

脑卒中患者营养干预研究进展

兰柳华 廖明珍^{通讯作者} 曾静芸 郭佩玲 龙舒洁 刘惠玲 高灵

(广西医科大学第二附属医院康复医学科 广西南宁 530001)

摘要: 根据近年来国内外关于脑卒中营养干预的相关研究, 主要从营养干预的宣教、营养干预的途径选择、营养干预的时机、营养干预计划的制定、心里开导、患者的营养风险的动态评估、出院后的跟进等七个方面, 介绍脑卒中患者的营养干预的实施, 分析营养干预对患者预后的影响。大量文献显示, 在条件允许条件下尽早对脑卒中患者进行营养干预, 可以改善其预后, 并且能够减少卒中并发症、缩短住院时间而降低治疗费用。

关键词: 脑卒中; 营养干预; 研究进展

脑卒中是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病, 我国该病死亡已上升至第一位^[1]。由于脑卒中患者脑血管神经反射性活动退化, 容易造成吞咽困难的并发症。据统计, 在美国 65 岁以上的老年人中, 每年约有 200 万人因新发卒中而存在神经功能障碍, 其中约有 40%~50% 的患者存在不同程度的吞咽困难^[2]。由吞咽困难, 导致患者营养不良; 同时, 机体免疫力降低, 进一步增大脑卒中的治疗难度。因此, 营养干预是在治疗脑卒中患者的过程中应予以高度重视的问题。

本文主要是对近年来国内外的相关研究, 对脑卒中营养干预的研究现状粗作整理, 希望对广大医护人员、患者及其家属提供帮助。

1 营养干预的实施

1.1 营养干预的宣教

众多调查资料表明, 有相当部分患者因为其受教育程度、专业领域及生活环境等原因, 对脑卒中的营养知识方面缺乏了解^[3], 甚至只是注重药物治疗, 心理上轻视饮食的作用。因此, 从主观方面, 有必要加大脑卒中的营养干预的宣教, 先从思想上引导患者及其家属科学地补充营养。尤其是对于患病前长期为偏重于高盐、高脂饮食的患者, 如果缺乏认识, 不习惯清淡的饮食, 很容易产生抵触情绪, 不利于医护人员对其进行营养干预。

另外, 营养干预较多见于三高或胃肠道患者的治疗, 部分经验、阅历不足的医护人员, 脑卒中营养干预认识不足。因此, 客观方面医护人员也应该有针对性地进一步深入了解关于脑卒中营养干预的最新研究进展。

1.2 营养干预的途径选择

脑卒中容易出现脑出血、脑梗死、肢体功能障碍、语言障碍、便秘、吞咽障碍等并发症, 营养的摄取方式首先应居于患者的自身条件来选择。

当患者无吞咽障碍或有轻微吞咽障碍但不影响进食的情况下, 应采用口服方式进食, 这样除了补充营养外也可以多使患者自身得到锻炼, 利于康复。患者难以口服进食, 且胃肠道可以安全使用时应优先采用 EN 支持 (通过喂养管经胃肠道) 途径; 但当有任何原因导致胃肠道不能使用或应用不足, 应考虑 PN (通过外周或中心静脉) 途径, 或者联合应用 EN (EN+PN)^[4]。

另外, 大量资料表明, 在条件允许情况下, 相较于 PN 支持, EN 支持更利于患者吸收营养, 较快增强患者机体的免疫功能, 降低感染风险, 缩短住院时间, 降低医疗费用。

1.3 营养干预的时机

脑卒中患者往往处于高代谢状态, 多有营养不良的风险。一旦体内营养补给不足, 机体免疫机制受碍, 即可能诱发医院感染, 不利于患者的康复, 同时也会打击患者的心态。因此, 关注患者的营养摄入情况, 及时进行营养干预尤为重要。

关于营养干预的时机, 《危重患者营养支持指导意见》指出在

患者条件允许的情况下, 应尽早进行营养干预^[4]。另外, 黄桑^[5]等经研究认为重症脑卒中患者应在进入 24~48h 内进行肠内营养干预。可以这么理解, 从患者入院、病情已经得到平稳控制, 就可以进行营养干预 (有禁食情况者例外)。及早进行营养干预的好处, 在于尽快给患者补充营养, 增强其自身免疫能力, 尽可能降低医院感染风险。

1.4 营养干预计划的制定

1.4.1 营养评估工具

营养干预开始之前, 应对患者的营养状况进行科学评估。目前关于营养评估的工具, 《中华人民共和国卫生行业标准》只对 NRS2002 进行了规定, 目前还没有其它营养筛查与评估的行业标准。李旭静^[6]等人认为, NRS2002 与 MIS 评分结果均与重症脑卒中患者应激性溃疡的发生率有关, 但 MIS 比 NR2002 具有更高的一致性 (KMIS=0.64, KNR2002=0.56)。因此, 营养工具的选取还需要更多的研究、革新。

