

# 急性胰腺炎患者早期肠内营养支持的时机选择 与疗效观察

马红丹

河南省永城市人民医院

DOI:10.12238/ffcr.v3i2.14073

**[摘要]** 目的：探讨急性胰腺炎患者早期肠内营养支持的时机选择与疗效观察。方法：选择2024年1月—2024年12月期间我院收治的急性胰腺炎患者40例，按随机数字表法分为观察组（入院后24小时内开始实施早期肠内营养支持）和对照组（入院48小时后开始实施延迟肠内营养支持），对比两组的治疗效果。结果：观察组血清总蛋白、白蛋白水平均高于对照组，C-反应蛋白水平低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组血、尿淀粉酶恢复时间和住院时间均短于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组患者的并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组急性生理及慢性健康状况评分II低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对急性胰腺炎患者入院后24小时内实施肠内营养支持可取得明显的效果，可显著改善患者营养状况，降低并发症发生率，缩短住院时间，有较高应用价值。

**[关键词]** 急性胰腺炎；早期肠内营养；时机选择；疗效观察

中图分类号：R657.5+1 文献标识码：A

## Timing and Efficacy Observation of Early Enteral Nutrition Support in Patients with Acute Pancreatitis

HongDan Ma

The People's Hospital of Yongcheng City, Henan Province

**[Abstract]** Objective: Exploring the timing and efficacy of early enteral nutrition support in patients with acute pancreatitis. Method: Forty patients with acute pancreatitis admitted to our hospital from January 2024 to December 2024 were randomly divided into an observation group (receiving early enteral nutrition support within 24 hours of admission) and a control group (receiving delayed enteral nutrition support within 48 hours of admission) using a random number table method. The treatment effects of the two groups were compared. Result: The serum total protein and albumin levels in the observation group were higher than those in the control group, while the C-reactive protein level was lower than that in the control group ( $P<0.05$ ). The recovery time and hospitalization time of blood and urine amylase in the observation group were shorter than those in the control group ( $P<0.05$ ). The incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group ( $P<0.05$ ). The acute physiological and chronic health status score II of the observation group was lower than that of the control group ( $P<0.05$ ). Conclusion: Implementing enteral nutrition support within 24 hours after admission for patients with acute pancreatitis can achieve significant results, significantly improve their nutritional status, reduce the incidence of complications, shorten hospitalization time, and have high practical value.

**[Keywords]** acute pancreatitis; early enteral nutrition; timing selection; observation of curative effect

### 1 前言

急性胰腺炎是临床常见的急腹症之一，其发病机制复杂，病情进展迅速，严重时可危及生命。近年来，随着生活方式的改变和饮食结构的调整，急性胰腺炎的发病率呈逐年上升趋势<sup>[1]</sup>。在急性胰腺炎的治疗过程中，营养支持是重要环节之一。传统的营养支持方式多为肠外营养，但长期肠外

营养易导致肠道黏膜萎缩、肠道菌群失调、肝功能损害等并发症，影响患者的康复。肠内营养是指经胃肠道提供代谢需要的营养物质及其他各种营养素的营养支持方式。与肠外营养相比，肠内营养更符合生理状态，能够维持肠道黏膜的完整性和屏障功能，减少肠道细菌移位，降低感染并发症的发生率<sup>[2]</sup>，同时还可促进胃肠蠕动，改善肠道功能。因此，肠

内营养在急性胰腺炎患者的治疗中逐渐得到广泛应用。然而，关于急性胰腺炎患者早期肠内营养支持的时机选择仍存在争议。目前，对于“早期”的定义尚无统一标准，不同研究采用的早期肠内营养开始时间存在差异，如入院后24小时内、24—48小时内、48—72小时内等。不同的时机选择可能会对患者的营养状况、并发症发生率、住院时间及预后产生不同的影响。明确急性胰腺炎患者早期肠内营养支持的最佳时机具有重要的临床意义。一方面，合理的时机选择可以充分发挥肠内营养的优势，改善患者的营养状况，增强机体免疫力，降低并发症的发生率；另一方面，有助于优化治疗方案，缩短患者的住院时间，减轻患者的经济负担，提高患者的生活质量。因此，本研究旨在探讨急性胰腺炎患者早期肠内营养支持的时机选择及其对疗效的影响，为临床实践提供科学依据。

## 2 对象和方法

### 2.1 对象

选择2024年1月—2024年12月期间在我院收治的急性胰腺炎患者40例，将其按随机数字表法分为对照组（20例，男14例，女6例，年龄31-72岁，平均 $46.37 \pm 3.56$ 岁），和观察组（20例，男13例，女7例，年龄32-72岁，平均 $47.15 \pm 3.82$ 岁）。

