

急性脑梗死住院患者营养不良与相关性影响因素分析

郭丽燕

祥云县人民医院临床营养科, 云南 大理 672105

摘要: 目的: 分析由大脑动脉血栓形成引起的脑梗死住院患者营养不良与相关性影响因素分析。方法: 选取本院 2023 年 1-6 月的住院治疗患者 80 例, 分析由大脑动脉血栓形成引起脑梗死的住院患者营养不良发生率与 ALB、SMI、BMI、内脏脂肪面积的相关性。结果: 由大脑动脉血栓形成引起的脑梗死的 80 例老年住院患者中, 经 MNA 进行营养状况评价营养不良 47.5%, 营养不良的老年患者平均年龄最高, SMI、白蛋白、BMI 偏低的比例较高, 同时由大脑动脉血栓形成引起的脑梗死患者存在较高比例的内脏脂肪面积升高。结论: 急性脑梗死老年住院患者有较高比例的营养不良情况, 同时存在较高比例的肥胖性肌少症。

关键词: 脑梗死; 住院患者; 营养不良; SMI; 内脏脂肪面积;

DOI:10.69979/3029-2808.24.3.035

脑卒中属于一种突然起病的脑血液循环障碍性疾病, 发病率、死亡率、致残率、复发率高, 且并发症多^[1]。老年脑卒中病人多存在意识障碍、吞咽障碍、神经功能缺损, 进而造成进食减少, 或者是无法进食, 容易发生营养不良或营养风险^[2], 造成病人预后差。研究显示, 我国脑卒中患者营养不良发生率为 6%-62%^[3], 而营养不良的发生显著增加了患者并发症出血、肺炎等并发症的风险^[4], 影响其预后^[5], 故积极探索脑卒中患者营养不良发生的影响因素, 对改善患者预后与促进康复意义重大。本文分析由大脑动脉血栓形成引起的脑梗死住院患者营养不良和 ALB、SMI、BMI 及内脏脂肪面积的相关性。

1. 对象与方法

1.1 研究对象

选取我院 2023 年 1 月至 2023 年 6 月住院治疗的由大脑动脉血栓形成引起的脑梗死患者 80 例, 其中男 46 例, 女 33 例; 年龄 65-95 岁, 平均年龄 (74±23) 岁。纳入标准: 年龄大于等于 65 岁, 入院诊断明确, 第一诊断均为大脑动脉血栓形成引起的脑梗死, 患者临床资料完整, 住院时间大于等于 24 小时, 神志清晰并且生命体征稳定, 患者均知情同意, 自愿接受营养评定、营养指标检测及调查。排除标准: 精神疾病或者拒绝接受营养评定及不能配合测定的患者。

1.2 方法

安排接受系统培训的营养医师及营养师进行营养评定, 并且测定人体成分分析。MNA 是由法国营养学家 Guigoz 于 1994 年提出出的一种用于评估老年人营养状况的简单、快捷且具有良好可靠性的评估工具。MNA 包括 18 个项目, 其中包括 11 个项目的组成部分, 这些项目包括: 自我评估的健康状态、食欲、消化和吸收能力、身体质量指数、体重损失、身体脂肪量、活动水平、独立生活能力、药物或饮食的改变、食物摄入量和营养素缺乏症等。MNA 的总分为 30 分, 根据总分可以判断老年人的营养状况大是否良好。可在 BMI 和白蛋白水平正常的情况下筛查出营养不良; (2) 人体成分分析检查采用 InbodyS10, 人体成分分析检查是基于生物电阻抗的测量法是一种用来评估身体成分的方法, 其基本思路是将微弱的交流电信号导入人体时, 电流会沿着电阻小、传导性能好的体液流动。水分的多少决定了电流通路的导电性, 可用阻抗的测定值来表示。大量实验数据表明, 人体的电阻特性同体成分之间存在统计关系, 这就是基于生物电阻抗技术的体成分测量原理。所有患者检测状态一直, 均处于卧床, 休息状态; (3) 依据 2019 年亚洲肌少症工作指南, 经生物电阻抗分析仪测量的肌肉质量, 男性 <7.0kg/m², 女性 <5.7kg/m²。(4) 人体成分分析检查内脏脂肪面积 ≥100cm² 提示内脏脂肪偏高。

