

DOI: 10. 12209/CAIM202408200004

· 中西医结合临床案例 ·

1 例高脂血症性急性胰腺炎伴 1 型 糖尿病患者的中西医护理

祝 菁

(浙江绿城心血管病医院 综合病区, 浙江 杭州, 310012)

摘要: 高脂血症性急性胰腺炎是由血清甘油三酯升高引起的急性胰腺炎, 中医理论认为痰瘀阻塞、脏腑功能失调是血脂异常的基本病机。本文对 1 例高脂血症性胰腺炎伴 1 型糖尿病患者开展胃肠减压、饮食指导、血糖管理、中药灌肠及八段锦练习等中西医结合治疗及护理, 增强患者机体脏腑功能, 调畅气机, 从而达到调节血脂的功效, 有效缓解患者的临床症状, 为今后护理糖尿病合并高脂血症性胰腺炎患者提供借鉴。

关键词: 高脂血症性急性胰腺炎; 中西医结合; 护理

Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Care of a Patient with Hyperlipidemic Acute Pancreatitis and Type 1 diabetes

ZHU Jing

(Comprehensive Ward, Zhejiang Greentown Cardiovascular Hospital, Hangzhou, Zhejiang 310012)

ABSTRACT: Hyperlipidemic acute pancreatitis is an acute pancreatitis caused by elevated serum triglycerides. Traditional Chinese medicine theory believes that phlegm stasis obstruction and organ dysfunction are the basic pathological mechanisms of dyslipidemia. In this paper, a case of hyperlipidemic pancreatitis with type 1 diabetes was treated and nursed with integrated traditional Chinese and western medicine, such as gastrointestinal decompression, diet guidance, blood glucose management, traditional Chinese medicine enema and Baduanjin exercise, so as to enhance the function of the internal organs of the patient, regulate the qi, so as to achieve the effect of regulating blood lipids, effectively alleviate the clinical symptoms of the patient, and provide reference for the future care of diabetes patients with hyperlipidemic pancreatitis.

KEY WORDS: hyperlipidemic acute pancreatitis; integrated traditional Chinese and western medicine; nursing

高甘油三酯血症引起的急性胰腺炎占胰腺炎病例的 1%~10%^[1]。高脂血症性胰腺炎是由于胰酶异常激活, 对胰腺组织产生自身消化, 导致胰腺损伤和胰腺微循环障碍的一种急性腹痛病症, 以急性上腹部疼痛不适, 伴有恶心、呕吐为常见的临床表现。近年来, 传统饮食结构被打破, 高脂高蛋白饮食的摄入, 加之运动不足, 导致高脂血症急性胰腺炎 (hyperlipidemia in acute pancreatitis, HTG-AP) 发病率逐年攀升。高甘油三酯血症引起的坏死性胰腺炎的疾病严重程度、发病率和病死率较高^[2]。当患者出现严重的胰腺炎, 通常伴随着压力性的高血糖, 并可能破坏胰岛 β 细胞, 从

而导致患者的糖尿病状况恶化^[3-4]。常规此类病例的护理为胃肠减压、禁食、补液及对症用药后的病情观察等, 中医认为高脂血症以痰浊瘀阻为标, 气机失调为本, 治疗则必先调其气化, 若气化得力, 则痰浊自除^[5]。本案例在常规护理基础上结合中药大柴胡汤联合大承气汤加减进行中药灌肠^[6], 并针对患者的脏腑气机调整进行八段锦干预。患者既往有 1 型糖尿病, 胰岛素缺乏导致脂肪酶活性下降, 造成甘油三酯增高, 因此, 在该案例的护理中着重加强血糖管理、饮食指导及胰岛素泵的护理。通过对患者进行中西医相结合整体化护理, 取得较好效果, 现总结该案例的中西医结

收稿日期: 2024-08-20

OPEN ACCESS

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

合护理体会并报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女,36岁,因“右上腹痛伴恶心呕吐3h”于2023年10月18日急诊收治入院。入科时,患者神志清,精神软。自诉感右上腹疼痛,NRS评分2分,能耐受,感恶心呕吐,吐出少量胃内容物,无畏寒发热不适。全腹CT提示急性胰腺炎考虑伴周围渗出;化验结果示尿淀粉酶194.00 U/L,超敏C反应蛋白9.06 mg/L;跌倒评分35分,Badren评分21,Bathel评分95分。患者既往无烟酒史,I型糖尿病10余年,持续予胰岛素泵控制血糖4年,高脂血症10余年。

