能与自理能力等进行对比。结果:施护前血红蛋白、血清白蛋白、IgA、IgG、IgM水平2组做对比差异微小 $P>0.05$ ,经施护与对照组相比,血红蛋白、血清白蛋白、IgA、IgG、IgM水平均为观察组更高 $P<0.05$ ;并发症率比较中,观察组为2.70%,对照组为16.22%, $P<0.05$ ;施护前NIHSS、ADL评分2组做对比差异微小 $P>0.05$ ,经施护与对照组相比,NIHSS评分为观察组更低,ADL评分为观察组更高 $P<0.05$ 。结论:对急性脑出血患者通过进行早期肠内营养护理有助于改善其机体营养状况和提升免疫功能,并可减少并发症及促进神经功能与自理能力恢复。  
**关键词:**急性脑出血;早期肠内营养护理;营养状况;并发症;价值

急性脑出血是十分常见的急性脑血管病变,属于非外伤性的脑组织出血,该疾病在全部脑血管病变中的占比可达到20%~30%,人群患病率较高,尤其是在50岁以上的群体中发病率随年龄增长而不断上升。患者脑内血管发生破裂进而引起脑出血,其发生多与高血压、动脉硬化病变、脑动静脉畸形、身体肥胖、不良饮食、高胆固醇、高血糖等因素有关<sup>[1]</sup>。急性脑出血通常并无前驱症状,极少数患者可出现乏力、头晕等前驱症状,患者的病情进展速度较快,可引起剧烈头痛、肢体麻木、视力障碍、口齿不清、行走困难等症状表现,具有较高的致残和致死率<sup>[2]</sup>。吞咽障碍是此类患者比较常见的合并症,可造成患者营养摄入不足,并引起机体营养不良、贫血等,导致免疫功能减弱,患者的感染患病风险进一步提升,不利于病情控制,甚至增加了患者的死亡风险<sup>[3]</sup>,所以做好患者的护理干预来改善其营养状况至关重要。以下将分析对于急性脑出血患者通过进行早期肠内营养护理的临床效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 基础资料

病例抽取时间为2020年1月~2022年10月,地点为我院,诊断结果均为急性脑出血,病例数量74例,借助随机数字表法分组,即对照组、观察组,均为37例,观察组男、女分别为19例、18例;年龄52~86岁,均值(69.6±5.5)岁;发病至入院1~6h,均值(3.2±0.8)h;出血部位:基底节区共计21例,丘脑共计7例,脑叶共计4例,脑干等其他部位共计5例。对照组男、女分别为17例、17例;年龄50~87岁,均值(69.7±5.4)岁;发病至入院1~5.5h,均值(3.3±0.7)h;出血部位:基底节区共计20例,丘脑共计8例,脑叶共计5例,脑干等其他部位共计4例。2组以上资料均有其可比性 $P>0.05$ 。

纳入标准:(1)符合急性脑出血的诊断标准,且通过颅脑CT等影像学手段检查得以明确证实;(2)患者年龄40~90岁;(3)患者或(和)家属对研究方案知晓,且已征得知情同意;(4)发病前1周内无任何感染性患病史;(5)各有关临床资料齐备。排除标准:(1)具有心、肝、肾等重要器官功能病变者;(2)罹患恶性肿瘤者;(3)罹患免疫性疾病者;(4)罹患血液系统病变者;(5)属于复发脑出血者。

### 1.2 方法

对照组为常规护理,例如积极协助医师完成患者的病情评估,加强护理巡视,密切监测患者的各生命体征指标,严格遵医嘱完成患者的相关药物治疗,维持日常病房环境的温湿度适宜以及清洁卫生。遵医嘱给予患者普通流质饮食,并经由鼻饲给予患者分次推注。在护理中执行无菌原则,发现患者的异常表现需要及时通报医师并积极配合妥善处理等;观察组联合运用早期肠内营养护理,方法为:(1)肠内营养方法及护理:患者接受治疗后约1~2天内早期给予肠内营养及相应护理,由患者的咽喉部将鼻肠管缓慢插入,操作中注意动作准确以及轻柔改善其舒适度,确保鼻肠管处于空肠上部。患者插管当日可给予生理盐水500ml进行滴注,于第2日给予适量营养剂进行滴注,每100mg当中包含热量418kJ,碳水化合物12.3g,蛋白质4g以及脂肪3.9g与膳食纤维1.5g。结合其病情状况对于营养液的滴速合理调整,并逐步增加营养剂的滴入量,同时需做好营养剂的日常保温管理,以免对胃肠道造成不良刺激,减少并发症风险;(2)鼻饲管护理:日常需要对胃管外部的遗留长度进行密切监测和记录,以免发生脱落。如若意识状态清醒需做好心理疏导,对于鼻饲管应用的目的进行介绍,与此同时还需讲解旋转鼻饲管操作

