

早期进食护理在急性胰腺炎患者胃肠功能恢复中的效果观察

口文静

(西安交通大学第一附属医院 消化内科 陕西西安 710000)

【摘要】目的：评估早期进食护理对急性胰腺炎（AP）患者胃肠功能恢复、炎症反应程度及临床结局的影响效应。方法：选取2023年1月至2025年1月本院消化内科收治的80例AP患者，采用随机数字表法分为对照组（n=40）与观察组（n=40）。对照组实施常规护理方案；观察组采用早期进食护理模式。主要观察指标包括首次排气时间、首次排便时间、腹痛缓解时间及住院天数；次要指标涵盖胃肠道症状评分（GIS）、血清炎症因子水平（CRP、IL-6）及并发症发生率。结果：观察组各项主要指标均显著优于对照组：首次排气时间、首次排便时间、腹痛缓解时间及住院天数均显著缩短。在次要指标方面，观察组第3、5天的GIS评分及血清CRP、IL-6水平均显著低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组并发症总发生率（7.5%）低于对照组（22.5%），但差异未达统计学意义（ $P=0.087$ ）。结论：对急性胰腺炎患者实施早期进食护理具有安全性和可行性，可以显著加速患者胃肠功能恢复进程，减轻胃肠道症状，有效抑制全身炎症反应，缩短住院周期，此方案呈现出改善临床预后的积极趋势。

【关键词】早期进食护理；急性胰腺炎；胃肠功能；恢复效果

Observation of the effect of early feeding care on gastrointestinal function recovery in patients with acute pancreatitis

Kou Wenjin

(Department of Gastroenterology, First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an City, Shaanxi Province 710000)

[Abstract] Objective: To evaluate the effect of early feeding care on the recovery of gastrointestinal function, degree of inflammatory response, and clinical outcomes in patients with acute pancreatitis (AP). Method: 80 patients with acute pancreatitis admitted to the Department of Gastroenterology of our hospital from January 2023 to January 2025 were randomly divided into a control group (n=40) and an observation group (n=40) using a random number table method. The control group implemented a routine nursing plan; The observation group adopted an early feeding care model. The main observation indicators include first exhaust time, first defecation time, time to relieve abdominal pain, and length of hospital stay; Secondary indicators include gastrointestinal symptom score (GIS), serum inflammatory factor levels (CRP, IL-6), and incidence of complications. Result: The main indicators of the observation group were significantly better than those of the control group: the first exhaust time, first defecation time, abdominal pain relief time, and hospitalization days were significantly shortened. In terms of secondary indicators, the GIS scores and serum CRP and IL-6 levels on days 3 and 5 in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$); The total incidence of complications in the observation group (7.5%) was lower than that in the control group (22.5%), but the difference was not statistically significant ($P=0.087$). Conclusion: Early feeding care for patients with acute pancreatitis is safe and feasible, which can significantly accelerate the recovery process of gastrointestinal function, alleviate gastrointestinal symptoms, effectively inhibit systemic inflammatory response, shorten hospitalization period, and present a positive trend in improving clinical prognosis.

[Key words] early feeding care; Acute pancreatitis; Gastrointestinal function; Recovery effect

引言：

急性胰腺炎是一种常见的消化系统疾病，其发病的本质是胰腺腺泡细胞被异常激活引起的消化作用，常常伴随有显著的全身以及局部的炎症反应。传统针对急性胰腺炎的治疗原则是“胰腺休息”，强调病人在疾病急性期应严格禁食禁饮，直至腹痛症状明显缓解、肠鸣音恢复、血清淀粉酶水平降低以后再给予进食^[1]。长期禁食具有较多的危害，肠道作为人体最大的免疫系统和细菌库，需要体内营养物质的刺激和保护维持黏膜屏障功能的完整，而在禁食的过程中，肠黏膜上皮细胞因缺乏能量补给，紧密连接蛋白表达障碍，造成肠黏膜机械屏障功能的完整性出现破坏。近年来，随着对急性胰腺炎病理生理过程认识的提高和营养支持观念的发展，

