

探究高龄重症急性胰腺炎患者不同肠内营养干预时间的护理效果

邓伟

(湖北民族大学附属民大医院 湖北 恩施 445000)

摘要:目的:探究高龄重症急性胰腺炎患者不同肠内营养干预时间的护理效果。方法:选择2020年4月至2021年6月本院收入的高龄重症急性胰腺炎患者100例为研究对象,随机分为对照组和观察组,各50例,其中,对照组在常规治疗基础上,禁食72h后开展肠内营养干预,观察组在常规治疗基础上,禁食24h后开展肠内营养干预,对比两组患者的恢复状况。结果:治疗后,观察组腹部疼痛缓解时间、初次排便时间及住院治疗时间均显著短于对照组, $P < 0.05$; 治疗前,两组患者的血淀粉酶、血糖、血清总蛋白差异不具有统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后,观察组血淀粉酶和血糖显著低于对照组,血清总蛋白显著高于对照组, $P < 0.05$ 。结论:对于高龄重症急性胰腺炎患者而言,越早对其实施肠内营养干预的效果越好,有助于改善患者的营养状况,同时促使其临床症状转好,更好地保证患者的预后,促进患者恢复。

关键词:重症急性胰腺炎; 肠内营养干预; 护理效果; 康复效果

在临床上,胰腺炎是由于胰蛋白酶存在消化异常导致的一种疾病,主要症状为出现一定程度的腹痛呕吐、恶心、发热、腹胀等情况。而重症急性胰腺炎是临床较为多见的一种急腹症,此种疾病情况发展十分迅速,同时存在有胰腺脓肿、坏死,患者有较高的死亡概率^[1]。相关研究表明,胰腺炎死亡概率最高可达到10%,而重症急性胰腺炎通常是致使患者失去生命最为重要的原因^[2]。当患者出现急性胰腺炎后,应当禁食禁饮,并且随着病情的发展,患者集体的蛋白分解代谢率会有所上升,同时出现代谢亢进,以至于造成患者出现一定程度的营养不良,所以需要对其尽心必要的营养支持干预,从而进一步提升患者的治疗耐受性^[3]。不过,对于给患者开展肠内营养干预的最佳时间还没有统一的定论,故开展本研究,旨在探究高龄重症急性胰腺炎患者不同肠内营养干预时间的护理效果,具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年4月至2021年6月本院收入的高龄重症急性胰腺炎患者100例为研究对象,随机分为对照组和观察组,各50例。研究通过医院伦理委员会批准进行。

对照组:男性患者28例,女性患者22例,年龄74~87岁,平均年龄(79.82 ± 1.14)岁;观察组:男性患者27例,女性患者23例,年龄76~89岁,平均年龄(80.25 ± 1.16)岁。两组患者一般资料无显著差异, $P > 0.05$,可进行对比研究。

入选依据:(1)均进行影像学 and 实验室检查确诊疾病,满足重症急性胰腺炎诊断依据;(2)耐受研究涉及药物;(3)年龄 ≥ 74岁;(4)自愿参与并签署知情同意书。

剔除依据:(1)存在其他消化系统疾病;(2)诊断为胆源性胰腺炎,需要通过手术切除;(3)存在肺、系统功能障碍,存在精神类疾病;(4)起病到入院时间 > 1d,或已经通过口腔进食;(5)年龄 < 74岁;(6)不耐受研究涉及药物;(7)依从性差。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

患者在入院后进行常规的酸碱平衡和水电解质紊乱纠正、禁食禁饮、抗感染、吸氧、胃肠减压、抑制胰酶活性和抑制胰液分泌等综合治疗。如果患者病情状况较为危重则应当尽快开展必要的手术治疗^[4]。

对照组在禁食72h后为患者进行常规营养干预,随后通过内镜指导下经鼻插鼻肠管,同时在离屈氏韧带35cm左右的位置进行固定,并使用肠内营养混悬液开展24h持续均匀滴入,并依据患者的实际情况每日增加补充量^[5],随后慢慢降低肠道外营养补充,直到实现每日氮量为0.25g/kg,能量为70~85kJ/kg,在患者临床症状恢复、生化指标大致恢复转好、炎症大致吸收后停止,同时慢慢恢复通过口腔进食^[6]。