1.4.2 不良饮食问题

患病期间更需要高质量的营养补充, 以抵御疾病。要特别指出的是, 老年脑卒中患者因为其消化系统的衰退、或牙齿松动等问题, 比较倾向于食用三高、煮烂的食物。《中国脑血管病防治指南》指出, 高血压是脑出血和脑梗死最重要的危险因素^[7]。因此, 三高食物无论对于老年、青年患者的康复都是不利的。此外, 李倩楠^[8]等认为过度烹饪会使食物营养大量流失, 烹饪温度超过 200°C 时还可能产生多环芳烃等致癌物质, 可见过火煮烂的食物是不宜食用的。

更一般地, 烟酒嗜好方面, 《中国脑血管病防治指南》指出, 大量前瞻性研究和病例对照研究结果证实, 吸烟者发生缺血性卒中的相对危险度约为 2.5~5.6; 酒精摄入量对于出血性卒中有直接的剂量相关性, 男性每日饮酒的酒精含量不应超过 20~30g, 女性不应超过 15~20g^[7]。大量事实表明, 目前我国还有相当部分人群有烟酒嗜好, 在脑卒中患者的疗养期间, 应高度重视此问题。

1.4.3 饮食结构及饮水量

至于饮食结构的问题, 涂双燕^[9]等住院脑卒中患者有不良饮食习惯, 其膳食结构不合理, 膳食状况以谷类、蔬菜水果、鱼禽肉类、奶类、水及豆类摄入不足为主要问题。无论采用何种营养干预方式, 口服、EN、PN 或 EN+PN 方式, 均应尽量顾及营养均衡问题。

关于饮水量, 应根据食物能量与体重指数 BMI 之间的关系适当调节。李国强^[10]认为, 随着剩余能量的增加, BMI 指数也会相应提高。至于 BMI 指数的标准, 可以按以下数据界定: BMI < 18.5 kg/m² 为体重过轻, 18.5 kg/m² ≤ BMI < 24 kg/m² 为体重正常, 24 kg/m² ≤ BMI < 28 kg/m² 为超重, BMI ≥ 28 kg/m² 为肥胖^[11]。

在此需要指出的是, 能量与体重指数 BMI 之间的关系还应该考虑患者的消化系统功能正常与否, 而不应单纯地根据二者的关系调节饮水量。

1.4.4 食物形态的选择

多数学者认为,首先食物应清淡、易于消化,以免对肠胃刺激过大而造成二次染疾。赵逢玲^[12]提出可以分阶段调整食物形态:第一阶段,患病 15d 内,根据患者的病情、活动量及日常生活情况,以易消化的流质或半流质食物为主;第二阶段,可以根据患者的实际情况,将流质或半流质饮食逐渐过渡到软食或普食。

另外,韩玉婷^[13]等人经研究发现,糊状食物较常规食物更有利于热量、蛋白质和膳食纤维的摄入。

1.5 心理开导

石炳华^[14]从 120 例脑卒中患者的心理状态研究发现:患者中 38.33% 焦虑不安, 29.16% 孤独自卑, 21.67% 悲观抑郁, 8.33% 敌对怀疑, 2.5% 绝望轻生。脑卒中致残率、死亡率高,医疗费用的心理负担大,大部分患者容易产生消极心理。消极心理对患者的进食量影响较大,同时还会影响消化效果。

因此,在进行营养干预的同时应对患者进行心理开导可以借鉴李燕^[15]等人提供的方法:a、保持每天与患者沟通,关心患者的饮食起居,且沟通时与患者的距离不要超过 1m,使其没有被嫌弃之感;b、鼓励家属多探视;c、根据并发症情况,合理鼓励、帮助患者多活动肢体,多说话,充分咀嚼食物等。总之,尽量使患者的心理比较轻松、愉快,和减轻其并发症带来的不快。

另外,病房内的环境卫生对患者的食欲,也是不容忽视的。

1.6 患者的营养风险的动态评估

患者的心态是难免波动的,而且脑卒中的治疗往往也是持久的,需要家属很大的耐性。赵逢玲^[12]也提到,在营养干预时护理人员应多进入病房,检查、督促患者的饮食。其次,依然要鼓励家属多探望。

