



• 综合医学 •

肠内营养支持在急性重症胰腺炎治疗中的应用

程继绍

(张家界市人民医院, 湖南 张家界 427000)

摘要:目的: 研究肠内营养支持在畸形重症胰腺炎治疗中的应用。方法: 于 2012.2-2016.2, 医院收治急性重症胰腺炎患者中, 选择 110 例作为研究对象。采取随机分组的方法, 分成对照组、观察组, 各组分别纳入 55 例患者。两组患者均进行常规的基础治疗, 对照组患者采用常规疗法辅助治疗, 观察组患者采用肠内营养支持的方法辅助治疗。治疗后, 就两组患者营养状况指标、身体恢复情况等指标进行对比。结果: 治疗后, 观察组患者在血清白蛋白、血清转铁蛋白、血清前白蛋白等指标上, 均显著优于对照组患者 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组患者疼痛缓解时间、首次排便时间等指标, 均显著优于对照组患者 ($P < 0.05$)。结论: 在急性重症胰腺炎患者的治疗当中, 采用肠内营养支持的方法进行辅助治疗, 对患者的恢复更为有利。

关键词: 肠内营养支持; 急性重症胰腺炎; 治疗; 应用

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-420-01

急性重症胰腺炎是一种较为严重的消化系统疾病, 通常起病急骤, 病情进展速度快, 同时容易产生较多的并发症。患者在临床上通常表现为腹痛、腹胀、呕吐、恶心、发热等症状, 身体健康和生存质量都受到了较大的影响, 严重时还会造成患者休克甚至死亡。在急性重症胰腺炎的临床治疗当中, 营养支持是一种重要的辅助治疗措施, 能够确保患者机体营养供给, 同时对肠道菌群移位进行预防, 使患者全身炎症表现得到降低, 对于患者的疾病治疗和身体恢复至关重要。基于此, 本文于 2012.2-2016.2, 医院收治急性重症胰腺炎患者中, 选择 110 例作为研究对象, 研究了肠内营养支持在急性重症胰腺炎治疗中的应用, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于 2012.2-2016.2, 医院收治急性重症胰腺炎患者中, 选择 110 例作为研究对象, 其中包括了男性患者 68 例, 女性患者 42 例。采取随机分组的方法, 分成对照组、观察组。在对照组中, 纳入患者 55 例, 年龄在 23-62 岁, 平均年龄为 (39.6±2.2) 岁; 在观察组中, 纳入患者 55 例, 年龄在 26-64 岁, 平均年龄为 (40.3±2.5) 岁。所有患者经检查, 均符合急性重症胰腺炎的诊断标准。所选患者中, 不包括合并其它严重心肺肾肝疾病的患者, 不包括合并其它严重慢性疾病或全身性疾病的患者, 不包括患有精神疾病或认知障碍的患者, 不包括治疗依从性不佳的患者。在年龄和性别等方面, 两组患者进行比较, 均无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者采用常规辅助治疗手段, 进行抗感染、胃肠减压等治疗, 对静脉通路进行建立, 采取肠外营养支持的方式, 补充水溶性维生素、蛋白质、葡萄糖、微量元素等。如患者严重营养不良, 使用益生菌胶囊 (批准文号: 国食健字 G20080146), 口服, 每日 2 次, 每次 0.5g。

1.2.2 观察组

观察组患者采用肠内营养支持的方法进行辅助治疗。在胃镜和 X 线透视辅助下, 经患者鼻孔, 将营养管置入空肠上段部位, 然后妥善固定营养管外端, 根据患者具体情况, 将适当的营养物质进行输入 [1]。在患者置管第 1d, 使用 500ml 生理盐水泵入, 如果患者无显著的不适感, 可在置管第 2d, 使用 40℃ 左右温度的营养液进行泵入, 可选择全力、百普力、瑞素等营养液进行肠内营养支持。营养支持能量维持在 40-85kJ/kg·d, 氮量维持在 0.25g/kg·d, 保持这一剂量。肠内营养支持 2 周之后, 视患者情况, 逐渐向流食、半流食、普食过渡。

