

基于消化道出血分级早期肠内营养在脑出血术后患者的护理体会

韩培月

金华市中心医院神经外科

DOI:10.12238/ffcr.v3i3.14564

[摘要] 目的：探究脑出血术后患者基于消化道出血分级早期肠内营养的效果。方法：选择18例脑出血术后1~7天内并发消化道出血（2023年12月到2024年6月），随机分2组，对照组实施常规护理，观察组患者基于消化道出血分级早期肠内营养，比较两组护理效果。结果：术后1d两组血红蛋白、白蛋白、前白蛋白差异不大（ $P>0.05$ ），术后14d，观察组高于对照组，观察组ICU入住、胃肠道功能恢复及住院时间比对照组少，组间对比差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：消化道出血患者采用基于消化道出血分级的早期肠内营养方案，促进了胃肠功能恢复，提高了喂养耐受性，缩短患者ICU入住时间，促进患者尽早康复。

[关键词] 脑出血；消化道出血；早期肠内营养；护理

中图分类号：R743.3 文献标识码：A

Nursing Experience of Early Enteral Nutrition Based on Gastrointestinal Bleeding Grading in Patients after Cerebral Hemorrhage Surgery

Peiyue Han

Department of Neurosurgery, Jinhua Central Hospital

Abstract: Objective: To explore the effect of early enteral nutrition based on gastrointestinal bleeding grading in patients after cerebral hemorrhage surgery. Methods: Eighteen patients with gastrointestinal bleeding within 1–7 days after cerebral hemorrhage surgery (from December 2023 to June 2024) were randomly divided into two groups. The control group received conventional care, while the observation group received early enteral nutrition based on gastrointestinal bleeding grading. The nursing effects of the two groups were compared. Results: There was no significant difference in hemoglobin, albumin, and prealbumin between the two groups on the first day after surgery ($P>0.05$). On the 14th day after surgery, the observation group had higher levels than the control group. The observation group had shorter ICU stay, faster recovery of gastrointestinal function, and shorter hospital stay than the control group, with significant differences between the groups ($P<0.05$). Conclusion: Early enteral nutrition based on gastrointestinal bleeding grading in patients with gastrointestinal bleeding after cerebral hemorrhage surgery promotes the recovery of gastrointestinal function, improves feeding tolerance, shortens ICU stay, and promotes early recovery of patients.

Keywords: Cerebral hemorrhage; Gastrointestinal bleeding; Early enteral nutrition; nursing

引言

脑出血是指非外伤性脑实质血管破裂引起的出血，发生率20.0%~30.0%^[1]，研究表明消化道出血是脑出血常见的并发症之一，病死率达48.1%~80.0%^[2]，消化道出血主要与脑出血影响丘脑下部致垂体释放促肾上腺皮质激素，促使胃酸及胃蛋白酶分泌增多，使胃血管收缩，黏膜缺血，黏膜屏障受损，失去了对胃蛋白酶及氢离子的抵抗能力有关。在消化道出血期间停止肠内营养较为常见，而研究报道，消化道出血期间不完全停止肠内营养，应根据消化道出血的量制定

个体化肠内营养方案。目前医护人员在消化道出血期间开通肠内营养认知中存在喂养时机延长，喂养中断等问题。本文总结2023年12月到2024年6月我科18例脑出血术后并发消化道出血患者采取早期肠内营养的方案，取得较好效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

收集2023年12月至2024年6月期间我科收治的18例脑出血术后1~7天内并发消化道出血，随机分2组，各9

例。对照组男5例，女性4例，年龄28-72岁，平均年龄(59.54±6.45)岁。其中高血压脑出血的5例，动脉瘤破裂出血的4例；观察组男5例，女性4例，年龄29-75岁，平均年龄(59.93±6.82)岁。其中高血压脑出血5例，动脉瘤破裂出血4例。所有患者既往均无消化道溃疡病史，入院时无呕血、黑便等出血症状，且入院前1个月内未使用铁剂等药物。

1.2 方法

对照组基于预防消化道出血早期肠内营养方案，（1）术后12H内及早开通肠内营养^[3]，适量的胃内容可以刺激胃肠蠕动的形成，增加胃黏膜血流，粘膜上皮细胞不会因缺血缺氧而坏死，加强了对黏膜的保护和修复，长时间禁食不仅导致患者没有摄入足够的营养，而且容易影响患者的消化道功能，导致消化道出血风险率增加。（2）术后患者一旦清醒且无吞咽功能障碍^[4]，30分钟内使用吸管分次饮用50ml的温水，若无呛咳等不适，在1到2小时后进食米汤等碳水化合物100ml，4~6小时后进食牛奶，蛋白粉等不超过200ml/次。饮食以易消化，高营养，低脂为宜，忌粗冷，刺激性食物，同时可以根据患者饮食习惯和身体状况制定针对性的饮食计划，注意营养搭配。（3）胃管留置的患者在术后12小时开通肠内营养，依据患者病情及营养状况配制合适的肠内营养液，使用营养泵进行持续输注，速度从每小时20ml开始，遵守循序渐进的原则，浓度从低到高、速度从慢到快，数量从少到多。在喂养过程中密切评估患者耐受情况，每4小时评估胃残余量，可结合床边B超进行胃残余量的评估。根据患者耐受情况每4小时增加10~15 mL，以致达到日营养目标需求量。（4）若患者出现喂养不耐受情况尽量不中断营养液使用，根据病情酌情使用促胃动力的药物如胃复安，红霉素等，同时可在床边进行留置空肠管进行营养支持，如胃残余量>150ml/次，连续2次，可减半营养液输注速度。

