

DOI: 10.12209/CAIM202412050004

· 中西医结合临床案例 ·

1例高甘油三酯血症性急性重症胰腺炎 患者的中西医结合治疗及护理

傅加敏

(天津中医药大学第一附属医院 国家中医针灸临床医学中心 重症监护室, 天津, 3001381)

摘要: 本文总结1例高甘油三酯血症性急性重症胰腺炎患者的中西医结合治疗及护理,旨在规范重症护理诊疗、精进专科护理技能、应用中医特色护理及提供有温度的护理服务。结合重症HTG-AP患者的特点和病因等,从病因治疗、常规治疗、并发症治疗、中医治疗、心理及康复治疗等多方面着手,其中包括为患者实施精确且个性化的组合式血液净化,共实施血液滤过7次,血液灌流7次,血浆置换2200 mL,血浆吸附4次,连续性血液净化达141.65 h;应用中医适宜技术清胰承气汤加减中药鼻饲30频次,大承气汤加减保留灌肠30频次,通腑助便中药热奄包15频次,新斯的明足三里穴位注射5频次,芒硝外敷5频次,耳穴埋豆治疗20频次。在中西医结合治疗的基础上,配合科学系统的专业护理和中医适宜技术的应用,成功将TG>19.9 mmol/L降至4.71 mmol/L,有效改善患者临床症状和预后,最终患者成功出院。

关键词: 高甘油三酯血症性急性胰腺炎; 重症胰腺炎; 中西医结合护理

Treatment and nursing care of a case of acute severe pancreatitis with hypertriglyceridemia by integrated Chinese and Western medicine

FU Jiamin

(ICU, National Clinical Medical Center for Acupuncture and Moxibustion, The First Affiliated Hospital of
Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 3001381)

ABSTRACT: This article summarizes the integrated treatment and nursing of a patient with hypertriglyceridemic acute severe pancreatitis, aiming to standardize critical care diagnosis and treatment, improve specialized nursing skills, apply traditional Chinese medicine (TCM) characteristic nursing, and provide warm nursing services. Based on the characteristics and causes of critically ill HTG-AP patients, the treatment and nursing were carried out from multiple aspects, including etiological treatment, conventional treatment, complication treatment, TCM treatment, psychological and rehabilitation treatment. Among them, the patient received precise and personalized combined blood purification, including 7 sessions of hemofiltration, 7 sessions of hemoperfusion, 2200 mL of plasma exchange, 4 sessions of plasma adsorption, and continuous blood purification for 141.65 hours. TCM appropriate techniques were applied, such as modified Qingyi Chengqi Decoction nasal feeding 30 times, modified Dachengqi Decoction retention enema 30 times, hot compress with traditional Chinese medicine for promoting defecation 15 times, neostigmine injection at Zusanli acupoint 5 times, external application of mirabilite 5 times, and auricular point embedding therapy 20 times. On the basis of integrated treatment of traditional Chinese and Western medicine, combined with scientific and systematic professional nursing and the application of TCM appropriate techniques, the triglyceride level was successfully reduced from over 19.9 mmol/L to 4.71 mmol/L, effectively improving the patient's clinical symptoms and prognosis, and the patient was eventually discharged successfully.

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

收稿日期:2024-12-05

OPEN ACCESS

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

因高脂血症所致的急性胰腺炎(Acute Pancreatitis, AP)与血清甘油三酯(Triglyceride, TG)水平显著升高密切相关,因此其又被称为高甘油三酯血症性急性胰腺炎(Hypertriglyceridemic Acute Pancreatitis, HTG-AP)。国内外数据表明AP世界范围内的发病率为(4.9~73.4)/10万,且存在地区差异,其中针对HTG-AP的发病率尚未明确,但近年来呈上升趋势^[1-3]。除具有AP患者的一般临床表现外,HTG-AP患者还具血清TG水平显著升高,淀粉酶升高不明显,假性低钠血症,合并症多见,“重症化”倾向,复发率高,诱因隐匿、发病年轻化7大特征^[4],为临床救治带来难度。本科室于2023年收治1例重症HTG-AP患者,并从病因治疗、常规治疗、并发症治疗、中医治疗、心理及康复治疗等多方面中西医结合治疗及护理,最终取得较好的治疗效果,患者成功出院,现将护理经验总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女性,31岁,职员,已婚,主因“乏力伴腹胀20h”于2023年10月4日入院,家族病史高血压,否认既往其他病史。入院时患者神清,精神弱,乏力,腹胀,腹痛,恶心欲吐,无其他部位放射痛,未发身热,平素二便调,纳寐可。患者体温(T)36℃,心率(HR)156次/min,呼吸(R)42次/min,血压(BP)92/60 mm Hg, SpO₂94%。中医查体:平素二便调,纳寐可,舌红,苔黄腻,脉洪数。