用,确保患者能够理解及配合。如若为意识模糊则尽可能采用细小营养管。对于精神烦躁者可实施通过绑带进行管理,以免患者私自拔出管道。日常需要维持管道的畅通,在进行鼻饲之后以适量温水对于胃管进行充分清洗,之后妥善封闭,日常需维持胃管外部的卫生状况,定期更换固定胶布,避免局部感染;(3)并发症预防护理:脑出血患者受病情影响肠蠕动减弱,与此同时鼻饲过程中如若操作失误,容易使患者出现吸入性肺炎等并发症。所以在护理过程中需要优化护理操作,例如在插管前需要对口腔当中分泌物充分清理,指导其正确咳嗽,促进排出痰液。如若无法自主排痰,可及时进行吸痰护理,从而防止置管过程中发生咳嗽、误吸。在进行鼻饲前需要对患者进行抽吸胃管,密切监测患者胃内的液体颜色以及具体的遗留量,发现遗留量大于150毫克则表明患者可能存在胃排空能力减弱,应及时暂停患者鼻饲并预防恶心、呕吐。在鼻饲过程中调整为半卧体位,将床头适当摇高30度以上,患者鼻饲维持一段时间后逐步恢复体位,从而帮助调节患者的胃肠功能,避免食物倒流而引起误吸。对于灌注速度进行合理调整,在鼻饲前进行翻身,对于呼吸系统当中的分泌物充分清理,在每次鼻饲结束后的半小时内应稳定其情绪状态,确保适当的躯体制动,尽量不予吸痰,避免刺激而引起恶心、呕吐。日常还需维持患者的口腔卫生洁净,定期做好口腔清洁护理。

### 1.3 评价规范

2组患者均在护理1周后评估护理效果,(1)对于患者的血清营养指标检测和对比,包括血红蛋白以及血清白蛋白;(2)对患者的机体免疫功能指标进行检验和对比,即免疫球蛋白A(IgA)、免疫球蛋白G(IgG)和免疫球蛋白M(IgM);(3)记录2组患者出现的并发症,如泌尿系感染、消化道出血、呼吸道感染、皮肤感染等;(4)2组患者均于护理前后分别以NIHSS量表、ADL量表对其神经功能缺损和生活自理能力评估,前者0~42分,分数越高表明其神经功能缺损程度越重,ADL为0~100分,分数越高表明其生活自理能力恢复越好。

### 1.4 统计学分析

文中数据均借助SPSS22.0分析,计量资料当中的数据标准差:( $\bar{X} \pm s$ ),实施t检验,计数资料:[n(%)],实施 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 即为有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 血清营养指标、免疫功能指标组间平行对比

施护前血红蛋白、血清白蛋白、IgA、IgG、IgM水平2组做对比差异微小 $P>0.05$ ,经施护与对照组相比,血红蛋白、血清白蛋白、IgA、IgG、IgM水平均为观察组更高 $P<0.05$ 。

表1 血清营养指标、免疫功能指标组间平行对比( $\bar{X} \pm S, g/L$ )

组别	血红蛋白		血清白蛋白		IgA		IgG		IgM	
	施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后
观察组 (n=37)	137.69	132.62	35.69	32.62	2.05	2.01	10.46	10.25	1.76	1.71
	$\pm 13.62$	$\pm 12.85$	$\pm 3.16$	$\pm 3.59$	$\pm 0.15$	$\pm 0.13$	$\pm 1.06$	$\pm 1.07$	$\pm 0.13$	$\pm 0.12$
对照组 (n=37)	137.71	110.35	35.68	26.95	2.06	1.78	10.45	8.86	1.75	1.51
	$\pm 13.61$	$\pm 11.17$	$\pm 3.17$	$\pm 3.17$	$\pm 0.14$	$\pm 0.12$	$\pm 1.07$	$\pm 1.03$	$\pm 0.14$	$\pm 0.13$
t值	0.275	14.53	20.591	7.365	0.276	5.263	0.187	5.326	0.395	4.026
p值	0.633	0.000	0.639	0.000	0.380	0.009	0.533	0.029	0.186	0.035

