

DOI: 10.12209/CAIM202504220002

· 中西医结合临床案例 ·

1 例中重症高脂血症胰腺炎患者的 多学科联合护理查房报告

李 琳, 符 爽

(北京市大兴区中西医结合医院 消化内科, 北京, 100076)

摘要: 本文总结 1 例中重症高脂血症性胰腺炎患者的多学科联合护理查房案例。基于患者临床资料, 责任护士进行病例汇报, 随后医生进行病情分析。多学科护理团队针对患者护理问题提出专业建议。通过实施中西医结合护理措施, 有效缓解患者腹胀和腹痛症状, 避免并发麻痹性肠梗阻, 预防低血糖事件, 缩短疾病病程。该案例充分展示以护士为主导的医护合作和多学科护理联合查房, 在高脂血症性胰腺炎的临床治疗和护理中的应用价值。

关键词: 多学科联合; 胰腺炎; 高脂血症胰腺炎; 护理查房

Multidisciplinary Nursing Rounds Report for a Case of Moderate-Severe Hypertriglyceridemic Pancreatitis

LI Lin, FU Shuang

(Department of Gastroenterology, Beijing Daxing Integrated Traditional Chinese and
Western Medicine Hospital, Beijing, 100076)

ABSTRACT: This report summarizes a multidisciplinary nursing rounds case for a patient with moderate-severe hypertriglyceridemic pancreatitis. Based on comprehensive clinical data, the primary nurse presented the case history, followed by physicians' analysis of the condition. The multidisciplinary nursing team proposed targeted interventions addressing critical care issues. Through integrated traditional Chinese and Western nursing protocols, symptoms of abdominal distension and pain were effectively alleviated, complicated paralytic ileus was prevented, hypoglycemic events were mitigated, and disease duration was shortened. This case demonstrates the clinical value of nurse-led physician collaboration and multidisciplinary nursing rounds in managing hypertriglyceridemic pancreatitis.

KEY WORDS: multidisciplinary collaboration; pancreatitis; hypertriglyceridemic pancreatitis; nursing rounds

急性胰腺炎 (Acute Pancreatitis, AP) 指因胰酶异常激活对胰腺自身及周围器官产生消化作用而引起的, 以胰腺局部炎症反应为主要特征, 可致器官功能障碍的急腹症。AP 病情进展迅速, 根据病情严重程度分轻症、中重症和重症, 约 20% 的 AP 可发展为中重症或重症, 病死率可达 20% ~ 40%^[1-2]。近年国内统计显示, 高脂血症已成为 AP 的第二大病因, 高三酰甘油血症性急性胰腺炎 (hypertriglyceridemia acute pancreatitis, HTG-AP) 重症化倾向更明显, 并发症发生率更高, 预后更差^[3-4]。

AP 属中医“脾心痛”范畴, 病因多样, 包括胆石、肥胖、暴饮暴食等, 病位在脾、胃, 涉及肝、胆、肠、心、肺、肾、脑。病性以里、实、热证为主, 基本病机为腑气不通^[5-7]。现代研究显示, 中西医结合治疗显示出其独特优势和互补性, 中西医结合治疗 AP, 不仅能减少并发症, 还能积极改善患者临床症状, 从而显著提升治疗效果^[8-10]。《急性胰腺炎急诊诊治专家共识 (2024)》建议医疗机构以多学科协作收治 AP 患者^[11-12]。本科室在 2024 年 8 月 22 日接诊 1 名中重症高脂血症胰腺炎患者, 实施医护联合及多学科护理参与的查房模式。主管

收稿日期: 2025-04-22

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

医护评估患者状况并提出护理问题,多学科护理团队从各专业角度提供意见,优化护理方案为患者定制精准护理措施。经治疗,患者状况改善并成功出院,现将案例报告如下。

1 临床资料

1.1 基本资料

患者女性,50岁,BMI值为 29.3 kg/m^2 ,主因“腹痛1d”于08月22日入院。患者1d前油腻饮食后感腹痛,呈持续性脐周胀痛,程度重,难以忍受,伴腰背部疼痛,伴汗出,停止排气,伴恶心,呕吐1次,为绿色胃内容物,于我院门诊查腹部CT,提示“胰腺头颈部少许渗出”,极重度乳糜血。既往2型糖尿病8年,口服“盐酸二甲双胍片、阿卡波糖片”,未监测血糖;高血压病10年,血压控制可;高脂血症7年,口服“瑞舒伐他汀钙片”。

