

是子豪,赖苏奇,乔旦,殷仁杰

(无锡市人民医院临床营养科,江苏 无锡 214000)

**摘要:**目的 研究炎症性肠病营养风险和营养治疗方案的选择。方法 回顾性分析2020年1月-2021年1月期间在我院诊治的74例炎症性肠病患者临床资料,分析炎症性肠病营养风险总发生率、溃疡性结肠炎(UC)和克罗恩病(CD)营养风险发生率、UC和CD营养风险相关因素以及营养治疗方案的选择。结果 74例患者营养风险总发生率为48.65%。74例炎症性肠病患者中UC患者58例,CD患者16例,UC患者营养风险发生率为44.83%,低于CD患者的62.50% ( $P<0.05$ )。UC和CD患者BMI降低者营养风险发生率均高于BMI正常者和BMI增高者 ( $P<0.05$ )。有无营养风险的炎症性肠病患者在年龄、性别、炎症性肠病家族史上差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。UC慢性持续型复发、广泛受累、重度活动患者营养风险发生率较高 ( $P<0.05$ ),CD穿透型、有手术史、重度活动患者营养风险发生率高 ( $P<0.05$ )。采用充足热卡营养治疗,CD治疗有效率为75.00%,高于UC患者的46.55% ( $P<0.05$ )。结论 炎症性肠病患者营养风险较高,CD患者显著高于UC患者,尤其是BMI降低患者应更为重视。UC和CD患者营养风险具有各自的相关因素,临床在准确把握适应症、禁忌证的前提下,给予炎症性肠病患者给予肠内营养治疗是安全、可行的。

**关键词:**炎症性肠病;营养风险;营养治疗

中图分类号:R574

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2021.24.020

文章编号:1006-1959(2021)24-0090-03

## Retrospective Study on Nutritional Risk and Nutritional Treatment Options of Inflammatory Bowel Disease

SHI Zi-hao, LAI Su-qi, QIAO Dan, YIN Ren-jie

(Department of Clinical Nutrition, Wuxi People's Hospital, Wuxi 214000, Jiangsu, China)

**Abstract:** **Objective** To study the nutritional risk and nutritional treatment options of inflammatory bowel disease. **Methods** The clinical data of 74 patients with inflammatory bowel disease treated in our hospital from January 2020 to January 2021 were retrospectively analyzed. The total incidence of nutritional risk of inflammatory bowel disease, the incidence of nutritional risk of ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD), the related factors of nutritional risk of UC and CD and the selection of nutritional treatment options were analyzed. **Results** The total incidence of nutritional risk in 74 patients was 48.65%. Among the 74 patients with inflammatory bowel disease, 58 patients were UC and 16 patients were CD. The incidence of nutritional risk in UC patients was 44.83%, which was lower than 62.50% in CD patients ( $P<0.05$ ). The incidence of nutritional risk in patients with lower BMI in UC and CD was higher than that in patients with normal BMI and higher BMI ( $P<0.05$ ). There was no significant difference in age, gender and family history of inflammatory bowel disease between patients with and without nutritional risk ( $P>0.05$ ). The incidence of nutritional risk in patients with chronic persistent recurrence, extensive involvement and severe activity of UC was high ( $P<0.05$ ), and the incidence of nutritional risk in patients with CD penetration, surgical history and severe activity was high ( $P<0.05$ ). The effective rate of CD treatment was 75.00%, which was higher than 46.55% of UC patients ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The nutritional risk of inflammatory bowel disease is high, and CD patients are significantly higher than UC patients, especially those with lower BMI should be paid more attention. The nutritional risk of UC and CD patients has their own related factors. Under the premise of accurately grasping the indications and contraindications, it is safe and feasible to give enteral nutrition therapy to patients with inflammatory bowel disease.

**Key words:** Inflammatory bowel disease; Nutritional risk; Nutrition therapy

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)是一种慢性非特异性疾病,主要是累及消化道的炎症性疾病<sup>[1,2]</sup>。临床将炎症性肠病分为溃疡性结肠炎(UC)和克罗恩病(CD)<sup>[3]</sup>。相关研究显示<sup>[4]</sup>,由于炎症主要累及消化道,且反复迁延不愈,在一定时期内会出现不同程度营养不良,严重影响患者的健康安全。临床大量实践证明<sup>[5]</sup>,给予合适的营养支持治疗,不仅可显著改善炎症性肠病患者症状,提高其生活质量,改善预后效果。部分患者可实现良好的控制炎症,治疗疾病的作用<sup>[6]</sup>。但是当前关于炎症性肠病营养风险和营养治疗方案选择以及之间关系的相关研究较少,且已有研究结论有限<sup>[7]</sup>。本文结合2020年1月-2021年1月在我院诊治的74例炎症性肠病患

