

早期肠内营养在重症急性胰腺炎治疗中的影响作用

陈明峰 徐璐
(江西省樟树市人民医院 樟树 331200)

关键词:重症急性胰腺炎;肠内营养;早期;治疗价值
中图分类号:R 576 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.010

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是临床上常见的急腹症,目前主张以“综合治疗为主,手术治疗为辅”。传统方法认为给予全肠外营养(totalparenteral nutrition, TPN)是 SAP 的基本治疗措施,但近年的研究发现:TPN 易产生肠道细菌移位,加重炎症反应^[1];肠内营养(enteral nutrition, EN)能减少 SAP 患者肠源性感染和多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)的发生^[2]。本观察以 TPN 作对照,观察早期 EN 对 SAP 患者治疗中的作用。

表 1 两组患者临床疗效比较 例

组别	n	基本治愈	显著进步	进步	无效	总有效率(%)
治疗组	30	7	13	8	2	93.3
对照组	30	4	9	10	7	76.7

2.2 神经功能缺损评分比较 两组患者治疗前后神经功能缺损评分比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后神经功能缺损评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	21.6 $\pm$ 9.2	7.8 $\pm$ 6.1
对照组	30	20.4 $\pm$ 9.6	13.6 $\pm$ 6.5

2.3 不良反应 治疗组及对照组均未见明显不良反应。

3 讨论

急性进展性脑梗死是指卒中发病后神经功能缺失症状在 48 h 内逐渐进展或呈阶梯式加重,它是一种临床过程,而不是一个独立的疾病单元。研究表明,急性进展性脑梗死与以下因素有关^[3]: (1)与血栓形成有关。原发性动脉血栓蔓延产生新的狭窄或使原有狭窄的血管产生闭塞,或通过阻断侧枝血管使侧枝循环消失,脑缺血区域逐渐增大,导致病情进展。(2)与脑灌注压降低有关。大血管的病变可导致狭窄远端血流灌注下降,侧支循环灌注不良的部位出现梗死,血压略有下降症状即加重,特别脉压差小的患者加重了半暗带区的缺血,从而使病情进展。(3)与血流变学异常有关。进展性脑梗死血流动力学机制是脑缺血区灌注下降,侧支循环血供不足和进行性循环衰竭,使缺血半暗带转化为不可逆损伤,以及缺血损伤区周围的正常脑组织加入半暗带,这一发展为可逆的动态演变过程,若能及时抢救这一半暗带,则可以阻止血栓的进展,也是治疗脑梗死的关键^[4]。

丹参酮是中药丹参的有效活性成分,已被广泛应用于心脑血管病的治疗。丹参酮 II A 磺酸钠注射液的药效成分丹参酮 II A 是采用现代制药技术提取

的植物单体,它能抗氧自由基损伤,降低缺血组织的再灌注损伤^[5],抗血小板聚集,降低血液黏度,改善微循环,有效抑制炎症反应,并有很好的神经保护作用。

纤溶酶是从蝮蛇蛇毒中提取并制成的制剂,是新一代溶栓抗凝药物,半衰期 5.6~6 h,既能直接作用于血栓中的纤维蛋白,又能适度溶解纤维蛋白原。它有很强的底物专一性,因直接作用于纤维蛋白原和纤维蛋白,可使其降解小分子片段,充分分解和从血循环中清解,对新生血栓溶解性好,只溶解形成血栓的纤维蛋白,对体内纤溶系统无明显激活,溶栓同时不过度纤溶,因此无出血倾向,避免了以往尿激酶等溶栓药引起出血的并发症。早期使用纤溶酶尽管不能避免脑缺血发生后神经细胞损伤,但可有效减轻缺血半暗带的神经细胞损伤程度。

纤溶酶与丹参酮 II A 联合使用具有协同作用,可以减少脑梗死的范围,达到治疗的目的。文献报道亦显示,该药物对急性脑梗死治疗有明显的疗效^[6-7]。本组 30 例进展性脑梗死患者应用纤溶酶联合丹参酮 II A 治疗,其有效率为 93.3%,对照组有效率为 76.7%,两者比较,差异有统计学意义。纤溶酶联合丹参酮 II A 临床运用安全、有效,值得推广运用。