1.2 查体

患者神志清,急性病容,痛苦貌,诉腹痛,NRS评分为8分;体温(T) 36.5°C ,心率(HR)117次/min,呼吸(R)23次/min,血压(BP)160/113 mm Hg;腹软,脐周压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脾未触及,未触及腹部异常包块,移动性浊音阴性,肠鸣音2次/min,下肢无水肿。

1.3 诊断

辅助检查:血常规示白细胞计数 $19.44\times 10^9/\text{L}$,红细胞计数 $4.63\times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白83 g/L,血小板计数 $331\times 10^9/\text{L}$,CRP130.8 mg/L,甘油三酯75.29 mmol/L,淀粉酶928.7 U/L,肝功能未检测出,血气分析PH7.26。腹部彩超示脂肪肝(轻—中度)。中医四诊:①望诊:神志清楚,面色少华,形体偏胖,舌质红,苔黄腻;②闻诊:语声清晰;③问诊:腹痛腹胀;④切诊:脉弦数。中医诊断:脾心痛,肝胆湿热证;西医诊断:高脂血症性胰腺炎、全身炎症反应综合征。辨证依据:患者平素喜食肥甘厚味,湿热蕴结肝胆,肝胆失于疏泄,中焦腑气不通,症见腹痛,辨病属脾心痛,辨证为肝胆湿热证。

1.4 治疗

予患者一级护理,禁食水,吸氧,心电监护、胃肠减压、液体复苏;同时予以抑制胰腺分泌(醋酸奥曲肽泵入),抑制酶活性(乌司他丁静点),质子泵抑制剂(艾司奥美拉唑钠泵入),降脂(那曲肝素皮下注射、人胰岛素泵入),抗感染(注射用头孢唑肟+奥硝唑注射液),血必净化瘀解毒,中医方面

予中药灌肠及贴敷治疗。08月22日18:00测体温(T) 37.8°C ,予贴敷降温,患者仍腹痛,间苯三酚注射两次;08月23日复查全腹增强CT,结果提示胰腺炎渗出明显,全腹腔多发炎性渗出,胸部CT提示胸腔积液,复查血气分析PH7.43,血常规CRP260.0 mg/L;08月24日升级抗生素美罗培南;08月27日患者诉腹胀、腹痛减轻,无发热等,拔除胃肠减压,恢复清流食,停止中药灌肠治疗,予贴敷及耳穴压丸治疗;08月28日口服非诺贝特胶囊降脂;08月30日恢复正常饮食,予门冬胰岛素、地特胰岛素皮下注射及二甲双胍片控制血糖,指导患者每日床边八段锦康复训练;09月03日降级抗生素,09月06日患者出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 生活自理能力评估

患者神清,日常生活能力评定采用Barthel指数量表进行评估,本例患者评分为50分,属中度依赖,大部分需要他人帮助。

2.1.2 疼痛评估

患者腹痛剧烈,采用疼痛程度数字评定量表(Numerical Rating Scale, NRS)进行评估,本例患者得分为8分。

2.1.3 腹胀评估

患者腹部膨隆,采用腹胀程度评分量表评估患者腹胀程度^[13],1分为没有腹胀不适症状;2分为有轻度腹胀不适,但不影响活动与情绪;3分为腹胀不适感明显,感觉不舒服;4分为腹胀不适较强烈,影响情绪;5分为腹胀不适感十分强烈,无心完成活动,严重影响情绪。本例患者腹胀评分为5分。

2.1.4 心理评估

患者情绪烦躁,采用国际通用焦虑自评量表(Self-rating anxiety, SAS)进行评估^[14],标准分值50分,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,70分以上为重度焦虑。患者入院SAS评分为68分,属中度焦虑。

2.2 护理诊断

疼痛与腹腔炎症刺激有关;腹胀与胰液渗出刺激腹膜引起肠麻痹,停止排便排气相关;焦虑与所患疾病、担心预后有关;自理能力缺陷与疼痛、肌无力有关;存在低血糖潜在并发症,与禁食水、持续胰岛素泵入相关。