者临床资料,研究炎症性肠病营养风险和营养治疗方案选择,为临床有效治疗提供一定参考依据,现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2020年1月-2021年1月在无锡市人民医院诊治的74例炎症性肠病患者临床资料,男性39例,女性35例;年龄38~69岁,平均年龄( $49.10\pm 2.01$ )岁。本研究经过医院伦理委员会批准,患者自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:①均符合炎症性肠病临床诊断标准<sup>[8]</sup>;②均经B超或CT检查确诊<sup>[9,10]</sup>。排除标准:①合并肝、肾、心、脑血管等严重系统疾病者;②消化性溃疡穿孔、肠梗阻与急性肠炎;③依从性较差,不能配合者;④随访资料不完善者。

1.3 方法 ①调查工具:采用自行设计问卷调查法<sup>[11]</sup>。

作者简介:是子豪(1992.2-),男,江苏无锡人,硕士,营养师,主要从事危重症患者临床营养治疗工作

②调查内容<sup>[12]</sup>:患者基本资料,主要包括姓名、性别、年龄、发病年龄、家族史、实验室检查、病变范围、活动程度、复发情况和治疗方案等。③调查方法:采用搜集临床资料的方法。搜集前对研究员进行严格培训,强调本次研究的意义和重要性,要求参与者工作仔细、认真,熟练掌握调查表格的各项内容及注意事项。④分组方法<sup>[13]</sup>:BMI正常:18.50~23.92 kg/m<sup>2</sup>, BMI降低: BMI<18.50 kg/m<sup>2</sup>, BMI增高: ≥24 kg/m<sup>2</sup>; 病变范围<sup>[14]</sup>: E1:溃疡性直肠炎, E2:左半结肠 UC, E3:广泛性 UC; 病情严重程度<sup>[15]</sup>:改良 Mayo 评分≥11分, Harvey 和 Bradshaw 简化 CDAI 评分≥9分判定为重度活动。

1.4 观察指标 总结炎症性肠病营养风险总发生率、UC 和 CD 营养风险发生率、UC 和 CD 营养风险相关因素以及营养治疗方案的选择。营养风险<sup>[16]</sup>:在疾病严重程度、营养受损程度和年龄三个维度对入院当时患者的营养风险进行评估,以总分≥3分为具有营养风险。

1.5 统计学方法 采用统计软件包 SPSS 21.0 对本研究的数据进行统计学处理。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间两两比较分析采用 *t* 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间对比分析采用  $\chi^2$  检验。*P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 炎症性肠病患者营养风险发生情况 74 例患者营养风险总发生率为 48.65%(36/74);74 例炎症性肠病患者中 UC 患者 58 例,CD 患者 16 例,UC 患者营养风险发生率低于 CD 患者,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 1。

表 1 炎症性肠病患者营养风险发生情况[n(%)]

组别	<i>n</i>	营养风险发生率
UC	58	26(44.83)
CD	16	10(62.50)
$\chi^2$		5.103
<i>P</i>		0.018

2.2 不同 BMI 患者营养发生风险比较 UC 和 CD 患者 BMI 降低者营养风险发生率均高于 BMI 正常者和 BMI 增高者,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 2。

表 2 不同 BMI 患者营养发生风险比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	BMI 降低	BMI 正常	BMI 增高
UC	58	39(67.24)*	8(13.79)	11(18.97)
CD	16	10(62.50)*	4(25.00)	2(12.50)

注:与 BMI 正常和 BMI 增高比较,\**P*<0.05

2.3 炎症性肠病患者营养风险与一般资料比较 有无营养风险的炎症性肠病患者在年龄、性别、炎症性肠病家族史上比较,差异无统计学意义(*P*>0.05),见表 3。

表 3 炎症性肠病患者营养风险与一般资料比较( $\bar{x} \pm s, n(\%)$ )

组别	<i>n</i>	年龄 (岁)	性别 (男:女)	炎症性肠 病家族史
有营养风险	36	48.01±11.20	1.23:1	2(5.56)
无营养风险	38	47.43±12.01	1.16:1	3(7.89)
统计值		<i>t</i> =0.539	$\chi^2$ =2.089	$\chi^2$ =0.341
<i>P</i>		0.426	0.154	0.072