1.2 诊断

入院后完善相关化验及检查,化验提示白细胞数13.90×10⁹/L,血淀粉酶245.3 U/L,甘油三酯>19.9 mmol/L,D-二聚体检测2.63 mg/L。胸部、腹部、盆腔CT考虑胰腺炎、重度脂肪肝、腹腔积液。入院中医诊断:胰瘕;中医证型:脾胃湿热证;西医诊断:急性重症胰腺炎、脓毒症休克、高脂血症。

1.3 治疗干预

患者入院后予监护室护理常规、特级护理,留置胃管,胃肠减压、禁食水,留置尿管,行NCC置管,行右颈内深静脉置管。中医治则:清热解毒、疏肝理气、通里攻下、活血化瘀、益气养阴,予耳穴埋豆、清胰承气汤加减中药汤剂;西医治则:组织抢救,予氧疗,同时予抑酸护胃、扩容补液、抗休克、纠酸及抗感染等对症支持治疗;予胰岛素泵降糖治疗,监测血糖,动态调整;予禁食水,胃肠减

压;予酒精擦浴,头腋下物理降温;持续加温加湿高流量吸氧;行血浆吸附序贯CRRT治疗。后随着病情进展患者陆续出现腹部膨隆、间断喘息憋气、右下肢的DVT等,结合患者情况综合制定病因治疗、常规治疗、并发症治疗、中医治疗、心理及康复治疗等多方面治疗和护理方案,并取得较好的效果。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 中医四诊

中医辨证依据:患者脘腹胀满,恶心呕吐,发热,属胰瘕,证属脾胃湿热证。望:神清,精神弱,舌红,苔黄腻;闻:未闻及口臭及其他异常体味,未及癰、瘤、瘰癧及癥瘕痞块;问:平素二便调,纳寐可,口苦而干;切:脉洪数。

2.1.2 量表评估

患者年轻、平素体健,入院时营养风险筛查NRS2002评分为2分,此时属非高危患者;后因病情、禁食等原因,动态评估NRS2002评分为4分,属需要营养支持患者。DVT评估Padua评估量表4分(高危);非计划性拔管UEX危险因素评估表9分(高危);谵妄ICDSC量表评分0分,无谵妄;疼痛评估CPOT评分2分,虽然急性胰腺炎典型症状之一就是上腹部剧烈疼痛,但该患者入院时未见明显疼痛;自理能力评分BI评分20分,属重度依赖,全部需要他人照顾患者;焦虑自评量表SAS69分,属中度焦虑;序贯器官衰竭评估SOFA为2分,结合患者具体情况提示患者脓毒症休克。

2.2 护理诊断

患者当前护理诊断:①代谢紊乱与脂质代谢紊乱,原发疾病有关;②体温过高与炎症反应有关;③有效循环血容量不足与感染性休克有关;④气体交换受损与通气不足有关;⑤腹胀与胰液渗出刺激腹膜引起肠麻痹有关;⑥DVT的发生与卧床,高脂血症有关;⑦焦虑与疾病相关知识缺乏,担心疾病预后有关;⑧营养失调,低于机体需要量与低蛋白血症,禁食有关。患者潜在护理诊断:①有发生导管相关性血流感染的风险与长期留置管路有关;②有出血的风险与血小板降低有关;③有皮肤完整性受损危险与卧床、医疗器械相关压力性损伤、低蛋白血症有关。

2.3 护理计划

针对患者病情及诊疗计划,制定以下中西医结合护理措施:从病因治疗相关护理、常规治疗相关护理、并发症治疗相关护理、中医治疗相关护理、心理及康复治疗相关护理及健康宣教6大方面进行护理干预,以期达到促进患者恢复健康、减轻因疾病带来的腹部不适等症状、心理状态相对稳定、掌握高甘油三酯性急性胰腺炎相关健康知识以及尽快恢复社会生活的目的。

