

- (3) 李沙沙, 郎芳, 孙洁, 等. 营养门诊个体化医学营养干预对妊娠期糖尿病患者治疗效果的影响 (J). 卫生研究, 2020, 49(4): 667-669.
- (4) 郭燕华, 寇丽红, 张映, 等. 我国妊娠期糖尿病医学营养治疗现状 (J). 护理研究, 2020, 34(23): 4267-4270.
- (5) 李冬萍, 山永仪, 邹冬梅, 等. 孕期个性化营养干预对妊娠期糖尿病患者糖脂水平及妊娠结局的影响 (J). 现代生物医学进展, 2018, 18(23): 4510-4513, 4570.
- (6) 李婵娟, 李志娟. 个体化饮食指导联合口服降糖药对妊娠期糖尿病孕妇糖脂代谢及围生儿预后的影响分析 (J). 中国妇产科临床杂志, 2019, 20(3): 243-244.
- (7) 穆娟, 魏延, 张悦, 等. 个体化追踪干预在妊娠期糖尿病患者中的应用效果分析 (J). 南京医科大学学报 (自然科学版), 2020, 40(3): 435-439.

(文章编号) 1007-0893(2021)13-0009-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.004

## 不同肠内营养方式对老年危重症患者 营养及免疫功能的影响

刘经尚 陆 苗

(阳春市妇幼保健院, 广东 阳春 529600)

**〔摘要〕** **目的:** 探究不同肠内营养方式对老年危重症患者营养及免疫功能的影响。**方法:** 选取 2018 年 1 月至 2018 年 12 月阳春市妇幼保健院收治的老年危重症患者 56 例, 采用随机分组方式分为对照组与观察组, 每组 28 例。其中对照组予以经鼻胃管肠内营养护理, 观察组予以经鼻肠管肠内营养护理, 比较两组患者营养状态、免疫功能、肠内营养并发症发生率。**结果:** 肠内营养支持后, 观察组患者营养状态、免疫功能显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 而肠内营养支持中, 观察组患者并发症发生率 (17.86%) 显著低于对照组 (42.86%), 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 对老年危重症患者予以经鼻肠管肠内营养护理方式, 能够有效改善患者营养状态, 提高免疫力, 降低并发症发生率。

**〔关键词〕** 危重症; 肠内营养; 免疫功能; 老年人

**〔中图分类号〕** R 459.3 **〔文献标识码〕** B

老年危重症患者由于身体机能较年轻人有所下降, 因此需要供给更多能量以维持生命状态。营养若得不到及时补充, 可能会导致患者出现营养不良现象, 甚至造成患者负氮平衡状态的出现, 阻碍康复进程<sup>[1-2]</sup>。老年危重症患者受限于其自身病情复杂且变化迅速、易出现并发症等特点<sup>[3]</sup>, 因此在肠内营养方式的选择上须更为慎重, 本研究就不同肠内营养方式对老年危重症患者营养及免疫功能的影响展开讨论, 详情报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月至 2018 年 12 月本院收治的老年危重症患者 56 例, 采用随机分组方式分为对照组与观察组, 每组 28 例。对照组男性 15 例, 女性 13 例, 年龄 64~83 岁, 平均年龄 ( $72.24 \pm 2.58$ ) 岁, 急性生理学和慢性健康状况评价 II (acute physiology and chronic health evaluation II,

APACHE II) 平均 ( $22.17 \pm 2.34$ ) 分, 疾病分布为: 神经源性疾病 5 例, 慢性阻塞性肺疾病 7 例、脑血管意外 4 例、急性冠脉综合征 12 例。观察组男性 12 例, 女性 16 例, 年龄 63~82 岁, 平均年龄 ( $73.24 \pm 2.36$ ) 岁, APACHE II 平均 ( $23.24 \pm 2.54$ ) 分, 疾病分布为: 神经源性疾病 6 例, 慢性阻塞性肺疾病 6 例、脑血管意外 7 例、急性冠脉综合征 9 例。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.1.1 纳入标准** 所有患者均因病需要行肠内营养护理且无相关禁忌证; 接受肠内营养需时  $\geq 10$  d, 并已经过 APACHE II 评分, 分值  $\geq 20$  分。

