

【护理管理】

# 基于循证构建轻症急性胰腺炎患者早期经口进食时机评估及管理方案

高莹<sup>a</sup>,吴玉娥<sup>b</sup>,张建荣<sup>c</sup>,崔鑫浩<sup>d</sup>,陈淑玲<sup>e</sup>,叶丽芳<sup>a</sup>,杜秀珍<sup>a</sup>

(广东医科大学附属厚街医院 a.消化内科;b.神经内科;c.护理部;d.呼吸内科;e.骨科,广东 东莞 523945)

**【摘要】目的** 基于循证方法构建轻症急性胰腺炎患者经口进食时机评估及管理方案。**方法** 主题词检索中外数据库,获取与轻症急性胰腺炎经口进食时机相关文献,进行文献质量评价及证据等级划分,采用小组讨论方法制定急性胰腺炎患者经口进食时机评估及管理草案,通过2轮消化内科专家函询对草案进行修订。**结果** 形成轻症急性胰腺炎患者早期经口进食时机评估及管理方案,包括一级指标2项,二级指标8项,三级指标29项;2轮函询专家权威系数分别为0.930、0.934;专家协调系数0.083、0.142。**结论** 基于循证方法的轻症急性胰腺炎患者经口进食时机评估及管理方案专家积极性及权威性高、意见协调程度好,具有临床指导意义。

**【关键词】** 急性胰腺炎,轻症;经口进食,早期;进食时机;循证护理

**【中图分类号】** R473.5;C931.3 **【文献标识码】** B **【DOI】** 10.16460/j.issn1008-9969.2020.11.011

轻症急性胰腺炎(mild acute pancreatitis, MAP)是临床较为常见的急腹症,患者常常伴有腹痛、恶心、呕吐等不适<sup>[1]</sup>,该病在发展的过程中容易出现多种严重的并发症和全身器官的功能损害,病死率达8.7%<sup>[2]</sup>。1973年Ragins等<sup>[3]</sup>提出禁食禁水、胃肠减压的胰腺休息理论,成为临床MAP的治疗护理常规;而近期研究发现禁食使得肠道动力减弱、促进肠道细菌生长,而肠道细菌移位正是发生MAP并发症的主要诱因。2019年国外胰腺炎治疗指南建议急性胰腺炎无需禁食,入院后可立刻经口进食<sup>[4]</sup>。而如轻症急性胰腺炎经口进食时机不当,患者极易加重腹痛、腹胀、恶心等不适,李政焰等<sup>[5]</sup>研究结果显示约1/8的急性胰腺炎患者会出现经口进食不耐受的情况。目前国内研究较少关注MAP患者经口进食时机的评估,多以禁食禁水时长截点为研究方向,评估对MAP患者预后的影响。本研究根据MAP患者的个体情况进行进食时机的动态评估,不以主观时间截点硬性划分,规避临床医护个人经验性的临床决策,以优质的循证证据为临床医护提供科学的评估及处置指引,促进MAP患者快速康复、良好预后。现报道如下。

## 1 方法

1.1 组建研究小组 研究小组由6名成员组成:2名消化内科主任医师,研究生学历,负责文献检索

及文献质量评价;1名消化内科副主任护师,本科学历,负责德尔菲法的统筹实施;1名消化内科主管护师,研究生学历,负责文献整理、参与文献的质量评价;1名临床营养师,本科学历,参与检索文献质量评价;1名医学统计师,本科学历,负责最终数据的整理、分析。小组在充分循证的基础上制定急性胰腺炎早期经口进食时机评估及管理方案(草案),运用德尔菲法对草案进行科学化、规范化的修订。