观察组在禁食24h后为患者进行常规营养干预,其余具体流程同对照组。

1.2.2 护理方法

在对患者进行营养干预过程中,护理人员应当依据患者的实际状况对其实施综合护理:(1)加强健康宣教:为患者讲解肠内营养干预的相关知识及注意事项,并对进行肠内营养干预后的不良反应等情况进行详细告知,一方面进一步提高患者对于肠内营养干预相关知识的认知水平,另一方面也可以更为顺利地得到患者的理解,减轻患者担忧的负面情绪,进一步提升患者的配合度^[7],便于临床工作的顺利开展;(2)增强疾病状况监控:严密监控患者的营养状态和各项生化指标,并依据患者的实际情况对其营养液浓度和输入量进行必要的调整;(3)营养支持干预:在治疗期间,依据患者的耐受状况对其滴注速度进行控制,同时采用加温设施对营养液的温度进行控制,使其维持在和体温相似的水平^[8],并在患者开展营养液输注之前的30min,将患者病床的床头抬高30~45°,在输注结束后30min恢复床头角度^[9]。另外,医护人员应当联合家属对于患者鼻饲管位置、通畅程度等做好必要的维持管理,同时进行相应的记录;(4)局部清洁护理:定时将患者的口鼻清洁干净,防止患者出现口腔溃疡^[10]。

1.3 评价标准

对比观察两组患者的康复效果及生化指标水平。

(1)康复效果:具体包括腹部疼痛缓解时间、初次排便时间及住院治疗时间;(2)生化标准:具体包括血淀粉酶、血糖、血清总蛋白。

1.4 统计学方法

应用SPSS 25.0软件对数据进行统计分析,其中,计数资料以(n, %)表述,行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表述,行t检验,当 $P < 0.05$ 时,则表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者康复效果对比

治疗后,观察组腹部疼痛缓解时间、初次排便时间及住院治疗时间均显著短于对照组, $P < 0.05$ 。见表1。

表1 两组患者康复效果对比($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	腹部疼痛缓解时间	初次排便时间	住院治疗时间
对照组	50	4.01 ± 0.56	5.23 ± 1.34	30.31 ± 4.12
观察组	50	2.35 ± 0.73	4.31 ± 1.07	23.24 ± 3.42
t		11.123	3.574	8.756
P		0.001	0.002	0.004

2.2 两组患者生化指标水平对比

治疗前,两组患者的血淀粉酶、血糖、血清总蛋白差异不具有统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后,观察组血淀粉酶和血糖显著低于对

对照组,血清总蛋白显著高于对照组, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者生化指标水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血淀粉酶 (U/L)		血糖 (mmol/L)		血清总蛋白 (g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	1124.02 ± 239.56	404.15 ± 68.74 ^a	14.02 ± 1.15	9.06 ± 0.71 ^a	61.33 ± 5.72	64.15 ± 5.97 ^a
观察组	50	1128.46 ± 234.48	241.02 ± 28.76 ^a	14.13 ± 1.21	7.64 ± 0.42 ^a	61.29 ± 5.43	68.13 ± 5.52 ^a
t		0.084	14.513	0.502	10.214	0.106	3.315
P		0.932	0.001	0.597	0.002	0.915	0.000

注:与同组干预前对比, ^a $P < 0.05$

3 讨论

胰腺是人体较为重要的器官之一,包括内胰腺和外胰腺。内胰腺为大小不一的胰岛构成,主要作用是调节血糖平衡、胰液分泌、胃肠运动抑制和胆囊收缩;外胰腺包括腺管和腺泡,主要作用是促使胰液分泌和排除,其在脂肪、蛋白质和糖的消化中有较为关键的作用^[11]。在重症急性胰腺炎发生后,患者胰腺功能受到损伤,致使脂肪、蛋白质和糖代谢异常,促使胃肠功能障碍、水电解质及酸碱平衡紊乱等。所以,在治疗过程中,对患者进行营养干预是护理中较为重要一部分工作,有助于促使患者更快恢复,并使患者获得较为优质的预后^[12]。肠内营养干预通常是利用鼻胃管或者鼻肠管把供代谢需要的营养物质送入体内,相比较于常规的肠外营养干预更具优势,能够直接通过肠道进行营养素的吸收,给药方便、价格便宜,满足生理需要,同时可以较好地保证肠粘膜屏障功能和结构的完整性^[13]。随着医疗卫生事业的不断进步,肠内营养干预在多种消化系统疾病、胃肠功能障碍等疾病的治疗护理中有较多的使用,为营养干预的首选方案。但与此同时,肠内营养干预也存在饲管堵塞、胃肠不耐受、吸入性肺炎等不良事件,这通常和导管清洁通畅度、营养液浓度、输入速度、输入量及营养液鼻饲体位等有较为密切的联系^[14]。