1.2 查体

患者入院生命体征,体温(T)36.2℃,脉搏(P)69次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)108/73 mm Hg,血糖10.9 mmol/L,带入胰岛素泵一个,基础率17u。患者意识清,对答切题、双肺呼吸音清,上腹部肌紧张,右上腹压痛明显,肠鸣音减弱,约1~2次/min,双下肢无水肿,全身皮肤完整。

1.3 诊断及治疗

西医诊断:高脂血症性急性胰腺炎;中医诊断:腹痛;辨证分型:湿热内结证。患者入科后予一级护理,心电监护,禁食,监测血糖,1次/4h,记24h尿量,予制酸护胃,抑制胰腺分泌,补液等对症治疗。患者恶心呕吐3次,呕吐物为少量黄色胃内容物,遵医嘱予留置胃管行胃肠减压,引出黄色液体。10月19日检验结果示超敏C反应蛋白106.47 mg/L,糖化血红蛋白7.8%,甘油三酯20.86 mmol/L,治疗上继续予头孢曲松钠针抗感染,中药灌肠改善肠黏膜屏障,降低炎症反应,减少内毒素。10月22日患者无明显腹痛腹胀,无恶心呕吐,胃肠减压引流液少,医嘱予拔除留置胃肠减压管,改二级护理,流质饮食。10月25日患者无腹胀腹痛等症状,化验结果示甘油三酯3.97 mmol/L,总胆固醇8.23 mmol/L,予出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 中医辨证

患者中年女性,以“腹痛、恶心”为主症,既往1型糖尿病史,即中医的“消渴”。消渴病于肺、

胃、肾,“阴虚燥热”为之病机,高血脂与“膏脂”“血浊”相关论述极其相似。本虚标实是膏脂的病机,本虚表现为肝脾肾三脏虚衰之势渐显,标实即为部分实邪壅滞于体内,其中以痰、湿和浊以及瘀邪等为例,脾主运化,脾气虚,健运失司,水谷无以化为精微,反将胃内水谷化为湿浊,致使内生痰浊,化为膏脂;膏脂阻滞脉道,又与实邪相互搏结,留于脉道;痰湿瘀滞在临床上常贯穿疾病始末^[7]。中医四诊合参:①望诊:精神可,舌质暗红,苔薄白腻;②闻诊:言语流利,对答切题;③问诊:腹痛腹胀,恶心呕吐,无畏寒发热,无盗汗,二便调;④切诊:脉弦细数。该患者为湿热内结证,治则以清热利湿为主。

2.1.2 量表评估

①采用数字分级法(NRS)对病人疼痛程度进行评估,该病例病人NRS评分为2分,属于轻度疼痛;②患者胃肠功能AGI评分为1级,主要为胃肠功能损伤之后出现临床可见的胃肠症状,提示存在发展为胃肠功能障碍或衰竭的风险。

2.2 护理诊断

根据患者主诉及中西医护理评估,该患者的护理诊断如下:①疼痛与胰腺及其周围的组织炎症刺激有关;②有低血糖的风险,与患者禁食,持续使用胰岛素泵有关;③有体液不足的危险与炎症渗出、禁食、大量呕吐失水等有关;④活动无耐力与频繁呕吐导致失水、电解质有关。

2.3 护理计划

根据患者存在的护理问题,明确护理目标,制定个体化的护理计划。①予患者常规护理,包括病情观察、饮食指导、血糖监测及胃肠减压等,同时为患者制定个性化的出院指导,避免疾病的复发。②遵医嘱予中药灌肠、八段锦练习等,以改善症状、增强机体脏腑功能,使得气机调畅、血行通畅,水液代谢正常,从而达到调节血脂的功效。