### 1.2 以循证为基础制定函问卷

1.2.1 证据获取 检索万方、中国知网2个。中文数据库中文检索式:(“胰腺炎”OR“急性胰腺炎”OR“轻症胰腺炎”)AND(“经口进食”OR“经嘴进食”OR“肠内营养”OR“营养支持”)AND(“耐受”OR“不耐受”)。外文数据库检索NICE、NGC、Up To Date、Cochrane Library、PubMed、Web of Science、CINAHL、EMbase,外文检索式:(“Pancreatitis”OR“Acute pancreatitis”OR“Mild pancreatitis”)AND(“oral feeding”OR“mouth feeding”OR“enteral nutrition”OR“nutrition support”)AND(“feeding tolerance”OR“feeding intolerance”)。检索时间为建库到2019年9月,并采用滚雪球方式对所获得文献的参考文献进行检索。文献纳入标准:(1)与胰腺炎肠内营养支持密切相关的证据总结、系统综述/评价、专家共识、随机对照试验;(2)文献纳入研究对象的年龄≥18岁。文献排除标准:(1)质量评价等级为C级的所有证据;(2)文中未提及经口进食时机评估方向或内容的文献;(3)无法获得全文的文献;(4)非英语及中文文献;(5)相关质性研究类文献。

1.2.2 文献质量评价 由完成省级循证课程培训并获得临床循证护理师资格的2名研究成员分别对检

【收稿日期】2019-11-13

【作者简介】高莹(1983-),女,吉林白城人,满族,硕士,主管护师。

【通信作者】吴玉娥(1982-),女,湖北十堰人,本科学历,副主任护师。

索文献进行质量评价。其中指南文献采用《临床指南研究与评价系统》(The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, AGREE II, AGREE II)进行质量评定<sup>[6]</sup>;其他类别文献采用 JBI 循证卫生保健中心系统评价标准进行评价<sup>[7]</sup>;采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心证据分级及证据推荐级别系统(2014),对获取证据等级进行划分。2名研究员对文献质量评价结果不一致时,提交研究小组进行集体讨论最终划定文献质量等级。最终纳入文献 21 篇,其中指南及专家共识 5 篇,系统评价及 Meta 分析 6 篇,原始研究 10 篇;证据等级 I 级文献 3 篇,II 级文献 10 篇,III 级文献 3 篇,IV 级文献 5 篇;文献质量 A 级 12 篇,B 级 9 篇。

### 1.2.3 消化系统分级功能及相关标准

1.3 函询专家纳入标准 (1)东莞市三级甲等医院,10 年及以上的消化内科临床工作经验,每家医院邀请 2~3 名专家,同一家医院的专家需来自不同领域(如医疗、护理、护理管理、营养师等),且每家医院至少有 1 名专家为省级及以上消化病专家组成员;(2)中级以上职称;(3)参与胰腺炎疾病相关课题研究或论文的撰写至少 1 项;(4)专家均为自愿参与。根据纳入标准,本研究共纳入函询专家 20 名。

1.4 函询问卷内容 (1)引言:向专家介绍本次函询的目的及拟产生的结果。(2)专家专业资质:从事消化内科护理工作年限,职称,年龄,学历,发表相关学术成果(学术成果为市级及以上课题,既往发表的科技或北大核心期刊论文)。(3)函询条目采用 5 点分级法计分,从非常重要、比较重要、重要、有点重要、不重要分别赋予 5、4、3、2、1 分,根据自己的专业学术知识及临床经验可对条目进行剔除或增加,但是剔除或增加的条目需要附上理由;(4)专家对条目的熟悉程度评判:采用非常熟悉、比较熟悉、熟悉、有点熟悉、不熟悉从 5、4、3、2、1 分进行赋值;(5)附录:将本次函询条目的制定依据、循证结果、参考文献以附录形式告知函询专家。

1.5 专家函询实施 课题组通过电子邮箱与符合资质专家取得联系,通过电子邮箱咨询专家是否愿意参与本次专家函询中,在收到函询专家愿意参与的回复邮件后,课题组再次通过电话与专家取得联系,确认发放及回收函询问卷的方式。本次研究运用问卷星输入函询条目,并将产生的问卷二维码通过电子邮件发放到函询专家,请专家对各条目以“科学性、实用性、重要性、可评估性、可测性”为原则,在 1 个月时间内完成问卷函询,如有增加、剔除、修订相关条目,则需要具体阐明原因。

