

13 Żywienie pacjenta z ostrym zapaleniem trzustki

Autor treści infografiki: Prof. dr hab. n. med. Jacek Sobocki

Zapraszamy do obejrzenia wykładów prof. Jacka Sobockiego:



Łagodne OZT jest samoograniczającym procesem.

Ciężkie OZT, jest chorobą długotrwałą i wyniszczającą, a żywienie pozwala na dotrwanie pacjenta do końca leczenia.

Ciężkie OZT stanowi 15-20% wszystkich przypadków choroby.¹
Śmiertelność >20%.¹

Głodzenie w OZT przyspiesza katabolizm, postęp choroby, niewydolność jelit i translokację bakterii.²

ŁAGODNE OZT

WCZESNE ŻYWIENIE DOUSTNE W ŁAGODNYM OZT^{2,3}

Zmniejsza ryzyko progresji choroby, powikłań i pobytu na OIT

Skraca czas hospitalizacji

Zmniejsza ryzyko ponownych przyjęć do szpitala

JEŚLI PACJENT NIE JEST W STANIE POKRYĆ DOUSTNIE >50% ZAPOTRZEBOWANIA W CZASIE >3 DNI OD PRZYJĘCIA DO SZPITALA → WŁĄCZ ŻYWIENIE ENTERALNE.⁴

CIEŻKIE OZT

AKTUALNE STANDARDY LECZENIA⁵

Wczesne żywienie dojelitowe

Selektywna rola antybiotyków profilaktycznych

Unikanie operacji u pacjentów z jałową martwicą

Konserwatywne podejście do zakażonej martwicy z opóźnioną interwencją endoskopową lub chirurgiczną

Zalecane jest żywienie dojelitowe, ponieważ zapobiega niewydolności jelita i poważnym powikłaniom septycznym. Żywienie pozajelitowe (uzupełniające) stosujemy wtedy kiedy żywieniem dojelitowym nie jesteśmy w stanie w pełni pokryć zapotrzebowania białkowo-kalorycznego pacjenta⁵. Skład mieszaniny żywieniowej powinien być oparty na limitach metabolicznych.

ŻYWIENIE DOJELITOWE W CIEŻKIM OZT:⁶

↓ Ryzyko zgonu

↓ Ryzyko powikłań septycznych

↓ Ryzyko niewydolności wielonarządowej

Skraca czas hospitalizacji

PODSUMOWUJĄC:

W łagodnym OZT wczesne włączenie diety doustnej z kontrolą tolerancji zmniejsza ryzyko progresji choroby i skraca czas hospitalizacji.

Żywienie pozajelitowe pozwala na uzupełnienie części żywienia nietolerowanego enteralnie, a skład mieszaniny żywieniowej powinien być oparty na limitach metabolicznych.

W ciężkim OZT należy wczesnie włączyć żywienie enteralne po ustabilizowaniu pacjenta.

1. Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM. Acute Pancreatitis. N Engl J Med. 2016 Nov 17;375(20):1972-1981.
2. Ramirez-Maldonado E. et al. Immediate Oral Refeeding in Patients With Mild and Moderate Acute Pancreatitis: A Multicenter, Randomized Controlled Trial (PADI trial). Ann Surg. 2021 Aug 1;274(2):255-263.
3. Guo QH. et al. Immediate enteral nutrition can accelerate recovery and be safe in mild acute pancreatitis: A meta-analysis of randomized controlled trials. Heliyon. 2022 Feb 1;8(2):e08852.
4. van den Berg FF. et al. Update on the management of acute pancreatitis. Curr Opin Crit Care. 2023 Apr 1;29(2):145-151.
5. Leppäniemi A. et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World J Emerg Surg. 2019 Jun 13;14:27.
6. Yi F. et al. Meta-analysis: total parenteral nutrition versus total enteral nutrition in predicted severe acute pancreatitis. Intern Med. 2012;51(6):523-30.