

序贯化营养与肠外营养在小儿急性胰腺炎护理中的应用效果研究

项桂玉

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000)

摘要: 目的: 讨论序贯化营养与肠外营养在小儿急性胰腺炎护理中的应用效果。方法: 选择我院2020年1月至2022年1月收治的44例急性胰腺炎患儿, 随机分为对照组(施以肠外营养护理)与研究组(施行序贯化营养护理)各22例, 对比干预结果。结果: 干预前的营养指标水平比较差异不明显, $P>0.05$ 。干预后的营养指标水平优于干预前, $P<0.05$ 。研究组干预后的营养指标水平比对照组高, $P<0.05$ 。研究组的治疗总有效率(95.45%)比对照组(72.73%)高, $P<0.05$ 。干预前两组淋巴细胞亚群指标水平比较无明显差异, $P>0.05$ 。干预后的淋巴细胞亚群指标水平优于干预前, $P<0.05$ 。干预后研究组的CD4+、CD8+、CD4+/CD8+指标水平优于对照组, $P<0.05$ 。研究组的腹胀缓解时间、体温恢复正常时间、血尿淀粉酶恢复时间、经口进食恢复时间、住院时间比对照组短, $P<0.05$ 。结论: 施行序贯化营养护理更利于改善患儿的营养状况, 加速病情转归, 值得推广应用。

关键词: 序贯化营养; 肠外营养; 小儿急性胰腺炎; 护理

急性胰腺炎是由于各种原因引起胰腺消化酶在胰腺内被激活, 而发生胰腺自身消化的化学性炎症为主的疾病, 与疾病、发育异常、药物等病因有关。急性胰腺炎的治疗以加强病情监护、减少胰腺外分泌、内科治疗、营养支持等为主, 营养支持贯穿治疗的全程。由于小儿急性胰腺炎与成人间的差距较大, 营养支持的方法也存在明显的差异, 选择适当的营养支持方式是提高整体疗效的关键^[1]。鉴于此, 本文主要通过对小儿急性胰腺炎营养治疗病例分析, 探讨序贯化营养治疗在营养及炎症指标等方面的影响, 评估治疗效果, 为未来的研究奠定基础。

1、资料与方法

1.1 一般资料

将44例急性胰腺炎患儿作为观察对象。纳入标准: 符合儿童胰腺炎国际研究组织发布的儿童胰腺炎诊断标准; 经过腹部超声和计算机X线断层扫描检查确诊; 患儿及家属均知情同意。排除标准: 临床资料不全; 精神意识障碍; 脏器功能障碍; 依从性较差者。22例研究组中男女各11例, 年龄平均 5.2 ± 1.1 岁。22例对照组中女10例、男12例; 平均年龄 5.4 ± 1.2 岁。基础资料相匹配, $P>0.05$ 。

1.2 方法

两组患儿入院后均接受禁食、水电解质与酸碱失衡纠正、预防感染等常规治疗。在其基础上, 对照组在48h内给予全肠外营养治疗, 治疗后第3d, 注意补充电解质、微量元素、维生素。当患儿的腹痛等临床症状减轻、前清蛋白与清蛋白等营养指标恢复、C反应蛋白水平与尿淀粉酶等炎症相关指标逐渐恢复后, 遵医嘱逐渐停止禁食。根据患儿的实际情况适当减少TPN的剂量, 直至患儿经口营养达到其所需能量的1/3, 停止肠外营养支持治疗, 通常治疗时间为7~14d。

研究组接受序贯化营养支持, 主要根据患儿疾病不同时期的病理情况、胃肠道功能、代谢特点合理实施序贯化营养支持, 分为以下三个阶段: 第一阶段是在患儿入院48h内给予全胃肠外营养支持, 判断患儿的胃肠道功能, 若未出现胃肠道出血等症状, 留置螺旋鼻-空肠营养管, 置管后24h行X线检查, 观察鼻-空肠管是否到达空肠, 即Treitz韧带下。第二阶段是患儿入院后2~3d, 若无明显的腹胀、腹泻等胃肠道反应后

, 遵医嘱经鼻-空肠管试喂养10%葡萄糖注射液, 7岁以下儿童控制喂养速度10mL/h, 7岁以上儿童控制喂养速度25mL/h, 24h持续泵控, 观察患儿的腹痛、腹胀等胃肠道反应症状, 发现异常情况及时停止。对胃肠道可耐受试喂养的患儿, 给予小百肽营养液24h持续泵控, 7岁以下儿童控制速度10mL/h, 7岁以上儿童控制速度25mL/h, 并观察患儿有无腹泻、呕吐等胃肠道反应症状。对胃肠道能耐的患儿逐渐加量。第三阶段是在患儿行部分肠外营养与肠内营养联合治疗数天后, 对未出现不良反应的患儿遵医嘱逐渐增加肠内营养能量, 当肠内营养能量达到患儿所需能量的1/3时, 可逐步停止肠外营养, 改为全肠内营养。在治疗的过程中, 做好对家属的宣教工作, 要求家属掌握正确的患儿护理管理方法, 包括做好患儿的情绪疏导、保暖等工作。医护人员应及时做好病情评估等工作, 根据患儿的实际情况动态性的调整治疗方案。护理人员密切观察患儿的实际情况, 发现异常情况及时处理, 以确保患儿的安全。

