

· 病例报告 ·

## 序贯营养治疗成年神经源性肠道功能障碍患者1例报告

王 瑾, 马向华, 曾 珊

南京医科大学第一附属医院营养科, 江苏 南京 210029

[关键词] 神经源性肠; 营养治疗; 序贯

[中图分类号] R574.4

[文献标志码] A

[文章编号] 1007-4368(2023)05-745-04

doi:10.7655/NYDXBNS20230523

神经源性肠道功能障碍(neurogenic bowel dysfunction, NBD)指各类原因所致的支配肠道的神经功能受到影响,导致肠功能丧失或缺失的疾病<sup>[1]</sup>。其临床体征主要表现为患者便秘,或大便失禁、腹痛、腹胀等,严重影响其生存质量和原发疾病预后康复<sup>[2-4]</sup>。因胃肠功能障碍症状较为突出,NBD患者营养不良风险相应增加,异常胃肠蠕动给营养治疗带来一定难度,治疗途径、支持时机、制剂选择等均尚存疑惑。目前主要综合中西药物、物理因子等方法采取治疗并展开研究<sup>[1]</sup>,对于营养支持的病例研究鲜见。本文报告1例成年女性NBD患者,以序贯营养治疗为干预思路,评估治疗效果以期提供借鉴。

### 1 临床资料

患者,女,59岁,2021年3月26日因蛛网膜下腔出血行“脑室外引流术”“左侧脑室腹腔分流术”。9月15日转入本院康复医学科病区,拟“神经源性肠,不可归类在他处者”“蛛网膜下腔出血”收住入院。病程中患者神志清、四肢活动不利,大便需间断灌肠,小便可自解,近期体重未见明显增减。近期治疗目标以提升患者营养,改善肺及消化道功能为主。康复训练以被动运动、肌肉电刺激、吞咽及言语认知训练为主,药物治疗以控制感染、稳定情绪、促进肠蠕动为主,未以口服微量元素补充或静脉输注血清白蛋白等方式纠正营养不良。

患者鼻饲饮食,分次推注含纤维整蛋白型肠内营养混悬液(TPF 1.0 kcal/mL)、1 000 mL/d。经与医生及家属充分沟通后,获悉患者近期见明显腹胀及纳差体征,9月26日自述胃肠不适且呕吐拒食,腹部超声检查示不完全性肠梗阻,遂邀营养科行营养治疗。

参考“国家临床营养专业医疗质量控制中心关

于印发《“提高患者入院24 h内营养风险筛查率”核心策略》的函”<sup>[5]</sup>,选用成人NRS2002营养风险筛查,营养状况2分、疾病严重程度2分、年龄0分,总分4分提示患者存在营养不良风险。依据“国家卫生健康委办公厅关于印发2022年国家医疗质量安全改进目标的通知”<sup>[6]</sup>中“21-临床营养专业-提高住院患者营养评估率(PIT-2022-20)”,完成患者营养评估。患者入院身高166 cm,因卧床且周身水肿无法获知准确体重。患者自9月26日起肠内禁食,全日营养素摄入由肠外提供,供给量不足推荐摄入量50%。据9月29日生化检验结果,见低血糖、电解质缺乏、蛋白质营养不良体征。患者营养评估示营养不良,诊断存在蛋白质-能量营养不良、胃肠功能障碍。

患者自9月29日起启用序贯营养治疗方法,设立阶梯干预目标:①缓解消化道不适,优化肠外营养,提升需求满足程度;②恢复肠内营养,优化营养素摄入方式,改善营养状况;③制定长期肠内营养方案,保障操作性和配合度,满足预后所需(表1)。以患者标准体重为参考,分析营养需求满足情况(表2)。观察指标:①比较患者干预前后全日营养素摄入:总能量、肠内营养供能比、肠外营养供能比、三大产能营养素供能比;②比较患者干预前后营养状况:血红蛋白、白蛋白、总蛋白。采用Microsoft Excel 16.57统计学软件进行统计。

患者自9月26日—10月7日处于肠内营养禁食期。9月28日腹部超声检查结果示“不完全性肠梗阻”,符合肠内营养支持禁忌证。为缓解消化道不适体征,医生及护理人员联合应用胃肠道动力药物、渗透性泻药和直肠功能训练,以助大便通利。为改善患者营养需求满足程度,营养师酌情调整肠外营养方案,以提升碳水化合物(CHO)供能比为