**1.1.2 排除标准** 鼻窦炎、消化系统肿瘤等不适用肠内营养的患者; 肠内营养史患者。

#### 1.2 方法

当两组患者血流动力学稳定后, 进行肠内营养支持。

**1.2.1 对照组** 予以经鼻置胃管肠内营养支持, 通过胸

**〔收稿日期〕** 2021-04-12

**〔作者简介〕** 刘经尚, 男, 主治医师, 主要研究方向是危重症救治。

骨剑突位置可闻及气过水声判定胃管置入成功。患者采取右侧卧位，伴随患者呼吸节奏顺时针旋转导管下移，当患者感受到轻微摩擦阻力感落空，考虑成功通过幽门，此时管深约90 cm，予以导丝撤出并妥善固定，再以腹部X光片确定管端具体位置。

1.2.2 观察组 予以经鼻空肠管肠内营养支持，导管长度选为患者耳垂至胸骨剑突距离，通过上腹部可闻及气过水声判定导管置于胃腔成功。患者采取右侧卧位，医师可通过X线引导下，将鼻肠管放至达到屈氏韧带远端至少30 cm空肠内，即鼻肠管进入患者机体内135 cm，可实施肠内营养。

两组能量供给规格：每日供给能量20~25 kcal·kg<sup>-1</sup>，营养制剂温度为37~40℃，床头角度控制为15~30°，泵入速度为20~120 mL·h<sup>-1</sup>，6 h·次<sup>-1</sup>胃潴留检测。两组均治疗10 d。

### 1.3 观察指标

观察两组患者营养状态、免疫功能、肠内营养并发症发生率，(1)营养状态：肠内营养支持前后，两组患者的血红蛋白(hemoglobin, Hb)、血清总蛋白(total protein, TP)、前白蛋白(prealbumin, PA)、白蛋白(albumin, ALB)水平；(2)免疫功能：肠内营养支持前后，两组患者的血清免疫球蛋白G(immunoglobulin G, IgG)、免疫球蛋白M(immunoglobulin M, IgM)、免疫球蛋白A(immunoglobulin A, IgA)水平及总淋巴细胞计数(total lymphocyte count, TLC)；(3)肠内营养并发症发生率：包括消化道出血、肠内营养不耐受、呕吐及营养管滑脱等。其中肠内营养支持期间出现的腹泻、胃内残余量多、反流等现象都属肠内营养不耐受范畴。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用t检验，计数资料用百分比表示，采用 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者肠内营养支持前后营养状态比较

肠内营养支持前，两组患者Hb、TP、PA、ALB水平比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )；肠内营养支持后，观察组患者Hb、TP、PA、ALB水平显著优于对照组，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )，见表1。

表1 两组患者肠内营养支持前后营养状态比较( $n = 28, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	Hb/g·L <sup>-1</sup>	TP/g·L <sup>-1</sup>	PA/mg·L <sup>-1</sup>	ALB/g·L <sup>-1</sup>
对照组	支持前	95.26±8.93	56.76±6.53	133.79±13.06	30.48±4.22
	支持后	98.58±9.28	57.35±7.31	155.48±15.64	31.26±3.75
观察组	支持前	94.32±8.68	56.32±6.34	133.84±12.87	30.78±3.28
	支持后	105.84±8.34 <sup>a</sup>	61.86±7.59 <sup>a</sup>	176.83±14.73 <sup>a</sup>	33.75±3.99 <sup>a</sup>

与对照组肠内营养支持后比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$

注：Hb—血红蛋白；TP—血清总蛋白；PA—前白蛋白；ALB—白蛋白

### 2.2 两组患者肠内营养支持前后免疫功能比较

肠内营养支持前，两组患者IgG、IgM、IgA、TLC水平比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )；肠内营养支持后，观察组患者IgG、IgM、IgA、TLC水平显著优于对照组，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )，见表2。