2.4 护理措施

2.4.1 病情观察

每1h观察患者生命体征,患者胃肠功能AGI评分为1级,注意观察腹痛的性质、范围、持续时间、恶心、腹胀情况及腹部体征变化,告知患者采取弯腰抱膝体位可缓解疼痛,必要时遵医嘱使用镇痛药或腕踝针进行止痛。每4h进行血糖监测,观察血糖波动情况,为患者配置可计量尿壶及记录本观察并记录24h尿量,根据诊疗规范及患者病情变化复查血、尿淀粉酶的变化,以了解病情的

转归情况。

2.4.2 血糖监测及胰岛素泵护理

患者入科时胰岛素泵使用下,血糖为10.9 mmol/L,基础率为17u,需关注患者有无低血糖发生,故每4 h进行监测,班班做好胰岛素的交接,携带控制器至床边查看基础运行率、胰岛素残余量及电量等,避免出现非正常运行状态;洗澡或做磁共振检查时需取下胰岛素泵,并在留置针端覆盖盖帽;每3 d或胰岛素泵完后重新进行胰岛素泵留置,操作时嘱患者取平卧或坐位选择脐部两侧不妨碍活动之处为穿刺点,避开瘢痕、硬结等部位,穿刺点与上一次穿刺点之间的距离应超过2 cm。用酒精消毒2次后,左手捏紧皮肤,右手持针针头刺入皮下采用专用透明贴膜固定,设定胰岛素基础释放量和餐前大剂量,设定完毕后需关注留针局部有无出血,有无堵管等问题。在科期间,本例患者血糖波动于7.2~14 mmol/L。

2.4.3 胃肠减压护理

胃肠减压可减轻患者的胀痛、恶心的症状,抑制胰腺的分泌。同时患者常有口干、口咽部不适,嘱患者温水漱口或用棉签沾水沾湿口唇,每日进行2次口腔护理,观察胃管留置管刻度及固定是否牢固,引流是否通畅,引流出的量、色等,每日更换负压吸引器并准确及时记录。

2.4.4 八段锦

患者住院期间活动量较院外少,适量的运动是控制血糖和血脂的重要因素,结合患者的实际情况,在院期间为患者安排每日2次的八段锦练习。练习之前与患者沟通,说明练习八段锦的意义,并推荐国家体育总局的八段锦练习视频给患者,以便其随时观看、学习。每日08:30和17:00由护士带领进行八段锦的练习,对患者的困惑进行分析指导,使患者在院期间能基本学会八段锦,并督促其出院后坚持锻炼,定期随访。八段锦属于一种有氧运动,消耗的能量来自糖的氧化分解和脂肪代谢,对血脂有一定的调节作用^[8],通过八段锦锻炼对人体五脏六腑、气血经络进行全面调节,增强机体脏腑功能,使得气机调畅、血行通畅,水液代谢正常,从而达到调节血脂的功效。

2.4.5 中药灌肠

直肠周围有丰富的动静脉及淋巴丛,中药药液透过直肠黏膜、肠壁直接作用于盆腔,使药达病所,可促进炎症的消散,加之药液不经过肝脏、小肠等代谢,提高药物的局部血药浓度。患者住院

期间拟柴胡15 g、炒白芍15 g、生大黄15 g、黄芩10 g、黄连10 g、木香10 g、芒硝10 g、醋延胡索10 g、厚朴15 g及炒枳实15 g,共3剂,1剂/d,予患者中药灌肠治疗。灌肠时取中药煎剂250 mL,加温至39~40℃,嘱患者左侧卧位,臀部垫高,予灌肠管置入肛门10~15 cm,药液15~20 min灌注完毕,灌注过程中调整肛管方向,药液至少保留1 h,1次/d,3 d为一疗程。灌肠过程中注意观察患者有无心慌、气短、腹痛等,如有发生立即停止灌肠。

