

急性胰腺炎早期肠内营养不耐受护理的研究进展

施小敏

温州市人民医院 浙江 温州 325000

【摘要】：急性胰腺炎属于临床常见的危重症，具有较高的病死率，发病后通常需禁食，为避免禁食引发营养不良问题，临床常主张早期肠内营养支持。由于急性胰腺炎患者的胰腺液进入腹腔后容易损伤脏器功能，引发早期肠内营养不耐受，不利于早期肠内营养支持的顺利开展，给病情康复造成不良影响。为降低急性胰腺炎早期肠内营养不耐受的发生，临床正在努力研究早期营养不耐受护理方案。鉴于此，本文通过概述早期肠内营养在急性胰腺炎中的重要性及意义，阐述早期肠内营养不耐受，分析急性胰腺炎早期肠内营养不耐受的护理措施，以期临床研究急性胰腺炎患者早期肠内营养不耐受的护理方案提供参考。

【关键词】：急性胰腺炎；早期肠内营养不耐受；护理；研究进展

DOI:10.12417/2982-3676.25.02.013

急性胰腺炎属于临床实践中经常碰到的急腹症，是指在多种病因（比如胆石症、大量饮酒、手术与创伤、内分泌及代谢紊乱、暴饮暴食等）作用下胰腺组织出现自身消化、出血、水肿、坏死，胰腺局部炎症反应是其主要特征^[1]。急性胰腺炎导致机体处于高应激状态，增加体内能量消耗量，提高营养不良、多器官功能衰竭等不良事件发生的风险性，给患者的生命安全构成极大威胁，如何诊治急性胰腺炎引起临床广泛关注和重视^[2]。对于急性胰腺炎，大量临床研究强调需尽早进行肠内营养支持，早期肠内营养支持成为主要治疗手段，在疾病治疗方面疗效确切^[3]。然而，部分急性胰腺炎患者在早期肠内营养支持治疗期间，易出现营养不耐受状况，无法充分发挥早期肠内营养支持方案的作用，不利于疾病转归。因此，在急性胰腺炎患者早期肠内营养治疗期间配合护理干预是十分必要的，对于预防和降低营养不耐受具有重要意义。鉴于此，本文就急性胰腺炎早期肠内营养不耐受护理的研究进展做一综述，具体报告如下。

1 概述早期肠内营养在急性胰腺炎中的重要性及意义

1.1 早期肠内营养在急性胰腺炎中的重要性

患者发生急性胰腺炎后，易出现急性上腹痛、恶心、呕吐、发热等症状，机体处于高能量、高分解代谢状态，使得应激水平异常升高^[4]。当急性胰腺炎患者的应激水平异常升高，会加快体内储存营养物质的消耗速度，甚至会损伤患者的消化系统等组织器官功能。急性胰腺炎患者通常伴有程度不一的消化系统动力障碍，在应激反应的影响下会收缩胃肠血管，使得胃肠黏膜系统呈低灌注水平，给胃肠道造成不良影响，陷入缺血缺氧状态；人体内大多数代谢产物因局部缺氧会在体内积累，生成大量的炎症介质、氧自由基；同时，内分泌紊乱、胃肠黏膜屏障损伤等会引发出血性胃炎、胃溃疡等并发症，而内毒素、胃肠道细菌在人体内移动后会加重感染，为抗感染所运用的广

