

早期空肠内营养在急性重症胰腺炎治疗中的应用

赵灵华

(南华大学附属第一医院消化内镜中心, 湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 观察早期空肠营养对重症急性胰腺炎的治疗作用。 **方法** 选择 46 例重症急性胰腺炎患者, 回顾性分为两组。空肠营养组 28 例, 发病 7 天之后置入空肠营养管, 持续使用 2 周; 静脉营养组 18 例, 同期采用静脉高营养。 **结果** 治疗前两组患者 APACHE-II 积分和 CT 分级间差异无显著性 ($P > 0.05$), 住院 14 天时, 空肠营养组患者的 APACHE-II 评分较静脉营养组的评分低 ($P = 0.002$); 空肠营养组住院时间较静脉营养组住院时间短 ($P = 0.030$)、住院费用较静脉营养组低 ($P = 0.000$); 两组患者均有 1 例病例死亡, 治愈率分别为 96.4%, 94.4%, 两者间差异无显著性 ($P = 0.635$), 但静脉营养组发生 2 例并发症。 **结论** 在无绝对禁忌证时, 对重症急性胰腺炎患者尽早给予空肠营养是安全、有效的, 且并发症发生率降低, 住院时间缩短、住院费用降低。

关键词: 急性重症胰腺炎; 营养支持; 早期肠内营养

中图分类号: R576

文献标识码: B

重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP) 是属于急性胰腺炎的特殊类型, 是一种病情险恶、并发症多、病死率较高的急腹症, 占急性胰腺炎的 10% ~ 20%。有效的营养支持是 SAP 过程中重要的环节^[1]。对于 SAP 无论是采取手术治疗还是非手术治疗, 早期均要求让胰腺“休息”, 减少对胰腺分泌的刺激。近年来认为重症胰腺炎的早期病变主要是胰酶的自身消化与炎症介质所致的血管病变血栓形成, 渗透性改变所致, 感染是继发于原有病变, 并认为感染很可能来自肠道细菌易位^[2]。重视维护肠黏膜屏障, 减少肠道细菌易位的可能, 强调及早给予肠内营养 (Enteral Nutrition, EN) 支持, 这一原则已为多数学者赞同。为观察早期空肠营养在 SAP 中的作用, 现将 2010 年 1 月 ~ 2012 年 12 月本院收治的 SAP 患者实施 EN 情况及效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2010 年 1 月 ~ 2012 年 12 月本院收治的 SAP 患者 46 例, 男 26 例, 女 20 例, 平均年龄 45 岁。SAP 诊断标准为 APACHE-II 积分 ≥ 8 分或 Ranson

积分 ≥ 3 分, 同时 CT 检查发现有胰腺坏死的证据。46 例患者回顾性分为两组, 空肠营养组 28 例, 其中男 16 例, 女 12 例, 平均年龄 44 岁; 静脉高营养组 18 例, 其中男 12 例, 女 6 例, 平均年龄 46 岁。治疗前两组患者性别、年龄、APACHE-II、Ranson 积分和 CT 分级构成等比较, 差异均无显著性 ($P > 0.05$)。具有可比性。

1.2 方法

所有患者入院后均使用全肠外营养 (Total Parenteral Nutrition, TPN), 治疗 1 周后, 根据前瞻性研究和回顾性分析, 将 46 例入选病例分为空肠营养组与静脉高营养组。其中, 空肠营养组 28 例患者采用 EN, 时间为 2 周, 静脉高营养组 18 例患者继续使用 TPN。所有患者在入院 12 ~ 96 h 内实施全肠外营养 (TPN), 分组实施前复查血、尿淀粉酶, 待入选患者生命体征稳定、胃肠功能恢复后开始实施分组, 其中 18 例患者继续实施 TPN, 并采用常规护理, 28 例患者置管采用早期空肠内营养支持治疗, 给禁食、胃肠减压、抑制胰腺分泌, 抗炎、补充电解质及液体、腹腔灌洗等治疗后, 行自鼻腔置入 Flocare 空肠营养管, 进行空肠内营养支持。置管时间在入科后第 7 天, 置管后加强日常护理, 平均每 8 h 用 20 ~ 50 mL 温开水冲洗营养管, 营养液的温度应控制在 36 ~ 40 °C, 经常巡视观察, 调节合适滴速, 用甲硝唑漱口液漱口, 保持口腔卫生, 同时做好患者的营养评估。

1.3 统计分析

计量资料用均数 ± 标准差表示,计数资料用率表示或用绝对数表示,采用 SPSS 13.0 进行分析,均数的比较采用两独立样本比较的 *t* 检验,计数资料的比较采用四格表卡方检验或 Fisher 确切概率法,以 *P* < 0.05 为差异有显著性。

2 结 果

空肠营养组中置管后经 X 线透视,有 18 例一次置管成功,7 例经 X 线透视下置管成功,3 例经胃镜辅助

置管成功;空肠内滴注肠内营养混悬液后有 5 例出现腹泻,经减慢滴注速度后症状逐渐消失;患者行空肠内营养支持后腹痛等症状完全消失,营养状况恢复快,复查血、尿淀粉酶无升高并逐渐下降,1 例患者症状加重并多器官衰竭而死亡,治愈率为 96.4%,住院时间 32.5 ± 4.2 天;静脉高营养组患者中死亡 1 例,出现胰腺脓肿 2 例,治愈率 94.4%,住院时间 35.6 ± 5.1 天,两组患者的住院时间比较差异有显著性(*P* = 0.030),早期空肠营养组的住院费较静脉高营养组低(*P* = 0.000);APACHE-H 评分在入院后第 14 天时已明显降低,两组比较差异有显著性(*P* = 0.002)。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较