1.6 统计学方法 采用 EPI Data3.0 对调查数据进

行双录入处理,运用 SPSS 22.0 进行数据分析。专家的积极性用调查问卷回收率及填写完整性表示,专家的权威性用权威值表示,专家意见的协调程度采用变异系数和肯德尔和谐系数(Kendall'W)表示。

## 2 结果

2.1 专家一般资料 本次研究共进行 2 轮专家函询,2 轮专家均来自东莞市三级甲等医院消化专科。第 1 轮函询专家高级职称 13 名(主任医师 2 名,主任护师 5 名,副主任护师 6 名),中级职称 7 名(主管医师 3 名,主管护师 4 名);博士 1 名,硕士 5 名,本科 14 名(70%);年龄(45.00±10.34)岁,其中 45 岁以上专家为 60%,男性 7 名,女性 13 名;消化内科一线医护 17 名,护理行政管理 3 名。第 2 轮专家函询时 1 名女性、本科学历、主管护师专家因工作调动退出函询,1 名女性、本科、副主任护师因函询期间外出公差退出函询,此参与第 2 轮的函询专家共 18 名。

2.2 专家的权威性及积极性 第 1 轮发放二维码函询问卷 20 份,收回函询问卷 20 份,有效回收率为 100%填写完整率为 100%,填写最后项“增加、剔除、修订条目的内容及理由”的专家有 13 名,共提出增加条目 9 项,剔除条目 8 项,修订条目 13 项;第 2 轮发放二维码函询问卷 20 份,收到函询问卷 18 份,有效回收率为 90%,填写完整率为 100%,填写最后项“增加、剔除、修订条目的内容及理由”的专家 6 名,共提出增加条目 4 项,修订条目 8 项,可见 2 轮函询专家的积极性较高。2 轮函询专家熟悉程度系数分别为 0.913、0.936,权威系数分别为 0.930、0.934。权威系数 $\geq 0.70$ 时,专家意见的可信度高,可见本次研究构建的 MAP 患者经口进食及管理方案具有较好的代表性,可信度高。

2.3 专家意见协调程度 2 轮协调系数检验差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),第 2 轮的协调系数与较第 1 轮有所提高,说明 2 轮函询专家意见趋于一致,函询结果有效、可靠,能够指导临床工作。见表 1。

表 1 专家一致性程度

轮次	层次	肯德尔和谐系数	$\chi^2$	$P$
第 1 轮	一级指标	0.618	40.110	0.001
	二级指标	0.322	80.334	<0.001
	三级指标	0.267	321.016	0.005
第 2 轮	二级指标	0.416	122.871	0.005
	三级指标	0.329	325.516	0.222

2.4 函询结果 经过 2 轮专家函询,增加 2 级指标 1 项,1 名专家提出 NEWS 预警对轻症急性胰腺炎患者状况评估具有较好的敏感性,应将 NEWS 预警纳入,研究小组在充分循证的基础上纳入该专家意见<sup>[8]</sup>,增加二级指标 1 项;增加三级指标 1 项,2 名专

家提出患者饥饿感为经口进食的有效体征之一,应该纳入,小组在循证基础上予纳入<sup>[9]</sup>;在第 2 轮函询中有专家提出腹部 CT 结果不应做为患者经口进食实际的评估项目,因为目前临床医生并不是所有胰腺炎患者都进行腹部 CT 的复查,不符合“实用性、可测性”应予以剔除,小组对其意见经过讨论后决定予以采纳,剔除 3 级指标腹部 CT 检查,第 2 轮 1 名

