

文章编号:1005-6947(2006)06-0475-02

· 临床报道 ·

急性胰腺炎患者进食时机的选择

马庆勇

(安徽省蚌埠市第一人民医院 普通外科, 安徽 蚌埠 233000)

摘要:为探讨急性胰腺炎(AP)恢复期患者进食时机和饮食的选择。笔者将临床症状、体征已消失,血、尿淀粉酶值已基本恢复正常的116例AP患者随机分为对照组(57例)和观察组(59例)。对照组仅根据临床表现和血、尿淀粉酶值以及自我感觉决定进食时间和饮食种类;观察组除上述条件外,主要依据胰腺的CT或B超影像学变化决定进食时间和种类。结果显示:(1)腹痛再发率对照组为24.6%,观察组为5.1% ($P < 0.05$);对照组出现的腹痛再发和AP反跳绝大多数(96%)处于进食后2周内。(2)AP反跳率对照组为17.5%,观察组为0 ($P < 0.01$)。(3)胰腺及胰周影像学变化与患者临床症状、体征以及血、尿淀粉酶变化不尽一致。(4)对照组重症胰腺炎(SAP)的腹痛再发率和AP反跳率均高于轻症胰腺炎(MAP)(均 $P < 0.05$)。提示胰腺影像学的变化可作为AP患者选择最佳进食时机的依据。

关键词:胰腺炎/治疗; 肠营养

中图分类号:R576; R459.9

文献标识码:B

禁食和胃肠减压是治疗急性胰腺炎(AP)的基本措施。但AP患者何时拔除胃管进食以及怎样选择饮食种类,临床报道不多。笔者探讨AP患者的胰腺影像学变化与进食时机和饮食种类之间的关系,发现胰腺的影像学变化可作为该病患者进食和改变饮食性状及种类的依据。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2004年1月—2005年10月,本院共收治AP患者116例;男61例,女55例;年龄10~82岁,中位年龄58岁。按Balthazar CT分级^[1]:A级为胰腺显示正常;B级为胰腺局限性或弥漫性肿大;C级为除胰腺实质改变外,还有胰周的轻度渗出;D级为除胰腺病变外,胰腺有单发性积液区;E级为胰腺或胰周有2个或多个积液区。按2003年中华消化病学会胰腺病学组制定的中国AP诊治指南^[2],将CT分级为A、B、C者归属于轻症急性胰腺炎(MAP),本组73例;D、E分级者归为重症急性胰腺炎(SAP),本组43例。入院后均行禁食、胃肠减压,抑制胰酶分泌等措施,同时早期行促进肠功能恢复(清胰汤)及肠外营养支持(PN)等治疗。本组病死率为6.0%。

1.2 观察方法

随机分组,设对照组(57例)和观察组(59例)。两组在性别、年龄、Balthazar CT分级或B超影像以及并发症等项比较差异均无显著性($P > 0.05$)。进食方法:对照组在一般情况良好,无腹痛,食欲恢复,血象正常,血、尿淀粉酶基本降至正常时,拔除胃管即进流质(糖类、蔬菜汤等),发病后4~7d开始进食,平均时间5.8d,观察3~6d无腹痛以及AP反跳症状,改进半流质饮食(稀饭、麦片、面汤等);7~14d后无不良反应,开始进普通清淡饮食(不进油煎炸的食物)。观察组在临床症状、体征已消失的基础上,根据CT或B超检查提示胰腺体积缩小,胰周积气、积液减少或胰实质回声增强时进流质,发病后9~30d开始进食,平均时间9.8d,待胰腺边界清楚,积气、积液已基本吸收时改进半流质饮食,影像检查基本正常后进普通清淡饮食。重点观察两组腹痛及AP反跳发生情况,进食后不同时段内的腹痛和AP反跳发生率。

1.3 统计学处理

所得资料采用SPSS统计软件处理。用 χ^2 检验组间统计学差异。

2 结果

对照组腹痛发生率为24.6%,AP反跳率为17.5%;观察组腹痛发生率为5.1%,AP反跳率为0;两组差异有显著性($P < 0.05$ 和 $P < 0.01$)(表1)。1~7d和8~14d的腹痛发生率及和8~14d的AP反跳率两组差异有显著性(腹痛 $P < 0.05$;反跳率 $P < 0.01$)。对照组在进食后2周腹痛发生率和AP反跳率共占96%。此外,对照组中SAP与MAP之间的腹痛发生率和AP反跳率差异显著($P < 0.05$)(附表)。

收稿日期:2006-01-11; **修订日期:**2006-04-22。

作者简介:马庆勇,男,安徽合肥人,安徽省蚌埠市第一人民医院副主任医师,主要从事消化道外科方面的研究。

通讯作者:马庆勇 电话:0552-2067077; E-mail: qingyongma@gmail.com。

附表 两组进食时间与进食后腹痛以及 AP 反跳发生率比较(例,%)