1.3 观察指标

治疗后, 就两组患者营养状况指标、身体恢复情况等指标进行对比。其中, 营养状况指标选取血清白蛋白、血清转铁蛋白、血清前白蛋白; 身体恢复情况指标选取疼痛缓解时间、首次排便时间。

1.4 统计学处理

通过 SPSS18.0 软件, 对研究得出数据统计处理, 以数 (n) 或率 (%) 表示计数资料, 以 χ^2 检验, 差异 $P < 0.05$, 说明有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗后营养状况指标

治疗后, 观察组患者在血清白蛋白、血清转铁蛋白、血清前白蛋白等指标上, 均显著优于对照组患者 ($P < 0.05$)。详细数据见表 1

表 1: 对照组与观察组患者治疗后营养状况指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=55)	血清白蛋白 (g/L)	血清转铁蛋白 (g/L)	血清前白蛋白 (g/L)
对照组	28.35±2.69	2.55±0.37	0.24±0.02
观察组	33.82±4.38*	4.53±0.93*	0.34±0.09*

注: 相比于对照组, * $P < 0.05$ 。

2.2 身体恢复情况

治疗后, 观察组患者疼痛缓解时间、首次排便时间等指标, 均显著优于对照组患者 ($P < 0.05$)。详见表 2

表 2: 对照组与观察组患者身体恢复情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=55)	疼痛缓解时间 (d)	首次排便时间 (d)
对照组	2.71±0.16*	3.87±0.38*
观察组	4.56±0.59	5.92±0.94

注: 相比于对照组, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

急性重症胰腺炎是一种严重的消化系统重症疾病, 对患者的生存质量和身体健康都有着十分不良的影响。如果治疗不及时, 将会造成患者多器官功能综合征、全身炎症反应综合征、胰腺组织感染等情况。同时, 急性重症胰腺炎具有全身消耗性的特点, 患者机体能量大量消耗, 同时难以及时进食补充, 因而很容易发生营养不良等情况 [2]。因此, 在急性重症胰腺炎的临床治疗中, 需要采取有效的营养支持方法进行辅助治疗。

在以往的营养支持中, 主要采用肠外营养支持的方法, 通过对患者禁食, 降低对胰液、胃酸分泌的刺激, 同时补充患者机体所需营养。但是, 肠外营养支持也具有较多的弊端, 需要长时间禁食, 容易破坏肠道屏障功能, 造成肠道黏膜萎缩。静脉导管的留置, 容易引起感染, 可能并发败血症等严重疾病。同时, 肠外营养难以对人体所需微量元素进行充足的补充, 还可造成水电解质、血糖的紊乱 [3]。

因此, 目前在临床上, 主张采用肠内营养支持的方法, 对急性重症胰腺炎患者进行辅助治疗, 利用空肠营养管, 将营养物质直接输送到空肠当中, 不会通过十二指肠、胃部等脏器, 也可减少对胰腺、胃肠的不良刺激。同时, 不会增加胰液、胃酸的分泌, 能够降低胰液对周围组织的不良影响。另外, 采取肠内营养支持, 能够刺激空肠远端, 对胰高血糖素、YY 多肽等胰腺外分泌抑制因子释放起到促进作用, 使胰液分泌作用得到抑制。经本文研究表明, 观察组患者采用肠内营养支持的方法, 治疗后的营养状况和身体恢复状况均优于对照组患者 ($P < 0.05$)。

综上所述, 在急性重症胰腺炎治疗中, 采用肠内营养支持的方法进行辅助治疗, 能够取得更好的治疗效果。

参考文献:

- [1] 殷景远, 单红艳, 李亚岭, 等. 酪酸梭菌活菌散联合肠内营养在重症急性胰腺炎治疗中的应用 [J]. 广东医学, 2015, 36(3): 464-466.
- [2] 袁方, 王艳, 周守凤, 等. 个性化肠内营养在治疗重症急性胰腺炎中的应用 [J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(26): 1974-1977.
- [3] 裴刚. 肠内营养支持在急性重症胰腺炎治疗中的应用 [J]. 中国社区医师, 2016, 32(3): 39-39.