

## 重症胰腺炎术后营养支持的临床分期应用

于振刚 谭友军

(山东省文登整骨医院 文登 264400)

关键词:重症胰腺炎;营养支持;分期应用

中图分类号:R 657.51

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0061-02

重症胰腺炎(ASP)是急性胰腺炎伴有脏器的功能减退或出现坏死,发病凶险,治疗效果差,病死率高,是外科最凶险的急腹症之一。其起病急,发展迅速,术后并发症多,恢复期长。营养支持为治疗中的一个重要组成部分,完全胃肠外营养(TPN)已被临床广泛应用,但长期 TPN 所带来的临床问题已被临床医师所重视。而肠内营养(EN)在 ASP 治疗中一直被临床医师所顾忌。我院 2005 年 1 月~2007 年 12 月将 PN 和 EN 分期应用于 ASP 病人的治疗,取得良好的效果。现总结如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2005 年 1 月~2007 年 12 月共收治 105 例,其中男 75 例,女 30 例,年龄最小的 10 岁,最大的 79 岁,平均 41 岁。80 例是胆源性胰腺炎,20 例有暴饮暴食史,5 例胰尾部挫伤。病人均经手术治疗并证实有胰腺坏死,在治疗过程中发生严重并发症 100 例次,包括腹腔脓肿 75 例,胰腺瘘 10 例,应激性溃疡 10 例,切口裂开 5 例。

1.2 手术方法 所有病例均进行胰床广泛切开,坏死灶清创。胆道 T 型管引流及腹腔多处多根引流管,均进行空肠造瘘,所有空肠造瘘均在 Treitz 韧带下方 20~30cm 空肠内。

1.3 营养支持方法 术后营养支持一般分为三个阶段。第一阶段为完全胃肠外营养加禁食,均在术后 2~3d 即给 TPN,用 3L 静脉营养液袋经外周静脉输注,持续 7~10d。第二阶段 TPN+EN 阶段,病人胃肠功能一旦恢复(指有排气、排便,有饥饿感、无腹胀),就逐步减少 PN,增加 EN,最终由 EN 取代 PN,EN 应用时间平均为 31d,最长达 50 多天。第三阶段为饮食阶段,应注意避免动物蛋白、高脂肪及辛辣刺激性食物。

1.4 营养液配制 根据 Harrin-Benedict 公式计算肠外营养每天所需热量,约 8 368~10 460kJ(2 000~2 500kcal),在配制过程中,适量降低葡萄糖含量,增加脂肪乳剂,糖脂比例为 1:1,氮 0.25g/(kg·d),非蛋白热量 104.6kJ/(kg·d),热氮比为 627.6kJ:1,在应用 PN 过程中,根据病人利用葡萄糖的能量适当补充外源性胰岛素,一般按照糖:胰岛素=4~6g:1U 之比给予外源性胰岛素。将各种营养物质灌注 3L 静脉营养袋中,配制成全营养混合液,并匀速输入体内,维持 12h。肠内营养液的配制和输注:先用短肽型制剂小百肽作为主要来源,并适

安胰颗粒具有清热通腑、理气止痛、活血祛瘀之功,使腑通、热清、瘀消、毒祛,从而达到通则不痛之目的<sup>[9]</sup>。本研究结果显示安胰颗粒能显著降低 SAP 患者血清 TNF- $\alpha$  和 IL-6、IL-8 水平,是其治疗 SAP 的重要环节,从而减轻胰腺炎症的全身损伤。

## 参考文献

- [1]中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J].胰腺病学,2004,4(1):35-38  
[2]张红,李水渝.急性胰腺炎的发病机制研究进展[J].中国危重病急救

当增加米汤、藕粉汤、果汁、菜汤等。浓度由低至高,逐渐减少 PN,增加 EN,直至全部转向 EN,此时要素膳浓度为 4.18kJ/mL,肠内营养液用福尔凯输注泵以控制滴速。

## 2 结果

105 例病例治愈 95 例,10 例术后 1 周内死亡,主要原因因为感染性休克及器官功能衰竭。95 例均顺利完成了肠外、肠内分期营养支持,到术后 28d 血清白蛋白和总淋巴细胞计数恢复至术前水平。

