

1 例急性胰腺炎并发胃轻瘫患者行中西医结合护理

吴蓉蓉 李伟林 陈霞 (通讯作者)

上海交通大学医学院苏州九龙医院消化科 江苏 苏州 215000

【摘要】: 总结 1 例急性胰腺炎并发胃轻瘫 (Acute pancreatitis complicated with gastroparesis) 患者行中西医结合护理体会。从营养管理的护理和胃轻瘫中西医结合护理等重难点方面制定个性化护理方案, 经过积极的治疗与护理, 患者 57 天后好转出院。

【关键词】: 急性胰腺炎; 胃轻瘫; 营养; 护理

DOI:10.12417/2811-051X.25.09.001

近年来, 随着人们生活水平及生活习惯的改变, 急性胰腺炎(AP)的发病率在全球内均明显升高, AP 的发病率每年增加 2%-5%, 全球每 100, 000 人中有 3.4 至 73.4 例^[1]。AP 局部并发症有早期<4 周的急性胰周液体积聚、急性坏死物积聚及后期>4 周的胰腺假性囊肿、包裹性坏死。其他并发症还包括全身炎症反应综合征、多器官功能障碍综合征等^[2]。但并发胃轻瘫的极少, 国内外相关报道数据并不多。

胃轻瘫是非机械性梗阻因素引起的, 以胃排空障碍为主要征象的胃动力紊乱综合征, 也是胃肠道神经肌肉功能紊乱导致的疾病之一。流行病学调查显示, 胃轻瘫患者的死亡率远高于非胃轻瘫患者, 胃轻瘫的发病率并不高, 但也逐渐成为一种严重的疾病负担^[3]。

主要的临床表现为呕吐、恶心、腹痛、早饱、餐后持续饱胀感、有重度腹胀感等。

1 病例介绍

患者, 李某, 男, 70 岁, 因“上腹胀痛 3 小时”于 03 月 04 日入院, 起病时患者自认为心梗就诊于我院急诊检查心脏各项指标无异常, 行 CT 检查提示: 急性胰腺炎。急诊拟“急性胰腺炎”收入消化科病房住院治疗。该患者既往有“高血压”病史 10 年, 平素口服“拜新同”1 粒, 控制血压, 控制可。有“强直性脊柱炎”40 余年, 现未服用药物。10 年前因心梗行冠脉支架置入术, 长期口服“泰嘉 50mg QD、可定 10mg QD”。入院检查: 白细胞计数 $14.64 \times 10^9/L$, 血淀粉酶 2540U/L, 肌酐 $30 \mu mol/L$, 白蛋白 29g/L。入科生命体征: 神志清, 体温 $36.3^\circ C$, 脉搏 100 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 149/92mmHg, 血氧饱和度 95%。

治疗经过: 禁食禁饮、鼻导管吸氧、制酸、护胃、抗感染、抑制胰液分泌及胰酶活性, 改善微循环、维持水电解质平衡、控制性补液、口服生大黄以及芒硝外敷等治疗。03 月 09 号 08:45

患者诉鼻饲后腹胀、嗝气、腹部叩诊呈鼓音, 予减少肠内营养量, 并予西甲硅油口服消胀; 03 月 11 日入院后第 7 天, 予内镜下重新置入空肠营养管, 胃镜提示胃潴留, 胃壁蠕动差, 结合患者临床症状, 临床诊断为胃轻瘫; 04 月 01 患者确诊胃轻瘫一个月, 复查影像学提示胰腺假性囊肿形成, 约

48mm*36mm。住院期间多次行中西医结合治疗。患者于入院第 57 天后患者胰腺假性囊肿自行消失, 胃蠕动恢复, 营养指标上升好转出院。

2 护理

2.1 营养管理

患者急性胰腺炎入院, 给予鼻饲营养后出现腹胀、嗝气症状。期间给予对症措施未见缓解, 通过内镜检查结合临床症状, 入院后第 7 天, 临床诊断为胃轻瘫。SAP 患者病情严重, 易引起分解亢进, 导致营养不良和免疫功能降低, 增加脓毒血症及 MODS 的发生几率, 因此死亡率高, 目前临床缺乏 AP 特异性治疗药物, 营养支持治疗成为重要措施之一, 能明显改善 SAP 患者预后^[4]。胃轻瘫患者常伴有呕吐、早饱及腹胀等症状, 并因此导致营养素摄入不足, 此外该患者胰腺炎长时间禁食, 肠内没有营养直接供应, 肠道本身就会发生营养不良, 可出现医源性胃肠饥饿综合征^[5]。因此, 营养是治疗胃轻瘫患者的重要环节。患者营养管理护理措施如下:

2.1.1 评估病情评估: 2023 年《胃瘫患者的营养治疗专家共识》提出选择合适胃轻瘫患者个体化的营养措施, 准确评估胃轻瘫的严重程度尤其重要^[5]。我们将评估分为三步曲, 分别如下:

第一步, 采用国外学者^[6-7]分级标准: 1 级主要包括间断出现轻度症状者的患者, 可通过饮食调整控制病情; 2 级患者伴有中度症状, 但没有体重丢失, 也未用促胃肠动力药物及止吐剂控制病情; 3 级患者无法经口获取营养, 需要住院观察, 药物治疗, 营养治疗甚至内镜或手术治疗。患者评定为胃轻瘫 3 级。

第二步, 根据 2023 年《老年人营养不良多学科决策模式专家共识》^[8]建议对该患者进行营养筛查。该患者 NRS2002 营养筛查评分为 4 分, 存在营养不良风险。

第三步根据 2018 年全球临床营养界的共识报告^[9]中的 GLIM 诊断标准进行营养不良的诊断。该患者体脂百分比: 13.9%, 电子握力水平: 21.1kg; 患者可诊断为: 营养不良。

2.1.2 制定方案通过多学科会诊 (营养科、老年科、心内科) 制定营养方案如图 1

品名 规格	途径	热量 kcal
复方乳酸钠葡萄糖注射液 1000ml	静滴	200
5%葡萄糖氯化钠 500ml	静滴	100
复方电解质醋酸钠葡萄糖注射液 500ml	静滴	200
18AA 氨基酸 400ml	静滴	100
5%葡萄糖 500ml	静滴	100

图 1

2.1.3 管路护理静脉和肠内营养共同使用,实施肠内营养过程中严格执行七度三冲洗:安全度:输注时悬挂“肠内营养标识”,禁止与静脉输液挂一起;温度:营养液保持常温或者 37°-38° 左右;角度:抬高床头 30-45 度,防止误吸;速度:80ml/h,每鼻饲 250ml 休息 1-2 小时,并指导患者端坐位或慢走片刻^[3]5-7 天达到目标量;浓度:由稀到浓;耐受度:病人能够适宜的程度;洁净度:营养液及管路的洁净度。鼻饲前后冲洗;给药前后冲洗;定时冲洗(4-6h/次)。

2.1.4 效果评价患者确诊胃轻瘫,我们在实施营养管理的护理过程中未发生管道感染、堵管及鼻腔黏膜损失;营养指标如图 2

	肌酐 (mmol/L)	前白蛋白 (mg/L)	血红蛋白 (g/L)
3 月 12 日	33	138	108
目标值	> 59	> 180	> 120
实施后	62 (达标)	186 (达标)	118 (近达标)

图 2

2.2 改善胃轻瘫

胃轻瘫严重影响了患者的营养支持治疗,这种影响在胰腺炎患者治疗过程中表现尤为突出。胃轻瘫在疾病康复过程中往往容易被忽视,尤其是患者家属对胃轻瘫的认识不够,他们迫切地想为患者补充营养,而忽视患者腹胀、不排便等症状,导致患者加重胃轻瘫。因此改善胃轻瘫在整个疾病中发挥重要作用。

2.2.1 用药根据 ACG 胃轻瘫临床指南^[3]建议使用胃动素受体激动剂红霉素静滴,促进胃肠运动。静滴红霉素时速度调整为 45 滴/分,在使用过程中密切观察患者有无腹泻、恶心、呕吐、中上腹痛、口舌疼痛等不良反应。

2.2.2 中医科针灸根据护理小组讨论并查阅文献,文献报道中医西医结合治疗胃轻瘫效果显著,有学者研究^[10]使用每 2 天治疗 1 次,针灸操作方法选择百会、关元、气海、命门、腰阳关、双侧足三里、阳陵泉、中脘、胃俞、脾俞、肝俞、肾俞、

太冲穴、三阴交,针刺每隔十分钟以平补平泻操作 30 秒,留针 30 分钟,连续治疗 4 周。我院中医科选取穴位:足三里、关元,配穴选取中脘、丰隆;针刺方法:先定穴用医用酒精棉球常规消毒,再取针快速刺入皮下,留针 30min,1 次/天,持续 15d 为 1 疗程,共治疗 3 个疗程。

2.2.3 耳穴贴压又称耳穴埋籽法,是采用代替耳针的药丸、药籽、谷类或其他物品至于胶布上,贴于耳廓上的穴位或者反应点,用手按压刺激,通过经络传导,达到防治疾病的一种操作方法。耳穴优点:副作用小、可补不足、范围广泛、能防能治、简便易行^[11]。

经过国内外学者的广泛研究,验证了耳穴疗法在促进肠道蠕动、改善便秘方面的科学性、有效性及安全性。胡丽群等^[12]学者针对 28 例患者研究表明耳穴贴压能够改善急性胰腺炎伴腹痛;李新红等^[13]学者针对 30 例老年患者研究表明耳穴贴压能够改善老年功能性便秘;杨剑晶^[14]将耳穴贴压应用于中风后的患者能够明显改善便秘。