谱抗生素会导致肠道菌群失衡^[5]。上述种种皆表明急性胰腺炎患者发病后出现营养不良的风险性较高，提供早期肠内营养支持是十分必要的。

1.2 早期肠内营养的意义

肠内营养是临床常用的营养支持手段，其通过鼻胃管输注人体所需营养物质，确保人体内储存充足营养物质的同时，可以刺激肠道蠕动功能，对肠内毒素具有抑制作用，有助于增强免疫力和抵抗力，加快病情康复速度^[6]。对急性胰腺炎患者实施早期肠内营养支持，有助于降低感染发生率，且可以直接向胃肠道提供营养物质和营养素，满足人体代谢的需求，促使肠道黏膜的完整性免遭损伤，保护胃肠功能，加快胃肠功能的恢复速度。赵现波^[7]将128例急性重症胰腺炎患者随机分为对照组（延迟肠内营养治疗）与观察组（早期肠内营养治疗），结果显示观察组在并发症发生率、临床症状消失时间、胃肠道功能恢复时间、住院时间、炎症因子水平方面的数值均优于对照组（ $P<0.05$ ），提示针对急性重症胰腺炎患者，实施早期肠内营养的效果确切，对于临床症状的改善及胃肠道功能的恢复具有促进作用，有助于降低炎症因子水平和并发症发生率。孙昱等^[8]把125例急性胰腺炎患者依照护理方案的不同划分为对照组（经鼻胃管性肠内营养+常规护理）、观察组（经鼻空肠管行肠内营养+综合护理），结果显示观察组的营养状况指标、炎症指标、血淀粉酶水平、腹痛腹胀消失时间、胃肠道功能恢复时间、住院时间及并发症发生率均优于对照组（ $P<0.05$ ），表明经鼻空肠管行肠内营养+综合护理有助于改善急性胰腺炎患者的营养状况，减轻炎症反应，提高生活质量，且减少不良反应的发生。余敏^[9]通过对比研究证实了在重症急性胰腺炎患者临床治疗环节中运用早期肠内营养护理干预，可持续提升干预效果，改善营养状况及实验室指标，降低并发症发生率。由此看出，早期肠内营养用于急性胰腺炎治疗的意义显著。

2 阐述早期肠内营养不耐受

2.1 早期肠内营养不耐受的含义

早期肠内营养不耐受在临床上又被称为早期肠内营养喂养耐受不良,是指肠内营养过程中胃肠道不能吸收或不能完全吸收肠内给予方式的营养物质,使得大量营养物质堆积在胃肠道内,从而诱发腹痛、腹胀、腹泻、恶心呕吐、肠鸣音消失等一系列症状,属于肠内营养支持最为常见的并发症^[10]。早期肠内营养不耐受在一定程度上反映了人体内消化系统的状态,也反映了疾病的严重程度,通常与不良临床结局存在相关性。

2.2 早期肠内营养不耐受的机制

(1) 胃肠动力减弱:机体发生急性胰腺炎后,容易减弱胃肠动力,具体表现为肠道蠕动能力减弱、胃内容物从胃肠内排出时间延迟等。胃肠动力减弱后会延长食物在肠道内的停留时间,使得早期肠内营养不耐受程度加重,引发腹泻、消化不良等问题。

(2) 消化酶活性降低:急性胰腺炎会导致胰腺组织出现炎症反应,导致胰腺组织出现炎症损伤,对消化酶的正常分泌和消化酶活性造成不良影响。脂肪酶、淀粉酶、蛋白酶是临床常见的消化酶类型,在肠道内具有重要的消化作用。然而,急性胰腺炎患者的消化酶活性会普遍降低,严重妨碍食物的消化和吸收进程,使得早期肠内营养不耐受程度加重。

(3) 肠道屏障功能损伤:急性胰腺炎所引发的炎症反应不仅会对胰腺组织造成影响,炎症介质还会进入肠道,损伤肠道屏障功能。当人体内的肠道屏障功能受到损伤后,会降低肠道对营养物质的吸收功能,提高肠道的通透性,利于致病菌和毒素进入肠道,加重肠内营养不耐受的临床症状。

3 急性胰腺炎患者早期肠内营养不耐受的护理措施

3.1 加强病情评估与监测

(1) 评估病情严重程度:急性胰腺炎具有病情危重复杂、病情发展速度快、发病突然等特点,容易累及多个脏器,甚至诱发多器官功能衰竭,故重视病情严重程度评估是十分必要的。医护人员在进行早期肠内营养支持前应评估急性胰腺炎患者的病情严重程度,有助于预防肠内营养不耐受的发生。