2.4.6 饮食宣教

患者入院后胃肠减压,禁食,10月22日改流质饮食。患者入院时葡萄糖10.13 mmol/L,甘油三酯20.86 mmol/L,糖化血红蛋白7.8%,说明患者近三个月血糖控制不佳。1型糖尿病(T1DM)是一种自身免疫性疾病,主要病因是胰岛β细胞被自身免疫系统攻击和破坏,导致胰岛素绝对缺乏,它与血脂代谢之间存在相互影响。胰岛素是调节脂质代谢的重要激素,正常情况下,胰岛素可以抑制脂肪分解(脂解作用)降低血中游离脂肪酸的浓度。在1型糖尿病中,由于胰岛素的绝对缺乏,脂解作用增强,导致血中游离脂肪酸增多,进一步促使肝脏产生更多的甘油三酯和低密度脂蛋白(LDL),导致脂质代谢紊乱,反复发病^[9]。1型糖尿病,饮食、运动的波动对其血糖影响波动较大,根据患者具体情况,患者身高155 cm,体重64 kg,低体力劳动者,根据患者生活方式,对该患者制定了个体化饮食方案。计算出其每日所需总热量为1000~1250 kcal,每日所需的食物交换份为(1000~1250)/90≈11.1~13.8份,合理分配一日三餐为早餐1/5,午餐2/5,晚餐2/5份或者早、午、晚各占1/3热量。流质饮食期间从低热量开始,选择每日11.1的食物交换份数,由营养科安排其流质饮食的制作。出院前3 d指导患者进行食物交换份的计算法,调整至13.8的食物交换份数,以便其出院后能更好的进行饮食管理,详见表1。

2.5 护理评价

患者经过4 d治疗与护理后,自诉无明显腹痛腹胀,NRS评分为0分;无恶心呕吐情况,胃肠功能AGI评分为1级。拔除胃肠减压管,改流质饮食。

3 结果与随访

患者经过7 d治疗,胰腺周围渗出较前吸收,

表1 食物交换份表

食物内容	交换份	早餐	午餐	加餐	晚餐	加餐
谷类	7	2	3	/	2	/
蔬菜	2	1	0.5	/	0.5	/
水果类	1	/	/	1	/	/
蛋肉类	2	0.5	1	/	0.5	/
豆乳类	1	/	/	/	/	1
油脂类	0.8	0.3	0.3	/	0.2	/
坚果类	/	/	/	/	/	/
合计	13.8	3.8	4.8	1	3.2	1

胃肠功能 AGI 评分为 0 级,进食流质饮食后无腹胀腹痛等症状;情绪平稳,病情好转出院。出院后一周电话回访,患者无腹痛、无恶心、空腹血糖波动于 6.0~6.7 mmol/L,在家饮食规律,无多饮多食情况。

4 讨论

1 型糖尿病患者胰岛素缺乏导致脂肪酶活性下降,造成甘油三酯增高,高脂血症性急性胰腺炎多因原发性或继发性脂蛋白代谢异常导致,若治疗不及时容易转变为重症急性胰腺炎^[10]。中医理论认为该病病机为痰瘀阻塞、脏腑功能失调。该案例中常规的护理措施是建立静脉通道,以抑制胰液,胃液的分泌,同时密切观察病情变化,并予胃肠减压减少胰液的刺激;使用胰岛素泵进行血糖的控制;在控糖、抗炎减脂的基础上,结合中医中药治疗及护理,通过八段锦的练习调理脏腑气机,使得气机调畅、血行通畅,水液代谢正常,从而达到调节血脂的功效。通过中药灌肠直达病所,有效控制炎症,方中大承气汤来源于《伤寒论》,具有泻热通便及荡涤肠胃的功效,从而增强胃肠蠕动,减轻胃肠道压力^[11]。大柴胡汤亦起源于《伤寒论》,方中柴胡为君药,与臣药黄芩两者配伍,起到疏利少阳的作用,尤其适用于湿热型患者。大黄、枳实、白芍三者之间共同搭配能够有效缓解患者腹部胀痛、大便不通等现象。许敏怡等研究提出大柴胡汤联合大承气汤灌肠治疗急性胰腺炎患者的效果显著^[6],可改善患者临床症状,缩短症状缓解时间,值得应用并予以推广。在护理中发现高脂血症性胰腺炎患者的饮食和运动对疾病的影响较大,因此针对患者情况制定有针对性的饮食管理和指导。本案例通过胃肠减压、血糖管理、中药灌肠及八段锦练习等中西医结合护理,有效改善患者的症状,并为其进行出院后运动方式及饮食

方式的指导,有利于患者日常保养。通过该案例的护理使我们了解在现有胰腺炎护理常规及相关指南的基础上,联合中医干预措施能更好的缩短病程,促进患者健康。

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] WEBB C B, LEVENO M, QUINN A M, et al. Effect of TPE vs medical management on patient outcomes in the setting of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis with severely elevated triglycerides [J]. J Clin Apher, 2021, 36(5): 719-726.