表2 两组患者肠内营养支持前后免疫功能比较( $n = 28, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	IgG/g·L <sup>-1</sup>	IgM/g·L <sup>-1</sup>	IgA/g·L <sup>-1</sup>	TLC/×10 <sup>9</sup> ·L <sup>-1</sup>
对照组	支持前	9.17±1.24	1.90±0.64	2.14±0.75	1.13±0.31
	支持后	10.74±1.34	2.01±0.72	2.20±0.68	1.23±0.35
观察组	支持前	9.25±1.13	1.89±0.66	2.08±0.74	1.12±0.29
	支持后	12.69±1.38 <sup>b</sup>	2.45±0.90 <sup>b</sup>	2.61±0.72 <sup>b</sup>	1.45±0.38 <sup>b</sup>

与对照组肠内营养支持后比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$

注：IgG—免疫球蛋白G；IgM—免疫球蛋白M；IgA—免疫球蛋白A；TLC—总淋巴细胞计数

### 2.3 两组患者并发症发生率比较

肠内营养支持中，观察组并发症发生率(17.86%)显著低于对照组(42.86%)，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )，见表3。

表3 两组患者并发症发生率比较( $n = 28, n(\%)$ )

组别	消化道出血	肠内营养不耐受	呕吐	营养管滑脱	总发生
对照组	1(3.57)	5(17.86)	4(14.29)	2(7.14)	12(42.86)
观察组	0(0.00)	3(10.71)	1(3.57)	1(3.57)	5(17.86) <sup>c</sup>

与对照组比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

重症医学科内收治的患者多为APACHE II评分 $\geq 20$ 分的危重症患者，该类患者往往自身病情处于危重势态，较大几率机体代谢出现紊乱，其中尤其以高能量消耗和高分解代谢最为常见，往往其基础代谢率较常态可高出0.5~1.5倍，而这类危重症患者中又多以老年群体最为常见<sup>[4-5]</sup>。相较于年轻人，老年群体自身机体免疫功能下降，同时由于身体功能低下而致使肠道吸收功能下降，极易诱发应激状态下的营养不良。因此，针对老年危重症患者采取正确的肠内营养方式，对老年危重症患者具有尤为重要的治疗意义。考虑到诸如经皮内镜下胃造瘘等营养支持方式对患者造成的损伤较大，手术过程中将增大患者的机体损伤程度及感染风险，因此本研究只针对鼻胃管、鼻肠管。鼻饲置管操作因具有创伤小、便捷安全等特点，因此被广泛应用于临床肠内营养支持。

正如本研究结果显示，在实施肠内营养支持前，两组患者的营养状态与免疫功能比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )，而两组患者在接受肠内营养支持后分析数据可知，观察组患者营养状态，即Hb、TP、PA、ALB水平显著优于对照组，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )；同时，观察组患者免疫功能，即IgG、IgM、IgA、TLC水平亦显著优于对照组，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )；且肠内营养支持中，观察组并发症发生率(17.86%)显著低于对

照组 (42.86%)，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。究其原因，是由于老年危重症患者群体机体损伤较为严重，并常伴有胃轻瘫现象，致使食物途经胃部却因消化能力不足而出现胃潴留等肠内营养不耐受情况。由于小肠吸收、传导功能不易受到影响，故将食物直接送至肠管内，能够更利于患者营养物质的吸收，避免反流等肠内营养不耐受情况的出现。老年危重症患者的应激反应会导致机体免疫功能下降，影响淋巴细胞，吞噬细胞的功能，故而改善患者的细胞免疫状态，能够促进患者的康复进程，对老年危重症患者具有重要治疗意义。

综上所述，对老年危重症患者予以经鼻肠管肠内营养护理方式，能够有效改善患者营养状态，提高免疫力，降低并发症发生率。

[参考文献]

