

肠内营养(EN)支持治疗在急性重症胰腺炎(SAP)中应用的安全性和有效性

朱小萌

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 胆胰外科 430030)

摘要:目的 对肠内营养(EN)支持治疗在急性重症胰腺炎(SAP)中应用的安全性和有效性实施对比以及分析。方法 本次研究当中选择和分析了 2020 年 1 月至 2021 年 7 月之间在本院内进行了急性重症胰腺炎治疗的 92 例患者为研究当中资料,将所有患者随机地分成对照组(n=46)和观察组(n=46),对照组使用肠外营养支持,观察组使用肠内营养支持,对比两组患者重症急性胰腺炎控制率、治疗前后 CRP 以及血清白蛋白水平、排气恢复正常时间、腹痛腹胀消失时间、血淀粉酶恢复正常时间以及并发症发生情况。结果 对照组当中患者重症急性胰腺炎控制率低于观察组当中患者,数据实施对比后有意义($P < 0.05$)。治疗前,两组患者的 CRP 以及血清白蛋白水平实施对比后没有意义($P > 0.05$)。治疗后,对照组患者的 CRP 水平高于观察组,血清白蛋白水平则低于观察组,数据实施对比后有意义($P < 0.05$)。对照组患者的排气恢复正常时间、血淀粉酶恢复正常时间以及腹痛腹胀消失时间长于观察组患者,数据实施对比后有意义($P < 0.05$)。对照组患者并发症发生率高于观察组,数据实施对比后有意义($P < 0.05$)。结论 在治疗重症急性胰腺炎患者期间,对患者使用肠内营养支持治疗措施能够得到确切的效果,可显著推动患者身体的恢复,患者的治疗安全性比较高,值得推广。

关键词:肠内营养(EN)支持治疗 急性重症胰腺炎 应用 安全性 有效性

前言

急性胰腺炎是一种因为各类原因所导致的胰腺自身消化,使得以线发生坏死、水肿、出血的炎症反应的急腹症之一,在临床当中较为常见,且重症患者的早期病死率比较高^[1]。营养支持治疗措施是当前急性胰腺炎疾病治疗的一大重要缓解。传统化的方式主要为全肠外营养,但患者实施治疗之后并发症的发生概率较高,无法对急性胰腺炎患者的死亡率进行降低,近些年临床当中所实施的肠内营养治疗措施能够对患者的肠道屏障以及免疫功能进行保护,实现患者肠道功能的早期恢复,对重症患者的病死率进行降低,同时还能够降低患者的器官衰竭发生率以及感染并发症发生率^[2]。本文正是基于此,选择了2020年1月至2021年7月之间在本院内进行了急性重症胰腺炎治疗的92例患者为研究当中的主要对象,对肠内营养(EN)支持治疗在急性重症胰腺炎(SAP)中应用的安全性和有效性实施对比以及分析,具体的研究情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究当中选择和分析了2020年1月至2021年7月之间在本院内进行了急性重症胰腺炎治疗的92例患者为研究当中的资料。纳入标准:所有的患者均符合中华医学会消化病学分会所制定的《中国急性胰腺炎诊治指南》内的疾病标准;所有患者的临床治疗均完整。排除标准:合并存在消化道出血情况的患者;合并存在肠梗阻的患者;合并有恶性肿瘤的患者;入院之前一个月使用了免疫制剂的患者。将所有患者随机地分成对照组(n=46)和观察组(n=46)。对照组当中有24例男性患者和22例女性患者,年龄在23岁至75岁之间,平均(37.91±3.25)岁。观察组当中有26例男性患者和20例女性患者,年龄在25岁至71岁之间,平均(38.94±3.37)岁。两组当中患者的基本性资料在实施对比之后没有意义($P > 0.05$),可以采取分析。

1.2 方法 两个组别中患者均实施防感染、吸氧、纠正水电解质紊乱、纠正酸碱平衡、抗休克以及禁食等等治疗措施。对照组在上述治疗措施的基础之上在实施肠外营养治疗,采取口服或者管饲给予患者肠内营养乳剂,供给的比例为每 500 毫升当中 85 克碳水化合物、37.5 克蛋白质、29 克脂肪,患者首日的剂量为 300 至 500 毫升,2 至 3 天之后需要将剂量增加为 750 至 1000 毫升,在第 6 天增加到 1500 毫升之后停止。观察组实施肠内营养支持 治疗措施,在患者手术期间预先将鼻胃管置入,并且注入肠内营养混悬液,供能比例为每 500 毫升当中有 20 克蛋白质、8、5 克脂肪以及 88 克碳

水化合物。首先需要对患者进行少量以及低浓度的输注,初始的剂量为每毫升 0.6kcal,每次 100 至 150 毫升, 每次需要持续性滴注 2 小时,3 天之后患者不存在不适的情况需要增加为每毫升 1.0kcal,每次 300 至 400 毫升,每天 6 次。两组别中患者均需要实施 10 天的治疗,在治疗前后对患者的血清白蛋白以及 CRP 水平进行测量。

1.3 观察指标 对比两组患者重症急性胰腺炎控制率、治疗前后 CRP 以及血清白蛋白水平、排气恢复正常时间、腹痛腹胀消失时间、血淀粉酶恢复正常时间以及并发症发生情况。1、患者的急性生理和慢性健康评分为正常水平,淀粉酶、血脂脂肪酶以及 CRP 降低至正常水平,患者的症状得到显著的改善为显效;患者急性生理和慢性健康评分降低,血淀粉酶、血脂脂肪酶以及 CRP 降低但没有达到正常范围,患者的症状得到缓解为有效;患者治疗后症状、急性生理与慢性健康评分、血淀粉酶、血脂脂肪酶以及 CRP 等等情况没有得到改善为无效;患者重症急性胰腺炎控制率为显效率和有效率相加。2、患者的并发症主要有便秘、气胸和腹泻。

1.4 统计学处理 本研究当中数据所使用的处理和分析软件是 SPSS21.0 统计软件,计数资料分别采取%进行表示, χ^2 检验,计量资料分别采取 $\bar{x} \pm s$ 进行表示,t 检验, $P < 0.05$ 说明组别当中患者的数据进行对比后有意义。

2 结果

2.1 两组中患者重症急性胰腺炎控制率情况对比 对照组当中患者重症急性胰腺炎控制率低于观察组当中患者,数据实施对比后有意义($P < 0.05$),数据的内容见表 1。

表 1 两组中患者重症急性胰腺炎控制率情况对比[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	46	23 (50.00)	16 (34.78)	7 (15.22)	39 (84.78)
观察组	46	31 (67.39)	14 (30.43)	1 (2.17)	45 (97.83)
χ^2	—	—	—	—	4.929
P	—	—	—	—	0.026

2.2 两组中患者治疗前后 CRP 以及血清白蛋白水平对比 治疗前,两组患者的 CRP 以及血清白蛋白水平实施对比后没有意义($P > 0.05$)。治疗后,对照组患者的 CRP 水平高于观察组,血清白蛋白水平则低于观察组,数据实施对比后有意义($P < 0.05$),数据的内容见表 2。

表 2 两组中患者治疗前后 CRP 以及血清白蛋白水平对比 ($\bar{x} \pm s$, g/L)

组别	例数	CRP		血清白蛋白	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	31.64 ± 12.03	9.27 ± 2.54	34.68 ± 2.24	42.16 ± 1.85
观察组	46	31.18 ± 11.27	3.25 ± 1.37	34.63 ± 2.15	46.18 ± 1.32
t	—	0.189	14.148	0.109	11.997
P	—	0.850	0.000	0.913	0.000

2.3 两组中患者排气恢复正常时间、血淀粉酶恢复正常时间以及腹痛腹胀消失时间对比 对照组患者的排气恢复正常时间、血淀粉酶恢复正常时间以及腹痛腹胀消失时间长于观察组患者, 数据实施对比后有意义 ($P < 0.05$), 数据的内容见表 3。

表 3 两组中患者排气恢复正常时间、血淀粉酶恢复正常时间以及腹痛腹胀消失时间对比 ($\bar{x} \pm s$, 天)

组别	例数	排气恢复正常时间	血淀粉酶恢复正常时间	腹痛腹胀消失时间
对照组	46	3.46 ± 2.14	5.36 ± 1.18	4.13 ± 1.19
观察组	46	2.44 ± 1.02	3.16 ± 0.49	2.11 ± 0.15
t	—	2.918	11.678	11.422
P	—	0.004	0.000	0.000

2.4 两组中患者并发症发生率对比 对照组患者并发症发生率高于观察组, 数据实施对比后有意义 ($P < 0.05$), 数据的内容见表 4。

表 4 两组中患者并发症发生率对比[例(%)]

组别	例数	便秘	气胸	腹泻	总发生率
对照组	46	4 (8.70)	2 (4.35)	3 (6.52)	9 (19.57)
观察组	46	1 (2.17)	0 (0.00)	1 (2.17)	2 (4.35)
χ^2	—	—	—	—	5.06
P	—	—	—	—	0.024

3 讨论

急性重症胰腺炎疾病患者的情况较为严重, 患者的生命体征情况不稳定, 患者的疾病情况也非常容易发生变化, 且伴随存在不同情况的酸碱不平衡以及水电解质紊乱的问题^[3]。在这一情况之下, 对患者实施肠外营养支持治疗是极为中要的治疗方案之一, 能够显著改善患者的预后效果。但是长时间对患者使用肠外营养支持, 患者的肠道菌群将会发生变化, 患者肠道黏膜萎缩, 进而使得患者的肠道黏膜功能发生异常, 进而使得患者并发出现肠源性感染^[4]。肠内营养支持治疗措施能够对这一情况进行改善, 这一方式能够借助胃肠道提供给患者其新陈代谢所需要的营养成分, 同时还不会损伤到患者的肠道黏膜, 能够对患者的肠道功能进行保护, 让患者肠道内菌群能够维持正常的情况。除此之外, 肠内营养支持能够推动患者肠道内的细胞因子分泌, 防止患者发生各类炎症, 具有比较好的治疗效果^[5]。肠外营养支持主要通过静脉途径为患者提供各类营养成分, 患者实施营养支持期间输注的量较大, 营养液的浓度比较高, 对患者胃肠道所造成的刺激也较为显著, 容易导致患者发生腹泻以及便秘的情况。器械主要是因为肠外营养静脉置管的过程中患者营养液输空之后没有及时进行更替, 导致其他进入患者胸腔腔内所导致^[6]。肠内营养支持措施能够以小剂量以及低浓度为起始点, 给予患者充足的适应时间, 提升患者的机体耐受程度, 降低患者发生腹泻的概率^[7]。除此之外, 肠内营养支持治疗措施能够对患者机体营养状态进行有效改善, 同时为患者免疫功能的正常运行提供足够的能量, 进而对患者的机体炎症反应进行抑制, 进一步推动患者身体的恢复^[8]。肠内营养支持治疗措施还能够对患者的营养摄入效果进行提升, 对患者的机体营养状态进行改善, 为患者体内免疫功能的恢复以及正常的运行提供相关的帮助^[9]。在本次研究当中, 选择和分析了 92 例患者为研究当中的患者, 将所有患者随机地分成对照组 ($n=46$) 和观察组 ($n=46$), 对比两组患者重症急性胰腺炎控制率、治疗前后 CRP 以及血清白蛋白水平、排气恢复正常时间、腹痛腹胀消失时间、血淀粉酶恢复正常时间以及并发症发生情况之后发现, 对照组当中患者重症急性胰腺炎控制率低于观察组当中患者,

数据实施对比后有意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者的 CRP 以及血清白蛋白水平实施对比后没有意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 对照组患者的 CRP 水平高于观察组, 血清白蛋白水平则低于观察组, 数据实施对比后有意义 ($P < 0.05$)。对照组患者的排气恢复正常时间、血淀粉酶恢复正常时间以及腹痛腹胀消失时间长于观察组患者, 数据实施对比后有意义 ($P < 0.05$)。对照组患者并发症发生率高于观察组, 数据实施对比后有意义 ($P < 0.05$)。

总而言之, 在治疗重症急性胰腺炎患者期间, 对患者使用肠内营养支持治疗措施能够得到确切的效果, 可显著推动患者身体的恢复, 患者的治疗安全性比较高, 值得推广。

参考文献

- [1]胡洋子.肠内营养支持治疗技术在 ICU 重症急性胰腺炎患者中的应用效果[J].当代护士(下旬刊),2021,28(08):110-112.
- [2]蒋濛何.早期肠内营养支持治疗急性重症胰腺炎临床效果观察[J].安徽卫生职业技术学院学报,2021,20(02):137-138.
- [3]张文君.早期肠内营养支持治疗急性重症胰腺炎的临床意义[J].河南医学研究,2019,28(20):3678-3680.
- [4]高崇堂.肠内营养支持治疗重症急性胰腺炎的效果观察[J].中国民康医学,2018,30(18):33-34.
- [5]林海帆,黄爱治,王少娜.肠内营养支持治疗重症急性胰腺炎的效果分析[J].中外医学研究,2018,16(23):132-133.
- [6]尹松琼.早期肠内营养支持在急性重症胰腺炎治疗中的应用[J].中外医学研究,2017,15(01):131-133.
- [7]皮英.急性重症胰腺炎早期肠内营养支持的疗效及护理[J].系统医学,2016,1(02):63-65.
- [8]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(03):39+41.
- [9]程相超,袁启东,赵建红.重症急性胰腺炎患者实施肠内营养支持治疗对免疫及营养状态指标的影响[J].中国普外基础与临床杂志,2019,26(09):1067-1071.