专家提出应以患者肠鸣音恢复而不是肠鸣音正常作为经口进食的指征<sup>[10]</sup>,应修订该项条目内容,研究小组在循证基础上予采纳。

经过 2 轮专家函询、数据整理分析,临床试用 3 个月后,最终形成急性胰腺炎患者早期经口进食时机评估及管理方案,包括一级指标 2 项,二级指标 8 项,三级指标 29 项,详见表 2、表 3。

表 2 轻症急性胰腺炎患者早期经口进食时机评估及管理方案

一级指标(权重)	二级指标(权重)	三级指标(证据分级,推荐级别,权重)
1.经口进食时机评估(0.563)	1.1 经口进食禁忌证(0.189)	1.1.1 呼吸系统:氧合指数 $\leq 300$ 或者呼吸频率 $>20$ 次/min,同时合并酸中毒 <sup>[11]</sup> ,患者暂不可经口进食(IV b, B, 0.121)
		1.1.2 心血管系统:液体复苏后收缩压 $<90$ mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),或下降 40 mmHg,或使用血管活性药物,或 pH $<7.35$ ,患者暂不可经口进食(IVb, B, 0.114)
		1.1.3 肾功能:血清肌酐 48 h 升高 $\geq 26.5$ $\mu\text{mol/L}$ ,尿量 $<0.5$ mL/(kg·h),持续时间 $>6$ h <sup>[12]</sup> ,患者暂不可经口进食(IVb, B, 0.113)
		1.1.4 消化系统:当前有活动性的消化道出血;同时合并有胃肠瘘,患者暂不可经口进食(0.301)
		1.1.5 早期预警评分(National Early Warning Score, NEWS) $>5$ 分 <sup>[13]</sup> ,患者暂不可经口进食(IIc, B, 0.351)
	1.2 经口进食预见性评估内容(0.233)	1.2.1 进食前腹内压 $<15$ mmHg <sup>[14]</sup> 为患者可经口进食指征之一(Ib, A, 0.247)
		1.2.2 进食前中心静脉压 $\leq 12$ cmH <sub>2</sub> O(1 cmH <sub>2</sub> O=0.098 kPa) <sup>[15]</sup> ,为患者可经口进食指征之一(Ib, A, 0.212)
		1.2.3 影响患者腹胀相关因素评估:血钾 3.5~5.5 mmol/L、血钙 1.36~1.45 mmol/L,为患者可经口进食指征之一(既往临床经验血钾、钙异常患者呈现腹胀,进食后会加重腹胀,超过此范围需调整到正常值后进食为佳, 0.113)
		1.2.4 禁食禁水时长:禁食禁水时长 $<24$ h, 24~48 h, $>48$ h(0.212),根据患者禁食禁水时长,选择初次进食的次数及量,建议禁食禁水时间越久,需要多次少量尝试性进食的次数越多
		1.2.5 个体时机评估:既往是否有脑卒中、糖尿病病史(临床经验累积, 0.216);脑卒中病史的患者需要进行吞咽评估后选择进食种类;糖尿病患者建议糖尿病专科小组会诊后制定个体化饮食方案