参考文献

[1] 中华神经科学会. 各类脑血管病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996,29(6):379-381
[2] 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):381-383
[3] 刘明凤,徐红强. 进展性脑梗死相关因素分析[J].中国实用神经疾病杂志,2009,12(10):38-39
[4] 孟令淮,苗风英,李少春. 纤溶酶与奥扎格雷联合治疗急性脑梗死的临床观察[J].中国临床神经科学,2008,16(4):399
[5] 叶龙彬,奚涛,陈峰,等. 丹参酮 II A 对大鼠局灶性脑缺血再灌注损伤的保护作用[J].中国药科大学学报,2004,35(3):267-270
[6] 吴则兴,张晓华,贾荣,等. 纤溶酶治疗急性脑梗死的临床研究[J].中华药理学杂志,2004,3(10):40-41
[7] 刘锡霞. 纤溶酶治疗进展型脑梗死的疗效观察[J].中国医药导报,2006,3(3):70-71

1 资料和方法

1.1 临床资料 选择我院 2005 年 1 月~2010 年 12 月收治的 56 例 SAP 患者。诊断标准参照 2003 年 12 月全国胰腺疾病学大会上讨论的“中国急性胰腺炎诊治指南(草案)中 SAP 诊断标准”^[3],既往无严重心、肝、肺、肾等重要脏器疾病史,无急诊手术指征。男 31 例,女 25 例,年龄 28~76 岁,平均(46.56± 21.39)岁,所有患者均查血、尿淀粉酶及腹部 CT 明确,符合 SAP 的诊断标准。按病因分:胆源性胰腺炎 36 例,暴饮暴食史 6 例,高脂血症 12 例,特发性 2 例。随机分成 EN 治疗组 28 例和 TPN 治疗组 28 例。病情严重程度经 APACHE-II 评分,分别为(11.6± 3.6)分和(11.5± 2.5)分。两组患者的性别、年龄、APACHE-II 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组患者入院后均常规综合治疗,包括补充血容量、纠正电解质酸碱失衡、抑酸、予抗生素及生长抑素,入院后 24~48 h 循环及电解质酸碱平衡基本稳定后按分组分别进行 EN、TPN 营养支持。EN 组:通过放置鼻肠管行肠内营养,肠内营养制剂选用能全素。在内镜帮助下将螺旋型鼻肠管放置于屈氏韧带以远,置管当日输注 500 mL 0.9% NaCl 溶液,以适应肠道及促进肠道运动,第 2 天给予肠内营养制剂 500 mL 和 0.9% NaCl 溶液 500 mL,以后逐渐增加肠内营养制剂至 1 500~15 000 mL,共 14~21 d,控制滴注速度输注,依病情过渡到经口进食。开始不能耐受全量患者可由肠外营养补充。TPN 组:根据 HarrisBendict 公式计算患者每日所需热量,非蛋白质热量为 116.7~146.5 kcal/kg (1 kcal=4.184 kJ),其中 60%为脂肪供能,40%由葡萄糖供能,氮量 0.2 g/kg,并补充电解质、维生素、微量元素等,另按比例给予外源性胰岛素,并根据血糖监测结果增减。各种营养成分配制成全合一混合液,放入 3 L 袋经中心静脉 24 h 均匀输注,共 14~21 d,具体视患者耐受程度而定。

1.3 临床观察指标及检测 观察两组患者一般情况、腹部症状及体征(腹胀、腹痛等)缓解时间、血淀粉酶恢复天数、继发感染与 MODS 发生率、外科干预率等。治疗 7 d 后行 APACHE-II 评分和腹部 CT 观察胰腺形态。所有患者在营养支持治疗前、治疗后 3 d 及 14 d 抽取静脉血 5 mL 行血清内毒素测定。