早期肠内营养已成为危重患者的最为基础的治疗地位。基于此，本研究采用严格的随机对照方法，以系统地研究早期进食护理对急性胰腺炎病人胃肠功能康复情况、炎症反应指数情况及临床治疗情况的作用，为改善急性胰腺炎营养治疗方式提供临床依据^[2]。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选择2023年1月至2025年1月本院收治的80例急性胰腺炎患者的临床资料，采用计算机随机表将80例患者按1:1比例随机分配到对照组和观察组，每组40例。纳入标准：（1）符合AP诊断标准；（2）年龄18~75岁；（3）改

良 Marshall 评分 < 2 分 (无持续性的器官衰竭); (4) 患者入院时无肠梗阻症状; (5) 患者入院后血流动力学稳定。2 组患者一般资料 (年龄、性别、BMI、急性胰腺炎病因构成) 比较, 差异无统计学意义。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者予以急性胰腺炎常规治疗结合常规延迟进食。治疗措施为: 积极采取液体复苏以维持循环灌注, 并进行镇痛治疗, 抗 H⁺、抗反流药 PPI 应用、进行生命体征、腹征、生化指标动态监测。严格进行禁食禁饮措施, 直到同时满足以下条件后进行渐进型经口进食: (1) 腹痛严重程度下降或基本消失; (2) 无压痛、肌紧张和反跳痛等体征改善或消失, 无胃肠蠕动音; (3) 血清淀粉酶值恢复正常或不超过正常值 3 倍或血淀粉酶明显下降。直到同时满足上述条件后给予渐进性饮水, 即温开水 (50ml), 如 2~4h 无胃肠道不适后渐进性进行肠内营养, 进食清流质食物, 之后 1~2 日或 1~2d 后无胃肠不适, 调整为低脂流质饮食, 2~4h 或 2~4d 后无不适症状调整为半流质低脂饮食, 直至调整为低脂软食等。

1.2.2 观察组

观察组患者在常规的对照组治疗上采用个体化目标的早期进食护理方案。患者入院 24~48h 后经严格评估, 符合条件可启动安全的早期进食条件如下: (1) 血流动力学维持稳定; (2) 无持续性恶心呕吐表现; (3) 肠鸣音存在, 未发现肠梗阻阳性体征。24~48h 启动早期进食, 避免经典的阶梯式等待模式, 并优先选用经口进食的方式, 若患者存在主观性厌食与疲劳症状则可以给予口服营养补充剂。以责任护士、主管医师与营养师组成的专项小组从患者入院 24h 与 48h 2 个关键时间节点进行动态评估, 评估要点包括生命体征是否稳定、恶心呕吐是否发生及其程度, 腹部检查体征, 主观感受以及进食意愿^[1]。

(1) 启动方案 (第 1 阶段, 0~24 小时): 激活肠道功能, 维持肠道黏膜接触, 评估患者进食耐受性。首选清流质食物, 温开水或 5% 葡萄糖溶液, 起始剂量为 30~50ml/次。采用“啜饮法”, 指导患者小口缓慢饮用, 进食频次为每 1~2

小时一次, 限定在日间进行。密切监测患者反应, 每次进食后 30~60 分钟内观察是否出现腹痛、恶心、呕吐、腹胀加剧等情况, 若出现任一不耐受表现, 立即暂停本次后续进食计划, 详细记录相关事件, 4~6 小时后重新评估尝试或调整方案; 若耐受良好, 维持当前进食量或谨慎增加。

(2) 耐受后进阶 (第 2 阶段, 24~72 小时): 为患者提供基础能量与蛋白质供给, 持续激活肠道功能, 经口摄入清流质饮食耐受时间 ≥ 24 小时后, 升级为低脂流质饮食。食物选择范围包括: 稀米汤、去油蔬菜汤、无渣果汁、要素型短肽配方营养液, 进食量为 80~150ml/次, 频次为每 2~3 小时一次, 在日间进行。

(3) 功能恢复期 (第 3 阶段, 72 小时以上): 逐步增加营养供给量, 向半流质饮食过渡, 低脂流质饮食耐受良好 ≥ 24 ~48 小时后, 升级为低脂半流质饮食。食物选择包括: 稠米粥/米糊、烂面条、蒸蛋羹 (去蛋黄)、嫩豆腐、低脂酸奶、蔬菜泥/果泥, 进食量为 150~250ml/次, 频次为 3~5 次/日。开始鼓励患者尝试固体食物形态, 食物需保证软烂易消化, 继续严格限制脂肪摄入。