实践是检验真理的唯一标准,营养干预的全程应作出患者的营养干预风险的动态评估计划,严格定期进行。若营养不能满足治疗的康复要求,应及时找出原因,作出相应调整。

1.7 出院后的跟进

脑卒中疾病有复发风险。王琼^[16]等收集 2010 年 1 月~2014 年 1 月我院急救部 613 例脑梗塞患者的临床资料,符合诊断标准 [4]CIS 复发患者 96 例。复发原因有多种,饮食问题或其他疾病诱发或其他药物意外引起等。

因此,患者出院后,医护人员应继续跟进饮食状况、健康状况,谨防复发。跟进方法,有文献提出可以定期家访或电话咨询。若发现患者的饮食不当方式、行为,应予以指出纠正,要不厌其烦地向其说明正确的饮食习惯和饮食禁忌。再者,还是要从心理上正确引导患者,令其积极面对新的生活,从内心上真正接受良好的饮食习惯。

2 营养干预对脑卒中的预后影响

如前文所述,有相当部分的患者对饮食在治疗上的作用认识不足,甚至轻视。鄢晶^[17]等人研究认为,全程营养干预后患者对营养知识认知能力明显提高,血压、血生化指标明显改善,与干预前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),能促进恢复和防止复发,提高了患者的生活质量。

此外,Gramlich^[18]等研究表明早期肠内营养能减少感染并发症、缩短住院时间及降低住院费用。

综上所述,在条件允许条件下尽早对脑卒中患者进行营养干预,可以改善其预后,并且能够减少卒中并发症、缩短住院时间而

降低治疗费用。

3 小结

尽管营养干预对脑卒中患者具有积极作用,但传统的留置胃管营养法会引起恶心、呕吐的不良反应。孙娟^[19]等人就胃管不同的置入方法有过若干的见解,此问题尚待进一步研究。

参考文献:

- [1] 华医学会神经病学分会. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南(2010)[C]. 中国临床医生, 2011.39(11): 68、74.
- [2] 刘存志、于涛、陆明霞. 卒中后吞咽困难的筛查与评估[J]. 国外医学. 老年医学分册, 2005, 26(3): 97.
- [3] 杜文华、何林林、李毅. 住院脑卒中患者康复治疗依从性的影响因素调查[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013.11(3): 371-372
- [4] 中华医学会重症医学分会. 危重患者营养支持指导意见(草案)[J]. 中国危重病急救医学 2006.18(10): 582-590.
- [5] 黄桑、林涛、秦少萍. 急性重症脑卒中患者早期肠内外营养的临床疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2012.8(1): 95.
- [6] 李旭静、魏瑞丽、刘学琴、李月华、张伟宏. 不同营养评估工具对重症脑卒中患者应激性溃疡的评估价值[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014.17(8): 108.
- [7] 饶明俐主编, 中国脑血管病防治指南[J]. 中风与神经疾病杂志, 2005.22(5): 338-390.
- [8] 李倩楠、贾思依. 浅析科学烹饪对食物营养价值的保护作用[J]. 技术与市场, 2017.24(5): 363.
- [9] 涂双燕、杨婕、杨蓉、陈德智. 脑卒中患者膳食结构与营养状况调查分析[J]. 护理实践与研究. 2013.10(8): 149.
- [10] 李国强. 基于能量指标与体重指数(BMI)关系的评价肥胖标准的方法研究[J]. 北京体育大学学报. 2007.30(1): 58.
- [11] 中华人民共和国卫生部疾病预防控制司. 中国成人超重和肥胖症预防控制指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [12] 赵逢玲. 饮食护理干预在脑卒中患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志. 2011.17(31): 78.
- [13] 韩玉婷、付丹丽、胡静等. 糊状饮食对脑卒中患者营养状态和吞咽功能的影响[J]. 武警医学. 2016.27(7): 689.
- [14] 石炳华. 脑卒中患者的心理状态及护理对策[J]. 吉林白城中心医院神经内科. 2005.8(4): 370.
- [15] 李燕、杨桂梅、侯蕊. 脑卒中并发症的临床康复护理与健康指导[J]. 河北医学. 2008.14(4): 492-493.
- [16] 王琼、刘红升. 老年人群缺血性脑卒中复发风险的预测[J]. 中国医药导刊. 2014.16(11): 1357.
- [17] 鄢晶、陈肖兰、黄纯. 脑卒中患者实施全程营养干预的效果评价[J]. 东南国防医药. 2013.15(4): 395-396.
- [18] GRAMLICH L, KLEHIAN K, PINILLA J, et al. Does enteral nutrition compared to parenteral nutrition result in better outcomes in critically ill adult patients A systematic review of the literature [J]. Nutrition, 2004, 20(6): 843.
- [19] 孙娟、张莉蓉、赵坤. 脑卒中昏迷患者留置胃管方法的研究进展[J]. 天津护理. 2014.22(2): 183-184.