2.3 护理计划

针对患者护理诊断的相关因素,邀请该患者主管医师及我院各专业学组护理专家进行护理查房,制定如下护理计划:①患者疼痛较前减轻或感到疼痛次数减少,疼痛评分维持3分或更低;②肺换气功能得到改善,PH升至7.35~7.45;③患者腹胀减轻,评分降至1~2分,恢复排气排便;④患者焦虑缓解,焦虑评分降至50分。

2.4 护理措施

2.4.1 基础护理

患者入院次日体温为37.8℃,与胰腺炎症有关,实时监测患者生命体征,准确记录出入量;早晚室内通风,保持温湿度适宜;指导患者卧床休息为主,及时更换衣物;高热时予以物理和药物降温;指导患者做好口腔护理,每日刷牙2次,氯己定含漱液漱口;禁食水过程中,给予润唇膏涂抹保湿。

2.4.2 血管通路管理

胰腺炎发展迅速,患者呈进行性加重,考虑持续补液与泵入需求自患者右贵要静脉置入PICC,保证患者血管通路,同时患者泵入艾司奥美拉唑存在配伍禁忌,须单独通路泵入,留置PICC同侧留置针,保证左侧血压测量与日常采血。

2.4.3 疼痛护理

准确记录患者疼痛时间、部位、性质、变化、疼痛诱发因素及伴随症状,指导患者听轻音乐等分散注意力,减轻患者焦虑情绪。综合患者自身情况,每日予贴敷治疗,取穴阿是穴。疼痛加重时根据三阶梯止痛原则进行镇痛治疗,入院患者NRS评分8分,予哌替啶注射液50 mg肌肉注射(时间:08月22日13:00),注射后观察患者用药反应;疼痛评估4~6分,予间苯三酚注射液80 mg肌肉注射(时间:08月23日16:58及21:38、08月24日19:38与08月26日0:12)。

2.4.4 饮食指导

根据患者病情制定阶段性肠内营养方案,即禁食→清流质→低脂糖尿病饮食。急性进展期禁食水;缓解期遵医予清流食,指导患者以米汤为主,少食多餐,避免出现腹胀等不适;恢复期指导患者循序渐进,热卡从20 kcal/kg逐步增至30 kcal/kg到正常饮食,每日以低脂低升糖指数食物为主,如多食黑米、全麦等粗粮,保证每日新鲜蔬菜500 g,食用低脂牛奶、鸡蛋白、去皮禽肉≤100 g/d,植物油≤15 mL/d。

2.4.5 中医特色护理

2.4.5.1 中药贴敷

①将中药醋延胡索、丹参、牡丹皮、冰片(合成龙脑)、青黛、芒硝、大黄等与甘油、凡士林熬成药膏,均匀平摊于10 cm×12 cm的穴位贴敷内,厚度为0.2~0.5 cm。②治疗取腹部阿是穴,贴敷时间为4~6 h,1次/d,连续1周为一疗程。利用药物的温热作用和皮肤吸收,达到清热解毒,缓解腹痛的效果。③注意事项:贴敷前后观察患者皮肤情况,如有过敏立即摘除。

2.4.5.2 中药灌肠

将生大黄(后下)20 g、芒硝(冲服)20 g、厚朴20 g、枳实20 g、赤芍20 g、黄芩15 g、黄连15 g、延胡索1 g及甘草6 g水煎外用,遵医嘱将汤剂与温开水混合至100 mL,水温至38~40℃后行保留灌肠,插管深度为30~35 cm,保留1~2 h,2次/d,连续治疗1周为一疗程,在治疗过程中注意保护患者隐私。

2.4.5.3 耳穴压丸

疾病恢复期予患者耳穴压丸治疗,隔日治疗1次,左右耳交替进行,连续治疗1周为一疗程,治疗取穴胰、十二指肠、肝、胆、皮质下。胰、十二指肠是根据人体患病时选取与机体疾病相对应的耳穴;肝主疏泄,脾主运化,胃调升降,起调和肝脾、恢复气机升降的作用;皮质下具有调节消化系统的功能。操作前评估耳部皮肤以及是否对胶布过敏,向患者解释操作的方法与目的,取得患者配合;操作时首先用探针寻找对应耳穴,以患者穴位有酸、麻、胀痛为准,随后以75%的酒精棉签消毒外耳,用镊子夹取王不留行籽小方块胶布,在对应穴位粘贴;最后指导患者每日用同侧拇指、食指捏住敷贴压丸,一松一紧行按压3~5次,每次持续2~3 min,以耳廓发热、发胀为宜,若出现压丸脱落、过敏等不适,及时告知。