1.4 统计学分析 计量资料用均数± 标准差表示,计数资料采用 χ^2 检验进行分析,组间比较采用 t 检验进行分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 APACHE-II 评分比较 第 1 天 EN 组和 TPN 组 APACHE-II 评分分别为 (11.6± 3.6) 分和 (11.5± 2.5) 分,两组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$);但随着住院天数增加均呈递减趋势,EN 组第 7 天 APACHE-II 评分为 (6.6± 1.4) 分,低于 TPN 组的 (9.3± 3.9) 分,两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.2 两组患者营养支持治疗前后血清内毒素水平的变化 治疗第 3 天,EN 组血清内毒素水平为 (0.16± 0.09) Eu/mL,比治疗前 (0.13± 0.08) Eu/mL 略升高,但差异无统计学意义 ($P>0.05$);而 TPN 组治疗第 3 天血清内毒素水平为 (0.22± 0.10) Eu/mL,较治疗前的 (0.11± 0.06) Eu/mL 升高明显,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗第 14 天,TPN 组血清内毒素水平进一步升高达 (0.23± 0.11) Eu/mL,而 EN 组则明显降低到 (0.05± 0.01) Eu/mL,较治疗前差异有统计学意义 ($P<0.01$)。

2.3 两组治疗结果比较 EN 组患者症状缓解时间、血淀粉酶恢复正常天数较 TPN 组短,继发感染与 MODS 发生率、外科干预率低于 TPN 组。见表 1。

表 1 两组患者治疗情况比较 (X̄± S)						
组别	n	症状缓解 时间(d)	血淀粉酶恢 复天数(d)	继发感 染(例)	MODS 例 数(例)	外科干预 (例)
EN 组	28	7.8± 0.6	14.0± 0.5	3	3	1
TPN 组	28	9.3± 0.8	16.5± 0.9	13	10	8
P 值		<0.05	<0.01	<0.01	<0.05	<0.01

3 讨论

营养支持在 SAP 治疗中有极其重要的地位,可使高分解代谢所致的全身消耗对机体的打击降到最低,积极纠正负氮平衡和内环境紊乱,提高机体抗感染能力。近年来的研究证明,长时间的禁食会造成肠道衰竭,肠黏膜屏障损害,促使细菌及内毒素移位^[2]。SAP 患者早期的 EN 有助于改善肠黏膜屏障功能,促进肠蠕动功能的恢复,减少内毒素和细菌移位^[3]。中华医学会重症医学分会推荐意见为: SAP 患者初期复苏后条件允许时可开始营养支持,并优先考虑经空肠营养;部分患者因严重肠麻痹或腹部并发症不能耐受或部分不耐受 EN 时可由肠外营养替代或补充^[4]。本观察中 EN 组治疗后血清内毒素水平均显著低于 TPN 组,表明早期 EN 可减轻肠源性内毒素血症。EN 组治疗 3 d 后血清内毒素水平与治疗前相比差异无统计学意义,提示 EN 能较迅速地抑制肠源性内毒素移位。SAP 时炎症组织中活化的中性粒细胞和巨噬细胞在受到内毒素“攻击”后,释放大量的内毒素诱生炎性因子(如肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-1 等),造成 SAP 的“二次打击”。与

参苓白术颗粒治疗功能性消化不良脾虚证及对胃动素调节作用研究

王芳¹ 甘淳²

(1 江西中医学院 2008 级硕士研究生 南昌 330006;2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察参苓白术颗粒治疗 FD 脾虚证的临床疗效及对患者血浆胃动素(MTL)的影响。方法:将符合纳入标准的患者随机分为参苓白术颗粒治疗组 48 例及西药吗丁啉对照组 24 例,4 周为 1 个疗程。以评价参苓白术颗粒治疗功能性消化不良脾虚证的临床疗效及调节血浆 MTL 水平的作用。结果:参苓白术颗粒治疗组愈显率以及对脘腹胀满、食少纳呆、疲倦乏力等症状疗效优于西药对照组($P<0.05$),治疗后两组血浆 MTL 浓度均较治疗前显著升高($P<0.05$)。结论:参苓白术颗粒治疗功能性消化不良脾虚证疗效确切,对调节 FD 脾虚型患者血浆 MTL 水平有一定的作用。