我科护理通过循证选取穴位:脾、胃、大肠、小肠、三焦、肝、胆^[15]。按压方法:《中医护理学》中建议,每穴位按压 30 下,按压力度以穴位疼痛或耳廓发红为度,1 日按压 2-3 次,贴 3 天更换,两耳交替治疗。

2.2.4 心理护理学者研究表明^[16]多数胃轻瘫患者伴有焦虑倾向,而且影响胃轻瘫治疗效果。肠胃疾病与我们精神因素密切相关。当情绪激动或不稳定时,会刺激大脑皮层,引起胃肠功能紊乱。比如长期紧张、焦虑和抑郁,会容易导致腹胀、食欲减弱等问题。我们通过倾听:选择安静场所,面对面,鼓励患者表达内心感受倾听心声;在患者倾诉完毕前,不急于发表观点,不做评判。共情:站在患者的角度换位思考,为其寻找合理性;让患者感受到自己被关注、被理解、被接纳。信息支持:运用多种方式对患者进行相关知识宣教,提高患者战胜疾病的信心。情感支持:及时观察患者情感支持需求,接纳患者的情感,通过接触、握手、拍肩等非语言行为,提供情感支持。

通过我们循证使用中西医结合护理胃轻瘫患者五周后,患者成功恢复胃蠕动。

3 小结

本例患者从确诊胃轻瘫开始,我们积极通过循证护理帮助患者尽早恢复胃蠕动。临床治疗急性胰腺炎并发胃轻瘫时采用中西医结合护理,可以加快病情恢复,全面提高患者生活质量,获得更高的护理满意度。此例患者在多学科团队协同管理下,采取针对性的营养干预措施,取得了很好的效果;我们通过充分的循证护理下积极调整胃轻瘫患者护理方案,使患者成功恢复胃蠕动好转出院,为我们今后相同情况患者提供护理参考。

我们将不断追求知识的更新,用循证的思维寻求精益的护理策略;运用多学科技术联合,解决患者疾病的需求;将新技

术运用于临床,提高专科护理质量,提高护理服务满意度;个人能力提升,获得职业的认同感和成就感。

参考文献:

- [1] Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, et al. Burden and Cost of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States: Update 2018 [published correction appears in Gastroenterology. 2019 May;156(6):1936.Gastroenterology. 2019;156(1):254-272.e11.
- [2] 李非,曹锋.中国急性胰腺炎诊治指南(2023)[J].中国实用外科杂志,2021,41(07):739-746.
- [3] Camilleri M, Kuo B, Nguyen L, et al. ACG Clinical Guideline: Gastroparesis. Am J Gastroenterol. 2022;117(8):1197-1220.
- [4] 蔡雪华,杜净红,李芬芳,吕彩凤,李艳茹,叶伟红.重症急性胰腺炎患者肠内营养时机研究[J].中华医院感染学杂志,2019:118-121.
- [5] 中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会,中华医学会肠外肠内营养学分会.胃瘫患者的营养治疗专家共识[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2023,10(03):342-347.
- [6] Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2017;36(3):623-650.
- [7] Abell TL, Bernstein RK, Cutts T, et al. Treatment of gastroparesis: a multidisciplinary clinical review. Neurogastroenterol Motil. 2006;18(4):263-283
- [8] 马丽娜,吉彤,李海龙,等.老年人营养不良多学科决策模式中国专家共识(2023)[J].中国临床保健杂志,2023,26(04):433-445.
- [9] Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.
- [10] 郭丽红,武晓红,孟晓琴,等.“标本配穴”针灸疗法联合柴胡疏肝散治疗糖尿病性胃轻瘫临床研究[J].中华中医药学刊,2023,41(12):235-239.
- [11] 王佳,孙雨晴.耳穴疗法作用机制及规范化操作的研究进展[J].中华现代护理杂志,2022,28(33):4577-4580.
- [12] 胡丽群,尚拾玉,王文莉.耳穴压豆联合穴位按摩在急性胰腺炎伴腹痛患者中的应用效果[J].中国当代医药,2023,30(16):170-173.
- [13] 李新红,续百红.耳穴贴压联合穴位摩腹治疗气虚型老年功能性便秘的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(12):61-64.
- [14] 杨剑晶.耳穴压豆联合腹部穴位按摩治疗中风后便秘的效果观察[J].中国中医药科技,2021,28(1):149-150.
- [15] 王玲.针灸治疗糖尿病胃轻瘫 35 例临床观察[J].新中医,2003,(07):50-51.
- [16] 陈海艳,许光远,张晓明.健脾疏肝法对糖尿病胃轻瘫患者的临床作用及焦虑状态的影响[J].医学食疗与健康,2020,18(24):28-29.