

营养序贯护理干预应用于老年重症肺炎病人的效果观察

朱露芬 杨寿波

(云南省曲靖市第一人民医院 云南曲靖 655000)

摘要: 目的: 探讨予以发生重症肺炎的老年患者营养序贯的效果。方法: 选取本院在 2022 年 2 月-2023 年 2 月期间接收的 120 例老年重症肺炎患者作为研究对象, 按照随机数字表法将其分成两组, 其中一组为对照组, 另一组为观察组, 每组 60 例, 前者采用常规营养干预, 后者实施营养序贯干预, 将两者的营养指标、肠道黏膜屏障指标、免疫功能、并发症情况进行对比。结果: 护理后, 观察组的各项营养指标水平平均高于对照组, 内毒素、二胺氧化酶等肠道黏膜屏障指标水平及 CD8⁺ 较低, CD3⁺、CD4⁺、IgA、IgG、IgM 水平较高; 相较于对照组, 观察组的并发症发生率较低; 均存在显著性差异 (P < 0.05)。结论: 将营养序贯模式运用于老年阶段发生重症肺炎的患者中, 能够在一定程度上改善其营养状态, 提升肠道黏膜屏障功能, 促进其免疫功能恢复, 并且可有效控制并发症。

关键词: 营养序贯; 老年; 重症肺炎

重症肺炎是一种严重的肺组织炎症性疾病, 可出现发热、流涕、咳嗽、心率加快、肺部啰音等症状, 还可能会累积循环系统, 出现心肌炎、心力衰竭等。尤其是老年患者, 其机体功能不断衰退, 基础疾病较多, 一旦发病便很容易诱发多种并发症, 需及时采取应对措施^[1-2]。老年重症肺炎患者的代谢处于高分解的状态, 急需补充蛋白质、能量, 需加强其营养干预, 满足其生理需求^[3-4]。营养序贯是肠内营养与肠外营养同时应用的一种干预方式, 符合此类患者的需求, 能够更好地纠正患者的营养状态^[5-6]。鉴于此情况, 本文选取 120 例老年重症肺炎患者展开分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

共选取 120 例患者, 均发生重症肺炎, 以随机数字表法作为分组依据。对照组 (n=60) 包括 39 例男性患者与 21 例女性患者; 年龄范围为 50-85 岁, 平均年龄为 (67.59 ± 4.12) 岁; 病程: 5-12d, 均值: (8.24 ± 1.10) d; 体重: 38-76kg, 均值: (57.46 ± 2.35) kg。观察组 (n=60) 的男女比例为 38:22; 年龄在 51-85 岁之间, 平均 (67.66 ± 4.25) 岁; 病程最短者为 6d, 最长者为 13d, 中位数为 (8.35 ± 1.16) 年; 体重: 38-77kg, 均值: (57.53 ± 2.29) kg。入选者经过综合检查确认为重症肺炎, 满足营养支持条件, 认知功能良好等患者; 排除既往有炎症性肠病、伴有严重器质性疾病、合并先天性免疫系统障碍等患者。

1.2 方法

两组均在入院 1-2d 内开始进行肠内营养支持, 以鼻胃管的方式, 每天使用 500ml 佳维体肠内营养悬浊液 (生产企业: ABBOTT LABORATORIES B.V.; 批准文号: H20150255; 规格: 500ml), 7d 后可调整至每天 1000-1500ml; 在予以患者营养支持过程中适当将其头部垫高 30° 左右。

对照组进行传统分次定量鼻饲, 每次 150-200ml, 每 4h 进行 1 次, 在鼻饲前先将营养液加热至 37℃ 左右。

观察组进行营养序贯, 以 30-100ml/h 的速度将肠内营养液泵入患者体内, 所选择的营养液同对照组, 根据患者的需要采取肠外营养进行辅助, 经中心静脉置管泵注营养液 (速度: 50-80 mL/h), 700-1500 mL/d。

连续支持 10d。

1.3 观察指标

- (1) 营养指标: 血清白蛋白、前白蛋白、血红蛋白。
- (2) 肠道黏膜屏障指标: 内毒素、二胺氧化酶、D-乳酸。
- (3) 免疫功能指标: 免疫球蛋白 A (IgA)、免疫球蛋白 G (IgG)、免疫球蛋白 M (IgM)、T 淋巴细胞 (CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺)。
- (4) 记录两组的并发症发生情况。