2.4.6 预防低血糖

胰岛素治疗可有效促进乳糜微粒降解,降低血清甘油三酯水平,减轻胰液分泌。患者糖尿病史多年,禁食补液期间增加了血糖不稳定的风险,每2 h监测1次血糖,增加了患者的痛苦,不利于患者休息。查房后糖尿病专科护士为患者佩戴动态血糖监测设备,指导责任护士按时进行血糖校准,医护掌握结果查询方法,根据血糖波动动态调整胰岛素泵的泵速。

2.5 护理评价

经治疗,患者腹胀、腹痛症状明显减轻,NRS评分降至2分,腹胀评分降至2分,SAS评分降至48分,患者病情得到有效控制,疾病相关评分及关键指标变化情况,详见表1。腹部CT提示胰腺周围渗出较前明显减少,详见图1。

表1 疗效评估

评估项目	08月22日	08月29日	09月05日
NRS/分	8	4	2
腹胀评估/分	5	3	2
SAS/分	68	56	48
ADL/分	50	80	90
甘油三酯/(mmol/L)	75.29	28.16	3.93
CRP/(mg/L)	130.8	89.4	11.5
淀粉酶/(U/L)	928.7	412.3	98.2

3 护理查房

3.1 查房目的

①完善急性胰腺炎中西医结合多学科护理流程;②发挥中西医结合的护理优势,验证并改良AP患者的适宜特色技术;③通过医护、多学科护理联合查房,优化护理服务,为患者提供精准、个体化护理。

3.2 查房组织

护士长组织,科室其他护理人员、主管医生、护理部及由糖尿病、危重症、呼吸、静脉治疗、中西医结合等专科护士组建多学科护理团队共同参加。查房地点为医院第四会议室,查房时间为08月24日下午16:00。

3.3 查房实施

护士长作为主持人,介绍到场老师、查房流程及查房目的。责任护士以PPT形式进行病例介绍,主管医生进行病情分析与治疗方案解释。全体人员参加床旁查体,医生查体包括西医一般情况查体及中医望闻问切查体、针对重症胰腺炎专

科查体;护士查体包括测量生命体征,评估腹胀腹痛情况、胃肠减压引流与固定情况、静脉通路情况,指导患者踝泵运动预防下肢深静脉血栓形成,了解患者心理状况,安慰患者,增强患者战胜疾病的信心。根据查体结果,疾病诊断及治疗措施,提出相关护理诊断及预期护理目标,并介绍护理措施,评价护理效果。最后责任护士提出查房问题,具体如下:①患者有糖尿病史,本次入院后禁食水进行补液、静脉营养治疗及胰岛素持续泵入,患者血糖控制不稳定,如何避免低血糖不良事件发生;②针对此病例在中医技术、专科护理等方面各位老师有何指导建议。

科室医护与在场人员针对低血糖事件积极展开讨论,具体如下。①夜班护士指出患者入院后持续胰岛素泵入(速度0.1 U/kg/h),血糖监测显示血糖波动大,24日夜间发生无症状低血糖一次,如何平衡胰岛素降脂需求与低血糖风险?②主管医生指出最佳的状态是胰岛素的持续泵入而不发生低血糖事件,一旦发生建议根据血糖值将胰岛素泵速下调或停止,并同步给予葡萄糖输注或推注。③糖尿病专科护士提议为患者佩戴实时动态血糖监测设备,设有血糖报警提醒,可提前预知低血糖事件并及早采取措施。④责任护士指出动态血糖监测设备与指尖血糖是否存在误差?佩戴设备期间是否还需要进行指尖血糖监测?⑤糖尿病专科护士对实时动态血糖设备进行简单的讲解,告知需要每日四次定时测量指尖血糖对设备进行校准,确保监测的准确性。⑥ICU专科护士指出患者甘油三酯仍>30 mmol/L,血脂代谢的异常是否对血糖监测存在干扰。主管医生指出《中国血糖监测指南2023》明确血糖以静脉血糖为准,对于此类病人可定期进行静脉血糖测量对实时动态血糖设备进行校准。