1.3 观察指标

(1) 营养状况: 观察两组的营养指标改善情况, 包括血红蛋白、血清总蛋白等指标。(2) 免疫功能: 用流式细胞仪检测患者外周血CD4+、CD8+、CD4+/CD8+水平, 了解两组的免疫学指标改善情况。(3) 临床疗效: 将疗效判定标准分为显效(临床主要症状与体征完全消失, 炎症指标恢复正常)与有效(临床不适症状明显好转, 炎症指标有所改善)及无效(不适症状变化不明显, 甚至恶化)三项。(4) 恢复指标: 参照经口进食恢复时间、体温恢复正常时间等指标, 了解两组的病情恢复进度。

1.4 统计学方法

数据统计分析, 用spss19.0软件, 计量、计数资料方面, 分别用($\bar{x} \pm s$)、%表示, 分别用t、 χ^2 检验。 $P<0.05$, 表示数据对比, 有统计学差异。

2、结果

2.1 营养状况

干预前的营养指标水平比较差异不明显, $P>0.05$ 。干预后的营养指标水平优于干预前, $P<0.05$ 。研究组干预后的营养指标水平比对照组高, $P<0.05$, 如表1所示。

表1 营养状况对比 ($\bar{x} \pm s$, n=22)

指标	时间	对照组	研究组	t	P
血红蛋白 (g/L)	干预前	102.15 $\pm$ 5.36	102.17 $\pm$ 5.34	0.248	0.785
	干预后	106.23 $\pm$ 5.45	111.64 $\pm$ 5.33	14.134	0.000
血清总蛋白 (g/L)	干预前	58.75 $\pm$ 2.33	58.36 $\pm$ 2.64	0.227	0.723
	干预后	62.15 $\pm$ 5.45	67.85 $\pm$ 5.25	11.567	0.002
血清白蛋白 (g/L)	干预前	30.23 $\pm$ 3.11	30.17 $\pm$ 3.64	0.218	0.762
	干预后	33.48 $\pm$ 3.46	38.58 $\pm$ 4.22	11.446	0.002
血钙 (mmol/L)	干预前	1.22 $\pm$ 0.26	1.23 $\pm$ 0.64	0.567	0.548
	干预后	2.13 $\pm$ 0.41	2.92 $\pm$ 0.27	5.167	0.025

2.2 临床效果

研究组的治疗总有效率 (95.45%) 比对照组 (72.73%) 高, $P < 0.05$, 如表2所示。

表2 治疗效果比较 (n, %)

组别	n	无效	有效	显效	总有效率
对照组	22	6 (27.27)	7 (31.82)	9 (40.91)	72.73
研究组	22	1 (4.55)	5 (22.73)	16 (72.73)	95.45
χ^2					4.247
P					0.039

2.3 免疫功能指标改善情况

干预前两组淋巴细胞亚群指标水平比较无明显差异, $P > 0.05$ 。干预后的淋巴细胞亚群指标水平优于干预前, $P < 0.05$ 。干预后研究组的CD4+、CD8+、CD4+/CD8+指标水平优于对照组, $P < 0.05$, 如表3所示。

表3 免疫功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$, %)

指标	时间	对照组	研究组	t	P
CD4+	干预前	35.12 $\pm$ 3.24	35.26 $\pm$ 3.14	0.256	0.733
	干预后	37.32 $\pm$ 4.13	39.11 $\pm$ 4.52	4.487	0.030
CD8+	干预前	20.46 $\pm$ 3.14	20.23 $\pm$ 3.24	0.613	0.316
	干预后	26.28 $\pm$ 2.24	28.46 $\pm$ 2.12	4.628	0.030
CD4+/CD8+	干预前	1.73 $\pm$ 0.32	1.72 $\pm$ 0.25	0.218	0.744
	干预后	1.49 $\pm$ 0.25	1.29 $\pm$ 0.34	3.236	0.035

2.4 恢复指标

研究组的腹胀缓解时间、体温恢复正常时间、血尿淀粉酶恢复时间、经口进食恢复时间、住院时间比对照组短, $P < 0.05$, 如表4所示。

表4 恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	n	腹胀缓解时间	体温恢复正常	血、尿淀粉酶恢复	经口进食恢复	住院时间
对照组	22	5.37 $\pm$ 1.56	10.56 $\pm$ 2.45	15.25 $\pm$ 3.26	8.46 $\pm$ 1.85	15.56 $\pm$ 2.48
研究组	22	2.46 $\pm$ 1.14	6.48 $\pm$ 1.47	10.28 $\pm$ 2.44	5.24 $\pm$ 1.47	13.15 $\pm$ 1.48
t		5.267	6.467	7.468	5.247	4.268
P		0.025	0.020	0.010	0.025	0.032