1.4 统计学方法

处理工具为 SPSS 22.0 统计软件, 差异有统计学意义以 P < 0.05 表示。

2. 结果

通过护理后, 两组的营养指标水平平均提升, 且观察组较高, 肠道黏膜屏障指标水平平均降低, 且观察组较低 (P < 0.05), 见表 1。

表 1 两组营养、肠道黏膜屏障指标比较 ($\bar{X} \pm s$)

组别	n	时间	营养指标			肠道黏膜屏障指标				
			血清白蛋白 (g/L)	前白蛋白 (mg/L)	血红蛋白 (g/L)	内毒素 (U/L)	二胺氧化酶 (U/L)	D-乳酸 (mg/L)		
对照组	60	护理前	30.25 ± 2.16	152.23 ± 6.58	91.14 ± 10.36	52.13 ± 4.18	35.45 ± 3.68	58.67 ± 5.12		
		护理后	35.46 ± 3.18	184.12 ± 7.34	112.24 ± 12.39	25.68 ± 3.37	16.64 ± 2.25	23.39 ± 3.21		
		t 值	12.356	9.268	15.428	11.324	8.567	9.201		
		P 值	0.026	0.035	0.018	0.024	0.029	0.038		
		观察组	60	护理前	30.37 ± 2.12	152.15 ± 6.65	91.26 ± 10.33	52.27 ± 4.04	35.37 ± 3.62	58.86 ± 5.24
				护理后	41.12 ± 4.01	212.24 ± 9.68	131.20 ± 16.68	10.12 ± 1.59	10.04 ± 1.38	14.24 ± 1.32
t 值	16.358			20.215	18.658	16.925	21.320	19.625		
P 值	0.015			0.020	0.021	0.019	0.014	0.022		
t 护理前组间值	0.135			0.201	0.268	0.315	0.164	0.209		
P 护理前组间值	0.756			0.821	0.836	0.712	0.602	0.658		
t 护理后组间值	11.235	8.567	12.024	9.238	7.452	8.625				
P 护理后组间值	0.006	0.012	0.020	0.018	0.007	0.011				

两组护理后的各项免疫球蛋白水平与 CD3⁺、CD4⁺、均较护理前, 且观察组较高, CD8⁺ 较护理前低, 且观察组较低 (P < 0.05), 见表 2。

表 2 两组免疫功能比较 ($\bar{X} \pm s$)

组别	n	时间	IgA (g/L)	IgG (g/L)	IgM (g/L)	CD3 ⁺ (%)	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)		
对照组	60	护理前	1.53 ± 0.21	7.68 ± 1.05	1.13 ± 0.35	43.26 ± 3.58	28.67 ± 2.13	33.12 ± 4.15		
		护理后	1.97 ± 0.35	9.68 ± 2.17	1.47 ± 0.56	57.59 ± 4.51	35.25 ± 3.62	27.24 ± 2.53		
		t 值	9.238	7.458	7.120	6.567	8.783	10.625		
		P 值	0.035	0.041	0.045	0.037	0.046	0.028		
		观察组	60	护理前	1.55 ± 0.19	7.74 ± 1.13	1.16 ± 0.32	43.31 ± 3.45	28.78 ± 2.02	33.16 ± 4.08
				护理后	2.34 ± 0.48	12.32 ± 2.85	1.78 ± 0.79	65.46 ± 5.28	39.68 ± 4.14	22.28 ± 1.69
t 值	12.568			10.021	13.324	9.265	12.320	11.128		
P 值	0.022			0.021	0.027	0.025	0.016	0.019		

t 护理前组向	值	0.135	0.216	0.268	0.148	0.216	0.324
P 护理前组向	值	0.649	0.587	0.532	0.815	0.749	0.621
t 护理后组向	值	7.125	5.638	7.845	8.254	9.236	6.584
P 护理后组向	值	0.016	0.010	0.020	0.014	0.025	0.012

在并发症的对比上, 观察组的 1.67%较对照组的 10.00%低 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组并发症比较[n(%)]