2.4 UC 患者营养风险相关因素 UC 慢性持续型复发、广泛受累、重度活动患者营养风险发生率较高(*P*<0.05),见表 4。

表 4 UC 患者营养风险相关因素[n(%)]

项目	<i>n</i>	营养风险发生率	$\chi^2$	<i>P</i>
复发类型			7.453	0.006
慢性复发型	38	15(39.47)		
慢性持续型	20	11(55.00)		
病变范围			30.241	0.000
E1	16	5(31.25)		
E2	22	8(36.36)		
E3	20	13(65.00)		
病情			8.029	0.001
轻中度	37	14(37.84)		
重度	21	12(57.14)		

2.5 CD 患者营养风险相关因素 CD 穿透型、有手术史、重度活动患者营养风险发生率高(*P*<0.05),见表 5。

表 5 CD 患者营养风险相关因素[n(%)]

项目	<i>n</i>	营养风险发生率	$\chi^2$	<i>P</i>
类型			5.022	0.014
非狭窄、非穿透型	5	2(40.00)		
狭窄型	7	5(71.43)		
穿透型	4	4(100.00)		
手术史			3.896	0.023
无	5	1(20.00)		
有	11	8(72.73)		
病情			8.342	0.003
轻中度	9	4(44.44)		
重度	7	6(85.71)		
病变部位			0.089	1.022
末端回肠型	3	2(66.67)		
结肠型	5	3(60.00)		
回结肠型	8	5(62.50)		

2.6 营养治疗疗效观察 充足热卡营养治疗,CD 治疗有效率为 75.00%(12/16),高于 UC 患者的 46.55%(27/58),差异有统计学意义( $\chi^2$ =4.302, *P*=0.011)。

## 3 讨论

目前关于炎症性肠病发病机制尚未安全明确,临床疾病反复发作是主要特点之一<sup>[17]</sup>。据相关研究

显示<sup>[18]</sup>,炎症性肠病患者普遍存在蛋白质能量不足、肥胖、维生素和微量元素缺乏等症状。炎症性肠病患者存在一定的营养风险危险性,但是具体的营养风险发生情况如何,尚需要不断的深入研究证实<sup>[19]</sup>。

本次研究结果显示,74例患者营养风险总发生率为48.65%,表明炎症性肠病患者存在一定营养风险,临床应加强对炎症性肠病患者营养的检测,及时发现营养风险,从而及时有效治疗,以改善患者的预后效果。同时研究显示,74例炎症性肠病患者中UC患者58例,CD患者16例,UC营养风险发生率为44.83%,低于CD患者的62.50% ( $P<0.05$ ),提示在炎症性肠病患者中,CD营养风险发生率较高,该结论与肖琳等<sup>[20]</sup>报道一致。同时提示我们更要重视CD患者的营养支持治疗。同时研究指出,UC和CD患者BMI降低者营养风险发生率均高于BMI正常者和BMI增高者 ( $P<0.05$ ),表明用BMI可作为判定营养不足的主要客观指标,且显示营养风险发生率与BMI改变具有一定的相关性,但是具体的相关性还需要临床进一步研究证实。有无营养风险的炎症性肠病患者在年龄、性别、炎症性肠病家族史上差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。UC慢性持续型复发、广泛受累、重度活动患者营养风险发生率较高 ( $P<0.05$ ),CD穿透型、有手术史、重度活动患者营养风险发生率高 ( $P<0.05$ )。提示炎症性肠病与年龄、性别、炎症性肠病家族史无相关性,但是UC患者复发越频繁、受累范围越广、疾病活动越严重,营养风险发生率越高,是营养风险发生危险因素,值得临床关注和重视。同时CD患者穿透型、具有手术史以及疾病活动越严重,营养风险发生率越高。所以,临床对于炎症性肠病患者应加强危险因素筛查,以及时控制危险因素,预防营养风险的发生。

此外,采用充足热卡营养治疗,CD治疗有效率为75.00%,高于UC患者的46.55% ( $P<0.05$ ),提示对于不同炎症性肠病患者治疗,热卡营养效果存在差异,相对而言营养支持对CD更加重要。因此,临床采用营养支持治疗,对于CD患者可能是诱导疾病缓解,控制进展。对于UC患者可能是以改善患者营养状态为主。因此,UC患者不能一味强调肠内营养途径,而CD患者危险因素为穿透型、既往手术史、重症活动,故对于穿透型、合并既往手术史以及处于重症活动程度患者,不能给予营养支持治疗。

