

早期肠内营养支持治疗对急性脑梗死合并吞咽困难患者的影响

李燕璇, 李 琪*

广州医科大学附属第五医院神经内科 广东广州

【摘要】目的 探讨早期肠内营养支持治疗对急性脑梗死合并吞咽困难患者的营养状态、免疫功能、并发症发生率及预后的影响。**方法** 选取 2024 年 1 月至 2024 年 12 月期间, 在我院收治的 60 例急性脑梗死合并吞咽困难患者作为研究对象, 基于不同模式的差异, 采用随机数字表法进行分组, 对照组则接受常规营养支持治疗, 观察组在常规治疗的基础上实施早期肠内营养支持治疗。两组临床疗效、营养指标、并发症以及负性情绪进行比较。**结果** 观察组总有效率优于对照组; 与对照组相比, 观察组在 HB、TP、ALB、TSF、MAC、以及 BMI 上均显示出更高的数值; 与对照组相比, 观察组在遭遇肺部感染、泌尿系感染、吸入性肺炎及胃肠道感染等并发症方面的概率显著降低; 与对照组相比, 观察组的情绪状态更佳, 负性情绪表现较少 ($p<0.05$)。**结论** 早期肠内营养支持治疗对急性脑梗死合并吞咽困难患者具有显著改善营养状况的效果, 并能有效降低不良反应及并发症的发生率, 值得临床推广和应用。

【关键词】 急性脑梗死; 吞咽困难; 早期肠内营养支持; 营养状态; 免疫功能; 并发症

【收稿日期】 2025 年 5 月 12 日

【出刊日期】 2025 年 6 月 11 日

【DOI】 10.12208/j.cn.20250274

The effect of early enteral nutrition support therapy on patients with acute cerebral infarction complicated by swallowing difficulties

Yanxuan Li, Qi Li*

Department of Neurology, the Fifth Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou, Guangdong

【Abstract】 Objective To investigate the effects of early enteral nutrition support therapy on the nutritional status, immune function, incidence of complications, and prognosis of patients with acute cerebral infarction complicated with swallowing difficulties. **Methods** Sixty patients with acute cerebral infarction and swallowing difficulties admitted to our hospital from January 2024 to December 2024 were selected as the research subjects. Based on the differences in different patterns, a random number table method was used for grouping. The control group received conventional nutritional support treatment, while the observation group received early enteral nutrition support treatment in addition to conventional treatment. Compare the clinical efficacy, nutritional indicators, complications, and negative emotions between two groups. **Results** The total effective rate of the observation group was better than that of the control group; Compared with the control group, the observation group showed improvements in HB TP、ALB、TSF、MAC 、 And both showed higher values on BMI; Compared with the control group, the observation group had a significantly lower probability of encountering complications such as pulmonary infections, urinary tract infections, aspiration pneumonia, and gastrointestinal infections; Compared with the control group, the observation group had a better emotional state and less negative emotional expression ($p<0.05$). **Conclusion** Early enteral nutrition support therapy has a significant effect on improving the nutritional status of patients with acute cerebral infarction and swallowing difficulties, and can effectively reduce the incidence of adverse reactions and complications. It is worthy of clinical promotion and application.

【Keywords】 Acute cerebral infarction; Dysphagia; Early enteral nutrition support; Nutritional status; Immunity; Complication

*通讯作者: 李琪

急性脑梗死, 又称急性缺血性脑卒中, 是一种因脑部血液供应障碍、缺血缺氧所导致的局限性脑组织的缺血性坏死或软化的脑血管疾病^[1]。它是卒中的一种类型, 且为最常见的卒中类型, 约占全部卒中的 60%~80%。急性脑梗死的病因复杂多样, 包括血管病变、栓塞和血流动力学改变等。其中, 动脉粥样硬化是最常见的血管病变类型, 它会导致管腔狭窄或闭塞, 进而引发脑梗死^[2]。此外, 心源性栓塞、小动脉闭塞以及某些全身性疾病(如糖尿病、高血压、高脂血症等)也可能导致急性脑梗死的发生。急性脑梗死的症状通常在发病后迅速出现, 且症状多样, 取决于梗死的部位、大小和范围^[3]。因此, 本次主要探讨早期肠内营养支持治疗对急性脑梗死合并吞咽困难患者的营养状态、免疫功能、并发症发生率及预后的影响。现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 1 月至 2024 年 12 月期间, 在我院收治的 60 例急性脑梗死合并吞咽困难患者作为研究对象。基于不同模式的差异, 采用随机数字表法进行分组, 对照组: 女 16 例, 男 14 例, 年龄 50 岁~75 岁, 平均年龄(63.67 ± 3.26) 岁; 观察组: 女 15 例, 男 15 例, 年龄 52~78 岁, 平均年龄(65.69 ± 4.27) 岁。患者和家属均同意参与本研究, 两组在一般资料比较中, 结果均无统计学差异, $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组则接受常规营养支持治疗, 观察组在常规治疗的基础上实施早期肠内营养支持治疗。具体内容如下:

(1) 肠内营养制剂的选择与给予方式

1) 整蛋白型肠内营养制剂

①制剂选择: 如立适康等, 此类制剂易消化、营养均衡, 可以满足日常营养需求。

②给予方式: 对于能够耐受肠内营养的患者, 首选口服。若存在吞咽困难或无法自主进食, 则可通过鼻饲管给予。

③剂量调整: 初始时给予小剂量, 如每次 100~125ml, 每天 6 次。若无异常反应, 逐渐增加至全量。

2) 短肽型肠内营养制剂

①制剂特点: 短肽制剂中的蛋白质已被分解为短肽, 更易被吸收和利用。

②适用人群: 适用于胃肠道功能较差或存在消化吸收障碍的患者。

③给予方法与剂量调整: 同样可通过鼻饲管给予, 初始剂量和递增方式需根据具体情况进行调整。

3) 匀浆膳食

①制备方式: 将日常食物(如蔬菜、水果、肉类等)制成流质或泥状, 以满足营养需求。

②注意事项: 需确保食物的营养均衡, 并根据口味和消化吸收能力进行适当调整。

(2) 肠内营养支持的实施步骤

1) 评估与准备

对营养状况、吞咽功能、胃肠道功能等进行全面评估。准备肠内营养制剂、鼻饲管等所需物品, 并确保无菌操作。

2) 留置鼻饲管

对于无法自主进食的患者, 需留置鼻饲管以进行肠内营养支持。留置鼻饲管时需注意舒适度, 避免造成不必要的痛苦。

3) 营养制剂的输注

根据具体情况选择合适的肠内营养制剂, 并通过鼻饲管进行输注。输注速度需适中, 避免过快或过慢导致的不适。

4) 监测与调整

定期监测营养状况、体重、生化指标等, 以评估肠内营养支持的效果。

(3) 注意事项与并发症预防

1) 个体化治疗: 根据具体情况制定个性化的肠内营养支持方案, 以满足其营养需求。

2) 无菌操作: 在进行肠内营养支持时, 需严格遵守无菌操作原则, 避免感染的发生。

3) 预防并发症: 密切观察反应, 及时处理可能出现的并发症, 如腹泻、便秘、胃潴留等。

4) 心理支持: 对于存在吞咽困难的患者, 可能因无法自主进食而产生焦虑、抑郁等情绪问题。因此, 在进行肠内营养支持的同时, 还需给予足够的心理支持, 帮助其树立战胜疾病的信心。

1.3 观察指标

(1) 对比两组治疗效果: 将治疗效果分为治愈、显效、有效和无效四个等级。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

(2) 对比两组营养指标: 包括血红蛋白(HB)、血清总蛋白(TP)、血清白蛋白(ALB)、检测了肱三头肌皮褶厚度(TSF)、上臂围度(MAC)及体质指数(BMI)。

(3) 对比两组并发症: 包括肺部感染、泌尿系感

染、吸入性肺炎、胃肠道感染等。

(4) 比较两组负性情绪, 采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行评估。得分越高表示焦虑或抑郁程度越严重。

1.4 统计学处理

本次研究的所有数据均纳入 SPSS23.0 软件中进行比较分析, 对于计数资料和计量资料的检验, 分别用 χ^2 和 t 进行, 分别用百分占比(%) 和 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 若 ($P < 0.05$) 提示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效

对照组显效 14 (43.33%), 有效 12 (40%), 无效 4 (13.33%), 总有效率 26 (86.67%); 治疗组显效 16 (53.33%), 有效 14 (46.67%), 无效 0 (100%), 总有效率 30 (100%); ($\chi^2=9.582$, $P=0.001$)。观察组总有效率优于对照组 ($P < 0.05$)。

2.2 两组营养指标

对照组和观察组 HB (106.52 ± 6.67) (g/L); (112.50 ± 6.81); ($t=8.634$, $P=0.001$); 对照组和观察组 TP (59.46 ± 3.48) (g/L); (63.72 ± 3.59); ($t=9.672$, $P=0.001$); 对照组和观察组 ALB (34.96 ± 1.48) (g/L); (38.61 ± 1.59), ($t=7.568$, $P=0.001$); 对照组和观察组 TSF (12.80 ± 1.07) (mm); (13.87 ± 1.15); ($t=9.562$, $P=0.001$); 对照组和观察组 MAC (23.05 ± 1.23) (cm); (24.13 ± 1.34); ($t=7.287$, $P=0.001$); 对照组和观察组 BMI (20.58 ± 1.22); (21.95 ± 1.37); ($t=6.853$, $P=0.001$) 观察组 HB、TP、ALB、TSF、MAC、BMI 均高于对照组 ($p < 0.05$)。

2.3 两组并发症

对照组肺部感染 2 例 (6.67%), 泌尿系感染 3 例 (10%), 吸入性肺炎 3 例 (10%), 胃肠道感染 2 例 (6.67%); 总发生率 10 例 (33.33%) 观察肺部感染 1 例 (3.33%), 泌尿系感染 0 例 (100%), 吸入性肺炎 1 例 (3.33%), 胃肠道感染 0 例 (100%); 总发生率 2 例 (6.67%); ($\chi^2=8.537$, $p=0.002$); 与对照组相比, 观察组在遭遇肺部感染、泌尿系感染、吸入性肺炎及胃肠道感染等并发症方面的概率显著降低 ($p < 0.05$)。