纳入标准：（1）符合《中国急性胰腺炎诊治指南》<sup>[3]</sup>中制订的诊断标准；（2）患者均在发病后的24小时内入院接受治疗；（3）通过上腹部CT检查、血胰脂肪酶检测、血尿淀粉酶检测等，确诊为重症急性胰腺炎；（4）患者意识清楚，具备良好的依从性，无精神类疾病，能够清晰表达自身情况；（5）患者及其家属均了解并同意参与本次研究。

排除标准：（1）存在意识障碍或精神异常的患者；（2）依从性较差的患者；（3）患有严重心脑血管疾病的患者；（4）患有肿瘤疾病的患者；（5）存在胃肠吸收障碍的患者。

所有参与研究的患者均充分了解并签了知情同意书。本研究符合“赫尔辛基宣言”，本研究不违反国家法律法规，符合医学伦理原则。

### 2.2 方法

#### 2.2.1 观察组

观察组患者在入院后的24小时内，于X线引导下进行鼻空肠管置入术。操作完成后，通过专业方法确认营养管位置准确无误后，随即启动肠内营养支持。首先，经鼻空肠管缓慢滴注500mL生理盐水，滴注过程持续24小时。次日，开始给予肠内营养制剂，选用滴注肠内营养混悬液（商品名为百普力）。初始滴速控制在25—50ml/h，滴注容量设定为500ml。后续可根据患者的实际情况逐步增加滴速，但每日增加量不得超过20ml/h。若患者在滴注过程中出现腹泻、腹

胀等不适症状，提示其耐受性较差，此时需对喂食速度和营养液温度进行调整。在营养支持期间，需密切观察患者的血尿指标是否恢复正常。当患者的疼痛症状消失，且各项营养指标恢复至正常水平时，可停止肠内营养支持，改为采用饮食干预的方式。

#### 2.2.2 对照组

对照组患者则在入院48小时后才开始给予肠内营养制剂。在肠内营养支持的第7天，可根据患者的具体情况，酌情给予整蛋白型营养剂。随着患者肠道功能逐渐恢复，腹部疼痛症状消失，且血、尿、生化常规等各项指标基本恢复正常后，可逐步停止肠内营养，并过渡至自由饮食。

### 2.3 观察指标

在治疗开展14天后，分别对两组患者的血清总蛋白、白蛋白、C-反应蛋白水平，血及尿淀粉酶恢复所需时间、住院时间，以及急性生理及慢性健康状况评分II（APACHE II评分）进行对比分析。同时，对两组患者的并发症发生率进行对比和评估。

### 2.4 统计学分析

采用SPSS 20.0软件开展统计学分析工作。对于计量资料，采用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）的形式进行描述。并通过执行t检验来评估两组数据间的差异情况；使用百分比（%）来表示计数数据，通过 $\chi^2$ 检验来分析各组之间的差异。当P值小于0.05时，意味着数据之间存在统计学上的显著区别。

## 3 结果

### 3.1 血清总蛋白、白蛋白、C-反应蛋白水平对比

观察组血清总蛋白、白蛋白水平均高于对照组，C-反应蛋白水平低于对照组（ $P < 0.05$ ）。如表1：

表1 血清总蛋白、白蛋白、C-反应蛋白水平对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别  | 例数 | 总蛋白 (g/L)        | 白蛋白 (g/L)        | C-反应蛋白 (mg/L)      |
|-----|----|------------------|------------------|--------------------|
| 观察组 | 20 | $59.20 \pm 6.61$ | $31.21 \pm 2.90$ | $47.21 \pm 13.41$  |
| 对照组 | 20 | $53.71 \pm 4.80$ | $23.18 \pm 2.52$ | $102.76 \pm 18.90$ |
| t   | -  | 3.006            | 9.347            | 10.720             |
| P   | -  | 0.005            | 0.001            | 0.001              |

### 3.2 血、尿淀粉酶恢复时间和住院时间对比

观察组的血、尿淀粉酶恢复时间和住院时间均短于对照组（ $P < 0.05$ ），如表2：

表2 血、尿淀粉酶恢复时间和住院时间（ $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别  | 例数 | 血淀粉酶恢复时间 (d)     | 尿淀粉酶恢复时间 (d)     | 住院时间 (d)         |
|-----|----|------------------|------------------|------------------|
| 观察组 | 20 | $7.21 \pm 2.90$  | $13.80 \pm 1.92$ | $13.81 \pm 4.21$ |
| 对照组 | 20 | $12.32 \pm 3.10$ | $19.21 \pm 3.70$ | $28.20 \pm 3.70$ |

|   |   |       |       |        |
|---|---|-------|-------|--------|
| t | - | 5.383 | 5.804 | 11.482 |
| P | - | 0.001 | 0.001 | 0.001  |

### 3.3 并发症发生率比对

在观察组中,有1例腹泻和1例消化道出血发生,在对照组中,有3例腹泻、2例肝功能损害、3例消化道出血发生;观察组患者的并发症发生率为2例(20.00%)低于对照组的40.00%(8/20),  $\chi^2=4.800$ ,  $P=0.028$ , 差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。

