

• 经验交流 •

# 脓毒症患者实施肠内营养的临床分析

王连成 王东浩

【关键词】 脓毒症； 肠内营养； 胃肠功能障碍； 预后

对脓毒症等危重病患者早期实施肠内营养支持对于维持患者肠黏膜屏障及免疫功能都起着不可替代的重要作用。但是在临床实践中，仍有部分患者无法实施。回顾性分析 2005 年以来肠内营养成功与失败两组患者的临床资料。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料：149 例重度脓毒症及脓毒性休克患者中男 87 例，女 62 例；年龄 (47.2±27.8) 岁。原发消化系统疾病及消化道手术后患者不列入临床观察。

1.2 给药方法及分组：经初步抢救至生命体征稳定后，与其他治疗同时开始肠内营养支持。留置经鼻空肠喂养管，实施参照 Barr 等<sup>[1]</sup>研究的方法。肠内营养液为能全力或百普力，第一个 24 h 以 10~25 ml/h 营养输注泵持续输注，视患者耐受情况逐渐增加输注速度和数量。患者能够耐受肠内营养素且无腹胀、腹泻、胃滞留、反流等表现，在治疗 72 h 后肠内营养每日所提供热量可达机体所需总热量的 20% 以上视为肠内营养成功组 (A 组)；患者出现腹胀、腹泻、胃滞留、反流等并发症，经反复调整肠内营养液种类、温度，降低滴注速度和营养液渗透压等方法 72 h 仍无法改善症状者视为肠内营养失败组 (B 组)。两组患者基本情况比较见表 1。

1.3 观察指标：急性生理学与慢性健康状况评分系统 II (APACHE II) 评分、重症加强治疗病房 (ICU) 停留时间、呼吸机、抗生素使用时间以及 ICU 病死率。

1.4 统计学方法：使用 SPSS13.0 统计软件，采用 *t* 检验和  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

1.5 结果 (表 2)：A 组 APACHE II 评分、ICU 病死率、ICU 停留时间、呼吸机和抗生素使用天数均显著低于 B 组 (*P* 均 < 0.05)。

作者单位：300457 天津经济技术开发区医院

作者简介：王连成 (1962-)，男 (汉族)，天津市人，助理研究员。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	重症脓毒症	脓毒性休克	社区获得性肺炎	呼吸机相关性肺炎	胸、腹腔感染	中枢神经感染	肢体术后感染	菌血症	泌尿生殖系感染
A 组	95	74	21	11	30	19	6	11	9	9
B 组	54	15	39	2	21	8	2	5	12	4

表 2 两组病例临床观察结果

组别	例数 (例)	APACHE II 评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	ICU 停留时间 ( $\bar{x} \pm s$ , d)	呼吸机天数 ( $\bar{x} \pm s$ , d)	抗生素天数 ( $\bar{x} \pm s$ , d)	ICU 内病死率 (%)
A 组	95	16.28±9.71	13.24±5.78	5.62±3.23	10.25±6.41	16.84
B 组	54	26.52±8.62*	15.36±6.25*	9.56±6.78*	14.35±8.21*	64.81*

注：与 A 组比较；\* *P* < 0.05

## 2 讨论

1997 年美国胸科医师协会提出了 ICU 患者营养支持指南，明确指出对危重症患者实施肠内营养支持是最佳治疗手段，而且应在条件许可的情况下尽早实施<sup>[2]</sup>；加拿大医学会于 2003 年发布的《机械通气危重病患者营养支持指南》<sup>[3]</sup>；2004 年全球多家危重病、感染和外科学会组织联合制定的《脓毒症治疗指南》<sup>[4]</sup>；中华医学会重症医学分会 2006 年提出的《关于危重患者营养支持指导意见 (草案)》<sup>[5]</sup>，都把早期实施肠内营养放到十分重要的位置。指出：一旦患者生命体征和内环境稳定，即应开始进行营养支持治疗，并以建立肠内营养为首选；ICU 内营养支持治疗的目标是缩短住院日和 ICU 停留时间，降低院内感染率和病死率。

本组结果证实，凡能遵照指南要求顺利实施肠内营养的患者，其抗生素使用、机械通气及 ICU 停留时间均明显低于肠内营养失败组，其 ICU 病死率也明显降低。说明此阶段肠内营养的药理作用要远远大于其营养作用<sup>[6]</sup>。Rokyta 等<sup>[7]</sup>的研究发现，即使是低剂量的肠内营养也能改善脓毒症患者全身、肝脏、肠道黏膜的血供。使用富含谷氨酰胺、纤维素的营养素，以及富含乳酸杆菌和双歧菌等益生菌的生态营养素效果较好<sup>[8]</sup>。

## 参考文献：

1 Barr J, Hecht M, Flavin K E, et al. Outcomes in critically ill patients before and

after the implementation of an evidence-based nutritional management protocol [J]. Chest, 2004, 125(4):1446-1457.

2 Cerra F B, Benitez M R, Blackburn G L, et al. Applied nutrition in ICU patients, a consensus statement of the American college of chest physicians [J]. Chest, 1997, 111(3):769-778.

3 Heyland D K, Dhaliwal R, Drover J W, et al. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients [J]. JPEN, 2003, 27(5):355-373.

4 Dellinger R P, Carlet J M, Masur H, et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock [J]. Crit Care Med, 2004, 32(3):858-873.

5 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.

6 向迅捷. 肠内外营养对危重患者脏器功能影响的对比研究 [J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(10):613-615.

7 Rokyta R, Matejovic M, Krouzicky A, et al. Post-pyloric enteral nutrition in septic patients: effects on hepato-splanchnic hemodynamics and energy status [J]. Intensive Care Med, 2004, 30(4):714-717.

8 黎介寿. 肠衰竭——概念、营养支持与肠黏膜屏障维护 [J]. 肠内与肠外营养, 2004, 11(2):65-67.

(收稿日期：2007-03-19)

(本文编辑：李银平)