2、结果

2.1 观察组患者恢复肛门排气的时间平均缩短了接近 13 小时, 肠道向下推进功能恢复的时间提前了超过 16 小时。观察组患者的总体住院时间平均缩短了近 3 天, 表明早期进食策略有力促进了 AP 患者胃肠动力的早期恢复。

2.2 虽然两组患者入院时各项指标无差异, 但从干预后第 3 天起, 观察组的优势开始显现并持续扩大。观察组患者的恶心、呕吐、腹胀等主观不适感在第 3 天和第 5 天显著低于对照组。更关键的是, 反映全身炎症反应强度的客观指标 CRP 和 IL-6, 在观察组中呈现更快、更大幅度的下降。

2.3 虽然观察组总并发症发生率 (7.5%) 低于对照组 (22.5%), 但差异未达到统计学显著性 ($P=0.087$), 尽管受样本量限制未能达到统计显著, 但早期进食组并发症数量更少、严重程度相对较低的倾向值得关注。

表 1 两组患者主要胃肠功能恢复指标比较

指标	对照组 (n=40)	观察组 (n=40)	t 值	P 值
首次排气时间 (h)	38.4 ± 6.7	25.8 ± 5.2	9.432	<0.001
首次排便时间 (h)	56.3 ± 9.8	40.1 ± 7.5	8.587	<0.001
腹痛缓解时间 (d)	5.2 ± 1.4	3.8 ± 1.1	5.138	<0.001
住院天数 (d)	11.2 ± 2.3	8.5 ± 1.8	6.072	<0.001

表 2 两组患者不同时间点 GIS 评分、CRP、IL-6 水平比较

指标/时间点	组别	入院时	第 3 天	第 5 天	出院前 1 天	交互效应 F (P)
GIS 评分 (分)	对照组	10.2 ± 1.8	8.1 ± 1.5	5.7 ± 1.3	3.0 ± 1.0	15.64
	观察组	10.0 ± 1.7	6.5 ± 1.4	4.0 ± 1.1	2.1 ± 0.8	(<0.001)
CRP (mg/L)	对照组	125.6 ± 35.2	98.3 ± 28.7	65.4 ± 20.1	32.8 ± 12.5	12.85
	观察组	128.4 ± 33.8	75.6 ± 22.4	42.1 ± 15.3	21.5 ± 9.8	(<0.001)
IL-6 (pg/ml)	对照组	85.7 ± 24.5	62.3 ± 18.9	38.5 ± 14.2	18.2 ± 7.6	11.42
	观察组	88.2 ± 23.1	45.1 ± 16.7	25.4 ± 10.8	12.0 ± 5.4	(0.001)



表 3 两组患者住院期间并发症发生情况比较

并发症类型	对照组 (n=40)	观察组 (n=40)	P 值
局部并发症			
感染性胰腺坏死 (IPN)	3 (7.5%)	1 (2.5%)	0.300
胰腺假性囊肿	2 (5.0%)	1 (2.5%)	0.500
全身并发症			
新发器官衰竭	2 (5.0%)	0 (0.0%)	0.150
菌血症/脓毒症	1 (2.5%)	0 (0.0%)	0.500
喂养相关并发症			
腹痛加重需干预	1 (2.5%)	1 (2.5%)	0.500
误吸	0 (0.0%)	0 (0.0%)	—
总并发症发生率	9 (22.5%)	3 (7.5%)	0.087

