

文章编号:1005-6947(2005)05-0392-02

· 临床报道 ·

# 营养支持在急性胰腺炎治疗中的应用:附90例报告

郑建强, 冷勇, 杨鹏鸣

(湖北省孝感市第一人民医院 普通外科, 湖北 孝感 432000)

**摘要:**为探讨适宜的营养支持方式对急性胰腺炎(AP)的治疗作用,笔者报告90例AP患者所进行的营养支持方式;先施行肠外营养(PN)逐渐过渡为肠内营养(EN)。结果显示,由PN过渡到EN时限为2~14d,出现并发症18例,死亡6例。提示适宜的营养支持方式对AP可起到积极的治疗作用,效果显著。

**关键词:**胰腺炎/治疗;急性病;营养支持

**中图分类号:**R576; R459.7

**文献标识码:**B

适宜的营养支持方式在急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)“个体化”治疗方案中起着十分重要的作用。它对于保护胃肠道黏膜屏障,恢复黏膜修复机制,控制因细菌易位而引起的难治性感染,都起着积极的作用,并能在一定程度上预防轻型向重型转化。我科2002年6月~2004年6月对90例AP患者采用营养支持治疗,效果满意。现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组患者按中华医学会外科学会胰腺学组制订的AP

收稿日期:2004-12-16; 修订日期:2005-04-15。

**作者简介:**郑建强(1975-),男,湖北孝感人,湖北省孝感市第一人民医院主治医师,主要从事普外科临床方面的研究。

**通讯作者:**郑建强 电话:0712-2840652 转 8044(0), 0712-2991757(H)。

压升高,分析其原因,除了胰腺坏死,广泛的胰液外渗和严重的体液分布异常,更重要的是因血管内皮细胞功能受损引起组织水肿包括胃肠壁严重水肿所致<sup>[5]</sup>。因此过去用单纯胰腺坏死组织清除、腹腔多管引流的方法很难在腹腔无张力的情况下关闭,达到完全降低腹内压的目的,这就影响全身各重要脏器的功能,引起各脏器衰竭死亡。本组采用早期蝶式引流不关腹,而是用大的网片或肠外营养的3L袋缝合于腹膜切口两侧筋膜处,暂时关闭腹腔,腹内压则可能不明显升高。即使发现腹内压再升高,也可以再次清创减压。待关腹后腹内压不会再升高时才关闭腹腔。这样即可避免有腹内压升高引起的多脏器衰竭。本术式最大的缺点是能增加胰腺感染的机会,但只要严格无菌操作,患者住ICU,病房严格消毒,胰腺感染的机会不会增加。再者,治疗FAP,在围手术期要严格按照SAP非手术治

诊断及分级标准<sup>[1]</sup>,严格区分轻型或重型,其中轻型58例,重型32例。年龄5~64(平均34.5)岁。男39例,女51例。住院时间7~60d,平均住院时间33.5d。

### 1.2 治疗方法

根据临床表现及分型应用:(1)胰腺休息疗法,包括禁食,胃肠减压,TPN支持;(2)抑制胰腺外分泌及胰酶抑制剂,应用善宁及加贝酯;(3)使用广谱抗生素;(4)补充体液,防治休克,维持水电解质及酸碱平衡等综合治疗措施。但当胰腺继发感染坏死或在非手术治疗中症状持续恶化或胆道梗阻引起的重症急性胰腺炎,经短时间非手术治疗病情无缓解时,及时采取手术治疗<sup>[2]</sup>,术后再配合抗感染、营养支持等综合治疗。

### 1.3 营养支持方法

早期行胃管持续胃肠减压及禁食。行肠外营养(PN)的轻型患者禁食1~3d,待腹胀消失,肛门排气即可拔除胃管,

疗规范去实施。

## 参考文献:

- [1] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J]. 中华外科杂志, 1997, 35(12): 773-775.
- [2] 孙家邦, 朱斌, 张键. 暴发性胰腺炎诊治关键探讨[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(11): 53-54.
- [3] 夏穗生. 疑难普外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2001. 676.
- [4] 张键, 朱斌. 暴发性重症急性胰腺炎临床特点及治疗方法的探讨[J]. 中华肝胆外科杂志, 2003, 9(6): 358-360.
- [5] 王春友. 重症急性胰腺炎手术时机选择的个体化问题[J]. 中华普通外科杂志, 2003, 18(6): 325-326.