关键词:功能性消化不良;脾虚证;参苓白术颗粒;胃动素

中图分类号:R 574.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.011

功能性消化不良(functional dyspepsia,FD)是常见的消化系统疾病之一,是以持续性或反复发作性上腹部不适、餐后饱胀、腹部胀气、早饱以及厌食、恶心、呕吐、烧心、胸骨后痛、反胃等症状群为主要表现的一种胃肠功能性疾病。本病在我国发病率为 20%~30%^[1]。发病机制较复杂,一般认为胃肠道动力障碍是其主要的病理生理学基础。西药治疗一般以促动力剂、制酸剂等为主,但病程较长,反复发作。中医辨证论治具有明显优势,笔者采用参苓白术颗粒治疗 FD,同时检测 FD 患者血浆胃动素(MTL)在治疗前、后的水平,观察参苓白术颗粒治疗功能性消化不良脾虚证的临床疗效及对患者血浆 MTL 水平的影响,探讨胃动素在功能性消化不良中的可能作用及中药参苓白术颗粒治疗 FD 的可能机理。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2010 年 4 月~2011 年 3 月江西中医学院附属医院消化内科门诊及住院病人,共 72 例,按 2:1 比例进行比较,随机分为参苓白术颗粒治疗组 48 例和吗丁啉对照组 24 例,由于失访及违背研究方案,两组共脱落及剔除 5 例。两组患者性别、年龄、病程及治疗前症状评分均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

TPN 组相比,EN 组由于减少了肠源性细菌和内毒素移位,避免了炎性因子的持续大量释放,因而缩短了 SIRS 的时间,也降低了 MODS 和胰腺及胰周组织继发感染的发生率,治疗 7 d 后 EN 组 APACHE-II 评分显著低于 TPN 组,说明 EN 在改善 SAP 患者全身状况方面优势明显。

笔者认为,在 SAP 全身炎症反应期,应尽早尝试启动 EN,最后逐步过渡到完全 EN,不足的能量与蛋白质可以通过静脉补充。早期 EN 的目的不仅是单纯的营养支持,更重要的是可保护肠道屏障功

1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照 FD RomeⅢ标准制定:诊断前症状出现至少 6 个月,近 3 个月满足以下 1 条或多条:(1)餐后饱胀不适;(2)早饱感;(3)上腹痛;(4)上腹烧灼感;并且没有可以解释上述症状的器质性疾病的证据。中医证候诊断标准:参照《消化不良中医诊疗共识意见》(中华中医药学会脾胃病分会第 21 届全国脾胃病学术会议,2009 年,深圳)脾胃虚弱证中医诊断标准制定。主症:(1)胃脘痞闷或胀痛;(2)食少纳呆;(3)食后腹胀,脘闷不舒。次要症状:(1)纳少泛恶;(2)嗝气呃逆;(3)疲乏无力;(4)舌质淡,舌体胖有齿痕,苔薄白;(5)脉细弱。证型确定:具备主症第 1 项和其它 1 项主症加次症 2 项,或主症第 1 项和次症 3 项及以上。

1.3 入选和排除标准 所有入选病例均符合上述中西医诊断标准,年龄在 18~60 岁者。排除标准:(1)胃镜检查发现胃黏膜有明显充血水肿或糜烂等慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎或其他器质性疾病者;(2)糖尿病、肝硬化、甲状腺疾病患者;(3)腹部手术后患者;(4)肠易激综合征患者;(5)有其他影响胃肠道动力的疾病患者;(6)近 2 周内使用过胃肠动力药、制酸药等药物者;(7)患者不能配合,不能最终完成全部治疗及检查者。

1.4 治疗方法 治疗组:参苓白术颗粒(党参、白

参考文献

[1]谢华,吴叔明.重症急性胰腺炎的早期肠内营养[J].国外医学·消化系统分册,2004,24(1):9-11
[2]黄晓曦,王兴鹏,吴恺,等.持续早期肠内营养联合肠黏膜保护对重症急性胰腺炎肠屏障功能影响的多中心随机对照临床试验[J].中华消化杂志,2008,28(4):225-229
[3]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,2004,29(4):35-38
[4]中华医学会重症医学分会.中国重症加强治疗病房危重患者营养指导意见(2006)[J].中华外科杂志,2006,44(17):1 167-1 177

(收稿日期:2011-04-07)