随后针对病例其他不足,多学科老师给予讨

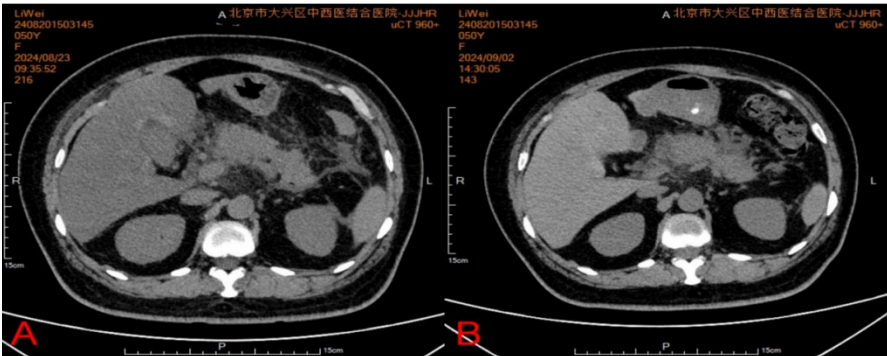


图1 治疗前后CT表现(A:治疗前,B:治疗后)

论及相应建议,汇总如下:①糖尿病专科护士为患者佩戴实时动态血糖监测,设血糖报警提醒,以静脉及指尖血糖校准,提前预知低血糖事件并及时采取措施。②ICU 专科护士提出患者病情较重,需反复采血,同侧肢体测量血压易出现皮下瘀血,对此类重症患者可以使用加宽袖带监测下肢血压,测量值标注“下肢”+10 mm Hg 修正记录。③中西医专科护士指出芒硝外敷布袋可改良成松紧可固定布袋,以避免脱落问题。④静脉治疗专科护士指出此类患者可留置双腔 CVC 或者 PICC,避免单腔置管配伍禁忌引起的反复穿刺。

3.4 查房评价

通过本次查房活动,责任护士解决了患者低血糖发生的护理难题。参与查房护士掌握高脂血症胰腺炎患者的动态护理思路与护理重点,验证中医外治技术在危重症患者中的效果,也认识到中医外治技术也要敢于大胆创新,满足不同患者的需求。最后主持人进行查房总结,科室根据查房制定中重症高脂血症胰腺炎患者的中西医结合多学科护理流程,针对各专科建议改进护理措施并完善常规,详见表 2。

表 2 护理流程表

时间	西医干预	中医干预	多学科协作要点
急性期	液体复苏+胰岛素泵入	中药贴敷+中药灌肠	动态血糖+情志干预
缓解期	逐步恢复饮食	中药贴敷+耳穴压丸	定制低脂糖尿病食谱
恢复期	皮下胰岛素和(或)口服药转换	八段锦康复训练	血糖血脂院外管理

4 讨论

急性胰腺炎发病迅猛,进展迅速,一旦炎症反应超出机体的自我抗炎能力,便可能引发全身炎症反应综合征,进而演变为多器官功能障碍,对生命构成威胁。随着生活水平的提升,高脂血症性胰腺炎的发病率持续攀升^[1-2,6]。本案例的中重症高脂血症性胰腺炎患者病情快速恶化,科室护理团队主动牵头,组织医护和多学科护理团队的联合查房。通过充分发挥各专科的特色优势,实现对病情的全面评估和护理方案的明确制定。此外,采用动态血糖监测技术以预防低血糖事件,改良穴位贴敷技术,取代传统的布袋贴敷方法,并运用传统的中药保留灌肠、耳穴压丸技术。利用中医外治技术的无创性和副作用小的特点,为患者提供安全、精准的中西医结合护理方案,从而提升科室对中重症胰腺炎患者的护理服务能力。

针对中重症胰腺炎,西医综合治疗虽能及时保证患者的生命体征,但在恢复胃肠道功能、改善临床症状等方面仍存在一定的不足,而中医药被认为是治疗急性胰腺炎的有效补充^[7]。高脂血症胰腺炎患者素体肥胖,饮食不节、嗜肥甘厚味,易致湿邪内生,湿蕴化热,久则浊毒、血瘀毒瘀互结,壅滞胃肠,腑气不通,不通则痛。因此,腑气不通是中重症急性胰腺炎的基本病机,而瘀、毒是中重症急性胰腺炎加重病情的关键。治疗上中医遵循通里攻下、清热解毒的原则,旨在恢复体内环境的平衡,改善胃肠功能,并减轻炎症引起的损伤^[4,9]。

