基于风险预警的高脂血症性胰腺炎并发症护理实践探讨

陈艳娇

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230000

【摘　要】：高脂血症性急性胰腺炎（HLAP）是急性胰腺炎的特殊亚型，近年来发病率逐年攀升，相较于其他病因胰腺炎，其病情进展更快、炎症反应更剧烈，易诱发多器官功能障碍、腹腔并发症、凝血功能异常等多种并发症，是导致患者病情恶化、死亡的核心因素。传统护理模式以被动对症干预为主，缺乏前瞻性风险识别与防控体系，难以适配 HLAP 高危并发症的防控需求。风险预警护理依托量化评估指标、动态病情监测与分层干预策略，可实现并发症的早识别、早干预、早管控。本文系统梳理 HLAP 常见高危并发症类型与发病机制，总结临床常用的风险预警指标、评估体系，整合基于风险预警的精细化护理实践措施，旨在为优化 HLAP 并发症护理方案、降低并发症发生率与病死率、改善患者预后提供临床参考。

【关键词】：高脂血症性胰腺炎；并发症；风险预警；护理实践；精细化护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.016

急性胰腺炎（acute pancreatitis，AP）是一种较为常见的消化系统疾病，临床表现为上腹疼痛、腹胀、恶心呕吐等，其发病率为（4.9～73.4）/10 万，且在近年呈上升趋势［1］。轻症 AP 具有自限性，但随着胰腺水肿、出血、坏死加剧，约 1/5 的 AP 病例可迅速进展为重症急性胰腺炎（severe acute pancreatitis，SAP），大量炎症因子进入外周循环，引发全身炎症反应综合征，还可增加并发感染和/或多器官衰竭的风险，若无及时、有效的治疗，SAP 合并 IPN 患者的死亡率为 20%~30%。高脂血症性急性胰腺炎特指由高甘油三酯血症（血清甘油三酯≥11.3mmol/L）诱发的急性胰腺炎症，其发病核心机制为过量甘油三酯在胰腺脂肪酶作用下分解产生游离脂肪酸，引发胰腺腺泡损伤、微循环障碍与级联式炎症风暴，导致病情进展迅速且并发症高发[2]。临床数据显示，HLAP 患者重症转化率、并发症发生率及远期复发率均显著高于普通急性胰腺炎，重症患者病死率可达 30%，严重威胁患者生命健康[3]。目前，风险预警理念已广泛应用于急危重症护理领域，但针对 HLAP 并发症的专项预警护理体系尚未完全统一，临床实践仍存在干预不规范、监测不精准等问题。

1 HLAP 主要高危并发症及发病风险机制

HLAP 的并发症由胰腺局部炎症扩散、全身炎症反应紊乱、微循环障碍及多器官灌注不足引发，局部并发症以腹腔间隔室综合征、胰腺坏死感染、假性囊肿为主，全身并发症包括急性呼吸窘迫综合征、急性肾功能损伤、凝血功能障碍、多器官功能障碍综合征等，各类并发症可单独或合并发生，形成恶性循环加重病情[4]。

1.1 局部并发症

腹腔间隔室综合征是 HLAP 最常见的严重局部并发症，胰腺水肿、渗出增多、腹腔积液及肠麻痹胀气导致腹腔内压力持续升高，压迫腹腔脏器与血管，引发循环、呼吸、消化功能异常，若未及时干预，可快速进展为多器官损伤。胰腺坏死感染多发生于发病 3~7d，炎症风暴导致胰腺组织缺血坏死，肠道菌群移位诱发感染，是重症 HLAP 患者死亡的重要局部诱因。胰腺假性囊肿多为远期并发症，胰腺渗出液、坏死组织被纤维组织包裹形成囊性结构，可压迫周围脏器引发腹痛、梗阻等症状[5]。

1.2 全身并发症

急性呼吸窘迫综合征是 HLAP 早期高发全身并发症，全身炎症介质释放损伤肺泡毛细血管屏障，导致肺水肿、换气功能障碍，表现为进行性呼吸困难、低氧血症，是患者早期死亡的首要原因[6]。急性肾功能损伤由肾微循环灌注不足、炎症介质损伤肾小管导致，以少尿、肾功能指标异常为主要表现。凝血功能障碍源于炎症反应激活凝血系统，引发高凝状态继而消耗性低凝，易诱发全身出血与血栓形成，增加救治难度。多器官功能障碍综合征为终末期严重并发症，是局部炎症扩散、全身多脏器功能受损的综合结果，病死率极高。

