

早期肠内营养护理在重症急性胰腺炎治疗中的应用效果分析

谢丽妮

宜都市人民医院 湖北 宜都 443300

【摘要】目的：探讨早期肠内营养护理在重症急性胰腺炎（SAP）治疗中的应用效果，为临床护理提供依据。方法：选取我院2024年11月—2025年10月收治的45例重症急性胰腺炎患者，随机分为观察组（23例）与对照组（22例）。对照组采用常规护理与全肠外营养支持，观察组常规护理基础上实施早期肠内营养及针对性护理干预。对比两组胃肠功能恢复时间、营养指标、炎症因子水平、并发症发生率及住院时间。结果：观察组腹痛缓解、肠鸣音恢复、肛门排气时间均短于对照组（ $P<0.05$ ）；干预后血清白蛋白、前白蛋白水平高于对照组，C-反应蛋白（CRP）、白细胞介素-6（IL-6）水平低于对照组（ $P<0.05$ ）；并发症总发生率低于对照组，住院时间更短（ $P<0.05$ ）。结论：早期肠内营养护理可促进重症急性胰腺炎患者胃肠功能恢复，改善营养与炎症状态，降低并发症风险，缩短住院时间，临床应用价值显著。

【关键词】重症急性胰腺炎；早期肠内营养；护理干预；胃肠功能；并发症

DOI:10.12417/2811-051X.26.06.064

重症急性胰腺炎（SAP）是临床常见急腹症，起病急骤、病情进展迅速、并发症繁杂且病死率较高，严重威胁患者生命安全^[1]。发病后机体处于强烈应激状态，呈现高代谢、高分解异常生理模式，能量消耗急剧增加，蛋白质大量分解，极易引发营养不良^[2]。肠道黏膜屏障功能同时受损，菌群平衡被打破，引发菌群移位，激活全身炎症反应综合征，进一步加重病情，形成恶性循环。临床护理中，传统治疗方案采用长期禁食联合全肠外营养支持，能暂时减少胰腺分泌、减轻胰腺负担，长期禁食却易导致肠道功能废用性衰退、黏膜萎缩，增加感染、电解质紊乱等并发症风险，还可能延长住院时间、增加治疗成本^[3]。近年来临床研究证实，早期肠内营养可通过温和刺激肠道黏膜，维护肠黏膜屏障完整性，减少肠道细菌及毒素移位，有效调控全身炎症反应，为患者提供充足营养支持，改善营养状况，增强机体免疫力^[4]。配合科学规范的护理干预，可显著提升患者对肠内营养的耐受性，降低不良反应发生率，保障营养支持的安全性与有效性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2024年11月—2025年10月收治的重症急性胰腺炎患者45例，按随机数字表法分为观察组23例、对照组22例。观察组男13例，女10例；年龄28~71岁，平均（46.5±7.2）岁；胆源性14例，高脂血症性7例，其他2例。对照组男12例，女10例；年龄30~73岁，平均（47.2±6.8）岁；胆源性13例，高脂血症性6例，其他3例。两组年龄、性别、病因、APACHE II评分等基线资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。纳入者符合SAP诊断标准，APACHE II评分≥8分。排除消化道出血、肠梗阻、肠痿及严重心肝肾疾病患者。

1.2 方法

两组均给予禁食、胃肠减压、抑酸抑酶、液体复苏、抗感染等常规治疗，同步实施不同营养支持与护理方案。对照组采取常规护理，严密监测生命体征，做好疼痛、口腔及皮肤护理，全程采用全肠外营养支持，静脉输注营养制剂满足机体代谢需求，病情稳定、胃肠功能明显恢复后，逐步过渡至肠内营养。观察组在对照组常规护理与治疗基础上，入院24~48h血流动力学稳定后启动早期肠内营养干预，鼻空肠管置管后将床头抬高30°~45°预防误吸，初始输注温生理盐水帮助肠道适应，后续给予短肽型肠内营养制剂，从低浓度、低速度逐步递增。同步配合针对性护理，确认管道位置并妥善固定，恒温匀速输注营养制剂，严密观察腹痛腹胀等不耐受表现，记录出入量并评估营养状态，加强口腔与管道护理预防感染等并发症。

1.3 观察指标

为全面评估早期肠内营养护理应用效果，本研究设置多维度观察指标，涵盖胃肠功能、营养状态、炎症反应、并发症及住院结局等方面，所有指标由专人监测、记录与统计，保障数据准确客观。胃肠功能恢复指标观察腹痛缓解、肠鸣音恢复及肛门排气时间，腹痛缓解以主观疼痛评分降至3分以下且持续2h以上为标准，肠鸣音恢复以每分钟≥3次且规律为标准，肛门排气以首次自主排气为计时节点。营养与炎症指标选取血清白蛋白（ALB）、前白蛋白（PA）评价营养状态，C-反应蛋白（CRP）、白细胞介素-6（IL-6）评价炎症反应，干预前及干预7d后采集空腹静脉血，采用全自动生化分析仪检测指标水平。并发症观察涵盖肺部感染、腹腔感染、腹胀腹泻、肠功能衰竭等常见类型，统计各组发生例数并计算总发生率。记录两组患者从入院至出院的全程住院时间，作为临床康复效果的重要评价依据。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件处理数据。计量资料以均数±标准差 (x±s) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以例 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验。P<0.05 提示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胃肠功能恢复时间比较