综上所述,炎症性肠病患者营养风险较高,尤其是体重指数下降的UC患者,营养风险发生率更高。同时UC和CD患者营养风险危险因素存在差异,临床准确把握适应症和禁忌症的前提下,开展肠内营养支持是相对安全的。但需要注意的是本文属于回顾性分析研究,具体的研究结论存在一定局限性,还需要临床不断的探究证实。

## 参考文献:

- [1] Ng SC, Zeng Z, Niewiadomski O, et al. Early Course of Inflammatory Bowel Disease in a Population-Based Inception Cohort Study From 8 Countries in Asia and Australia [J]. *Gastroenterology*, 2016, 150(1): 86-95.
- [2] 田雨, 王化虹, 李俊霞, 等. 炎症性肠病营养风险和营养治疗方案选择的回顾性分析[J]. *肠外与肠内营养*, 2018, 25(2): 98-101, 106.
- [3] 武芸, 何瑶, 陈芳, 等. 克罗恩病病人的营养风险筛查[J]. *中华医学杂志*, 2016, 96(6): 442-446.
- [4] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组, 中华医学会肠外与肠内营养学会胃肠病与营养协作组. 炎症性肠病营养支持治疗专家共识(第二版)[J]. *中华炎症肠病杂志*, 2018, 2(3): 154-172.
- [5] Casanova MJ, Chaparro M, Molina B, et al. Prevalence of Malnutrition and Nutritional Characteristics of Patients With Inflammatory Bowel Disease [J]. *J Crohn's Colitis*, 2017, 11(12): 1430-1439.
- [6] 乔宇琪, 冉志华. 2016年欧洲临床营养与代谢学会炎症性肠病临床营养指南解读[J]. *中国实用内科杂志*, 2018, 38(3): 209-212.
- [7] Takaoka A, Sasaki M, Nakanishi N, et al. Nutritional Screening and Clinical Outcome in Hospitalized Patients with Crohn's Disease [J]. *Ann Nutr Metab*, 2017, 71(3-4): 266-272.
- [8] 王威. 炎症性肠病的营养支持治疗方案回顾与疗效分析[J]. *中国现代药物应用*, 2019, 13(23): 49-50.
- [9] 施嫣红, 刘占举. 炎症性肠病的肠内、肠外营养[J]. *临床内科杂志*, 2019, 36(2): 88-90.
- [10] Gomollón F, Gargallo CJ, Muñoz JF, et al. Oral Cyanocobalamin is Effective in the Treatment of Vitamin B<sub>12</sub> Deficiency in Crohn's Disease [J]. *Nutrients*, 2017, 9(3): E308.
- [11] 魏天桐, 王卉, 高媛, 等. 北京大学第一医院消化内科2015年住院患者营养风险筛查和营养支持调查[J]. *实用预防医学*, 2017, 24(4): 41-44.
- [12] 杨俊, 秦环龙. 炎症性肠病患者围手术期营养治疗策略[J]. *中华结直肠疾病电子杂志*, 2017, 6(4): 290-293.
- [13] 赵美华, 李林静, 马娜, 等. 炎症性肠病与肠内、肠外营养[J]. *医学新知杂志*, 2017, 27(4): 330-333.
- [14] 孙晋洁, 孙永强. 炎症性肠病患者营养认知行为调查与营养不良分析[J]. *实用临床医药杂志*, 2020, 24(2): 83-84.
- [15] 田宇彬, 丁雪丽, 荆雪. 克罗恩病的营养评估及营养支持治疗[J]. *肠外与肠内营养*, 2019, 26(9): 257-258.
- [16] 兰平, 胡品津, 朱维铭. 炎症性肠病术后并发症危险因素及预防的专家意见[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2016, 18(4): 388-394.
- [17] 范筱. 探讨肠内外营养对炎症性肠病的治疗价值[J]. *中国实用医刊*, 2016, 43(1): 34-35.
- [18] 彭健, 曹竣植, 张勇. 不同营养干预方法对炎症性肠病患者的治疗效果和营养状态的影响[J]. *海南医学*, 2020, 10(7): 903-904.
- [19] 吴启荣, 关敏霞. 早期肠内营养与肠外营养在炎症性肠病中的应用疗效比较[J]. *心电图杂志*, 2019, 8(4): 168-169.
- [20] 肖琳, 杨坚. 肠内营养与肠外营养在炎症性肠病治疗中的应用价值分析[J]. *世界临床医学*, 2017, 11(2): 9.

收稿日期: 2021-10-25; 修回日期: 2021-11-03

编辑/张建婷