研究显示,中药在治疗急性胰腺炎方面,能有效缓解症状、缩短患者康复时间,并降低死亡率。在 AP 的外敷治疗方面,临床研究主要集中在使用芒硝单药或以芒硝为主要成分的外敷剂^[9,11,15-16]。本病例中患者初期出现明显的腹痛和腹胀,且需采取强迫体位,导致布袋芒硝外敷容易脱落,患者配合度不佳。为此,科室中医医师根据辨证施治原则,特别配制膏剂药物。醋延胡索有良好的行气止痛之效,广泛运用于各部位的疼痛不适,所含的甲乙丑素镇痛作用明显,药效达吗啡的 40%^[17];丹参有活血止痛、凉血清热功效;牡丹皮除活血化瘀外,可抑制炎症渗出,其含有的牡丹酚对肠道平滑肌有显著的解痉作用^[18];冰片(合成龙脑)除开窍醒神、清热止痛功效外,更有易被粘膜、皮肤组织吸收,与其他药物配伍时,可提升其他药物的生物利用度之优势^[19];青黛主入肝经,清热解毒止痛效果良好;大黄可泻热毒,破积滞,行瘀血,多种药物调和共奏清热解毒、通腑化瘀、解痉止痛之功效,减少芒硝单一药物作用缺陷。用前通过微波炉将药物加热至 40℃,这样既促进药物的透皮吸收,又提高患者的舒适度。药物通过阿是穴贴敷治疗,结合穴位刺激与药物直接作用于病灶,达到清热解毒、缓解疼痛的目的。中药保留灌肠法通过肠壁的渗透吸收作用,达到清热化湿、理气通便及降低炎症因子水平的作用^[16,20]。保留灌肠疗法尤其适用于中重症胰腺炎早期胃肠动力障碍禁食阶段,可快速达到通便排便的目的,且药物通过肠黏膜吸收可迅速进入体内循环,最大程度地提高

药物的生物利用度^[21]。本病例采用插入 30~35 cm 的高位灌肠法,不仅扩大药物通过肠黏膜表面积范围,加快药物吸收,而且能够延长保留药物与肠黏膜接触时间,对患者便意形成有效刺激,促进体内毒素的快速清除。在疾病恢复期给予耳穴压丸治疗,通过穴位刺激迷走神经调节胃肠蠕动及消化液分泌,同时整体调和肝胆疏泄、脾胃升降,以达到胃肠功能恢复的目的^[22-23]。

本例中使用的中医特色护理方法不仅体现中医的整体观念和辨证施治原则,还充分考虑患者的个体差异和舒适度。通过调整药物的使用方式和温度,结合病情动态调整中医施护方案,为患者提供全面且个性化的护理服务。这种护理模式不仅有助于缓解患者的症状,还能提高患者的生活质量,促进患者的康复进程。此外,中医特色护理在本例中的应用也体现了多学科联合护理查房的优势,在多学科团队的共同努力下,能够综合考虑患者的病情、身体状况和心理需求,为患者提供全面、系统、科学的护理服务。这种护理模式不仅有助于提高护理质量和效率,还能促进医护人员的专业成长和团队协作。