3. 讨论

急性胰腺炎患儿处于高分解代谢状态, 营养失衡, 免疫力下降, 从胰腺炎的治疗原则入手分析, 是减轻胰腺的负担和炎症反应, 需采取禁食的治疗方法。营养支持在急性胰腺炎治疗中的作用突出, 可改善患儿的体质, 降低并发症率和病死率。营养支持包括肠外营养、肠内营养、序贯性营养支持的三类, 营养支持中的肠外营养在急性胰腺炎治疗中的优势突出, 可减少胰酶的分泌, 抵消禁食带来的不适, 维持患儿内环境的平衡^[2]。单纯使用肠外营养支持可有效输入营养, 但感染的风险系数大。单纯使用肠内营养支持, 符合人体生理学特点, 但会引发胃肠道不耐受。为提高营养支持疗法干预的针对性, 建议采取序贯化营养疗法, 促使营养支持的作用价值得以充分发挥^[3]。

序贯性营养支持是指肠外营养、肠内营养的同时应用, 早期应用肠外营养支持, 可快速纠正低蛋白质血症, 维持水电解质和酸碱的平衡, 根据病情动态性的调整营养支持方案。在其基础上, 联合应用肠内营养支持, 逐步由少量过渡到全量, 在过渡的过程中, 肠内营养能量不足部分由肠外营养支持进行补充, 可缩短肠外营养的应用时限^[4]。序贯性营养支持实现了肠外营养、肠内营养两方面的优势整合, 营养成分互补, 可减少各自使用中的并发症。肠外营养可提供机体必需的营养底物, 增加机体的能量储备, 减少瘦体组织的丢失。而肠内营养支持可改善肠道功能, 保护肠黏膜屏障, 防止现菌群移位, 降低肠麻痹等并发症, 避免肠功能弱化引起的胰腺炎病情加剧^[5]。

序贯化营养在小儿急性胰腺炎护理中的应用价值突出, 如下所示: 一是改善免疫功能相关指标: 序贯化营养支持可促进患儿免疫力的恢复, 规避了长期肠外营养治疗引起的肠内菌群紊乱、肠道细菌移位、胰腺继发感染等不良反应^[6]。二是加速病情转归: 积极配合营养支持, 可有效缓解患儿的胃肠道反应症状, 促使体温恢复正常, 缩短住院的时间。相对于单纯使用肠外营养或肠内营养的支持, 序贯化营养更利于减轻对肠黏膜的刺激, 与“胰腺休息”的治疗理论高度契合。三是改善营养状

况: 早期的肠外营养支持, 能够让患儿获得较多的蛋白质与热能, 改善氮平衡, 加速血清内脏蛋白质的合成^[7]。在肠外营养支持的保障下, 早期使用肠内营养支持, 可有效保护为胃肠道黏膜屏障, 促使患儿从肠外营养支持安全向肠内营养支持过渡。由此可见, 序贯化营养支持可为患儿提供充足的营养物质, 对维护胃肠功能、减少感染等方面的作用价值突出。四是提高营养支持治疗的总有效率: 序贯化营养支持可防止营养不足, 避免营养过度, 让患儿从中获得更多的利益, 患儿平均日卡路里摄入量更多, 可尽快改善患儿的体质, 加速预后改善和病情转归^[8]。

综上所述, 序贯化营养支持整合了肠内外营养支持疗法的优点, 更利于改善患儿的营养状况, 加速病情转归, 值得深入研究。

参考文献:

- [1] 顾新红, 王亚民, 蔡海建, 范辉, 徐伟松, 刘玉峰. 早期肠内营养和益生菌对急性胰腺炎肠黏膜屏障功能和免疫功能的影响[J]. 安徽医药, 2022, 26(10): 1977-1980.
- [2] 黄秀芹, 诸葛玮玮, 孙学成, 丁银蓉, 徐李娟, 刘林荣. 清胰化瘕汤保留灌肠配合早期肠内营养治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2022, 29(5): 795-797.
- [3] 曲黔, 陆曼, 黎兰青. 超早期肠内营养在重症急性胰腺炎患者中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2022, 29(22): 38-41.
- [4] 王水强. 早期肠内营养与延迟肠内营养治疗重症急性胰腺炎的临床效果比较[J]. 中外医学研究, 2022, 20(22): 164-167.
- [5] 杨艳丽, 杨晓丽. 序贯化营养与肠外营养在小儿急性胰腺炎护理中的应用效果观察[J]. 护理研究, 2022, 36(8): 1480-1483.
- [6] 杨艳丽, 杨晓丽. 小儿急性胰腺炎序贯化营养治疗护理的效果[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(8): 1399-1401.
- [7] 李付奎, 王建伟. 奥曲肽联合肠内营养治疗小儿急性胰腺炎的应用价值分析[J]. 四川解剖学杂志, 2019, 27(4): 28-29.
- [8] 范爱娥, 韩娜娜, 颜廷花, 朱永洁, 张洪薇. 经鼻空肠置管行早期肠内营养在儿童急性胰腺炎中的应用研究[J]. 蛇志, 2018, 30(3): 463-464.