2.4 两组负性情绪

对照组和观察组各 30 例, 对照组和观察组 SAS 评分为 (47.39 ± 5.66); (38.37 ± 0.13); ($t=8.726$, $P=0.001$); 对照组和观察组 SDS 评分为 (52.15 ± 2.64); (44.39 ± 7.62); ($t=5.271$, $P=0.001$), 与对照组相

比, 观察组的情绪状态更佳, 负性情绪表现较少 ($p < 0.05$)。

3 讨论

早期肠内营养支持治疗在临床医学中具有重要意义, 特别是在处理急性疾病、手术后的恢复、以及存在吞咽困难或进食受限的患者中^[4]。其核心价值在于通过提供必要的营养物质, 促进生理功能恢复, 减少并发症的发生, 加速康复进程。早期肠内营养支持能够提供足够的蛋白质、碳水化合物、脂肪、维生素和矿物质等营养素, 有助于维持或改善营养状态, 增强机体抵抗力^[5-6]。肠内营养支持能够刺激肠道蠕动, 促进肠道黏膜细胞的生长和修复, 减少肠道萎缩和菌群失调的风险, 从而维护肠道屏障功能。早期肠内营养支持能够改善营养状况, 增强免疫功能, 从而降低感染的风险。通过提供充足的营养支持, 有助于加速伤口愈合、组织修复和生理功能恢复^[7-8]。

急性脑梗死患者合并吞咽困难时, 无法正常进食, 这会导致营养摄入不足, 进而影响康复和预后^[9]。吞咽困难可能导致误吸、吸入性肺炎等严重并发症。通过肠内营养支持治疗, 可以避免因进食不当而引发的并发症。急性脑梗死神经功能受损, 而肠内营养支持治疗可以提供必要的营养物质, 有助于促进神经功能的恢复。肠内营养支持治疗可以直接提供蛋白质、脂肪、碳水化合物等营养物质, 有助于改善营养状态, 增强机体的免疫力和抵抗力。急性脑梗死肠道功能可能受到损害, 而肠内营养支持治疗可以刺激肠道蠕动, 促进肠道黏膜的修复和再生, 保护肠道功能^[10]。本次研究发现, 观察组总有效率优于对照组; 与对照组相比, 观察组在 HB、TP、ALB、TSF、MAC、以及 BMI 上均显示出更高的数值; 与对照组相比, 观察组在遭遇肺部感染、泌尿系感染、吸入性肺炎及胃肠道感染等并发症方面的概率显著降低; 与对照组相比, 观察组的情绪状态更佳, 负性情绪表现较少 ($p < 0.05$)。

综上所述, 早期肠内营养支持治疗对急性脑梗死合并吞咽困难患者具有显著改善营养状况的效果, 并能有效降低不良反应及并发症的发生率, 值得在临床推广和应用。

参考文献

- [1] 张雪妨, 王丽, 何欢, 等. 量化藕粉吞糊试验的流程化摄食训练联合肠内营养干预对急性脑梗死合并吞咽功能障碍患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(03): 37-40.

- [2] 张燕.心理护理联合针灸对急性脑梗死后吞咽困难患者的影响研究[J].中国继续医学教育,2021,13(04):180-184.
- [3] 黎章英,陈晓珊,李海霞.容积-黏度吞咽评估联合生物反馈治疗对急性脑梗死吞咽困难患者的效果观察[J].中国处方药,2022,18(11):146-147.
- [4] 文颖.心理护理联合针灸治疗对急性脑梗死后吞咽困难患者的影响分析[J].双足与保健,2023,28(01):29-30.
- [5] 姚婕,张少茹,杨晓平,等.电刺激疗法对急性脑梗死伴吞咽困难、心理障碍患者的效果[J].国际精神病学杂志,2023,44(05):904-906+921.
- [6] 陈大智,谢晨园,李年春.依达拉奉联合尼莫地平对急性脑梗死患者神经功能与炎症指标的影响[J].临床合理用药,2025,18(10):50-52+59.
- [7] 时蕴琦,江春.急性脑梗死病人短期预后的影响因素[J].中西医结合心脑血管病杂志,2025,23(07):1098-1101.
- [8] 赵凤彩,李照凯,张红妙,等.ficolin-3 水平对老年急性脑梗死溶栓治疗预后的预测价值及与 NIHSS 评分的相关性[J].中国老年学杂志,2025,45(07):1550-1553.
- [9] 陈友海,李文东.丁苯酞注射液辅助治疗急性大面积脑梗死并发脑心综合征的效果及对患者血清心肌酶谱指标和炎症因子的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2025,9(07):11-14.
- [10] 倪厚杰,朱瑞,覃双来,等.急性脑梗死患者沉默信息调节因子 2 与认知功能障碍发生及病情程度的关系[J].中华老年心脑血管病杂志,2025,27(04):436-439.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS