

肠内营养治疗在重症监护室重症急性胰腺炎治疗中的临床研究

冯中顺

余杭区第二人民医院 311100

〔摘要〕 目的 评价肠内营养在重症监护室重症急性胰腺炎治疗中的临床价值。方法 选取收治的 60 例重症急性胰腺炎 (SAP) 患者,按分层随机化分组法分为观察组 (n=30)、对照组 (n=30),分别行早期肠内营养、完全肠外营养,比较两组恢复情况。结果 观察组病死率、感染率及多器官功能衰竭率低于对照组,首次排便时间、腹胀缓解时间、ICU 居住时间及住院时间均短于对照组,炎症水平低于对照组,营养状态及免疫状态较对照组改善,两组比较差异有统计学意义 (P<0.05)。结论 重症急性胰腺炎经早期肠内营养,可降低病死率,临床价值高。

〔关键词〕 肠内营养;重症监护室;重症胰腺炎;肠外营养

〔中图分类号〕 R576 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2019) 08-039-02

急性胰腺炎是多种病因导致胰酶在胰腺内被激活后引起胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的炎症反应,是临床常见的消化科危急重症。急性胰腺炎总体病死率为 5.0%~10.0%,其中 SAP 病死率高达 15.0%~90.0%,成为临床治疗面临的巨大挑战。重症急性胰腺炎内科规范治疗建议指出,SAP 诊断一旦明确,需立即转入重症监护室,及时监测体征变化。积极防治器官衰竭,并予以肠内营养、肠外营养抑制胰腺外分泌。笔者结合大量资料及自身经验,认为营养支持不会刺激胰腺分泌,且会改善肠道黏膜细胞结构及功能,可降低感染率,故此患者一旦肠功能恢复,就应早期予以营养支持。肠内营养与肠外营养是目前临床营养支持的两种方式,不同营养方式所取得的效果也不同。笔者根据此研究,对重症监护室重症急性胰腺炎患者分别采取肠内营养与肠外营养支持,旨在为临床营养支持提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我科重症监护在 2016 年 12 月至 2018 年 10 月期间收治的 60 例 SAP 患者,按分层随机化分组法分为两组,对照组 30 例,男 16 例,女 14 例;年龄 30~68 岁,平均年龄 (43.28±4.18) 岁;观察组 30 例,男 18 例,女 12 例;年龄 30~66 岁,平均年龄 (44.20±4.15) 岁;平均 APACHE II 评分 (12.60±2.15) 分。纳入标准:①入组对象符合《中国急性胰腺炎诊治指南 (2013,上海)》中 SAP 诊断标准,至少符合下述两种标准:上腹疼痛,血清淀粉酶升高 3 倍以上;CT 或 MRI 见急性胰腺炎变化,伴胰周广泛渗出、(或)胰腺坏死、(或)胰腺脓肿;器官功能衰竭;②入组患者在入院 72h 内接受治疗;③ APACHE II 评分 ≥ 8 分;④患者对研究目的、方法、制度知情,自愿签署同意书。排除标准:①伴心、肝、肾等器质性疾病;②妊娠期、哺乳期女性;③精神性疾病、认知异常者;④中途退出及拒绝参与研究者。

1.2 治疗方法

1.2.1 基础治疗:患者入院后,常规禁食、抗感染,行胃肠减压,抑制胰腺分泌,纠正水电解质及酸碱紊乱,液体复苏、脏器保护,器官功能衰竭防治等。

1.2.2 对照组:待患者肠功能恢复、体征稳定后,行肠外营养,予以外周静脉置管或中心静脉置管,每天补充热卡 104.6~125.5kJ/kg,氮量为 0.15~0.20g/kg。营养液

由葡萄糖、氨基酸溶液、水溶性维生素、脂溶性维生素、10%氯化钾、微量元素、胰岛素及 10%氯化钠组成。

1.2.3 观察组:待患者肠功能恢复,体征稳定后,行肠内营养,在内镜监视下取营养管置入空肠,在腹部 X 线下确定营养管位置,每天补充热量、氮量与对照组相同。先取 5%葡萄糖盐水 250~500ml 置入,待肠道适应后,予以能全力肠内营养混悬液,按由少到多、由淡到浓、由慢到快原则输注,初始速度 25ml/h,12~17h 逐渐增加剂量至 80ml/h,3~5d 增加至 1500~2000ml/d;随后慢慢过渡到米汤、牛奶、菜汤等。两组营养支持 14d。

1.3 观察指标

①记录患者病死率、感染率、多器官功能衰竭;②准确统计两组 ICU 居住时间及住院时间;③入组患者首次排便时间、腹胀缓解时间、PACHE II 评分;④炎症反应:C 反应蛋白 (CRP)、白细胞计数;营养指标:血红蛋白 (Hb)、白蛋白 (ALB)、前白蛋白 (PA);测定血清淀粉酶水平;免疫指标:IgG、IgM、CD4+/CD8+。

1.4 统计学方法

采取 SPSS20.0 统计学软件处理研究内数据。计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示,采取 t 检验;计数资料以 [例 (%)] 表示,采取 χ^2 检验;P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

本组研究中,观察组病死率 3.33%、感染率 33.33% 及多器官功能衰竭率 13.33% 低于对照组的 23.33%、63.33%、40.00%,有统计学意义。

3 讨论

急性胰腺炎患者在合并胰周脓肿、胰腺脓肿、胰腺坏死或多器官功能障碍后,则被发展为 SAP,一般根据 CT、MRI 显示胰腺、胰周病变程度,决定了 SAP 严重程度。SAP 起病急,累及多个脏器,并发症发生高,病死率高。因 SAP 伴严重代谢障碍,处于高代谢状态,需较多的蛋白质及热量。肠内营养可为患者提供足够的营养支持,与人体正常生理功能相似,能维持人体正常的肠道黏膜结构及功能的完整性,避免肠道细菌移位,减少感染发生;而且肠内营养支持,不会额外刺激胰腺功能,且能缓解人体急性期反应,纠正内脏蛋白质代谢功能,减轻脾细胞毒性反应。本组研究中,观察组病死率

(下转第 41 页)

表 2: 两组患者治疗安全性统计对比表

组别	例数 (n)	急性左心衰	皮肤粘膜出血	上消化道出血	脑出血	总发生率
r-PA 组	60	0	1	2	2	(5) 8.33%
UK 组	60	3	3	4	4	(14) 23.33%
χ^2						4.183
P						P < 0.05

了 3 代溶栓剂瑞替普酶和 1 代溶栓剂尿激酶开展对比治疗。详细来说, 尿激酶作为常见的溶栓剂, 主要是从尿液中提取蛋白水解酶, 可以有效预防出现血栓情况, 显著降低血液循环中所含有的纤维蛋白原等等^[4]。而瑞替普酶具有半衰期较长的长处, 与尿激酶相对比, 可以更加地加速血栓的溶解, 这不仅有利于减少治疗时间, 还有利于病情的恢复, 提高医患关系, 可以在临床上发挥更好的效果。最后, 由于该药副作用小, 可以有效减少出现并发症的几率, 使患者在治疗过程中的安全性可以得到很好的保障。

在此次研究中, r-PA 组患者的临床疗效和治疗安全性均显著优于 UK 组, 这说明采用瑞替普酶治疗急性心肌梗死患者的巨大临床价值的作用, 与尿激酶相比, 有利于帮助患者尽快康复。

一言以蔽之, 针对急性心肌梗死患者的治疗, 与尿激酶相比较, 瑞替普酶的临床疗效更为显著, 安全性也更高, 同

时还兼备药效持久、操作方便的优势。值得在临床中大力推广使用。但是由于此次实验的数据量较小、时间跨度较短, 仍然需要进行多次试验进一步证明采用瑞替普酶治疗急性心肌梗死患者的作用和巨大价值。

[参考文献]

[1] 武书平. 急性心肌梗死早期应用瑞替普酶静脉溶栓和尿激酶静脉溶栓治疗的临床观察 [J]. 海峡药学, 2018, 30(09):132-133.
 [2] 甄海源. 急诊应用瑞替普酶尿激酶溶栓对急性心肌梗死的治疗价值分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(79):83.
 [3] 张诗义. 急性心肌梗死应用瑞替普酶与尿激酶溶栓治疗对比研究 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(35):43.
 [4] 杜娟. 急诊冠脉介入治疗急性心肌梗死的有效性和安全性分析 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(18):182-183.

(上接第 38 页)

的净化能力^[4], 对毒素清除理想, 进而对血压管控有更好的辅助作用。本研究中, 在治疗总有效率上, 观察组 93.55%, 对照组 80.65%, 对比有统计学意义 (p<0.05); 在患者舒张压与收缩压指标上, 观察组各组护理后指数显著低于对照组, 对比有统计学意义 (p<0.05)。观察组运用血液灌流联合透析治疗, 效果稳定, 控制血压情况也更为理想, 整体的治疗效果更有益于患者。

综上所述, 尿毒症合并顽固性高血压采用血液灌流联合透析治疗可以有效的提升治疗疗效, 改善血压状况, 整体治疗恢复情况更为理想。

[参考文献]

[1] 邹懿, 王茜茜, 程宗华, 等. 维持性血液透析联合血液灌流对伴有顽固性高血压的尿毒症患者心脏结构和功能的作用 [J]. 实用医学杂志, 2016, 32(20):3321-3324.
 [2] 汤萌. 维持性血液透析联合血液灌流治疗的临床研究 [J]. 当代医学, 2019, 25(12):133-134.
 [3] 侯俊英. 血液灌流联合血液透析治疗尿毒症难治性高血压的作用 [J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(13):63-65.
 [4] 陈菲. 血液透析联合血液灌流治疗尿毒症的效果评价 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17(14):124-125.

(上接第 39 页)

3.33%、感染率 33.33% 及多器官功能衰竭率 13.33% 低于对照组的 23.33%、63.33%、40.00%, 有统计学意义。因此, 经肠外营养治疗时, SAP 患者接受肠内营养支持, 可降低患者治疗期间病死率、感染率等并发症, 利于患者预后改善。且观察组患者恢复时间短于对照组, 炎症水平低于对照组, 免疫功能改善程度高于对照组, 有统计学意义。结果说明, 肠内营养支持, 利于患者病情更好恢复, 其原因肠内营养可直接为肠道黏膜提供所需营养物质, 促进肠道黏膜上皮增生, 改善黏膜血流循环, 降低肠道黏膜通透性, 促使免疫球蛋白生成, 改善机体免疫功能; 且能抑制肠源性内毒素移位及细菌移位, 减轻炎症水平; 另外肠内营养支持, 促使肠道蠕动功能的恢复, 降低腹腔压力, 使胃肠道及腹腔脏器恢复正常血供, 增加脏器灌注, 促进组织器官恢复, 进而能减少感染及多脏器功能障碍等并发症发生。目前对肠内营养时机尚存在争议, 认为早期患者感染症状严重, 伴大量腹腔脓液及渗液, 若过早肠内营养支持会加重炎症反应, 加重胰腺坏死程度; 但时间越久, 患者病情危重, 营养缺乏, 病死率高。因此当患者体征稳定, 胃肠稳定, 在发病 7 2h 内早期开始肠内营养支持, 可改善病情,

且能增加肠道血流量, 提高机体免疫功能, 减少并发症发生。综上所述, 重症急性胰腺炎患者采取早期肠内营养支持, 可降低病死率及并发症发生率, 改善患者免疫功能, 缓解机体炎症反应, 应用价值高, 值得临床应用。

[参考文献]

[1] 李莉霞, 黄成珂, 孙朝荣, 胡松浩, 陆晓彤. 重症监护病房肝功能不全患者个体化用药决策 [J]. 中国药学杂志. 2013(17)
 [2] G.P.MARZOLI, P.L.CATALANO, S.CEMIN, F.MARTIN, 白植军. 外科在急性胰腺炎治疗中的作用 [J]. 临床消化病杂志. 1989(02)
 [3] 郑彩莲, 孙建光, 杨丽, 张素蕊, 胡广云. 集束化方案降低重症监护病房抗生素相关性腹泻的临床评价 [J]. 中国中西医结合消化杂志. 2017(01)
 [4] 张宇, 李尧, 陈炜, 王芬芬. 益生菌预防神经重症监护病房老年患者抗生素相关性腹泻的疗效观察 [J]. 中国初级卫生保健. 2016(10)
 [5] 布小玲, 王启仪. 经皮内镜下胃造瘘术在重症监护室的应用 [J]. 广东医学. 2002(S1)