## 3 讨论

重症胰腺炎病情凶险,机体处于高分解代谢状态,病人出现失蛋白血症及负氮平衡,导致营养不良,器官功能受损,免疫功能抑制,易发生多器官衰竭<sup>[1]</sup>。合理的营养支持有利于提高机体抵抗力,维护器官正常功能,提高病人的免疫功能,为合成蛋白质提供底物,提高存活率,因此,营养支持是治疗重症胰腺炎的一项重要措施。

对于 ASP 病人,因胰液、胆汁、胃液引流,故消化、吸收功能不全,一般认为过早进食有刺激胰液分泌作用,不利于伤口愈合,故营养支持一般采用 TPN,且 TPN 达 2~3 周才转为 EN,并取得良好的效果。但长期 TPN 与禁食,可使肠道功能恢复缓慢,肠黏膜萎缩,肠道功能受损,易造成细菌移位,增加机体对感染的易感性及导管并发症发生率<sup>[2]</sup>,因而如何减少 ASP 病人细菌移位及内毒素的吸收,则是近年来临床医师更为关注的问题。小百肽是一种纯短肽型的营养要素膳,蛋白质预先经过水解不需要消化,更容易吸收,利用率高,中链脂肪酸(MCT)与长链脂肪酸(LCT)之比为 60:40,MCT 不需要胆汁和胰酶的参与即可吸收并迅速利用。本组 95 例病人通过空肠造瘘实施 EN,病人完全能够耐受,不增加胰腺的负担,没有对胰腺的自然进程产生不良影响。国内有报道,肠内营养取得较好的效果<sup>[3]</sup>。总的来说 EN 和 PN 的分期应用,降低了 ASP 病人各种并发症的发生率,缩短了病人的住院天数,减少了病人的住院费用,比起全程应用 TPN 来说,易被病人接受,适合临床广泛应用。

实施 EN 的注意事项,EN 实施前肠道内先输注 500mL 等渗盐水,给肠道一个适应过程,第 2 天再输注小百肽。浓度一定要由低到高,一般从 10%开始,最多至 20%,在 EN 早

- 医学,2000,12(2):121-125  
[3]Makhija R, Kingsnorth AN.Cytokine storm in acute pancreatitis[J].J Hepatobiliary Pancreas,2002,9:401-410  
[4]田玉玲,雷力民.IL-1 和 IL-6 与急性胰腺炎相关性的实验研究[J].临床消化病杂志,2006,18(5):297-298  
[5]Baggiolini M,Loetscher P,Moser B.Inter leukin-8 and the chemokine family[J].Int J Immunopharmacol,1995,17(2):103-108  
[6]雷力民,田玉玲,林寿宁,等.安胰颗粒治疗急性胰腺炎的临床研究[J].辽宁中医杂志,2007,34(5):598-599

(收稿日期:2008-04-23)

期,机体不能耐受全量,因此,热量、氮量不足部分由 PN 供给,EN 增加的同时减少 PN,先减氨基酸,再减糖,量不超过 50%,以防止发生低血糖反应。EN 最常见的并发症是腹胀、腹泻,腹胀可通过调节深度、温度、滴速得到纠正,如有腹泻,可减少剂量。

参考文献

[1]刘敦贵.外科营养支持若干问题[J].实用外科杂志,2005,15(6):325-328

[2]曹伟新,尹浩然,张臣烈,等.肠内外营养支持在重症胰腺炎治疗中的应用[J].肠外与肠内营养,1994,1(1):12

[3]刘牧林,曹伟新,尹浩然,等.Intralipid 与 Lipofudin 在重症胰腺炎病人中的应用[J].肠内与肠外营养,2005,5(2):90-92

(收稿日期:2008-05-04)

# 中药酊剂加热敷治疗颈椎病\*

陈志坚

(浙江省温州市中医院 温州 325000)

关键词:颈椎病;中医药疗法;酊剂;热敷

中图分类号:R 681.55

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0062-01

自 2004 年 5 月~2007 年 8 月,笔者对 150 例颈椎病患者采用中药酊剂加热敷治疗,取得了满意效果。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组男性 68 例,女性 82 例;年龄 20~34 岁 16 例,35~45 岁 52 例,46~60 岁 58 例,60 岁以上 24 例,最小 22 岁,最大 72 岁。类型:神经根型 112 例,椎动脉型 22 例,交感型 3 例,混合型 13 例。病程最短 1 周,最长 12 年,以 3 个月~2 年者居多。病因:有明显外伤史 6 例,长期姿势不当、伏案工作、劳累所致者 118 例,无明显诱因或原因不明者 26 例。

