

烧伤营养治疗新概念——零禁食

解伟光

烧伤患者休克期禁食已成惯例,尽管曾有人提出不同看法,而且烧伤后早期胃肠道营养可提高生存率也屡见报道,但是迄今为止,尚无人提出严重烧伤患者不禁食(零禁食)的方案。众所周知,进食过程和适当的食物刺激能促进胃肠功能的恢复及胰岛素释放,同时还可改善烧伤后特殊的代谢内环境。另外,早期肠内营养除能减轻胃肠道应激反应外,还能明显改善高代谢和降低肠源性感染等。笔者结合本单位 562 例实施零禁食患者的治疗经验,认为只要方法得当,严重烧伤患者零禁食的同时给予积极的口服营养治疗不仅可行,而且有效。

一、烧伤口服营养的 3 个期

适应期:为入院后 24 h 内。该期主要是建立反射,使胃肠道尽快适应进食环境,促进胃肠道机械性蠕动,提高胃黏膜血流量,改善其功能。热量补充不是此期的重点。伤后早期患者常有非生理性的多饮现象,很容易引起腹胀,少食多餐尤为重要。

渐进期:指伤后 24 h~7 d。目的主要是逐渐增加营养物质的摄取量。轻度烧伤患者此期较短,3~5 d 即可完成;重度烧伤患者较长,可超过 7 d。虽然多数患者在此期已能较好地接受口服营养,但仍应防止过量进食。

正常期:指渐进期结束后的整个阶段,轻度烧伤患者通过自主进食已能满足营养需要,而多数重度烧伤患者能耐受给予的指导性饮食。

二、口服营养的方法及量

笔者根据烧伤后代代谢内环境变化的特点和实施多年营养治疗的经验,总结出“20 字方案”,从理论和实践上为患者休克期零禁食的推广提出了个人建议。20 字方案即“少量多餐、先流后干、早期高脂、逐渐增糖、蛋白量宽”。“少量”,可少到每次几毫升;“多餐”,多到每 5、10 或 30 分钟 1 次。“先流后干”品种首选牛奶,适应期用温热淡牛奶,渐进期用高脂浓牛奶。牛奶营养丰富,钙含量高且易吸收,有利于预防严重烧伤后早期低钙。牛奶还能中和部分胃酸,有助于防止应激性溃疡的发生。伤后 2 h 就可给予牛奶代替饮水。开始一次不应超过 50 ml,浓

度最好是标准牛奶的一半,12~24 h 后每次可给予 100 ml,间隔 3~4 h,多数患者能取得较好的效果。切忌一次量过大,如每次超过 150~200 ml,严重烧伤患者不能承受。蛋白的摄入贯穿营养治疗的始终。多数患者能耐受给予的指导性饮食,对逐渐增加的高脂和高蛋白饮食无腹胀、腹泻等现象发生。细胞外高糖、细胞内饥饿的特殊代谢内环境提示,早期糖利用降低,随着时间的改变,糖利用增加,可增加糖的摄入,同时可补充一定量的胰岛素。

三、摄入量不求统一

原则上可根据患者具体情况进行增减,由于个体差异较大,很难制定统一的标准。多数患者在渐进期摄入量明显增加,平均每天口服热量为 4 184~6 276 kJ,少数可达 8 368 kJ。烧伤面积 <30% TBSA 的患者渐进期后能常规进食,基本满足每日热能需要量。烧伤面积 >50% TBSA 的患者则仍需由静脉补足部分热量。

四、零禁食实施起来并不容易

零禁食并不等于不加限制。烧伤患者伤后早期常有烦躁、口渴、多饮等症状,且难以控制。早期必须严格控制摄入量,并以流质为主,从低热量逐渐过渡到高热量,患者均能主动配合。有严重意识障碍或其他原因不便进食者,可暂缓口服营养,给予鼻饲或待病情稳定后再口服进食。

严重烧伤患者胃肠黏膜常有不同程度病变,早期口服应循序渐进。需根据具体情况,控制每次摄入量与间隔时间。通常伤后 24 h 内胃黏膜缺血尚未完全纠正,胃肠蠕动功能较差,操作不当极易导致腹胀,甚至胃扩张。患者个体差异大,很难制定统一的进食时间表,多观察并及时调整尤显重要。

五、必要的辅助方法

口服营养最简便,也最符合生理要求,对于不能口服的患者可采用鼻饲或胃肠造瘘。咀嚼有助于消化酶释放、刺激味觉、增加食量。对少数胃肠道反应较重的患者,不可强行进食,以免加重症状,可辅以帮助消化药物治疗。此外,加强宣教、心理疏导、医患配合等人性化治疗亦必不可少。

(收稿日期:2005-11-29)

(本文编辑:张红)

作者单位:210002 南京军区南京总医院烧伤整形科