(5) 质控：对研究对象的选择严格参照相关标准，安排两名受系统培训的专业人员负责进行相关问卷调查及指标测定。及时录入测定结果、整理资料、核对信息，具体对信息准确性及完整性进行评价。

2. 结果

由大脑动脉血栓形成引起的脑梗死患者 80 例 MNA 营养评估，营养不良 38 例 (47.5%)，不存在营养不良的 42 例 (52.5%)，详见附表一；存在营养不良患者中生化检查 ALB 小于 35g/L 的 24 例 (63.2%)，大于 35g/L 的 14 例 (36.8%)，不存在营养不良患者中生化检查 ALB 小于 35g/L 的 9 例 (21.4%)，大于 35g/L 的 33 例 (78.6%)，详见附表二；根据专家共识，老年人适宜 BMI 为 20.0-26.9kg/m²，存在营养不良的患者 BMI < 20.0kg/m² 的 29 例 (76%)，不存在营养不良的患者 BMI < 20.0kg/m² 的 1 例 (2.3%)，详见附表三；存在营养不良患者中 SMI 男性 < 7.0kg/m²，女性 < 5.7kg/m² 的 32 例 (84.2%)，其中内脏脂肪面积 ≥ 100m² 的 5 例 (15.6%)；不存在营养不良患者中 SMI 男性 < 7.0kg/m²，女性 < 5.7kg/m² 的 24 例 (57.14%)；其中内脏脂肪面积 ≥ 100m² 的 13 例 (54.2%)，详见附表四。

附表一：MNA 营养评估结果

	例 (%)	平均年龄 (岁)
存在营养不良	38 (47.5%)	76 ± 16.65
不存在营养不良	42 (52.5%)	74 ± 15.92

附表二：营养不良与生化指标 ALB 的相关性

	ALB 小于 35g/L 例 (%)	ALB 大于 35g/L 例 (%)
存在营养不良	24 (63.2%)	14 (36.8%)
不存在营养不良	9 (21.4%)	33 (78.6%)

附表三：营养不良与 BMI 的相关性

	BMI < 20.0kg/m ² 例 (%)	BMI > 26.9kg/m ² 例 (%)
存在营养不良	29 (76.3%)	0 (0%)
不存在营养不良	1 (2.4%)	6 (14.29%)

附表四：营养不良与 SMI 及内脏脂肪面积的相关性

	SMI 男性 < 7.0kg/m ² ，女性 < 5.7kg/m ² 例 (%)	其中内脏脂肪面积 ≥ 100m ² 例 (%)
存在营养不良	32 (84.2%)	5 (15.6%)
不存在营养不良	24 (57.1%)	13 (54.2%)

3. 讨论

对营养不良状况的评价，应用的 MNA 评分是欧洲临床营养和代谢学会推荐的对老年患者营养评定工具之一，实际中得到了广泛的应用推广^[6]，经大量研究表明这一评价工具的灵敏度及特异度均较高，可以很好的评定患者营养状况，且评价方式简单易行，尤其适用于我国的老年病患群体。

本文结果发现，分析由大脑动脉血栓形成引起的脑梗死的 80 例住院患者存在营养不良的 38 例 (47.5%)，不存在营养不良的 42 例 (52.5%)，急性脑梗死住院患者中存在营养不良患者比例较高；存在营养不良患者中生化检查 ALB 小于 35g/L 的 24 例 (63.2%)，大于 35g/L 的 14 例 (36.8%)，存在营养不良患者中 BMI < 20.0kg/m² 的 29 例 (76.3%)，说明 MNA 可以在 BMI、白蛋白水平正常的情况下筛查出营养不良；存在营养不良患者 SMI 男性 < 7.0kg/m²，女性 < 5.7kg/m² 的 32 例 (84.2%)，其中内脏脂肪面积 ≥ 100m² 的 5 例 (15.6%)，不存在营养不良患者 SMI 男性 < 7.0kg/m²，女性 < 5.7kg/m² 的 24 例 (57.1%)，其中内脏脂肪面积 ≥ 100m² 的 13 例 (54.2%)，说明营养不良的患者中 SMI 减少的发生率最高，表明营养不良同肌肉减少症有相关性。老年住院患者，因为营养不良容易造成体重及骨骼肌的丢失，与此同时在骨骼肌力量以及功能上也明显降低，使得肌肉减少症的发生率也明显升高，因此对老年住院患者甚至有营养不良风险或者营养不良的患者需要警惕肌肉减少症的可能，及时的进行营养治疗以降低营养风险，从而改善患者的临床结局。同时存在营养不良患者中，SMI 低的患者中部分存在内脏脂肪面积偏高，不存在营养不良患者中，SMI 低的患者中存在内脏脂肪面积偏高的比例较高，说明急性脑梗死患者中存在较高比例的肥胖性肌少症，肥胖与肌肉减少之间的恶性循环，对身体有双重伤害，肌肉减少使身体活动能力、平衡能力受损，肢