进食少量清淡流质或饮水,同时静脉补给其余热量和营养物质,然后过渡到肠内营养(EN)。重型患者待急性期过后,全身情况稳定,腹胀消退,肛门排气2~3d,胃管内用生理盐水清洗(100~150mL,3次/d)1~2d后,自胃管注水300mL或米汤等流质,逐渐过渡到EN。EN中选用要素膳瑞素,初期稀释成12%的浓度以50mL/h速度输入,每8~12h后逐次增加浓度及加快速度,约3~4d后达全量,即24%浓度100mL/h,全天总液体量约2000mL。

## 2 结果

轻型PN时间为1~3d,EN2~7d。重型PN时间5~14d,EN7~21d。并发症:胰腺囊肿6例,其中轻型中发生2例。胰性脑病2例,轻、重型中各发生1例。应激性溃疡出血1例;在重型中发生。胰腺及胰周感染9例,其中轻型中发生3例,重型6例,在行PN向EN过渡时出现反跳4例,暂停EN7~9d后好转;1例因进食过早由轻型转为重型。死亡6例(其中放弃治疗2例),死亡原因为1例死亡严重休克,肾功能衰竭,1例死于严重感染胰性脑病,2例死于多器官功能衰竭。

## 3 讨论

在AP的治疗过程中,常遇到患者提出何时进食的问题。这就涉及诊断和对病情判断的问题。患者是轻型还是重型,是急性期还是病情已稳定;治疗是行PN还是行PN+EN,还是EN?这些问题都需要临床医生作出判断。我科严格按照《急性胰腺炎的诊断与分级》标准来判断轻、重型,这就避免轻和重型混淆。在治疗上采用规范化原则“个体化”方案,具体病情选择不同的营养支持方式。

AP在急性期,机体处于应激状态,自身动用“体内脂库”维持机体所需;此时胃肠道同时处于应激状态,不宜进食。因食物刺激可加重其病情,必须让胰腺“休息”,故宜先用PN。待胃肠道功能向正常恢复时,采用“渐进性胃肠道进食”方法,使胃肠道逐渐适应食物刺激。据文献报道空肠内的EN能获得“胰腺休息”,并能减轻AP的全身炎症反应综合征(SIRS)和多器官功能衰竭(MOF)<sup>[3,4]</sup>。早期采用EN可避免因禁食过长所致的肠道黏膜屏障破坏和“细菌易位”而产生的肠源性感染。同时也要避免因进食过早而使轻型向重型转化和加重重型病情恶化。

本组患者营养支持方式的选择采取个体化原则,区别对待。当患者腹胀消退,肛门排气,血尿酸淀粉酶、脂肪酶等生化指标降至正常并稳定时,才可考虑采用EN。不能因为操之过急而出现“反跳”现象,或导致病情加重。轻型患者应尽早转向EN,恢复正常饮食。重型应在急性期反应过后,待病情稳定并处于恢复期时才能采用EN。

## 参考文献:

- [1] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J]. 中华外科杂志, 1997, 35(12): 773-775.
- [2] 易石坚, 李兰兰, 周国保. 重症急性胰腺炎的综合治疗体会[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(4): 315-316.
- [3] 全竹言, 黎介寿. 重症急性胰腺炎病人的营养支持[J]. 实用外科杂志, 1998, 12(18): 725-726.
- [4] 马木提江, 温浩, 陈启龙. 急性胰腺炎的肠内营养治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(10): 774-776.