(2) 胃肠损伤评估及腹内压监测:急性胰腺炎患者因腹腔积液、积气使得腹内压力水平升高,腹腔内压力水平升高会压迫肠道管壁,减少肠壁血液灌注量,使得肠黏膜因缺血坏死,胃肠蠕动能力减弱甚至消失,给胃肠功能造成不良影响,甚至引发急性胃肠损伤。因此,在实施早期肠内营养治疗前需注重胃肠损伤评估及腹内压监测,等到腹内压力水平低于15mmHg时方可进行早期肠内营养支持,且治疗期间动态监测和记录腹内压力水平的数据,避免肠内营养不耐受的发生^[11]。

(3) 监测内环境:急性胰腺炎患者的胰腺液进入腹腔后

会使得血容量大幅度锐减,再加上应激反应会导致释放大量的儿茶酚胺及肾上腺素进入血液中,诱发水电解质紊乱、酸碱度失衡、糖代谢紊乱等,提高肠内营养不耐受发生的风险性。因此,护理人员应动态监测和记录患者的血气指标、血糖水平、肝肾功能指标、电解质指标等内环境指标,一旦出现异常需立即处理,防止发生肠内营养不耐受。

(4) 监测中心静脉压:相关研究发现,中心静脉压 $>12\text{cmH}_2\text{O}$ 是急性胰腺炎患者引发肠内营养不耐受的重要危险因素^[12]。由于患者每天需给予输液治疗,会持续影响中心静脉压,故护理人员应动态监测患者的中心静脉压,一旦中心静脉压数值超过 $12\text{cmH}_2\text{O}$,需提高警惕,预防肠内营养不耐受的发生。

3.2 重视早期肠内营养耐受性的评估

在对急性胰腺炎患者提供早期肠内营养支持前,医护人员应依照患者的病情、临床表现、身体状况等评估早期肠内营养不耐受的风险,对于评估结果显示为高风险者,在早期肠内营养支持开展过程中应将其纳入重点关注范畴。在早期肠内营养治疗期间,护理人员应动态评估患者的肠内营养耐受性,一旦出现不耐受情况需立即报告医生,在医生指导下进行干预。

3.3 合理药物护理

临床在治疗急性胰腺炎时,通常会采用抗菌药物、血管活性药物、抑酸剂、镇痛药物等,但已有研究证实血管活性药物、镇痛药物是肠内营养不耐受发生的危险因素^[13]。血管活性药物通常归类到儿茶酚胺类,儿茶酚胺能减少消化道血流,延缓胃排空速度;而镇痛药物可减弱胃肠道的动力,破坏胃肠道屏障,减少肠系膜的灌注量,提高肠道致病菌群的毒力,最终对胃肠道功能造成不良影响^[14-15]。因此,对于存在肠内营养不耐受风险者可考虑使用消化酶抑制剂,以减少胰腺组织胰液的分泌量,改善临床症状;对于伴有感染的急性胰腺炎肠内营养不耐受者,应依照病原菌培养及药敏试验结果挑选合适的抗菌药物。同时,在各类药物使用过程中,护理人员应密切关注患者用药后的反应,监测药物对肠内营养耐受性的影响。

3.4 液体护理

依照急性胰腺炎患者的实际状况拟定合理的补液措施,确保血容量与循环处于稳定状态,避免发生脱水。护理人员应严格依照医嘱提供静脉输液服务,动态监测血压、心率、尿量等指标的变化,及时发现水电解质紊乱并采取合适的措施进行纠正。

3.5 应用生态免疫制剂

随着临床对急性胰腺炎早期肠内营养的深入研究,在肠内营养液中添加生态免疫制剂(比如可溶性膳食纤维、谷氨酰胺、益生菌、精氨酸等)有助于改善患者的肠道功能和胃肠动力状态,调节肠道菌群情况。李洪广等^[16]研究证实添加可溶性膳食

纤维是急性重症急性胰腺炎患者肠内营养不耐受的保护影响,通过服用可溶性膳食纤维且被消化分解后会产生短链脂肪酸,短链脂肪酸对于神经递质的分泌具有促进作用,能有效保护肠道黏膜屏障,增强胃肠道收缩功能与蠕动功能,调节胃肠道菌群处于平衡状态,降低肠内营养不耐受的发生率。林涛等^[17]研究证实谷氨酰胺+早期肠内营养有助于提升重症急性胰腺炎的临床疗效,减轻炎症反应,改善营养代谢,增强免疫功能,推动胃肠功能恢复。由此看出,在拟定急性胰腺炎早期肠内营养不耐受护理措施时可考虑生态免疫制剂的应用,有助于减少