观察组基于消化道出血分级早期肠内营养方案。（1）少量消化道出血的肠内营养干预措施。当患者出现黑便、大便隐血试验阳性，提示少量出血（50~80ml），经口进食患者此期可给予牛奶，稀饭，果汁等易消化，无刺激，富有营养的饮食，每日6餐，每餐150 mL，并补充足够的液体和电解质。鼻饲病人减半营养液速度，不中断营养液使用，反复喂养中断或长期喂养中断会加重患者胃肠道黏膜萎缩，导致能量摄入量低于预期，致使患者营养不良和康复时间延长。同时密切关注患者胃液颜色，及时进行胃液检查，关注患者腹部体征及清楚患者主诉。（2）中等量消化道出血的肠内营养干预措施。当患者出现呕血、咖啡色胃液或暗红色血便，提示中等量出血（250~300ml），遵医嘱予奥美拉唑钠40毫克溶于100毫升的0.9%氯化钠注射液中静脉滴注，同时给予患者醋酸奥曲肽注射液，取0.2毫克溶于50毫升的0.9%

氯化钠注射液中静脉推注等药物治疗。在此期间肠内营养量需减半使用，每次50~100ml为宜，应以温凉饮食为主，少量多餐，进食前评估患者胃残余量及腹部体征，有无肠鸣音亢进，腹胀，腹膜刺激征等，同时监测患者血色素。（3）大量消化道出血的肠内营养干预措施。当患者出现呕血呈鲜红色伴随全身症状，如头昏，四肢乏力等，提示大量出血时(>400ml)，应立即禁食，胃管留置患者予胃肠减压，头偏一侧，保持呼吸道通畅。如患者出现肠鸣音亢进，腹胀，腹膜刺激征，血色素进行性下降等活动性出血的症状时，快速补液，迅速查明出血原因，联系内镜中心进行床边胃镜检查，明确出血点，进行电凝止血。当患者出血症状停止24~48小时可开通肠内营养，先尝试喂生理盐水或葡萄糖，观察患者有无不适，如肠鸣音亢进，血便增多等情况，若无不适，第2天以米汤等流质为主，第3天尝试开通肠内营养液，输注速度从20ml/h开始递增，直至达到目标营养量。

1.3 评价标准

1.3.1 营养指标。采用血液分析仪法对全血样本中红细胞内血红蛋白含量血红蛋白、白蛋白及前白蛋白进行检测。采集血样时间术后1d及术后14d。

1.3.2 临床康复指标。患者ICU入住、胃肠道功能恢复、住院时间。

1.4 统计学方法

采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对样本t检验；计数资料以(n, %)表示，组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 营养指标水平分析

术后1d两组血红蛋白、白蛋白、前白蛋白差异不大($P > 0.05$)，术后14d，观察组高于对照组，组间对比差异显著($P < 0.05$)，见表1。

表1 两组患者营养改善效果对比($\bar{x} \pm s$)

组别	血红蛋白(g/L)		白蛋白(g/L)		前白蛋白(mg/L)	
	术后1d	术后14d	术后1d	术后14d	术后1d	术后14d
对照组 (n=9)	95.09 ±9.42	99.14± 9.12	36.33 ±2.44	37.03 ±2.71	197.52 ±21.54	207.31 ±22.23
观察组 (n=9)	95.11 ±9.45	118.08 ±10.03	36.36 ±2.46	43.81 ±3.57	197.43 ±22.51	252.16 ±23.11
t	0.004	4.191	0.026	4.538	0.009	4.196
P	0.997	0.000	0.980	0.000	0.993	0.000

2.2 康复指标分析

观察组 ICU 入住、胃肠功能恢复、住院时间少于对照组，组间对比差异显著（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者康复指标对比分析（ $\bar{x} \pm s, d$ ）

组别	例数	ICU 入住时间	胃肠功能恢复时间	住院时间
对照组	9	14.43±1.64	9.43±0.43	28.54±2.44
观察组	9	9.37±0.43	5.92±0.21	20.35±2.04
t		6.383	22.004	7.725
P		0.000	0.000	0.000