2.2 并发症率组间平行对比

并发症率比较中, 观察组为 2.70%, 对照组为 16.22%,  $P < 0.05$ 。

表 2 并发症率组间平行对比[n(%)]

分组	n	泌尿系感 染	消化道出 血	呼吸道感 染	皮肤感染	总计
观察组	37	1 (2.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.70)
对照组	37	2 (5.41)	1 (2.70)	2 (5.41)	1 (2.70)	6 (16.22)
$\chi^2$ 值		0.653	0.386	1.197	0.386	6.532
p 值		0.291	0.553	0.065	0.553	0.026

2.3 NIHSS、ADL 量表评分组间平行对比

施护前 NIHSS、ADL 评分 2 组做对比差异微小  $P > 0.05$ , 经施护与对照组相比, NIHSS 评分为观察组更低, ADL 评分为观察组更高  $P < 0.05$ 。

表 3 NIHSS、ADL 量表评分组间平行对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	NIHSS		ADL	
		施护前	施护后	施护前	施护后
观察组	37	19.62 ± 3.15	8.06 ± 1.53	35.56 ± 7.08	69.59 ± 7.18
对照组	37	19.65 ± 3.13	10.25 ± 1.65	35.57 ± 7.06	60.25 ± 5.37
t 值		0.653	4.362	0.299	7.253
p 值		0.298	0.031	0.833	0.019

3 讨论

急性脑出血近年来的发病率高, 此疾病的危害性大如容易诱发并发症, 甚至造成患者残疾以及死亡, 在发病后机体呈现异常的高分解代谢状态进一步导致机体负氮平衡, 如若未能有效的治疗并进行护理干预, 非常容易引起感染性并发症, 同时也影响患者的病情康复和预后改善<sup>[4]-[6]</sup>。肠内营养食物的给予能够对患者胃肠道黏膜产生良性刺激, 为胃肠黏膜的尽早恢复奠定了良好基础, 同时有利于维持胃肠道黏膜的屏障功能, 帮助黏膜腺体功能改善以及恢复, 有利于各类营养成分物质的吸收, 更好地避免肠道细菌和毒素发生

移位, 所以有助于预防肠源性感染事件<sup>[7]-[9]</sup>。本次研究中通过给予观察组患者早期肠内营养护理, 研究显示观察组的并发症率明显低于对照组, 特别是施护之后血清营养指标、相关免疫功能指标的改善情况明显好于对照组, 同时神经功能以及日常自理能力的评估结果改善效果也好于对照组。表明, 早期肠内营养护理的开展可提升急性脑出血患者的临床护理质量, 对于促进其病情康复、减少并发症以及改善营养状况等有重要作用。

综上所述, 对急性脑出血患者通过进行早期肠内营养护理有助于改善其机体营养状况和提升免疫功能, 可减少并发症及促进神经功能与自理能力恢复。

参考文献:

- [1] 冯晓青. 早期肠内营养护理用于急性脑出血患者护理的效果评价[J]. 中国保健营养, 2020, 30(35):162-163.
- [2] 吴琳. 早期肠内营养护理用于急性脑出血患者护理的价值分析[J]. 健康必读, 2020, 17(8):146.
- [3] 龙艳, 郭淑莉, 邹正荣. 肠内营养支持结合个性化营养护理对原发性脑出血患者病情康复效果的影响[J]. 贵州医药, 2020, 44(4):659-660.
- [4] 钟方, 张丽, 李付华. 低热量肠内营养护理对重症高血压脑出血术后患者的临床价值[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(1):208-209.
- [5] 汤丽丽. 细节化护理干预在行肠内营养治疗的脑出血患者中的临床效果[J]. 中外女性健康研究, 2020, 13(14):159-160.
- [6] 张丽娟. 综合护理在 ICU 老年脑出血患者早期肠内营养支持中的应用价值[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(11):228-230.
- [7] 贺欣欣, 周博. 护理干预在重症高血压脑出血术后肠内营养支持中的临床价值[J]. 西藏医药, 2019, 28(2):112-113.
- [8] 沈娇娇. ICU 脑出血患者的肠内营养护理作用探析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2018, 13(39):225.
- [9] 安丽霞, 牛瑞芳. 高血压脑出血昏迷患者肠内营养支持护理研究[J]. 内蒙古医学杂志, 2018, 50(3):380-381.