组别	n	腹泻	腹胀	胃滞留	总发生率
对照组	60	3 (5.00)	1 (1.67)	2 (3.33)	6 (10.00)
观察组	60	1 (1.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.67)
χ^2 值	-				4.138
P值	-				0.042

3. 讨论

老年重症肺炎是老年阶段生命健康的一大威胁, 临床常采用机械通气治疗, 以帮助患者维持正常通气功能。但在机械通气过程中, 患者无法正常进食, 加上疾病的影响, 需及时补液, 维持水电解质平衡, 需为其提供有效的营养干预方案。在以往的传统鼻饲支持中, 对于需要高剂量使用的患者不适用, 并且容易出现误吸、感染等事件^[7-9]。营养序贯是一种新型的营养干预方式, 能够将肠内营养与肠外营养进行结合, 促进营养液的吸收, 提升营养支持效果。在进行营养序贯干预过程中, 在帮助患者提供充足的营养物质, 提高肠道内分泌功能、代谢功能等之外, 还能够使患者维持较好的肠道生理功能, 保护肠道黏膜屏障, 保持肠内菌群平衡^[9-10]。与此同时, 营养序贯能够对患者的胃肠道形成一定刺激, 提高其胃酸、胃蛋白酶水平, 从而帮助其增强免疫功能。进行营养序贯时, 先对患者进行肠内营养, 再开展肠外营养, 能够有效缓解胃肠功能障碍, 对营养的吸收具有缓冲的效果, 可减轻胃肠负担, 减少胃滞留等情况的发生。营养序贯的进行可以使患者营养吸收的耐受性得到提升, 同时保持营养吸收连续性, 使患者胃肠道逐渐适应, 促进营养物质的吸收,

提升患者的营养水平。如本次研究结果所示, 观察组护理后的营养指标、免疫功能指标等均优于对照组, 并发症发生情况较少。

综上所述, 就老年重症肺炎患者而言, 在营养序贯的帮助下其营养状态得到较大的改善, 肠道黏膜屏障功能有所增强, 同时有助于其免疫功能的提高, 减少相关并发症的发生。

参考文献:

- [1]陈娟.营养序贯护理干预应用于老年重症肺炎病人的效果观察[J].循证护理,2023,9(06):1086-1088.
- [2]郑蕾.序贯式肠内营养支持对重症脑出血患者营养状况及胃肠道喂养不耐受的影响[J].内蒙古医学杂志,2023,55(02):247-249.
- [3]吴蓓,张媛,冯欣.营养序贯干预对老年肺炎患者抗生素相关性腹泻的疗效[J].中国老年学杂志,2022,42(14):3452-3454.
- [4]贾亚杰,姚明.肠内营养支持与肠外营养支持序贯治疗危重患者的临床价值[J].中国医药科学,2022,12(11):187-189+196.
- [5]孙欣,于晓钧,欧永健,毛得斌.早期肠内营养制剂联合谷氨酰胺、低分子肝素对老年重症肺炎患者炎症程度、T淋巴细胞亚群分布及并发症发生率的影响[J].中国食物与营养,2020,26(08):77-81.
- [6]吴金平,陈小枫,王丹丹,等.序贯肠内营养治疗对出血性脑卒中合并吞咽功能障碍患者 NIHSS 评分、内毒素、二胺氧化酶水平及预后的影响[J].临床与病理杂志,2019,39(6):1220-1225.
- [7]房军,曲青山,蒋欣,李明.早期肠内外营养联合治疗肾移植术后重症肺炎的价值分析[J].云南医药,2020,41(02):121-123.
- [8]李媛媛,张强,马岚,黄丁丁.不同营养方式对重症肺炎患者的预后价值分析[J].解放军医药杂志,2019,31(08):49-52.
- [9]赵辉.不同营养支持方式对慢性阻塞性肺疾病急性加重并呼吸衰竭患者营养状态、肺功能及炎症因子影响的对比研究[J].实用心脑血管病杂志,2019,27(4):77-82.
- [10]杨登峰.早期肠内外营养联合治疗肾移植术后重症肺炎的临床疗效及安全性[J].临床合理用药杂志,2019,12(03):131-133.