研究表明,治疗后,观察组腹部疼痛缓解时间、初次排便时间及住院治疗时间均显著短于对照组, $P < 0.05$;治疗前,两组患者的血淀粉酶、血糖、血清总蛋白差异不具有统计学意义, $P > 0.05$;治疗后,观察组血淀粉酶和血糖显著低于对照组,血清总蛋白显著高于对照组, $P < 0.05$ 。由此也进一步表明,高龄重症急性胰腺炎患者在护理中应当尽早开展肠内营养干预,从而可以较为及时地帮助患者补充自身营养状态,提升患者对于治疗的耐受程度,并尽快对患者肠道形成有效的生理刺激,促使其胃肠道功能恢复,更好地保持肠道内菌群平衡,保证有效的生物免疫屏障^[15],提升患者免疫力,减轻患者疾病症状,促使患者尽快恢复。

综上所述,对于高龄重症急性胰腺炎患者而言,越早对其实施肠内营养干预的效果越好,有助于改善患者的营养状况,同时促使其临床症状转好,更好地保证患者的预后,促进患者恢复。

参考文献

[1]许文捷,朱培庭,高炬,等.早期肠内营养联合锦红汤对重症急性胰腺炎患者肠黏膜屏障的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2017,23(03):223-227.
[2]范继伟,何元清,杨涛.埃索美拉唑联合早期肠内营养对老年重

症急性胰腺炎患者免疫功能及肠道菌群的影响[J].中国药师,2017,20(03):498-500.

[3]肖红雯.不同营养支持对老年重症急性胰腺炎患者的疗效及对炎症因子和肠道黏膜屏障功能的影响[J].中国老年学杂志,2017,37(15):3806-3808.

[4]李珍,刘成霞.重症急性胰腺炎营养支持治疗的研究进展[J].医学综述,2017,23(20):4060-4064.

[5]沈玉清,汪文杰.重症急性胰腺炎的肠内营养支持治疗进展[J].中华胰腺病杂志,2017,17(02):134-137.

[6]陈亭,王婷,李清,等.重症急性胰腺炎患者肠内营养喂养不耐受状况及其影响因素研究[J].中华护理杂志,2017,52(06):716-720.

[7]韩晓萍,韩晓美,王海玲.早期肠内营养支持治疗对重症急性胰腺炎患者临床效果及手术方式安全性的影响[J].系统医学,2021,6(12):165-167,171.

[8]刘丹.重症急性胰腺炎患者发生肠内营养喂养不耐受现状及其影响因素分析[J].中国现代药物应用,2020,14(19):71-74.

[9]张宏伟,丁威,张琴,等.早期肠内营养支持治疗对重症急性胰腺炎患者临床效果及手术方式安全性的影响[J].中国综合临床,2018,34(01):49-53.

[10]闵照勤.不同肠内营养干预时间对高龄重症急性胰腺炎患者护理效果对比[J].中国老年保健医学,2018,16(04):122-123.

[11]卢小粮,李文龙,刘津平.早期肠内营养在重症急性胰腺炎治疗中的临床应用研究[J].基层医学论坛,2022,26(11):17-20.

[12]曹洁,姚隆.早期肠内营养治疗对重症急性胰腺炎患者临床结局的影响[J].中国临床医生杂志,2021,49(09):1063-1066.

[13]宋自昌,王矩伟,周瑶军.早期肠内营养在重症急性胰腺炎中临床效果的研究[J].医药论坛杂志,2020,41(07):136-138.

[14]叶远玲,王瑞明,胡芳玉.早期肠内营养联合急腹症Ⅲ号对重症胰腺炎患者临床症状及胃肠道功能指标的影响[J].中华全科医学,2019,17(06):977-980.

[15]甄春山.早期肠内营养应用于 86 例急性胰腺炎患者临床治疗的治疗情况观察[J].黑龙江医药,2017,30(04):910-911.