1.3 并发症风险影响因素

临床研究证实，入院血清甘油三酯≥11.3mmol/L、C 反应蛋白≥150mg/L、白蛋白＜30g/L 是 HLAP 并发症发生的独立危险因素，患者血脂水平、炎症反应程度、营养状态直接关联并发症发生风险[7]。同时，高龄、合并基础代谢疾病、液体复苏不当、肠内营养启动延迟等因素，会进一步提升并发症的发病概率，为风险预警护理提供了明确的指标依据。

2 HLAP 并发症风险预警体系构建

风险预警体系是前瞻性护理干预的核心，核心包括预警指标筛选、风险分级评估、动态监测流程三部分，通过量化指标实现并发症风险的精准预判，为分层护理提供依据。

2.1 核心预警监测指标

结合 HLAP 并发症发病机制与独立危险因素，临床将指标分为血脂代谢指标、炎症指标、脏器功能指标、循环灌注指标四大类。血脂指标以血清甘油三酯为核心，动态监测其下降幅度，若持续居高不下或下降缓慢，提示炎症控制不佳、并发症风险升高。炎症指标包括 C 反应蛋白、降钙素原，可精准反映

全身炎症反应程度，降钙素原持续升高提示存在胰腺坏死感染风险[8]。脏器功能指标涵盖血气分析、肝肾功能、凝血功能、尿量等，可早期识别呼吸、肾脏、凝血功能损伤。循环灌注指标包括心率、平均动脉压、中心静脉压、乳酸水平，用于预判微循环障碍与休克风险。

2.2 风险分级评估标准

依据预警指标异常程度与患者临床表现，将 HLAP 并发症风险分为低、中、高三个等级。低风险：甘油三酯＜11.3mmol/L，炎症指标轻度升高，脏器功能正常，无明显临床症状，并发症发生率低；中风险：甘油三酯≥11.3mmol/L，C 反应蛋白显著升高，出现轻微腹胀、呼吸急促，单一脏器功能轻度异常，存在潜在并发症风险；高风险：血脂持续高位，降钙素原大幅升高，出现腹腔高压、进行性低氧血症、尿量减少等表现，多脏器功能受损，极易发生严重并发症，需紧急干预。

2.3 动态预警监测流程

建立“入院初评-每日复评-实时动态监测”的全程预警流程。患者入院后即刻完成全面风险评估，划分风险等级并制定基础干预方案；低风险患者每日定时评估 1 次，监测指标变化；中风险患者每 6h 复评 1 次，密切监测症状与指标波动；高风险患者实施 24h 不间断动态监测，实时记录生命体征、实验室指标、腹部症状变化，一旦出现指标恶化或新发症状，立即触发预警并启动应急护理方案。

3 基于风险预警的 HLAP 并发症精细化护理实践

3.1 低风险患者基础预防护理

低风险患者核心护理目标为控制基础病情，规避风险升级。严格落实血脂管控护理，绝对禁止高脂饮食，遵医嘱规范输注降脂药物，动态监测血脂变化，每日记录血脂下降情况。强化基础生命体征监测，定时监测体温、心率、呼吸、血压，观察患者腹胀、腹痛症状变化。规范液体管理，采用目标导向性液体治疗模式，维持尿量＞0.5ml/(kg·h)、平均动脉压＞65mmHg，保证脏器有效灌注。同时开展早期健康宣教，告知患者疾病诱因、高脂饮食危害及卧床注意事项，缓解患者焦虑情绪，提升治疗依从性，预防炎症进展与风险升级。

3.2 中风险患者针对性预警干预

中风险患者存在潜在并发症风险，需聚焦炎症控制、脏器保护、风险阻断开展护理。一是强化炎症与血脂双重管控，缩短实验室指标监测间隔，动态追踪 C 反应蛋白、降钙素原、甘油三酯水平，及时反馈指标波动情况，协助医生调整降脂、抗炎治疗方案。二是重点预防呼吸与肠道并发症，定时协助患者翻身、叩背，指导有效咳嗽咳痰，预防肺部感染；监测患者腹胀程度、肛门排气排便情况，早期开展胃肠减压，禁食期严格把控营养方案，避免外源性脂肪摄入加重脂质代谢紊乱，病情平稳后循序渐进启动肠内营养。三是落实早期活动护理，指导患者进行踝关节泵运动、膝关节屈伸等床上轻度肢体活动，预防下肢深静脉血栓形成与继发性血栓。四是加强用药安全管理，建立含甘油药物筛查机制，规避高危药物组合，避免药源性血脂升高，保障用药安全。