3 结论

神经外科患者病情危重，且病情较为复杂，由于创伤和应激等因素导致消化道出血的发生率高，因疾病的原因，神经外科患者在治疗过程中通常会使用非甾体类抗炎药、非甾体类抗炎药等药物均可能会刺激患者的胃肠黏膜，进而增加消化道出血的风险。神经外科患者出现消化道出血会导致机体营养状况不佳，降低患者的免疫功能。而免疫功能状态、营养状况会直接影响脑出血患者的病情转归。基于此，及时为患者提供营养支持，对于增强其免疫功能、加速患者康复进程具有积极意义。肠内营养不仅具备中和胃内过多胃酸的作用，而且能够推动胃肠蠕动、助力胃肠黏膜生长，从而增强肠道对营养物质的吸收，进一步改善患者的免疫功能。对于脑出血患者，早期开展肠内营养支持治疗对改善其免疫功能和营养状况效果良好，而早期完全肠外营养和早期肠内营养相比，会让肠道处于静息状态，这就容易导致肠道菌群失调、肠黏膜萎缩，极大地影响患者的消化吸收功能。之后若再采用肠内营养，患者就会出现消化不良、腹泻等情况，这无疑会阻碍营养状况的改善进程。

而消化道出血肠内营养开通延迟，影响患者预后，因此，基于消化道出血分级早期肠内营养支持尤为重要。消化道出血分级主要是根据患者的病情严重程度、出血量以及患者的各项生理功能进行合理划分，分为少量消化道出血、中等量消化道出血、大量消化道出血，根据患者的具体情况更合理的营养支持目标，实施个性化的早期肠内营养支持，合理选择肠内营养支持的时机、途径、营养剂、输注方式等，能够维持患者肠道黏膜的完整性，及时纠正患者的营养状况，显著促进患者胃肠道功能的恢复。除此之外，这种肠的营养方案更加符合患者的生理状态，操作也更加简便，适用范围广，加速患者康复进程。

常规护理在患者的临床护理应用中存在一定的局限性，护理过程中仅遵循标准化的护理流程，没有对患者的个体差异化进行充分的考虑。此外，常规护理的评估指标存在一些不足，而消化道出血患者的病情变化快，病情凶险，常规护理干预方案与患者实际需求不匹配，进而影响整体护理效果。本研究对消化道出血患者采用基于消化道出血分级的早期

肠内营养方案，促进了胃肠功能恢复，提高了喂养耐受性，缩短患者 ICU 入住时间。究其原因：在神经外科患者的治疗过程中，实施肠内营养，既可以满足患者机体所需的营养物质，又可促进患者胃肠蠕动。而消化道出血肠内营养开通延迟的主要原因会让医师对患者进行肠内营养存在顾虑，担心肠内营养会加重患者的胃肠道负担，从而导致出血情况更加严重。然而，在本次研究中通过对患者实施消化道出血分级，对其出现严重程度，做出精确综合性的评估，将消化道出血分为不同的等级，综合各项评估结果，制定个性化的干预方案。这种肠内营养支持方案的实施不仅可以确保患者安全，同时有助于满足患者营养需求，促进其尽早康复。

血红蛋白含量是评估机体贫血程度的关键性指标，消化道出血会导致失血性贫血，从而使血红蛋白水平明显下降。通过监测患者的血红蛋白、白蛋白、前白蛋白等实验室指标，不仅可以了解患者的出血情况，而且可以知晓患者的营养状况，评估临床疗效。在本次研究中检查组的各项指标在术后 14d 时明显高于对照组，提示通过这种分级营养支持能够实现个性化的干预治疗，肠内营养液所含的谷氨酰胺是肠黏膜细胞的能量来源物质，能够促使肠绒毛高度增长，强化紧密连接蛋白的表达，干预效果显著，且患者的出血症状得到了有效的控制，营养状况改善较为良好，有助于患者整体机能的尽早恢复，且患者术后康复指标也比较显著，基于消化道出血分级早期肠内营养方案应用价值比较显著。

综上，鉴于消化道出血病情的凶险性、病情变化快等特点，本研究采取了基于消化道出血分级早期肠内营养方案，在消化道出血患者中取得较好效果，优化患者的营养代谢指标，减少患者住院时间，促进了早日康复，值得在临床中推广应用。

[参考文献]

- [1] 韦颖, 赖海燕, 梁自贞, 等. 集束化护理对防治脑出血术后下肢深静脉血栓及缓解负性情绪的应用效果分析[J]. 黑龙江医学, 2024, 48(5): 615-617. DOI:10.3969/j.issn.1004-5775.2024.05.029.
- [2] 何振扬. 2017 ESICM 重症患者早期肠内营养指南解读[J]. 中华重症医学电子杂志(网络版), 2018, 4(1): 51-56. DOI:10.3877/cma.j.issn.2096-1537.2018.01.011.
- [3] 鲍玲芝. 急性上消化道出血病人的饮食护理[J]. 全科护理, 2013, 11(5): 451. DOI:10.3969/j.issn.1674-4748.2013.05.049.
- [4] 杨巧枝. 消化道出血饮食调理要注意哪些问题[J]. 饮食保健, 2020, 7(16): 226-227.

作者简介:

韩培月(1995.03-), 女, 汉族, 山西吕梁人, 本科, 护师, 研究方向为护理。