

急性胰腺炎并发乳糜漏 1 例营养支持治疗报道

杨任华 蒋虹 尹璇

急性胰腺炎是指胰酶在胰腺内被激活而发生自身消化的化学性炎症,多由于胆道疾病引起,此外,经内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, ERCP)后也可引起急性胰腺炎。急性胰腺炎合并乳糜漏临床上比较少见,有关治疗方法的文献报道也较少。本次研究采用合理的营养支持方案,成功治愈急性胰腺炎合并乳糜漏 1 例。现将营养支持过程总结如下。

1 病例资料

患者,男性,80岁,因“反复上腹痛伴发热6月,再发1周”于2016年7月27日入院。患者1周前开始腹痛,伴有发热,体温波动在37.3℃~38.6℃,伴有上腹部饱胀不适,无畏寒发抖、无咳嗽咳痰、无胸闷心悸气急等不适,拟“急性重症坏死性胰腺炎 并发症期,胰腺囊肿”收住入院。入院查体:体温38℃,心率120次/分,血压157/95 mmHg,呼吸24次/分,皮肤黏膜及巩膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大,两肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,进食量少,腹无压痛,无反跳痛,肝脾肋下未及,肠鸣音无亢进,双下肢无浮肿。腹部CT平扫示胰腺炎伴周围广泛渗出、假性囊肿形成及腹盆腔积液,诊断为“重症急性胰腺炎 胰腺囊肿”。营养及生化指标:白蛋白23.8 g/L,总蛋白54.9 g/L,血红蛋白105 g/L,尿素3.08 mmol/L,视黄醇结合蛋白11 mg/L,丙氨酸氨基转移酶12 U/L,血淀粉酶135 U/L,钠134 mmol/L,钾4.34 mmol/L,氯98 mmol/L,C-反应蛋白130 mg/L。患者入院后予抗感染、抑酶、抑酸、补液等治疗。于入院后行两次ERCP手术,囊肿引流。第31天腹腔引流管出现乳白色液体,腹水乳糜试验阳性,临床诊

断为重症急性胰腺炎并发乳糜漏,立即停用肠内营养混悬液和肠内营养乳剂,为预防营养不良发生,遂请营养科会诊给予营养支持治疗。基于营养风险评分(nutritional risk score 2002, NRS 2002)评分为5分,入院来患者进食量少,上腹部饱胀不适并结合辅助检查结果进行评估,营养诊断为蛋白质-能量营养不良、低蛋白血症、重度贫血等,需给予营养支持。根据该患者的身高和体重、年龄、卧床状态,按30 kcal·kg⁻¹·d⁻¹计算该患者一日能量摄入量为1 740 kcal,蛋白质72 g。患者营养支持方案根据病情由肠外营养与肠内营养联合应用逐渐过渡到肠内营养支持。肠内营养配方先使用无脂配方:麦芽糊精和谷氨酰胺;肠外营养配方提供维生素和矿物质^[1]。8月29日,患者腹水引流量500 ml,引流管液体即变清亮、淡黄色,腹水乳糜实验阴性,无腹泻、腹胀等情况。经会诊,肠内营养在上述配方基础上增加短肽,肠外营养配方不变。肠内营养短肽提供脂肪0.8 g。9月5日患者腹水引流量减至200 ml。待患者病情稳定后,改用含中链甘油三酯(medium chain triglycerides, MCT)组件的低脂肠内营养配方,肠外营养不变,肠内营养中短肽提供脂肪0.8 g, MCT组件提供MCT 7 g。随着患者病情的好转,肠内营养配方增加MCT组件、短肽使用量,肠外仅给予8.4%复方氨基酸注射液和葡萄糖。肠内营养短肽提供脂肪2.4 g, MCT组件提供MCT 14 g。9月19日引流管无液体流出,9月21日拔除腹腔引流管,9月22日出院,拔除小肠管,嘱患者饮食注意控制脂肪摄入量。

肠内营养期间每日3次监测血糖,根据血糖变化调节胰岛素的用量和速度,本例患者血糖水平控制在6~8 mmol/L;严密监测心率,控制出量与入量平衡;乳糜漏时会出现多种电解质失衡,本例患者曾有血钠一过性降低,经治疗后恢复,血钾在正常

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.04.032

作者单位:310006 浙江杭州,杭州市第一人民医院营养科

通讯作者:尹璇, Email:489376816@qq.com

范围之内;每周2次监测白蛋白浓度及其它营养和生化指标,白蛋白由最初的23.8 g/L升至26 g/L,总蛋白由56 g/L升至61 g/L,C-反应蛋白和血淀粉酶降至正常范围。腹水引流量由650 ml逐渐减少,到最后9月20日引流管无液体流出。

2 讨论

恶性肿瘤、手术创伤、肝硬化和肺结核占乳糜腹水病因的95%以上,但已经有少数病例报道报道了胰腺炎已成为无创性乳糜样腹水的一种病因,但其发生的确切机制尚不清楚^[2]。胰腺炎乳糜腹水的形成机制可能与富含酶的液体直接引起淋巴管损伤、胰腺外坏死、淋巴管受炎性改变或手术损伤的压迫有关。由于乳糜漏的主要成分来自肠道淋巴系统吸收的乳糜颗粒,限制或禁食脂肪,可减少淋巴液的产生,从而有利于淋巴管破裂口的愈合从而减少腹水产生^[3-5]。目前,急性和慢性胰腺炎引起的乳糜腹水病例的保守治疗多采用全肠外营养或含MCT的肠内营养饮食加奥曲肽进行保守治疗,疗效明显。Alghamdi等^[2]报告了1例肠外营养和奥曲肽联合治疗急性胰腺炎后持续性乳糜样腹水病例,发现乳糜液腹水对常规药物治疗具有耐药性,但奥曲肽和全胃肠外营养的联合治疗可以完全消除腹水。Cheung等^[6]也报道了1例重症胰腺炎患者在开腹胆囊切除术后发生乳糜样腹水,患者接受全胃肠外营养保守治疗后乳糜腹水消失。Gómez-Martín等^[7]报道了1例特发性急性胰腺炎并发乳糜腹水,研究者应用低脂肪肠内营养(90%脂肪为MCT)和生长抑素类似物联合治疗,最终腹水完全消退,与本次报道的病例相似。曾有报道有1例与酒精性胰腺炎有关的患者在胰腺炎发作同时出现急性乳糜腹水,但几天后发生了自发和快速地恢复,具体原因未阐明^[8]。但也有特殊的病例,Kumar等^[9]报道了1例慢性胰腺炎合并乳糜漏患者最初尝试基于MCT饮食和奥曲肽的保守治疗方案,但患者没有对治疗方案做出反应,随后发现胰腺管道破裂,当用胰管支架桥接破裂后成功控制乳糜性腹水。此外,一旦通过腹膜引流排出腹水,腹水的乳糜状态可自发转化为清澈液体,表明乳糜液可能是暂时现象并且可能自发改善,但尚缺少更多证据支持^[10]。

与全肠外营养联合生长抑素的支持治疗相比,无脂或低脂肠内营养具有治疗周期稍长的缺点,但在胃肠道功能恢复正常时,应尽早开始肠内营养支持^[11]。因为,与肠外营养相比,肠内营养可以保护肠黏膜的完整性,刺激肠道蠕动,从而减少细菌过度生

长,阻止肠道细菌易位,还可以明显降低急性胰腺炎患者的感染、器官功能衰竭和死亡的发生概率。

综上所述,根据患者病情及时调整营养治疗方案,在发现乳糜性腹水后立即停用肠内营养制剂,改用无脂或低脂营养配方,使乳糜性腹水得到有效控制。本次研究成功救治的经验可作临床乳糜漏治疗的参考。

参考文献

- 1 唐海军,鲁葆春,沈志宏,等.维生素C和E在高脂血症急性胰腺炎中的作用[J].全科医学临床与教育,2016,14(1):13-17.
- 2 Alghamdi MY, Bedi A, Reddy SB, et al. Chylous ascites secondary to pancreatitis: management of an uncommon entity using parenteral nutrition and octreotide[J]. Dig Dis Sci, 2007, 52(9): 2261-2264.
- 3 王翠蓉,赵芝荣.重症急性胰腺炎营养支持治疗的护理[J].基层医学论坛,2012,16(36):4883-4885.
- 4 刘骅,凌伟,沈志勇,等.谷氨酰胺强化肠内营养支持对全胃切除术后营养及免疫功能影响的研究[J].中国实用外科杂志,2010,30(11):938-941.
- 5 江方正,叶向红,童智慧,等.重症急性胰腺炎合并乳糜瘘患者肠内营养期间的安全管理[J].护理管理杂志,2011,11(3):223-224,226.
- 6 Cheung CX, Kelly ME, El TO, et al. Chylous ascites post open cholecystectomy after severe pancreatitis[J]. Jop, 2012, 13(3): 278-281.
- 7 Gómez-Martín JM, Martínez-Molina E, Sanjuanbenito A, et al. Chylous ascytes secondary to acute pancreatitis: a case report and review of literature[J]. Nutr Hosp, 2012, 27(1):314-318.
- 8 Goldfarb JP. Chylous effusions secondary to pancreatitis: case report and review of the literature[J]. Am J Gastroenterol, 1984, 79(2): 133-135.
- 9 Kumar A, Mandavdhare HS, Rana SS, et al. Chylous ascites due to idiopathic chronic pancreatitis managed with endoscopic stenting[J]. Clin Res Hepatol Gastroenterol, 2018, 42(2): e29-e31.
- 10 D'Amata G, Rega M, Viola V, et al. Chyloperitoneum associated with idiopathic pancreatitis: case report and review of the literature[J]. G Chir, 2016, 37(4): 167-170.
- 11 张爱民,林智宏,戴江峰.早期肠内营养对老年重症急性胰腺炎患者炎症反应和肠黏膜屏障功能的影响[J].全科医学临床与教育,2017,15(2):149-152.
- 12 陈佳捷,倪玲,包斌,等.肠内营养的研究进展及临床应用[J].食品工业科技,2013,34(2):382-386,391.

(收稿日期 2018-02-05)

(本文编辑 蔡华波)