

欧洲危重患者早期肠内营养指南解读

▲ 解放军南京总医院重症胰腺炎治疗中心 叶博



叶博 教授

2月6日,《重症监护医学》在线发表了欧洲重症监护协会(ESICM)危重患者早期肠内营养临床指南,希望能为重症患者早期肠内营养(EEN)提供基于循证医学的指南意见。

该指南将EEN与早期肠外营养(PN)及延迟肠内营养进行比较。指南定义“早期”肠内营养为入院48 h内实施肠内营养,而与肠内营养的量和种类无关。指南共论证了17个支持早期肠内营养的推荐文献和5个支持延迟肠内营养的推荐文献。此外一般重症患者、外伤性脑损伤患者、重症急性胰腺炎、胃肠(GI)术后患者和腹部外伤5种不同种类的患者进行了5个Meta分析。

分析发现,早期肠内营养减少了一般重症患者、重症急性胰腺炎患者、胃肠术后患者感染性并发症的发生,并未发现任何证据证明早期肠外营养及延迟肠内营养的优势。因此,指南建议,对于排除注意事项的大部分重症患者使用早期肠内营养。而当患者处于以下情况时:未控制的休克、未控制的低氧血症和酸中毒、未控制的上消化道出血、胃液多于500 ml/6 h、肠缺血、肠梗阻、腹腔筋膜室综合征、存在无法进行远端喂养的高流量瘘,指南则建议进行延迟肠内营养。

焦点问题讨论

危重症成年患者应早期肠内营养

指南推荐(支持率100%)成年危重症患者使用EEN而不是早期使用PN(2C)或使用延迟EN(2C)。

通过分析13项RCT研究,对于不能维持自主

进食的危重病患者,指南推荐在24~48 h内通过早期EN开始营养支持治疗(证据质量非常低)。此推荐与2016版ASPEN成年危重病患者营养支持治疗的实施与评估指南一致。

休克患者血液动力学稳定时开始EN

目前并无相关RCT研究。指南推荐(支持率91.4%),若患者未控制休克且血液动力学和组织灌注未达标,推荐延迟EN,但一旦休克得以控制、开始输液和使用升压药和强

心药时,推荐使用低剂量EN(2D)。针对需要大剂量升压药和持续高乳酸血症或存在终末器官低灌注的其他征象时,注意肠内营养实施。此推荐与2016版ASPEN指南一致。

脑外伤患者EN时间与其他患者相同

EEN与早期PN相比,没有影响死亡率或肺炎风险;EEN与延迟EN相比,没有影响死亡率或肺炎风险(证据级别低或非常低)。对于脑外伤的危重症成年患者,指南推荐(支持率95.7%)使用EEN(2D)。

2016版ASPEN指南推荐,与其他重症患者或患者未脑创伤的创伤患者相比,脑外伤患者的营养策略相同,一旦患者血液动力学稳定,应尽快开始EN(创伤后24~48 h,证据质量非常低)。

重症急性胰腺炎应行早期肠内营养

5篇相关Meta分析总结出EN有利于减少感染,3项研究报道了EN能降低死亡率。因此,指南建议(支持率100%)重症急性胰腺炎(SAP)成人患者实施早期肠内营养(2C)。

此推荐与2016版ASPEN指南一致,该指南建议需要营养治疗的SAP患者优先选择EN而非

PN;当SAP患者不能给予EN时,在胰腺炎发病1周后应考虑使用PN(2009版为住院5 d后使用)。ASPEN指南还提出应评估疾病的严重程度,指导该患者营养治疗的策略。轻症不需使用特殊营养治疗,中重度患者入ICU 24~48 h即开始滋养型喂养,且可考虑使用益生菌。

消化道/腹部大动脉术后或腹腔开放者推荐早期肠内营养

指南建议(支持率100%)胃肠术后成人重症患者实施早期肠内营养(2C);对于腹部大动脉术后的危重症成年患者,推荐使用EEN(2D,支持率100%);对于腹腔开放的危重症成年患者,指南推荐使用EEN(2D,支持率100%)。