	1.3 经口进食前胃肠道功能评估(0.263)	1.3.1 胃肠功能评估:拔出胃肠减压管的最后 24 h 胃液量 $<300$ mL 肠鸣音恢复,为患者可开始经口进食的指征之一 <sup>[16]</sup> (IIb, A, 0.317)
		1.3.2 自我评估:患者有较强饥饿感,有经口进食的欲望;无自觉腹胀感 <sup>[11]</sup> 为患者可开始经口进食的指征之一(Ib, A, 0.317)
		1.3.3 消化道症状评估:无恶心、干呕及呕吐,为患者可开始经口进食的指征之一(临床经验累积, 0.221)
		1.3.4 体格检查:胃及腹部有无外观变大,为患者可开始经口进食的指征之一(临床经验累积, 0.145)
	1.4 辅助检查结果评估(0.154)	1.4.1 专项指标:血清脂肪酶 $\leq$ 正常值 2.5 倍 <sup>[17]</sup> 为患者可开始经口进食的指征之一(Ib, A, 0.418)
1.4.2 血常规评估:C 反应蛋白(CRP) $\leq 150$ mg/L <sup>[18]</sup> 为患者可开始经口进食的指征之一(IIb, B, 0.315)		
1.4.3 血生化评估:血糖 $<11$ mmol/L <sup>[19]</sup> 为患者可开始经口进食的指征之一(IIb, B, 0.267)		
1.5.1 营养风险评估:高营养风险时(NRS2002 营养风险筛查 $\geq 3$ 分),如未到达经口进食要求,可采用鼻胆管置管后喂养 <sup>[20]</sup> (IIC, B, 0.387)		
1.5.2 饮食种类:低脂固态;或流质-半流质-普食逐渐过渡(临床经验累积, 0.035)		
2.经口进食前后综合管理方案(0.437)	2.1 质量控制(0.358)	1.5.3 饮食热量:初期热量为 512~640 kJ/d, 60%碳水化合物+20%蛋白质+20%脂类;血清白蛋白 $\leq 25$ g/L 时适当调整饮食中蛋白占比 <sup>[20]</sup> (IIb, B, 0.261)
		2.1.1 建立评估小组:落实工作职责;对评估效果进行跟进反馈;与医生、患者沟通;促进成果转化(临床经验累积, 0.336)
		2.1.2 技能培训:动态掌握相关前言知识;组织科室人员培训;修订专科技能标准操作规程(临床经验累积, 0.287)
		2.1.3 相关评估工具培训:蛙田饮水吞咽功能评估;胃瘫评估量表;NRS2002 营养状况评估量表 <sup>[21]</sup> (IIIb, B, 0.377)
		2.2.1 防误吸评估:患者意识清醒;进食时抬高床头 45°~60°;65 岁以上患者及脑卒中病史患者进行吞水试验,且吞水试验通过(临床经验累积, 0.393)
	2.2 经口进食前安全性评估(0.245)	2.2.2 管道评估:无留置胃肠减压管或经口、鼻留置管道等(临床经验累积, 0.384)
		2.2.3 口腔评估:口腔清洁无异味、口腔黏膜较完整且无厚腻舌苔,如有口腔问题建议先清洁处置再进食(临床经验累积, 0.223)
		2.3.1 腹痛分级(临床经验累积, 0.333)
	2.3 经口进食后出现不耐受评估(0.397)	2.3.2 恶心呕吐分级(临床经验累积, 0.333)
		2.3.3 患者进食后饱胀感分级(临床经验累积, 0.334)