分型	进食后观察 时间(d)	对照组			观察组		
		例数	腹痛	AP 反跳	例数	腹痛	AP 反跳
MAP		36	5(13.9)	3(8.3)	37	1(2.7) ¹⁾	0(0) ²⁾
SAP		21	9(42.9) ³⁾	7(33.3) ³⁾	22	2(9.1) ¹⁾	0(0) ²⁾
	1~7	57	6(10.5)	2(3.5)	59	2(3.4) ¹⁾	0(0)
	8~14	57	7(12.3)	8(14.0)	59	1(1.7) ¹⁾	0(0) ²⁾
	15~35	57	1(1.8)	0(0)	59	0(0)	0(0)

注:与对照组比,1) $P < 0.05$, 2) $P < 0.01$; 3) 与 MAP 组比较, $P < 0.05$

3 讨论

AP 患者经治疗病情稳定后,何时可以进食,如何选择食物的性状和种类是目前争论的热点之一。有研究发现,长时间禁食会使肠道黏膜萎缩,肠衰竭,并导致肠道渗透压降低^[3],肠道细菌和内毒素易位,甚至出现再喂食综合征^[4]。因此不失时机地提供流质、半流质和普通饮食不仅可以减少患者的经济负担,而且有助于病情恢复。若掌握进食时机和进食种类不当,则导致腹痛复发和 AP 反跳,且有较高的病死率^[5]。本文观察组中有 5.1% 的患者在其临床症状和体征消失后,血、尿淀粉酶正常,一般情况好转,甚至恢复,但胰腺的影像学检查与入院时并无显著改变。本组还有 4 例出现胰腺影像学已改善,但血、尿淀粉酶仍未下降的情况。即出现“临床症状、体征与胰腺影像学变化不一致现象”。本文对照组进食后腹痛发病率为 24.6%, AP 反跳率为 17.5%,远远高于观察组的 5.1% 和 0。这说明仅仅以患者的临床表现,自我感觉和实验室检查来确定进食时间和进食种类是不完全合理的。CT 或 B 超检查能显示胰腺的大小、形态、密度、包膜以及胰周积气、积液等情况,可动态地客观判断 AP 处于急性炎症期还是吸收康复期。SAP 比 MAP 患者的腹痛复发和 AP 反跳率高,进一步说明胰腺影像学改变能较准确地反映病情,其变化可作为进食时机的主要依据。根据胰腺影像学所提供的信息,结合患者的一般情况,逐步完成由禁食到流质、半流质再到普通清淡饮食的过渡是安全的,它可有效地减少 AP 的腹痛复发和 AP 反跳发生。进食 14 d 内是腹痛复发和 AP 反跳的高发期,应加强此时间段的监测。

胰腺分泌的主要功能是分泌消化酶,胰腺分泌有 4 个时相,即基础相、头相、胃相和肠相。在禁食状态下胰腺基础分泌率低;头相以迷走神经和条件反射来实现,此相占

进食后胰外分泌总量的 10%;胃相由食物的扩张作用,胃泌素分泌和盐酸引起,此期分泌量占胰腺外分泌总量的 20%;而肠相是由蛋白质、脂肪消化产物和胃酸进入十二指肠刺激胰泌素和胆囊收缩素的释放,再通过体液作用于胰腺,此期分泌量最多,占胰腺外分泌总量的 70%,而进含糖类的饮食在消化期间和餐后胰液分泌量最低。头相和胃相的外分泌总量加起来也只有 30%;当少量合理进食时(减少胃扩张和蛋白质、脂肪的摄入),减少了对胰腺的刺激,此二相胰液外分泌量应更少。胰腺外分泌的规律便是选择进食种类的理论依据。据此,可先经口适量进含糖流质(糖盐水、蔬菜汤,富含維生素新鲜果汁等),再到低脂、低蛋白饮食(稀饭、麦片、面汤等),最后过渡到普通清淡饮食(不进油煎炸的食物)。

参考文献:

- [1] Balthazar EJ, Robison DL, Megibow AJ, *et al.* Acute pancreatitis: value CT in establishing prognosis [J]. *Radiology*, 1990, 174(5):331-336.
- [2] 中华医学会消化病学分会胰腺病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南草案[J]. *胰腺病学*, 2003, 4(1):35-38.
- [3] Tremel H, Kienle B, Weilemann LS, *et al.* Glutamine dipeptide-supplemented parenteral nutrition maintains in testinal function in the critically ill [J]. *Gastroenterology*, 1994, 107(12):1595-1601.
- [4] 张肇达, 严律南, 刘续宝. 急性胰腺炎[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 156-156.
- [5] 夏穗生, 范国辉, 李恢樵, 等. 现代外科危重病的急救[M]. 北京: 科学技术出版社, 1991. 207-208.