- (1) 李洪燕, 马嫦梅, 李慧, 等. 肠内营养安全护理路径在外科重症监护室危重症病人实施效果观察 (J). 肠外与肠内营养, 2014, 21(4): 254-256.
- (2) 程艳艳, 姚惠萍, 蒋培余, 等. 重症患者规范化肠内营养护理流程的研究进展 (J). 护士进修杂志, 2017, 32(20): 1850-1853.
- (3) 吴白女, 潘慧斌, 黄培培, 等. 肠内营养并发胃潴留规范化处理流程对危重症患者喂养达标率的影响 (J). 中华护理杂志, 2018, 53(12): 1458-1462.
- (4) 陈博, 熊茂明. 危重症病人临床营养支持应注意的若干问题 (J). 肠外与肠内营养, 2016, 23(4): 247-251.
- (5) 查丽玲, 江榕, 黄丽红, 等. 危重症患者肠内营养安全实施流程的构建 (J). 护理与康复, 2017, 16(7): 703-707, 712.

(文章编号) 1007-0893(2021)13-0011-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.005

## 儿童常见过敏性疾病临床诊治中 过敏原特异性 IgE 的价值分析

何有程 刘淑敏 欧阳嘉颖

(广东医科大学顺德妇女儿童医院 佛山市顺德区妇幼保健院, 广东 佛山 528300)

**[摘要]** **目的:** 探讨过敏原特异性免疫球蛋白 E (IgE) 在儿童常见过敏性疾病临床诊治中的应用效果。**方法:** 选取 2018 年 11 月至 2019 年 11 月在佛山市顺德区妇幼保健院就诊的 2000 例湿疹、荨麻疹以及哮喘患儿作为研究对象, 将所有患儿进行小组划分, 0~2 岁患儿为甲组 (658 例), 3~4 岁患儿为乙组 (798 例), 5~8 岁为丙组 (813 例)。分组统计三组患儿过敏原特异性 IgE 检查结果。**结果:** 2000 例患儿吸入性特异性 IgE 总阳性例数为 954 例, 总阳性率为 47.7%, 食入性特异性 IgE 总阳性例数为 789 例, 总阳性率为 39.45%, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。甲组患儿食入特异性 IgE 阳性率与乙组和丙组相比均较高, 吸入性特异性 IgE 阳性率与乙组和丙组相比均较低, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 湿疹、荨麻疹以及哮喘患儿吸入性过敏原中检出率最高的为尘螨, 其次为灰尘、豚草/艾草、点青霉/毛霉/根霉等; 湿疹、荨麻疹患儿食入性过敏原检出率最高的为虾/蟹/贝, 其次为牛奶、鸡蛋等, 哮喘患儿食入性过敏原以牛奶检出率最高, 其次为鸡蛋、芒果/桃/菠萝等。**结论:** 食入性物质是 2 岁前儿童的主要过敏原, 吸入性物质是 2 岁以后儿童的主要过敏原, 临床检测中可以根据过敏原 IgE 对于患儿的实际过敏原进行判断, 为临床诊断提供准确的参照指标。

**[关键词]** 过敏性疾病; 免疫球蛋白 E; 儿童

**[中图分类号]** R 725.9 **[文献标识码]** B

随着人们生活环境的不断变化, 饮食结构的不断调整, 人们整体过敏性疾病的发病率也在逐年上升, 饮食、饮水卫生以及经济发展所致的环境因素均是导致过敏的原因<sup>[1]</sup>。由于儿童自身年龄比较小, 体质相对较差, 各类过敏性疾病的发病率也有所上升, 相关卫生防治研究中也儿童过敏性疾

病的预防和控制纳入主要研究之中, 临床诊断中对于过敏性患儿诊断以及治疗也越来越重视, 如何完善相关诊断及治疗方案对于治疗效果的提升有非常重要的作用<sup>[2]</sup>。为了探究临床诊断中最佳的诊断标准, 笔者开展了相关治疗研究, 详情报道如下。

[收稿日期] 2021-04-18

[作者简介] 何有程, 男, 主管检验师, 主要从事医学检验研究工作。