表3 轻症急性胰腺炎患者经口进食不耐受分级护理处置指引

经口进食不耐受分级	护理措施(证据分级,证据推荐级别)	权重
腹痛腹胀分级		
1级:腹痛评分0~2分,腹内压12~15 mmHg	当患者肠鸣音恢复、自感饥饿、血清脂肪酶 $\leq$ 正常值2.5倍时,可尝试性的进食低脂固食,如少量无油鸡蛋羹,2~4 h后无不适再多次少量进食其他低脂固食 <sup>[23]</sup> (IIIa,B)	0.333
2级:腹痛评分3~4分,腹内压16~20 mmHg	患者肠鸣音恢复、自感饥饿、血清脂肪酶不高于正常值2.5倍时,可由试行饮用流质(米汤、低脂牛奶等),无不适合再逐步过渡到半流质(烂面条、稀粥等) <sup>[23]</sup> (IIIa,B)	0.333
3级:腹痛评分 $>$ 4分,腹内压 $>$ 20 mmHg	暂不提倡经口进食,可采用鼻胆管幽门后喂养	0.334
恶心呕吐分级		
1级:恶心无呕吐	患者肠鸣音恢复、自感饥饿、血清脂肪酶 $\leq$ 正常值2.5倍时,且腹痛评分0~2分,腹内压12~15 mmHg,可尝试性的进食低脂固食,2~4 h无不适再多次少量进食其他低脂固食 <sup>[24]</sup> (IIIa,B)	0.334
2级:恶心并呕吐,呕吐次数 $<$ 3次/d,每次量 $<$ 20 mL	可适量饮水温开水,如恶心、呕吐没有持续加重,可尝试性的进食米汤,少量多次	0.333
3级:恶心并呕吐,呕吐次数 $>$ 3次/d,每次量 $>$ 20 mL	暂不提倡经口进食,可采用肠外营养 <sup>[25]</sup> (IVb,B)	0.333
进食后饱胀感分级(采用视觉模拟评分法,1~3分轻度饱胀;5~6分中度饱胀; $>$ 6分重度饱胀) <sup>[26]</sup>		
1级:患者进食后自感有轻度饱胀感	指导患者下床活动,3~4次/d,每次20~30 min/次,不引起疲劳感,少量多次进食	0.333
2级:患者进食后自感有中度饱胀感	可进食流质(米汤、低脂牛奶),10~15次/d,每次10~20 mL/次,或者在此基础上再次多次少量进食	0.333
3级:患者进食后腹胀、腹痛较为剧烈,胃部或者腹部有外形的增大	即刻停止经口进食、减压复查腹部CT及血生化	0.334

### 3 讨论

3.1 轻症急性胰腺炎经口进食时机评估及管理方案构建具有科学性、可靠性 本研究对轻症急性胰腺炎经口进食、胰腺炎营养等相关指南、专家共识、原始研究进行分析、总结、提炼,其中指南文献采用《临床指南研究与评价系统》(AGREE II)进行质量评价;其他类别文献采用 JBI 循证卫生保健中心系统评价标准进行评价;并采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心证据分级及证据推荐级别系统(2014),对获取证据等级进行划分。检索文献及文献质量评价过程均采用2名课题组成员分别独立完成,在意见不统一时则由课题组邀请相关临床循证专家讨论通过。参与德尔菲函询的专家均有从事消化内科一线工作的经历,来自医生、护士、临床管理专家、营养师,专家的多元化能够规避职业的思维局限,从更广的视角出发多因素考虑急性胰腺炎患者经口进食时机的评估及管理方案构建,可见本次构建的方案严谨、具有科学性。第1轮函询专家的函询问卷有效回收率为100%,填写完整率为100%,第2轮函询有效回收率为90%,填写完整率为100%,这说明参与函询的专家积极性较高;2轮函询专家熟悉程度系数分别为0.913、0.936,这说明函询专家对函询内容熟悉,2轮函询专家的权威系数分别为0.930、0.934,这说明参与函询的专家在该领域具有一定学术建树;

专家意见协调程度采用肯德尔和谐系数表示,肯德尔和系数越高代表专家的协调程度越高,构建的指标越具科学性<sup>[27]</sup>。由表1可见,2轮协调系数检验差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),第2轮的协调系数较第1轮比较有所提高。综上,本次研究构建的急性胰腺炎患者经口进食时机的评估及管理方案,具有可靠性、科学性,能够指导临床工作。

3.2 轻症急性胰腺炎经口进食时机评估及管理方案构建具有实用性、指导性及可行性 1973年 Ragins 提出的轻症急性胰腺炎患者需禁食、水,胰腺休息的理论,一直指导临床医生诊疗工作,而目前多项研究已经指出,轻症急性胰腺炎疾病本身使得患者肌体处于高分解代谢状态,肌体营养迅速消耗,如禁食、禁水过久,则加速自身负氮平衡状态,严重影响预后<sup>[28]</sup>。轻症急性胰腺炎患者何时可经口进食,目前临床护理并无相关的评估体系,不能辅助医生做出临床诊疗判断。本研究经过2轮专家函询最终构建包括一级指标2项,二级指标8项,三级指标29项。一级指标关注MAP患者经口进食时机及安全性评估;二级指标对进食时机及安全性进行分类评估指引;三级指标具体到评估内容的数值、范围等。表2对患者经口进食后如出现的不适进行分级评估及处置指引。本次研究构建的评估及管理方案,能够帮助临床护士梳理MAP患者经口进食的评估方向及