胃肠功能恢复是重症急性胰腺炎患者病情好转的重要标志, 直接关系到营养支持顺利推进与整体康复进程, 本研究重点观察两组腹痛缓解、肠鸣音恢复及肛门排气三项核心指标, 明确早期肠内营养护理对胃肠功能的改善作用。统计结果显示, 观察组 23 例患者, 腹痛缓解时间平均为 (42.3±6.5) h, 肠鸣音恢复时间平均为 (56.8±8.3) h, 肛门排气时间平均为 (72.5±10.2)h; 对照组 22 例患者, 腹痛缓解时间平均为 (68.5±9.2) h, 肠鸣音恢复时间平均为 (82.6±10.5) h, 肛门排气时间平均为 (105.3±12.4) h。经统计学分析, 观察组各项胃肠功能恢复指标均显著短于对照组, 组间差异有统计学意义 (P<0.05), 提示其可有效刺激胃肠蠕动, 促进胃肠功能恢复, 为后续营养摄入与病情康复奠定良好基础。见图表 1。

表 1 两组胃肠功能恢复时间比较 (x±s, h)

组别	例数	腹痛缓解时间	肠鸣音恢复时间	肛门排气时间
观察组	23	42.3±6.5	56.8±8.3	72.5±10.2
对照组	22	68.5±9.2	82.6±10.5	105.3±12.4
t 值	-	10.824	9.576	10.135
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05

注: 与对照组比较, P<0.05。

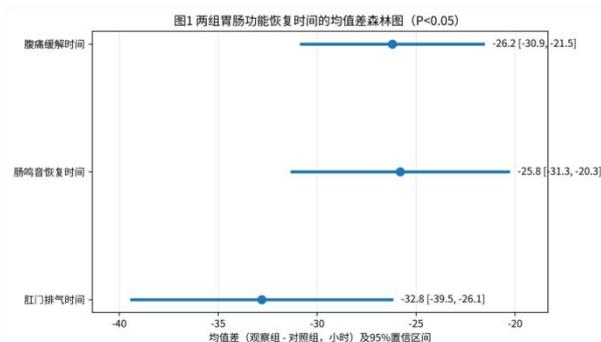


图 1 两组胃肠功能恢复时间的均值差森林图 (P<0.05)

2.2 两组营养与炎症指标比较

重症急性胰腺炎患者处于高代谢、高分解状态, 易出现营养不良, 营养不良会进一步加重炎症反应, 影响病情恢复, 本研究同步观察两组营养指标与炎症因子水平变化, 全面评估早期肠内营养护理干预价值。干预前, 观察组 23 例患者 ALB 平均为 (28.5±3.2) g/L、PA 平均为 (125.3±15.6) mg/L、CRP 平均为 (128.5±20.3) mg/L、IL-6 平均为 (86.3±10.5) pg/mL; 对照组 22 例患者 ALB 平均为 (28.2±3.5)g/L、PA 平均为 (123.6±16.2) mg/L、CRP 平均为 (126.8±21.5) mg/L、IL-6 平均为 (85.6±11.2) pg/mL, 两组各项指标水平差异无统计学意义 (P>0.05), 具有可比性。干预 7d 后, 观察组各项指标均明显改善, ALB 升至 (35.6±4.1) g/L、PA 升至 (186.5±20.3) mg/L, CRP 降至 (45.2±8.6) mg/L、IL-6 降至 (22.5±4.3) pg/mL, 均优于对照组同期水平, 组间差异有统计学意义 (P<0.05)。见图表 2。

表 2 两组营养与炎症指标比较 (x±s)

指标	组别	例数	干预前	干预 7d 后	t 值	P 值
ALB (g/L)	观察组	23	28.5±3.2	35.6±4.1	6.925	<0.05
	对照组	22	28.2±3.5	31.3±3.8	2.846	<0.05
PA (mg/L)	观察组	23	125.3±15.6	186.5±20.3	11.362	<0.05
	对照组	22	123.6±16.2	152.8±18.5	5.731	<0.05
CRP (mg/L)	观察组	23	128.5±20.3	45.2±8.6	17.853	<0.05
	对照组	22	126.8±21.5	78.6±12.3	8.264	<0.05
IL-6 (pg/mL)	观察组	23	86.3±10.5	22.5±4.3	26.841	<0.05
	对照组	22	85.6±11.2	41.3±6.8	15.326	<0.05