体功能障碍、心肺功能受损, 跌倒、骨折的风险增加。肥胖导致身体炎症反应增加、胰岛素抵抗、高血脂、高血糖等代谢性疾病发病风险增加, 心脑血管疾病发病率增高。有研究显示, 少肌症患者常伴腹型肥胖和内脏脂肪含量增加, 老年人群中少肌性肥胖患者更易加重身体失能、代谢紊乱, 提高代谢综合征及心脑血管病症的患病率^[7]。脑卒中的发生和转归是多因素的, 卒中后脑损害的恢复建立在人体内环境稳定的基础上, 其中机体营养状态直接影响卒中的转归。营养管理是脑卒中患者全面管理的一部分, 应包括在医院针对卒中制定的常规工作范围内, 并常规记录在患者的医疗文书上, 所有的卒中患者均应在住院后 24h 内接受营养状态和营养风险评估, 所有的卒中患者均应在住院后 24h 内接受吞咽障碍的筛查 (饮水试验), 对于卒中后营养状态正常或低营养风险的患者, 不需要特殊营养支持治疗, 对于卒中后存在高营养风险或不能通过自主经口进食获得足够营养的卒中患者, 需要考虑营养支持治疗, 当卒中患者需要营养支持治疗时, 建议咨询营养师或营养支持治疗团队协助制订营养支持治疗方案和监测营养支持治疗疗效^[8]。脑卒中是可以预防的, 当存在脑卒中发生高危因素 (父母亲有高血压、脑卒中病史, 血压偏高、血脂偏高、血糖偏高, 体重偏高) 时, 应该就是就诊咨询医生, 制定合理的方案, 运动、饮食、药物配合, 控制到一个理想的状态, 保持良好的心态, 良好的生活习惯, 通过合理饮食, 调整生活方式, 定期进行体检等措施来保护心脑血管, 降低脑卒中的危险。

参考文献:

[1] SHEN HC, CHEN HF, PENG LN, et al. Impact of nutritional status on long-term functional outcome

s of post-acute stroke patients in Taiwan [1].

Arch Gerontol Geriatr, 2011, 53: e149.

[2] 陈禹, 李晓雯, 杨勤兵, 等. 老年脑卒中病人营养状况的评定

与影响因素分析 [1]. 中国食物与营养, 2014, 20(1): 82.

[3] ZHANG J, ZHAO X, WANG A, et al. Emerging malnutrition during hospitalisation independently predicts poor 3-month outcomes after acute stroke: data from a Chinese cohort [J]. Asia Pac J Clin Nutr, 2015, 24 (3): 379-386.

[4] 刘月. 集束化干预在急性胰腺炎肠内营养患者中的应用效果观察 [J]. 首都医科大学学报, 2020, 41 (3): 488-491.

[5] GOMES F, EMERY P W, WEEKE C E. Erratum to risk of malnutrition is an independent predictor of mortality, length of hospital stay, and hospitalization costs in stroke patients: journal of stroke and cerebrovascular diseases 2016; 25 (4): 799-806 [J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2016, 25 (8): 2091.

[6] 廖书雯, 刘利利, 赵柯湘, 等. 重庆市养老人群肌肉减少症患病率调查及相关危险因素分析 [J]. 国际老年医学杂志, 2018, 4 (16): 102. [4] 金娜娜, 肖慧娟

[7] Chung J Y, Kang H T, Lee D C, et al. Body composition and its association with cardiometabolic risk factors in the elderly: a focus on sarcopenic obesity [J]. Arch Gerontol Geriatr, 2013, 56 (1): 270-278. DOI: 10.1016/j.archger.2012.09.007.

[8] 中国卒中杂志 2020 年 6 月 第 15 卷 第 6 期 68
1·指南与共识·中国卒中营养标准化管理专家共识
中国卒中营养标准化管理专家委员会