[2] MAATMAN T K, WESTFALL-SNYDER J A, CEPPA E P, et al. Necrotizing pancreatitis from hypertriglyceridemia: more severe disease? [J]. Dig Dis Sci, 2021, 66(12): 4485-4491.

[3] 王双, 徐文文, 汤琚. 大理白族自治州糖尿病患者护理需求及影响因素分析[J]. 大理大学学报, 2022, 7(8): 87-91.

WANG S, XU W W, TANG J. Analysis of care needs of diabetic patients and influencing factors in Dali Bai autonomous prefecture [J]. J Dali Univ, 2022, 7(8): 87-91. (in Chinese)

[4] 陈晓珠, 黄宇晖, 陈锦瑶. 糖尿病护理中人性化护理联合健康宣教的护理效果[J]. 名医, 2022(15): 102-104.

CHEN X Z, HUANG Y H, CHEN J Y. Nursing effect of humanized nursing combined with health education in diabetes care [J]. Renowned Dr, 2022 (15): 102-104. (in Chinese)

[5] 叶良策, 万瑾, 康骏, 等. 从“浊”探析高脂血症的中医病机及治疗[J]. 江西中医药, 2022, 53(8): 14-16, 20.

YE L C, WAN J, KANG J, et al. Discussion on TCM pathogenesis and treatment of hyperlipidemia from “turbidity” [J]. Jiangxi J Tradit Chin Med, 2022, 53(8): 14-16, 20. (in Chinese)

[6] 许敏怡, 罗新成, 张平. 大柴胡汤口服联合大承气汤灌肠治疗急性胰腺炎的临床研究[J]. 中国社区医师, 2022, 38(32): 83-85, 148.

XU M Y, LUO X C, ZHANG P. Clinical study of dachaihu decoction combined with Dachengqi Decoction enema in treating acute pancreatitis [J]. Chin Community Dr, 2022, 38 (32): 83-85, 148. (in Chinese)

- [7] 沈广礼, 滕涛. 中西医结合治疗2型糖尿病合并高脂血症临床研究[J]. 中医学报, 2017, 32(8): 1423-1425.
SHEN G L, TENG T. Clinical study on combined traditional Chinese and western medicine treatment of type 2 diabetes mellitus with hyperlipidemia patients [J]. Acta Chin Med, 2017, 32(8): 1423-1425. (in Chinese)
- [8] 禹方, 牛巧能. 健身气功八段锦在中医健康管理应用中的理论探讨[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(22): 72-74.
YU F, NIU Q N. Theoretical discussion on the application of health-care Qigong eight-section brocade in health management of traditional Chinese medicine [J]. Chin Med Mod Distance Educ China, 2017, 15(22): 72-74. (in Chinese)
- [9] 崔钰莹, 朱禹潼, 关溪, 等. 高脂血症急性胰腺炎中医研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2023, 29(5): 708-711.
CUI Y Y, ZHU Y T, GUAN X, et al. Research progress of traditional Chinese medicine on hyperlipidemia acute pancreatitis [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2023, 29(5): 708-711. (in Chinese)
- [10] 牛荠薪, 孟宪萌, 高允海. 中西医结合治疗高脂血症性急性胰腺炎的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(1): 105-109.
NIU Q X, MENG X M, GAO Y H. Research progress in the treatment of hyperlipidemic acute pancreatitis with integrated traditional Chinese and western medicine [J]. J Pract Tradit Chin Intern Med, 2024, 38(1): 105-109. (in Chinese)
- [11] 徐铁锋. 加味大承气汤联合西医常规治疗轻症急性胰腺炎的应用价值分析[J]. 糖尿病天地, 2019, 16(4): 30-31.
XU T F. Application value analysis of Jiawei Dachengqi decoction combined with routine western medicine in the treatment of mild acute pancreatitis [J]. Clin J Diabetes World, 2019, 16(4): 30-31. (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。