3.3 高风险患者重症并发症专项护理

高风险患者并发症高发且病情危重，需针对高危并发症开展专项精准护理，阻断病情恶化。针对腹腔间隔室综合征，每 2h 监测腹腔压力，严格控制输液速度与输液量，及时引流腹腔积液，减轻腹腔压力，观察患者腹痛、腹胀及呼吸循环变化，预防脏器受压损伤。针对急性呼吸窘迫综合征，加强血气分析动态监测，给予氧疗支持，必要时配合机械通气护理，做好气道湿化、痰液引流，维持呼吸道通畅，纠正低氧血症。

针对凝血功能障碍与出血风险，严密观察患者皮肤黏膜、切口、消化道有无出血迹象，监测凝血功能指标，一旦发现出血倾向，立即配合实施压迫止血、输注凝血因子等干预措施，调整抗凝治疗方案。针对多器官功能损伤，实施多脏器一体化保护护理，精准记录 24h 出入量，保护肾功能；监测肝功能、心肌酶谱，规避药物性脏器损伤；联合营养专科护士制定个体化营养方案，严格控制脂肪供能比例，改善患者营养状态，增强机体抵抗力。同时联合多学科团队，配合血浆置换、血液净化等专科治疗，做好治疗参数监测、设备运维及并发症处理，提升重症救治效果。

3.4 远期并发症预防与延续护理

HLAP 患者远期易出现胰腺假性囊肿、慢性胰腺炎、代谢异常等并发症，需依托风险预警思维开展延续护理。患者康复期定期监测血脂、血糖及腹部影像学指标，每 3~6 个月完成并发症筛查。建立患者随访档案，动态记录患者康复期指标变化、饮食运动、用药情况，针对性开展健康指导，督促患者低脂饮食、规律运动、规范服用降脂药物，规避疾病复发与远期并发症发生。同时开展心理护理，缓解患者长期患病的焦虑、担忧情绪，提升自我管理能力。

4 小结

高脂血症性胰腺炎并发症具有高发、高危、进展快的特点，是临床护理的重点与难点。传统被动护理模式难以适配并发症防控需求，基于风险预警的精细化护理模式，通过构建标准化风险预警体系、实施分层分级前瞻性干预、强化多学科协作与全程延续护理，可有效早期识别并发症风险，阻断病情进展，降低并发症发生率与病死率。针对当前临床预警体系不标准、干预衔接不足、多学科协作不完善等问题，未来需持续优化预警模型、规范护理流程、完善协作机制，推动 HLAP 并发症护理向精准化、规范化、智能化发展，为患者康复提供更优质的护理保障。

参考文献：

[1] 万媛,刘静兰,刘敏,等.1 例妊娠合并高甘油三酯血症性重症胰腺炎并发酮症酸中毒及子宫不全破裂的护理体会[J].中西医结合护理,2026,12(5):176-182.

[2] 许雅芸.高脂血症型胰腺炎患者血脂管理的护理策略及效果评价[J].基层医学论坛,2026,30(12):136-138.

[3] 杨文航,张玉坤.新型分子生物标志物评估高脂血症性急性胰腺炎预后的研究进展[J].大医生,2026,11(4):124-128.

[4] 姚瑶,邰梅.基于赋能理论的自我管理干预在高脂血症性急性胰腺炎患者中的应用[J].时尚健康,2026,(12):4-6.

[5] 李菲菲,符明,朱浩然,等.认知行为理论视域下高脂血症性急性胰腺炎病人复发风险感知的质性研究[J].全科护理,2025,23(13):2534-2538.

[6] 陈利.不同病因(胆源性/酒精性/高脂血症性)急性胰腺炎的临床特征差异及治疗响应对比[J].医学研究前沿,2025,3(11):179-181.

[7] 童黎敏,方向葵,陈晟杰,等.高甘油三酯血症性急性胰腺炎患者临床重症化的危险因素分析[J].中国中西医结合急救杂志,2025,32(4):444-447.

[8] 黄晓东,徐志鸿,刘斯瑶,等.入院早期甘油三酯达标对高脂血症性急性胰腺炎患者住院期间终点事件的影响[J].中国急救医学,2024,44(10):871-877.