此建议与2016版ASPEN指南一致,指南建议,如有可能,术后24 h内应给予EN,因为EN的预后较PN或STD更好。

对许多术后病情复杂的患者,建议在保证安全及临床判断的基础上进行个体化治疗。对于上消化道大手术且不能接受EN的患者,建议开始使用PN(仅当预计PN治疗≥7 d时)。除非患者存在高营养风险,PN不应在术后立即开始,而应延迟至5~7 d后开始。建议腹腔开放患者按15~30 g/L 渗液丢失量额外增加蛋白质补充。能量需求与其他ICU患者相同。

指南新增推荐

- 一旦发生不可控的低氧血症、高碳酸血症或酸中毒,推荐延迟EN;但对于低氧血症状态稳定、代偿性或允许性高碳酸血症和酸中毒的患者,推荐使用EEN(2D)。
- 建议不要仅因为同时应用神经肌肉阻滞剂而延迟肠内营养(2D)。该推荐针对极少数其危重需持续泵入神经肌肉阻滞剂的患者。
- 对于接受低温治疗的患者,推荐从小剂量EEN开始使用,升温后逐渐增加剂量(2D)。
- 对于接受体外膜式氧合的成人,推荐使用EEN(2D)。
- 建议不要仅因为俯卧位而延迟肠内营养(2D)。
- 对于缺血性或出血性卒中的危重症成年患者,推荐使用EEN(2D)。
- 建议脊髓损伤成人重症患者实施早期肠内营养(2D)。
- 对于有腹部创伤且胃肠道连续性被破坏的危重症成年患者,推荐使用EEN(2D)。需确认肠道灌注充足。
- 对于肠缺血的危重症成年患者,推荐使用延迟EN(2D)。
- 建议高流量肠瘘成人重症患者若喂养管不能到达瘘的远端延迟肠内营养(2D)。
- 对于存在腹高压未达到腹腔间隔室综合征诊断标准的患者,推荐使用EEN;当使用EN时腹内压力进一步增高,考虑暂时减少或终止EN(2D)。应关注肠灌注受损情况和EN的耐受性,有必要监测IAH的发展趋势和EN的耐受性。对于有腹腔间隔室综合征的危重症患者,推荐使用延迟EN(2D)。
- 对于活动的上消化道出血的患者,推荐延迟EN;当出血停止,且没有再出血的征象时,使用EN(2D)。
- 不管是否通过肝脏支持策略也无论肝性脑病分级,当即刻危及生命的急性代谢紊乱控制后建议开始少量肠内营养(2D)。
- 对于胃液分泌高于500 ml/6 h的危重症成年患者,推荐使用延迟EN(2D)。单独大量胃液分泌应该考虑使用促动力药的使用和再评估,但终止EN不会拖延病情。
- 对于危重症成年患者,不管是否有肠鸣音,除非怀疑有肠缺血或肠梗阻,推荐使用EEN(2D)。
- 对于表现为有腹泻的危重症成年患者,推荐使用EEN(2D)。关于腹泻的量和持续时间尚不确定。

结语

本次指南提出早期肠内营养减少了一般重症患者、重症急性胰腺炎患者、胃肠术后患者的感染性并发症,并未发现任何证据证明PN及延迟EN的优势。因此,指南建议对于排除注意事项的大部分重症患者使用早期EN。

与2016年ASPEN指南相比,两版指南在是否使用EEN、脑外伤、急性胰腺炎、腹部大手术、腹腔开放等问题上意见一致。

本次ESICM临床指南在患者使用神经阻滞剂、低温治疗、体外膜肺氧合、俯卧位等具体情形下进行文献论证,并为临床工作提出具体指导意见。2016年ASPEN指南则在如何实施营养评估、何时开始肠内营养、EN剂量如何确定、如何检测EN耐受性与充分性的监测、如何选择适合的肠内营养制剂、何时应用PN、肠外营养支持最大获益的适应证等方面详细论证。