综上所述,中医特色护理在高脂血症胰腺炎患者的治疗中具有重要的应用价值。通过合理的药物使用和个性化的护理方法,可为患者提供有效的治疗和支持,促进患者的康复和生活质量的提高。未来,随着中医理论的不断发展和完善以及多学科联合护理查房模式的进一步推广和应用,中医特色护理将在高脂血症胰腺炎患者的治疗中发挥更加重要的作用。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(2021)[J]. 浙江实用医学, 2021, 26(6): 511-519, 535.
The Pancreatic Surgery Group of the Surgical Branch of the Chinese Medical Association. Guidelines for diagnosis and treatment of acute pancreatitis in China (2021) [J]. Zhejiang Pract Med, 2021, 26(6): 511-519, 535. (in Chinese)
- [2] 宏欣, 王立明, 张正良, 等. 高甘油三酯血症性急性胰腺炎诊治急诊专家共识[J]. 中国全科医学, 2021, 24(30): 3781-3793.
- [3] HONG X, WANG L M, ZHANG Z L, et al. Emergency expert consensus on diagnosis and treatment of hypertriglyceridemic acute pancreatitis [J]. Chin Gen Pract, 2021, 24(30): 3781-3793. (in Chinese)
- [4] 孟晓敏, 孙坤举, 王新伟. 高脂血症性急性胰腺炎的中医研究进展[J]. 云南中医中药杂志, 2025, 46(2): 82-85.
- [5] MENG X M, SUN K J, WANG X W. Research progress of traditional Chinese medicine on hyperlipidemia acute pancreatitis [J]. Yunnan J Tradit Chin Med Mater Med, 2025, 46(2): 82-85. (in Chinese)
- [6] 奇丽娜, 陈平. 高脂血症性急性胰腺炎反复发作的病因及防治策略[J]. 临床肝胆病杂志, 2024, 40(10): 2109-2115.
- [7] JI L N, CHEN P. Recurrent hyperlipidemic acute pancreatitis: Etiology and prevention and treatment strategies [J]. J Clin Hepatol, 2024, 40(10): 2109-2115. (in Chinese)
- [8] 余剑波, 吴晓炀. 重症急性胰腺炎急性期中西医结合治疗策略[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2024, 30(4): 456-461.
- [9] YU J B, WU X Y. Treatment strategy of integrated traditional Chinese and western medicine in acute stage of severe acute pancreatitis [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2024, 30(4): 456-461. (in Chinese)
- [10] 崔云峰, 王西墨, 尚东, 等. 重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南[J]. 临床肝胆病杂志, 2024, 40(6): 1114-1125.
- [11] CUI Y F, WANG X M, SHANG D, et al. Guidelines for integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of severe acute pancreatitis [J]. J Clin Hepatol, 2024, 40(6): 1114-1125. (in Chinese)
- [12] 李建洪, 铁明慧, 庞永诚, 等. 中医药综合治疗急性胰腺炎的研究进展[J]. 中国中医急症, 2022, 31(3): 549-552.
- [13] LI J H, TIE M H, PANG Y C, et al. Research progress on comprehensive treatment of acute pancreatitis with traditional Chinese medicine [J]. J Emerg Tradit Chin Med, 2022, 31(3): 549-552. (in Chinese)
- [14] 戴云飞, 尚东, 陈海龙, 等. 中西医结合诊治急性胰腺炎的思路[J]. 大连医科大学学报, 2024, 46(3): 247-253.
- [15] DAI Y F, SHANG D, CHEN H L, et al. Integrative approaches in the diagnosis and treatment of acute pancreatitis by combining traditional Chinese and

- Western medicine[J]. J Dalian Med Univ, 2024, 46(3): 247-253. (in Chinese)
- [9] 江云燕, 王婷. 通腑泄热方与大黄芒硝散联合常规疗法治疗急性胰腺炎肝胆湿热证临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(16): 160-165.
- JIANG Y Y, WANG T. Clinical study on tongfu xiere prescription and Dahuang Mangxiao Powder combined with conventional therapy for acute pancreatitis with liver-gallbladder damp-heat syndrome [J]. New Chin Med, 2024, 56(16): 160-165. (in Chinese)
- [10] 王双珠, 杨良俊, 吴畏, 等. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎患者 1 例[J]. 浙江中医杂志, 2024, 59(4): 367.
- WANG S Z, YANG L J, WU W, et al. A case of severe acute pancreatitis treated by integrated traditional Chinese and western medicine[J]. Zhejiang J Tradit Chin Med, 2024, 59(4): 367. (in Chinese)
- [11] 张景芸, 沈光婵, 杨启兵. 外敷冰硝散联合口服清胰汤治疗急性胰腺炎临床观察[J]. 光明中医, 2024, 39(4): 705-707.
- ZHANG J Y, SHEN G C, YANG Q B. External application of bingxiao powder combined with qingyi decoction in the treatment of acute pancreatitis [J]. Guangming J Chin Med, 2024, 39(4): 705-707. (in Chinese)
- [12] 毛恩强, 车在前. 《急性胰腺炎急诊诊治专家共识》解读[J]. 临床急诊杂志, 2024, 25(7): 325-328.
- MAO E Q, CHE Z Q. Interpretation of expert consensus on emergency diagnosis and treatment of acute pancreatitis[J]. J Clin Emerg, 2024, 25(7): 325-328. (in Chinese)
- [13] 潘慧, 李佳, 赵雨, 等. 电针足三里、内关对开腹术后胃肠功能障碍的影响: 随机对照试验[J]. 针刺研究, 2016, 41(5): 457-461.
- PAN H, LI J, ZHAO Y, et al. A randomized controlled clinical trial for electroacupuncture treatment of post-surgical gastrointestinal dysfunction in patients undergoing laparotomy [J]. Acupunct Res, 2016, 41(5): 457-461. (in Chinese)
- [14] SAMAKOURI M, BOUHOS G, KADOGLU M, et al. Standardization of the Greek version of zung's self-rating anxiety scale (SAS) [J]. Psychiatriki, 2012, 23(3): 212-220.
- [15] 郭子玮, 钟秀洪. 基于中医“通腑泻热”理论的中西医结合治疗重症急性胰腺炎的临床观察[J]. 中华灾害救援医学, 2024, 12(9): 1024-1027.
- GUO Z W, ZHONG X H. Clinical observation of the combination of traditional Chinese and western medicine in the treatment of severe acute pancreatitis based on the theory of “TongfuXiere decoction” in traditional Chinese medicine [J]. Chin J Disaster Med, 2024, 12(9): 1024-1027. (in Chinese)
- [16] 张金金. 急性胰腺炎大黄汤药灌肠治疗患者中的应用效果观察及疼痛护理[J]. 中国民族医药杂志, 2025, 31(2): 78-80.
- ZHANG J J. Observation on the application effect of rhubarb decoction enema in the treatment of patients with acute pancreatitis and its pain nursing [J]. J Med Pharm Chin Minor, 2025, 31(2): 78-80. (in Chinese)
- [17] 张天龙, 赵继荣, 陈祁青, 等. 延胡索化学成分及镇痛作用机制研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2021, 28(5): 141-144.
- ZHANG T L, ZHAO J R, CHEN Q Q, et al. Research progress on chemical components and analgesic mechanism of corydalis rhizoma [J]. Chin J Inf Tradit Chin Med, 2021, 28(5): 141-144. (in Chinese)
- [18] 杨山景, 李凌军. 丹皮酚药理作用与应用研究进展[J]. 中药药理与临床, 2022, 38(5): 237-241.
- YANG S J, LI L J. Pharmacological effects and application of paeonol [J]. Pharmacol Clin Chin Mater Med, 2022, 38(5): 237-241. (in Chinese)
- [19] 陈龙, 王瑞锋, 张振凯, 等. 基于药动学-药效学的中药引经理论现代研究进展与思考[J]. 中成药, 2025, 47(1): 133-138.
- CHEN L, WANG R F, ZHANG Z K, et al. Modern research progress and thinking on the theory of meridian introduction of traditional Chinese medicine based on pharmacokinetics and pharmacodynamics [J]. Chin Tradit Pat Med, 2025, 47(1): 133-138. (in Chinese)
- [20] 廖淳, 樊倩红, 骆昱煜, 等. 大承气汤保留灌肠联合甘遂末内服治疗急性胰腺炎的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(8): 711-715.
- LIAO C, FAN Q H, LUO Y Y, et al. Clinical observation on Dachengqi Decoction retention enema combined with Gansui powder taken orally in the treatment of acute pancreatitis [J]. Chin J Integr Tradit West Med Dig, 2024, 32(8): 711-715. (in Chinese)
- [21] 焦鹏, 申霖, 翟盈盈, 等. 解毒通胰汤保留灌肠联合常规疗法治疗高脂血症性重症急性胰腺炎临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(12): 47-52.

- JIAO P, SHEN L, ZHAI Y Y, et al. Clinical study on retention enema with Jiedu tongyi decoction combined with routine therapy for hyperlipidemic severe acute pancreatitis [J]. *New Chin Med*, 2023, 55 (12): 47–52. (in Chinese)
- [22] 秦可菁. 耳穴压丸法结合电针辅助治疗非重症急性胰腺炎腹痛的临床观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2020.
- [23] 黄梦遥, 陈国忠, 郑日辉, 等. 中医常用外治法治疗重症急性胰腺炎研究进展[J]. *中国中医药信息杂志*, 2023, 30(2): 178–180.
- HUANG M Y, CHEN G Z, ZHENG R H, et al. Research progress in the treatment of severe acute pancreatitis with commonly used TCM external therapy [J]. *Chin J Inf Tradit Chin Med*, 2023, 30 (2) : 178–180. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。