分组	<i>n</i>	并发症例数	死亡例数	治愈率(%)	住院天数	住院费用(万元)	APACHE-H 评分	
							入院时	入院 14 天
空肠营养组	28	0	1	96.4	32.5 ± 4.2	4.83 ± 0.45	13.7 ± 4.3	5.7 ± 3.4
静脉高营养组	18	2	1	94.4	35.6 ± 5.1	6.24 ± 0.37	12.6 ± 5.2	8.9 ± 2.9
<i>t</i> / <i>χ</i> ²	—	—	—	—	2.25	11.08	0.78	3.29
<i>P</i>	—	0.148	—	0.635	0.030	0.000	0.440	0.002

3 讨 论

ASP 常伴有严重的代谢功能紊乱,因此营养的支持及其护理在 ASP 治疗中越来越重要。随着 80 年代对肠功能的再认识,尤其是肠道黏膜屏障、细菌移位及肠道是应激反应的一个中心器官等新概念的确立,EN 已被临床医师所重视。由于部分重症胰腺炎患者在入院时,已有胃肠道动力与吸收障碍,腹胀明显,影响肠道营养应用,过早给予肠道营养不但不能被吸收,且可刺激胰腺的分泌,导致病情加重与症状反复,因此早期要给予肠外营养,当肠功能恢复,改由肠道供给营养。研究表明:在空肠进行营养支持可避免头相、胃相、十二指肠相分泌,不刺激胰腺的外分泌,同时能保护肠道黏膜屏障功能,减少肠道细菌移位和胰腺坏死组织继发感染机会^[3]。本研究根据患者的胃肠道功能的恢复情况,在住院治疗第 5 ~ 7 天改为肠内营养,结果显示:EN 一周后未加重 SAP 的病情,且患者的 APACHE-H 评分已明显降低,EN 组的住院时间短、住院费用较低,治愈率高达 96.4%,并未增加并发症的发生及死亡,并且可使并发症的发生减少,EN 组并发症感染发生率低,可能与 EN 具有减少细菌易位、保护肠黏膜屏障功能有关^[4-5]。可见对无明显禁忌症的重症急性胰腺炎患者在住院 5 ~ 7 天后改用空肠营养是安全

有效的,能促进患者的康复,缩短患者的住院时间,降低患者的住院费用。至于能否更早使用 EN,或者在何时使用 EN,还有待进一步探讨。从本研究实施中,发现注意以下几个方面的问题,对实施 EN 营养,提高疗效可能起着重要的作用。(1)置管前首先要正确评估患者胃肠道功能,发现 EN 的绝对禁忌症:患者是否有胃肠道手术史,有无胃肠道疾病、心功能不全、肾功能不全及加重肠黏膜水肿的疾病,根据患者胃肠道功能的恢复情况及早改用空肠营养。(2)正确的置管方法及确定管头的位置:置管时患者坐位或半卧位,头部稍向后靠稳,将浸过无菌盐水或石蜡油的 Floicare 管从较通畅的一侧鼻孔置入,当患者感到咽部有异物时,即嘱患者作吞咽动作或喝水后咽下,瞬时将导管送入胃内,通过导丝的手柄向导管内注入 25 ~ 50 mL 无菌生理盐水冲洗管腔后抽出导丝,为了使导管能进一步深入,将留在鼻腔外的导管保持松弛状态,在距鼻孔约 20 cm 处妥善固定于面颊部,以便导管随胃肠蠕动而进入十二指肠和空肠;置管后应通过 X 线透视或胃镜辅助置管确定导管头端是否达到空肠上段,确定鼻肠管头端到达十二指肠后,才能开始进行肠内营养支持。观察导管进入体内的长度,导管头端在体内的位置,以及特别注意防止导管移位和脱出,是实施肠内营养的主要护理观察要点。(下转第 540 页)

(上接第 538 页)

(3)EN 期间密切观察病情、做好患者代谢功能的评估:进行肠内营养时,应特别关注腹部体征的变化,注意观察患者的腹痛、肠麻痹、腹部压痛等症状、体征是否加重。并定期监测患者的血尿淀粉酶、电解质、血糖、血脂、血常规及肝肾功能等,以评价机体代谢状况,调整肠内营养的剂量,并采用输液泵控制滴速与滴量,研究表明^[6]:记录 24 h 出入量,准确测定体重变化,定期监测患者的血糖、血脂、电解质、肝肾功能及血清蛋白水平等指标可用以评价肠内营养的效果。

参考文献:

[1] 刘芳,魏娜,孙蕊.肠内营养循证护理培训实施效果分

析[J].中国护理管理,2012,12(5):72-75.

[2] 李维勤.重症急性胰腺炎早期肠内营养支持治疗[J].中国实用外科杂志,2012,32(7):533-535.

[3] 李培,高勇,杨珊珊,等.重症急性胰腺炎患者经鼻肠管行肠内营养的安全护理[J].解放军护理杂志,2012,29(4):41-42.

[4] 梁俊芳.早期肠内营养治疗急性重症胰腺炎临床观察[J].中国误诊学杂志,2008,8(5):1041.

[5] Malde D J, Suppiah A, Arab T, et al. PMO-101 Enteral nutrition in acute pancreatitis: nasogastric or nasojejunal [J]. Gut, 2012, 61(2): A114-A114.

[6] 杨静,范惠珍,吴裕文.重症急性胰腺炎早期肠内营养影响因素分析[J].中国临床研究,2012,25(11):87-89.

(此文编辑:蒋湘莲)