注: 干预后与本组干预前比较, P<0.05; 与对照组干预后比较, P<0.05。

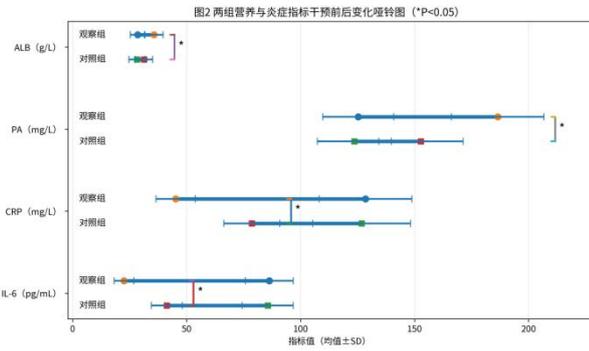


图2 两组营养与炎症指标干预前后变化哑铃图 (*P<0.05)

2.3 两组并发症发生率与住院时间比较

并发症发生率与住院时间是评价重症急性胰腺炎治疗与护理效果的重要临床结局指标，直接反映患者康复速度与护理安全性，本研究统计对比两组并发症发生情况及住院时间，明确早期肠内营养护理的临床优势。统计结果显示，观察组23例患者，仅发生肺部感染1例、腹胀腹泻2例，无腹腔感染及肠功能衰竭，并发症总发生率为13.0% (3/23)，平均住院时间为(12.5±2.3) d；对照组22例患者，发生肺部感染3例、腹腔感染2例、腹胀腹泻4例、肠功能衰竭1例，并发症总发生率为45.5% (10/22)，平均住院时间为(18.6±3.5) d。经统计学检验，观察组并发症总发生率显著低于对照组，住院时间显著短于对照组，组间差异有统计学意义(P<0.05)，表明其可有效降低并发症风险，加速患者康复进程。见图表3。

表3 两组并发症发生率与住院时间比较

组别	观察组	对照组	χ^2/t 值	P 值
例数	23	22	-	-
肺部感染	1	3	-	-
腹腔感染	0	2	-	-
腹胀腹泻	2	4	-	-
肠功能衰竭	0	1	-	-

参考文献:

- [1] 王世杰,王振杰,赵亨,等.早期肠内营养与肠外营养对急性重症胰腺炎治疗效果的比较[J].蚌埠医科大学学报, 2025,50(11):1540-1544.
- [2] 夏帅.早期肠内营养护理对重症急性胰腺炎的影响[J].中国城乡企业卫生,2025,40(11):177-179.
- [3] 陆佳敏,盛佳晨.早期肠内营养支持联合个体化运动处方在重症急性胰腺炎患者护理中的应用[J].当代医药论丛, 2025,23(21):148-151.
- [4] 阎文心,王熠伟,姜忠昊.早期肠内营养在重症急性胰腺炎治疗中的临床应用[J].肝胆胰外科杂志,2025,37(07):449-452.

总发生率 (%)	3 (13.0)	10 (45.5)	6.142	<0.05
住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	12.5±2.3	18.6±3.5	7.253	<0.05

注：与对照组比较，P<0.05。

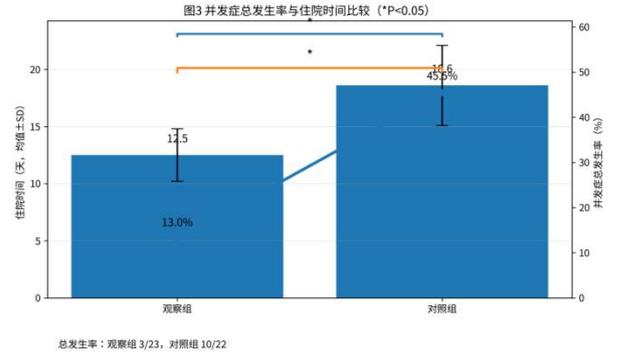


图3 并发症总发生率与住院时间比较 (*P<0.05)

3 讨论

重症急性胰腺炎患者机体处于严重应激与高分解状态，营养不良、肠屏障损伤、菌群移位可诱发全身炎症反应与多器官功能障碍，是病情恶化与死亡的重要原因。

早期肠内营养能直接为肠道提供营养底物，维护肠黏膜结构与屏障功能，减少细菌与内毒素移位，抑制炎症瀑布反应，改善营养状态，提升机体抵抗力。本研究显示，观察组胃肠功能恢复时间显著短于对照组，可刺激胃肠蠕动，促进功能恢复。干预7d后，观察组ALB、PA更高，CRP、IL-6更低，能有效改善营养状况、减轻全身炎症反应。观察组并发症发生率更低、住院时间更短，规范护理可提升肠内营养耐受性，降低感染与胃肠并发症风险，加速康复。早期肠内营养护理的关键在于：把握24~48h启动时机，确保血流动力学稳定；规范鼻空肠管置管与固定，预防移位与堵管；采用恒温匀速输注，循序渐进调整浓度与速度；严密监测腹部症状与实验室指标，及时处理不耐受；加强口腔与管道护理，预防感染。

综上所述，早期肠内营养护理应用于重症急性胰腺炎安全有效，可加快胃肠功能恢复、改善营养与炎症状态、降低并发症、缩短住院时间，值得临床推广。