1.2 诊断标准 全部病例以典型症状、体征,结合颈椎 X 线改变,参照国家中医药管理局 1995 年 1 月 1 日实施的《中医药行业标准·中医骨伤科病症诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>。其中颈部僵硬活动受限 90 例,上肢疼痛麻木 112 例,伴头颈肩痛、眩晕 20 例,伴头晕耳鸣、心悸、失眠、健忘 12 例。150 例患者影像学均示颈椎生理曲线不同程度改变,骨质唇样增生,椎间孔变小等。

## 2 治疗方法

2.1 中药酊剂制备 药用生川乌 50g、生草乌 50g、生乳香 50g、生没药 50g、生半夏 50g、生南星 50g、细辛 50g、萆薢 50g、樟脑 50g、冰片 50g、白芥子 100g、蜈蚣 50g、全蝎 50g、生大黄 100g 等,共研粗末,用 75%酒精 5 000mL 密封浸泡 4 周,用纱布过滤制成酊剂备用。

2.2 使用方法 患者取坐位,头颈正直,医者立于病人患侧,一手扶住病人前额,一手以轻柔的揉、按、拿、一指禅手法,在颈肩、上背部治疗 3~5min。用拇指点揉风池、风府、大椎、百合、头维、太阳、天宗、缺盆、曲池、合谷穴等。然后采用四川思维多应用技术研究所生产的酊剂型热敷贴。取出热敷贴药,轻摇数次后逐渐升温,将中药酊剂 10mL 左右,从热敷袋上“药液注入口”缓慢注入,药袋自动吸附药液,将负面(药敷面)置于患处或疼痛最明显的部位或大椎穴,再撕去医用敷贴带两侧的隔粘纸,敷贴即可。使用中每隔 4~5h 用手轻揉药袋内的发热剂,使其疏松透气,不结块。每日 1 次或隔日 1 次,7 次为 1 个疗程,观察 2 个疗程。

## 3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:原有各种症状消失,肌力正常,颈及肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作。显效:原有各种症状恢复正常,颈及肢体功能改善,能参加一般工作。好转:原有各症状减轻,可参加轻便工作或者家务劳动。无效:无明显改善。

3.2 治疗结果 本组 150 例,治愈 82 例,占 54.7%;显效 40 例,占 26.7%;好转 24 例,占 16.0%;无效 4 例,占 2.7%;总有效率 97.3%

## 4 讨论

颈椎病属中医学“痹症”范畴。好发于中老年人,40 岁以上较多,中医认为肝主筋,肾主骨,由于 40 岁后,肝肾之气渐衰,筋骨随之而退化,易受外界风寒湿邪之侵袭,或注于经络或凝结于骨节,致气血滞而不能通畅,而出现上述症状<sup>[2]</sup>。中药酊剂方中生川乌、生草乌、生南星、生半夏、细辛大辛大热,温经散寒,化痰通络,且现代医学认为川乌、草乌有镇痛、局部麻醉作用;生乳香、生没药、萆薢舒筋活血,通络止痛;冰片、樟脑辛香走窜、渗湿消肿;全蝎、蜈蚣辛咸通络,改善微循环,而循环的改善有利于疼痛介质的降低:诸药合用能起到活血祛瘀、疏通经络、解痉止痛之效。督脉总督一身之阳,大椎位于督脉由背入项之处,又为手足三阳与督脉之交会穴,有“诸阳之会”称谓,故大椎穴可通调诸阳经脉,又位于颈部,故可治头痛。结合热敷改善颈部的血液循环,减轻局部的充血、水肿、渗出,促进无菌性炎症的吸收,并使药物直达病所,从而达到治疗目的<sup>[3]</sup>。同时配合手法,通过理筋手法,可达到疏通脉络、止痛去麻、改善局部血液循环、解除肌肉紧张痉挛、调节及恢复颈部肌肉的功力平衡等作用,二者配合可以提高疗效,减少复发率。

## 参考文献

[1]中华人民共和国中医药管理局.中医药行业标准·中医骨伤科病症诊断疗效标准[S].1995.186

[2]杨克勤.颈椎病[M].北京:人民卫生出版社,1981.65

[3]陈志坚.通痹酊剂加热敷治疗痹症的临床研究[J].浙南新医药杂志,2006(2):46

(收稿日期:2008-05-28)

\* 浙江省温州市科技局课题(NO: S2002A061)