肠内营养不耐受的发生。

4 小结

综上所述,肠内营养不耐受是急性胰腺炎患者早期肠内营养治疗的常见并发症,主要是由于胃肠动力减弱、消化酶活性降低、肠道屏障功能损伤等所致,不利于充分发挥早期肠内营养的作用,给预后造成不良影响。因此,在实施早期肠内营养治疗前,需加强病情评估与监测,重视早期肠内营养不耐受评估,并提供合理用药护理、液体管理、应用生态免疫制剂等干预措施,从而降低肠内营养不耐受发生率。

参考文献:

- [1] 姜涵,陈旭.谷氨酰胺联合早期肠内营养治疗重症急性胰腺炎的效果及对营养指标和炎性因子的影响[J].临床合理用药,2025,18(6):97-99.
- [2] 田源,马柳一,刘倩倩,等.含缓释淀粉肠内营养制剂对重症急性胰腺炎患者血糖变异性及预后的影响[J].实用临床医药杂志,2025,29(7):64-70.
- [3] 赖化莲.重症急性胰腺炎早期肠内营养支持联合整体护理的应用价值[J].中国医药指南,2025,23(12):180-182.
- [4] 李国军,吴华兵.乌司他丁联合早期肠内营养支持治疗重症急性胰腺炎对免疫球蛋白及炎性因子的影响[J].临床合理用药,2025,18(3):79-82.
- [5] 陈晶晶,蔡山山.免疫微生态肠内营养对急性胰腺炎患者的影响[J].山东医学高等专科学校学报,2025,47(1):45-47.
- [6] 林维茂,郑锐年,陈茂生,等.不同肠内营养时机对重症急性胰腺炎患者营养状况、肠黏膜屏障功能及炎症免疫平衡的影响[J].现代生物医学进展,2024,24(24):4740-4742.
- [7] 赵现波.探讨早期肠内营养对急性重症胰腺炎预后治疗效果的影响[J].系统医学,2025,10(1):122-125.
- [8] 孙昱,薛晓梅,弯丽莉.肠内营养联合综合护理对急性胰腺炎患者营养状况及炎症反应的影响[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(12):1-4.
- [9] 余敏.早期肠内营养护理干预对重症急性胰腺炎患者营养状况及实验室指标的影响[J].中国医药指南,2024,22(26):60-62.
- [10] 中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会,中华医学会肠外肠内营养学分会.肿瘤患者肠内营养耐受不良专家共识[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2023,10(4):505-508.
- [11] 赵珊珊,宋洪涛,汪丽萍,等.重症急性胰腺炎肠内营养喂养不耐受的影响因素分析及腹内压的预测价值探讨[J].现代生物医学进展,2022,22(19):3665-3669.
- [12] 李红玲,王昌成,葛晓璐,等.重症胰腺炎患者早期肠内营养治疗前后肠黏膜屏障的变化及喂养不耐受危险因素分析[J].临床和实验医学杂志,2024,23(8):809-812.
- [13] 朱珠,雷飘,霍俊云,等.重症监护病房患者肠内营养喂养不耐受的现状及影响因素分析[J].中华危重病急救医学,2024,36(12):1296-1300.
- [14] 黄承华,孙青,王雪琴.呼吸衰竭患者通气治疗期间发生肠内营养喂养不耐受的危险因素分析[J].临床护理杂志,2024,23(2):16-19.
- [15] 龚贝贝,玉明柳,张乃方,等.AIDS患者肠内营养支持治疗后喂养不耐受发生情况及其影响因素[J].广西医学,2023,45(10):1214-1219.
- [16] 李洪广,李悦.急性重症胰腺炎患者发生肠内营养喂养不耐受的相关影响因素分析[J].社区医学杂志,2022,20(21):1215-1219.
- [17] 林涛,鄢涛,巫金.谷氨酰胺联合早期肠内营养治疗重症急性胰腺炎的临床疗效[J].中国社区医师,2023,39(15):24-26.