内容,同时帮助临床护士不断建构对于 MAP 患者的临床护理思维、深化专科护理内涵,可最大程度上减少因护理者个人资质、能力等问题对护理决策的影响,以期达到同质化的护理。科学的评估结果可辅助医生做出临床诊疗判断,且经过临床 6 个月试用,本评估体系及管理方案具有实用性、指导性、可行性。

3.3 研究局限性 参与本次函询的专家均来自广东省东莞市,专家的选择可能存在区域局限性。本次函询专家的诊疗、护理服务对象绝大部分来源东莞本土,可能会影响函询专家的判断,因此本研究拟扩大研究范围采用多中心、跨地区方式再深入的专家函询研究。

#### [参 考 文 献]

- [1] 陈新,陈世波,戴瑞鸿,等.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2018:1644-168.
- [2] 陈亭,王婷,李清,等.重症急性胰腺炎患者肠内营养喂养不耐受状况及其影响因素研究[J].中华护理杂志,2017,52(6):716-720. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2017.06.015.
- [3] Ragins H,Levenson SM,Signer R,et al. Intrajejunal Administration of an Elemental Diet at Neutral pH Avoids Pancreatic Stimulation.Studies in Dog and Man[J].Am J Surg,1973,126(5):606-614.
- [4] Jenkins A, Shapiro J. Clinical Guideline Highlights for the Hospitalist: Initial Management of Acute Pancreatitis in the Hospitalized Adult[J]. J Hosp Med,2019,14:764-765.DOI:10.12788/jhm.3324.
- [5] 李政焰,冯全新,刘静静,等.急性胰腺炎合并感染性坏死经皮置管引流后开腹手术干预的危险因素分析[J].腹部外科,2019,32(4):257-260.DOI:10.3969/j.issn.1003-5591.2019.04.004.
- [6] 周芬,郝玉芳,丛雪,等.指南研究与评价工具 AGREE II 及各领域分值的补充解释及思考[J].护理学报,2018,25(18):56-58.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2018.18.056.
- [7] Newhouse RP, Dearholt SL, Poe SS, et al. Johns Hopkins Nursing Evidence-based Practice Model and Guidelines[M]. Indianapolis: The Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International,2007.
- [8] 王旻静,方小萍,张笑倩,等.轻度急性胰腺炎患者超早期进食影响因素调查[J].护理学杂志,2019,34(4):18-20.DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2019.04.018.
- [9] Zhao XL, Zhu SF, Xue GJ. Early Oral Refeeding Based on hunger in Moderate and Severe Acute Pancreatitis: A Prospective Controlled Randomized Clinical Trial[J]. Nutrition,2015(31):171-175.DOI:10.1016/j.nut.2015.04.012.
- [10] 田宝文,张佳田,张国艳,等.消化道肿瘤患者营养干预分级建档延续管理的效果观察[J].护理学报,2019,26(20):55-58. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2019.20.055.
- [11] Wang X, Xu J, Li J. Effect of Regional Arterial Infusion Combined with Early Enteral Nutrition on Severe Acute Pancreatitis[J]. J Int Medi Res, 2019, 47(12):6235-6243. DOI:10.1177/0300060519880760.
- [12] 詹昱新,杨中善,李素云,等.基于循证构建住院患者肠内营养护理质量评价指标体系[J].护理学报,2019,26(10):26-31.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2019.10.026.
- [13] 王旻静,李雪阳,陈明霞.NEWS 评分对急性胰腺炎病人病情严重程度的预测价值[J].护理研究,2019,33(8):1289-1293.DOI:10.12102/j.issn.1009-6493.2019.08.003.
- [14] Cheng J,Wei Z,Liu X,et al. The role of in Testinal Mucosa injury Induced By Intra-abdominal Hypertension in the Development of Abdominal Compartment Syndrome and Multiple Organ Dysfunction syndrome[J]. Critical Care,2013,17(6):1-9.DOI:10.1186/cc13146.