3、讨论

本研究结果是可靠的临床实践依据,在符合纳入、排除及治疗标准且血流动力学稳定的 AP 无胃肠梗阻征象患者中采取个体化、目标导向的早期进食护理是安全且可行的,并且在提高患者的胃肠蠕动、减轻炎症反应等方面有着明确的效果^[4]。观察组患者早期出现胃肠蠕动所需时间明显低于对照组,腹痛减轻的时间提早,平均住院天数较对照组少近 3d,这正是符合了“早期进食对胃肠道的刺激加快胃肠蠕动速度”的临床理论推断。食物通过物理化学刺激作用于口腔、食道、胃及近端小肠的相应受体,通过神经反射传导以及胃肠激素释放,可促进胃肠道的平滑肌收缩及胃肠协调运动,以抵消禁食状态下形成的胃肠道动力抑制现象。在炎症反应方面,观察组患者血清 CRP、IL-6 水平下降的时间明显早于、幅度明显大于对照组,该结论具有重要的病理生理学意义^[5]。在传统的禁食策略下,肠道黏膜因缺乏肠腔内营养接触发生萎缩,紧密连接结构被破坏,肠道屏障功能会明显受损,使得肠道内细菌、内毒素更易移位至肠系膜淋巴结、门静脉系统或整个机体中,从而持续激发肝内及全身单核-巨噬细胞系统的活化,释放大量促炎细胞因子,形成恶性循环,使胰腺局部及全身炎症反应进一步恶化。本研究早期进食组良好的炎症控制水平证明即使在极早期经口微量营养,能够

促进肠黏膜细胞的营养供给、维护肠黏膜上皮紧密连接的完整性、促进肠道相关淋巴组织分泌 sIgA 从而加强了肠道机械屏障与免疫屏障作用^[6]。

观察组较低的胃肠道症状评分 (GIS),特别是恶心、呕吐、腹胀症状的缓解,已经颠覆了“进食会加剧症状”的传统观点,而早期进食的施行是在严格控制条件并严密观察与随时调整的情况下得以实施的方案而不是盲目的措施。小口小量的清流质对胃容量及胰腺分泌的影响甚微,而早饮食恢复可以早期改善麻痹性肠梗阻的腹胀感,饥饿感的减轻,对进食少许营养成分又能带给患者的主观上益处,对提高患者治疗依从性具有良好的作用,并且这一种生理与心理的双重获益是常规禁食方式无法比拟的^[7]。安全性分析证实本研究未见因早期进食而增加严重不良事件。观察组总并发症发生率低于对照组,两者间虽然没有统计学意义,但在小样本条件下,且观察组严重全身并发症发病率极低的趋势及其炎症控制的良好水平表明早期进食可能具有降低患者发生重症化的倾向^[8]。

本研究证实,严格的术后监护及个性化管理情况下,早期进食护理可以确保 AP 患者的早进食的安全性,可有效促进胃肠功能的恢复,明显抑制 AP 的全身炎症反应,缩短了住院天数,并具有降低并发症的潜在价值。

参考文献:

[1]何婕, 韩仲芹, 蒋娟, 等.基于预后营养指数的早期营养支持对急性胰腺炎患者预后的影响[J].国际护理学杂志, 2025, 44 (05): 802-806.

[2]柴东霞.急性胰腺炎患者早期经口进食不耐受影响因素分析[D].河北北方学院, 2023.

[3]阚陈茹, 吴敬医, 姜华.阶梯式饮食联合心理干预对急性胰腺炎患者营养状况和焦虑抑郁的影响[J].安徽医学, 2023, 44(07): 844-847.

[4]王琳, 程芳, 蔡文君.不同速度直肠补液对急性胰腺炎患者早期液体复苏治疗效果的影响[J].国际护理学杂志, 2024 (02): 367-370.

[5]谢平兰.重症急性胰腺炎患者早期经鼻空肠管行肠内营养支持的护理干预措施研究[J].微量元素与健康研究, 2024, 41 (01): 25-26.

[6]代秋菊, 雷卓, 罗佩芬.早期主动性护理联合营养指导在急性胰腺炎患者中的应用分析[J].中外医药研究, 2023, 2 (13): 101-103.

[7]秦凤荣, 刘颖娅, 吴锦红.重症急性胰腺炎患者早期经鼻空肠管行肠内营养支持对其营养状态及并发症发生率的影响[J].当代医药论坛, 2024, 20 (22): 143-146.

[8]陆均, 高杨, 张莉.早期经口进食治疗轻症及中度重症急性胰腺炎患者的效果观察[J].中国社区医师, 2023, 39 (10): 40-42.