

## 肠内营养治疗严重营养不良 1 例报告

陈立勇\* 郭象美 孙学萍

(山东省立医院营养科, 济南 250021)

关键词 肠内营养 营养不良

中图分类号 R459.3 文献标识码 B 文章编号 1008-5882(2003)03-0232-02

**病例摘要** 男, 64 岁; 有胃溃疡病史 20 余年, 脑栓塞病史 8 年, 运动性失语症 4 年, 行鼻饲 1.5 年。患者于 2002 年 6 月 28 日, 因阵发性咳嗽, 有痰咳不出, 鼻饲管内抽出大量咖啡样物, 住进我院, 入院诊断为“肺部感染, 上消化道出血, 脑梗塞后遗症”。

**营养评价** 患者卧床 8 年, 身高 176 cm (询问家人)、体重 61 kg (床上卧姿称重法<sup>[1]</sup>)。肱三头肌皮褶厚度 (TSF) 4.8 mm, 表明体脂肪消耗殆尽; 白蛋白 19 g/L、转铁蛋白 0.9 g/L, 表明患者远期、近期蛋白质都严重摄入不足, 总淋巴细胞计数  $748 \times 10^9/L$ 。由以上几点可推断该患者为混合型严重营养不良。

**临床治疗** 使用常规止血等治疗无效后, 使用纤维胃镜检查, 并介入内镜治疗。对难出血病灶, 直接喷洒凝血酶 5 000 U (用生理盐水 20 ml 稀释), 然后退出胃镜用大剂量洛塞克 (静注 100 mg/d) 进行抑酸治疗。由于患者严重营养不良, 且周围

静脉闭锁、塌陷, 无法以外周静脉营养为患者提供营养治疗, 患者家属拒绝锁骨下中心静脉营养。因此, 在退出胃镜前通过活检孔置导丝, 然后拔出胃镜顺导丝置导管, 达 Treitz 韧带水平, 导管位置经 X 线光片证实。此插管方法简单, 快捷, 成功率高<sup>[2]</sup>。

### 营养治疗

第一阶段: 内镜止血成功, 联用大剂量洛塞克进行抑酸治疗, 禁饮食 24 h。

第二阶段: 采用输液泵连续滴注营养制剂, 选用高脂肪型肠内营养制剂进行营养治疗。用美国雅培制药公司生产的安素 (ensure) 和营养科自制的匀浆膳, 安素内脂肪提供的热量占其总热量的 31.5%。匀浆膳内脂肪提供的热量占其总热量的 36.5%。安素配制时用 200 ml 60℃ 的温开水加安素粉 6 量匙, 搅拌均匀后成为 250 ml 安素标准稀释液。管饲过程中保持营养液在 40℃ 左右, 每 4 h 用 30 ml 温开水冲管, 以防堵塞。

### 第二阶段营养治疗过程

时间	滴速 (ml/h)	安素用量 (ml)	安素浓度	匀浆膳	热量 (kJ)
第 1 天	50	1 200	1/2 标准稀释液		2510.4
第 2 天	50	1 200	2/3 标准稀释液		3347.2
第 3 天	50	1 200	标准稀释液		5020.8
第 4、5 天	75	1 800	标准稀释液		7531.2
第 6、7 天	100	1 800	标准稀释液	400 ml	9204.8
第 8~21 天	110	1 800	标准稀释液	600 ml	10041.6

21 d 后, 患者上消化道出血停止, 肺部感染痊愈, 机体营养状况得到明显改善, 体重 64 kg, 肱三头肌皮褶厚度为正常值的 70%, 白蛋白 28 g/L, 转铁蛋白 1.6 g/L, 总淋巴细胞计数为  $1240 \times 10^9/L$ , 说

明患者已由重度营养不良转为中度营养不良。

第三阶段: 安素逐渐减量, 过渡到全部匀浆饮食, 痊愈出院时仍有轻度营养不良。

**讨论** 上消化道出血被明确列为肠内营养 (EN)

\* 通信作者 营养技师, 电话: 0531-7938911-2232

的禁忌症<sup>[3]</sup>,但在止血、抑酸的情况下,用肠内营养成功地为该病例提供营养治疗。该病例肠内营养治疗成功的关键是胃内pH值的控制、高脂肪型肠内营养制剂的选择和连续经泵滴注投给方法的选择。喷洒的凝血酶是通过覆盖在出血灶表面的药物,直接作用于凝血过程第三阶段,促使溶胶状态下的纤维蛋白原转为不溶性的纤维蛋白,在其他有形成分参与下网状沉淀形成凝血膜块而止血。但在胃pH < 5时,新形成的凝血块会被迅速消化,只有pH > 6时,体液及血小板的凝血功能才能发挥<sup>[4]</sup>。因此必须保持胃内pH > 6才能使内镜止血后形成的凝血膜块和血栓不被溶解,避免发生再出血。使用Digitrapper MK III型pH记录仪对第1天开始鼻饲后胃内pH值连续12h的监测表明,在鼻饲的情况下,胃内pH值仍保持> 6。这与以下两个原因有关:(1)在禁食情况下,大剂量洛塞克能使胃内pH迅速升至> 6,并持续在此水平<sup>[5]</sup>。(2)通过鼻十二指肠管持续滴注高脂肪营养制剂,使刺激胃酸分泌的肠期始动因素及肠扩张的作用降到最低,同时脂肪是肠期的抑制胃酸分泌因素<sup>[6]</sup>,因此在患者能耐受的条件适当提高脂肪含量可抑制胃酸的分泌。选择高脂肪型肠内营养制剂,一方面能起到抑酸作用,另一方面其化

学成分明确,鼻饲时营养物质的量容易控制,以便使患者在肠负担较轻的情况下获得足够的能量和全面营养。

### 参 考 文 献

- [1] 李秋荣,周建萍,邹青,等. 卧床患者的体重测量方法应用 [J]. 中国临床营养杂志, 2002, 10(4):287-288
- [2] 刘晓红,杨爱明,陈伟,等. 肠内临床营养在胃肠道疾病中的应用 [J]. 临床消化病杂志, 1998, 10(4):148
- [3] 邵继智,顾景范,张思源主编. 经肠营养 [M]. 北京:科学出版社, 1999, 172
- [4] Brunner G (刘厚钰译). 大剂量雷尼替丁及奥美拉唑静脉治疗重症消化性溃疡并上消化道出血——开放性随机对照研究, 中华消化杂志, 1991, 11(5):295
- [5] Labenz J, Peitn U, Lleusing C, et al. Efficacy of prime infusions with high dose ranitidine and omeprazole to maintain high intragastric pH in patients with peptic ulcer bleeding a prospective randomised study [J]. Gut, 1997, 40(1):36
- [6] 周吕主编. 胃肠生理学 [M]. 北京:科学出版社, 1991, 488

(2003-02-12 收稿)