- [15] Warndorf MG, Kurtzman JT, Bartel MJ, et al. Early Fluid Resuscitation Reduces Morbidity Among Patients with Acute Pancreatitis[J].Clin Gastroenterol Hepatol,2011,9(8):705-709.DOI:10.1016/j.cgh.2011.03.032.
- [16] 朱丽,高纯,冯永东,等.肠内营养时机评估表对胃癌术后患者早期肠内营养时机的影响[J].现代临床护理,2015,14(7):18-22.DOI:10.3969/j.issn.1671-8283.2015.07.005.
- [17] Melody G Bevan, Varsha M,Asrain,Sakina Bharmal, et al. Incidence and Predictors of Oral Feeding Intolerance in Acute Pancreatitis: A Systematic Review,Meta-analysis, and Meta-regression[J]. Clin Nutr. 2017,36(3):722-729.DOI:10.1016/j.clnu.2016.06.006.
- [18] 陈亭,王婷,李清,等.重症急性胰腺炎患者肠内营养喂养不耐受状况及其影响因素研究[J].中华护理杂志,2017,52(6):716-720.DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2017.06.015.
- [19] 王刚,张婷,王蕊,等.经鼻高流量氧疗在重症急性胰腺炎患者中的应用研[J].护理学报,2018,25(24):1-4. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2018.24.001.
- [20] 余玫婷,汪益兰,陈雯,等.轻型胰腺炎患者早期给予软食的临床研究[J].护理学杂志,2016,31(23):27-29. DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2016.23.027.
- [21] Mcclave SA, Dibaise JK, Mullin GE, et al. ACG Clinical Guideline:Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient[J]. Am J Gastroenterol,2016, 111(3):315-334.DOI:10.1038/ajg.2016.28.
- [22] Lodewijkx PJ. Besse link MG,Wilte Man BJ,et al.Nutrition in Acute Pancreatitis: A Critical Review[J].Expert Rev Gastroenterol Hepatol,2016,10(5):571-580.DOI:10.1586/17474124.2016.1141048.
- [23] Lanrino-Nola J, Lindkvist B,Gesias-Garcia J,et al. Early and/or Immediately Full Caloric Dier Versus Standard Refeeding in Mild Acute Pancreatitis:A Randomized Open-label Trial[J]. Paeatolgy,2014, 14(3):163-173.DOI:10.1016/j.pan.2014.02.008.
- [24] Bevan MG, Asraniv,Petov MS,The Oral Refeeding Trilemma of Acute Pancreatitis: What, When and Who?[J].Expert Rev Gastroenterol Hepatol,2015,9(10):1305-1312.DOI:10.1586/17474124.2015.1079125.
- [25] Horibe M, Nishizawa, SuZuki H, et al. Timing of Oral Refeeding in Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-analysis[J]. United European Gastroenterol J, 2016 Dec,4(6):725-732. DOI:10.1177/2050640615612368.
- [26] 王旻静,方小萍,张笑倩,等.轻度急性胰腺炎患者超早期进食影响因素调查[J].护理学杂志,2019,34(4):18-20. DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2019.04.018.
- [27] 夏萍,吴大嵘,黄雪莹,等.基于德尔菲法的临床路径管理评价指标体系研究[J].中华医院管理杂志,2012,28(11):811-817.DOI:10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2012.11.004.
- [28] 王婷.重症患者肠内营养喂养不耐受风险评估量表的研制[D].重庆:第三军医大学,2016.

[本文编辑:江霞]