### 3.4 APACHE II 评分比对

观察组 APACHE II 评分为(6.91±1.32)分,低于对照组的(9.40±2.30),  $t=4.199$ ,  $P=0.001$ , 差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。

## 4 讨论

在急性胰腺炎患者的疾病初期,机体处于炎症应激状态,糖、脂肪、蛋白质等代谢出现异常<sup>[4]</sup>。同时,由于热量和蛋白质的摄入量不足,患者在早期营养状况会迅速恶化,这一现象在急性胰腺炎患者中极为常见。营养不良已被证实是影响重症患者预后的关键独立危险因素<sup>[5]</sup>。所以,当前待解决的问题是如何为急性胰腺炎患者提供科学、有效且合理的肠内营养支持,并调节其代谢状态。急性胰腺炎的病程中存在两个关键的危险阶段。第一个阶段为全身炎症反应综合征和多脏器功能障碍综合征期,此阶段早期胰酶被激活,大量炎症介质释放,进而引发强烈的级联反应。第二个阶段则是由于内毒素、炎症介质等因素破坏了肠粘膜屏障功能,导致肠道内菌群移位,引发胰周和全身性感染,最终造成多器官功能障碍<sup>[6]</sup>。而多器官功能障碍是重症急性胰腺炎患者死亡的重要原因<sup>[7]</sup>。

研究表明,重症急性胰腺炎患者约80%的死亡是由胰腺及胰周组织的继发感染导致的,其中超过90%的继发感染源于肠道细菌移位。因此,积极保护肠道粘膜屏障功能,减少肠道细菌移位和肠道粘膜屏障损伤,是控制重症急性胰腺炎发展为多器官功能障碍综合征及急性呼吸窘迫综合征的重要举措。在临床治疗中,常用的营养支持方式主要有肠内营养、肠外营养以及联合营养。肠内营养和肠外营养在营养供给效果方面大致相当,但在急性胰腺炎的治疗中,肠内营养更契合人体的生理营养模式。它能够直接为肠道粘膜提供所需的营养物质,进而更有效地预防肠道粘膜萎缩,改善并维持肠道的机械、生物以及免疫屏障功能。通过这种方式,可以减少肠道细菌和内毒素的移位,缓解急性期的炎症反应,降低感染的发生几率,保护相关脏器的功能<sup>[8]</sup>。

相关研究显示,早期实施肠内营养能够增加肠管的血流供应,促进肠道蠕动,维护肠粘膜屏障的完整性,预防和减少肠源性内毒素血症以及细菌移位的发生。此外,早期肠内营养已被证实能够显著降低患者感染性并发症的发生率,缩短患者的住院时间,降低病死率。本次研究结果发现,观察组血清总蛋白、白蛋白水平均高于对照组,C-反应蛋白水平低于对照组( $P<0.05$ )。观察组血、尿淀粉酶恢复时间和住院时间均短于对照组( $P<0.05$ )。观察组患者的并发症发生率低于对照组( $P<0.05$ )。观察组急性生理及慢性健康状况评分II低于对照组( $P<0.05$ )。表明,早期开展肠内营养,能够显著改善患者的急性生理及慢性健康状况评分,使血、尿淀粉酶的恢复时间得以缩短,住院时间也相应减少,在一定程度上对患者的预后起到改善作用。

综上,对急性胰腺炎患者入院后24小时内实施肠内营养支持可取得明显的效果,可显著改善患者营养状况,降低并发症发生率,缩短住院时间,有较高应用价值。

### [参考文献]

- [1] 王洁琼,张蒙.早期肠内营养支持护理对急性重症胰腺炎患者疗效及免疫功能的影响[J].临床护理研究,2024,33(5):108-110.
- [2] 徐晶晶.重症急性胰腺炎患者早期肠内营养支持的临床效果观察[J].中国实用医药,2024,19(16):173-175.
- [3] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组.中国急性胰腺炎诊治指南(2021)[J].中华外科杂志,2021,59(7):578-587.
- [4] 王辉,徐斌,许中友,等.不同时点肠内营养对重症胰腺炎患者免疫功能及感染的影响[J].中华医院感染学杂志,2018,28(19):2985-2987,2999.
- [5] 杨瑞,张萍.早期胃肠内营养支持在治疗重症急性胰腺炎的临床效果[J].医学食疗与健康,2020,18(4):60,62.
- [6] 伦艳荣.重症急性胰腺炎肠内营养时机的选择对患者预后影响的研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(87):27-28.
- [7] 冯华.早期肠内营养对重症急性胰腺炎患者营养状态和炎症因子的影响[J].中国实用医药,2023,18(2):44-47.
- [8] 王颖.早期肠内营养治疗重症急性胰腺炎的临床疗效及安全性分析[J].中国现代药物应用,2021,15(4):44-46.

### 作者简介:

马红丹(1982.07-),女,汉族,河南省永城市人,硕士研究生,主任医师,研究方向为消化内科。