2.4 护理措施

2.4.1 病因治疗相关护理

①胰岛素应用:使用微量泵准确控制胰岛素泵入速度,动态监测血糖,结合患者肠外肠内营养使用情况,及时调整胰岛素泵入速度,在理想随机血糖维持范围为6.1~8.3 mmol/L,血清TG水平 $\leq$ 5.65 mmol/L时停用胰岛素。除此以外,还需密切观察静脉通路情况,保证液体输入顺利并监测患者生命体征变化,观察有无心悸、焦虑、出汗、头晕、手抖、饥饿感等低血糖表现^[5]。②低分子肝素使用:该患者10月4日至10月11日,每日予依诺肝素钠0.6 mL,腹壁皮下注射,其中10月7日因介入手术当日暂停给药一次,10月12日至10月19日注射频次调整为1次/12 h。在使用过程中,遵医嘱规范腹壁皮下注射,借用注射卡轮换注射部位,捏起皮肤垂直进针,监测凝血功能,注意观察有无牙龈、鼻衄出血,注射部位皮下出血、瘀斑或血肿,局部或全身过敏反应。若出现则及时处理^[6-7]。③血液净化:该患者为高甘油三酯血症性胰腺炎,甘油三酯甚至 >19.9 mmol/L,因此入院后紧急行组合式床旁血液净化,具体包括血浆置换、血液灌流、血浆吸附及血液滤过,根据患者病情变化、主述和化验指标等动态调整治疗方式、抗凝方案和速度、治疗量等,动态监测患者的生命体征、治疗参数、凝血指标、甘油三酯等指标变化,用精确且个性化的治疗方案保证治疗的安全性和连续性^[8-10]。在血液净化过程中,不仅要着眼于眼前的各种护理问题,更要有预见性地考虑到各种可能会发生的医疗和护理问题,积极防治各种急性并发症、耗损综合征等,并做好各种预案,最大程度保证患者在整个治疗过程中的医疗安全^[11-12]。

2.4.2 常规护理

①液体复苏:遵嘱液体复苏,建立深静脉置管,规范使用去甲肾上腺素等药物,根据血压和病情动态调整药物种类和药量。密观病人生命体

征、意识、皮肤温度、颜色,准确记录患者24 h出入量。②减少胰液分泌、改善胰腺微循环:予以留置胃管,行胃肠减压;行肛管排气治疗,每12 h静脉点滴泮托拉唑钠40 mg,联合每日3次予醋酸奥曲肽注射液0.2 mg静脉泵入抑酸护胃,抑制胰酶分泌,改善胰腺微循环。③营养支持:患者禁食水胃肠减压,予肠外营养;第11天开始予肠内营养流食,并根据患者情况及时调整肠外营养方案,关注有无再喂养综合征等情况发生;于第14天改为半流质饮食,间断输注人血白蛋白、悬浮红细胞等,全面予营养支持;第15天开始调整为经口清淡饮食,口服水解蛋白。④抗感染:观察患者体温波动情况,若温度过高,遵嘱予冰袋物理降温,关注降温处皮肤情况;持续CRRT治疗,吸附炎性介质,降低体温;严格执行预防导管相关性血流感染的集束化护理措施;密切关注患者炎性指标变化,检菌结果,及早对症处理。遵医嘱应用抗感染药物,保证治疗的连续性和有效性;严格执行手卫生制度,定时开窗通风,24 h开放床旁移动消毒机;固定人员探视,有效降低交叉感染的发生。⑤血糖管理:该患者住院期间动态监测血糖、胰岛素静脉注射、胰岛素持续泵入,血糖波动在11.6 mmol/L左右;出院前指导患者从精准营养、心理疏导、血糖监测、药物干预以及科学运动5方面着手,进行血糖管理。指导患者注射来优时胰岛素的注射方法,宣教出院后自注胰岛素期间,重视血糖管理和注意复查。

2.4.3 并发症护理

2.4.3.1 急性呼吸窘迫综合征(ARDS)

患者入院后予无创辅助通气, FiO_2 50%, PSI_{14} cmH_2O , PEEP 8 cmH_2O ,密切监测生命体征,神志变化及血气分析指标,动态调整呼吸机使用方案(详见表1),无创呼吸机和加温加湿高流量吸氧交替使用(详见图1)。予监测膀胱压(2次/d),指导患者进行呼吸功能锻炼,即缩唇呼吸,腹式呼吸,吹气球锻炼。后患者呼吸状态有所改善,呼吸趋于平稳(详见图2)。于10月14日改为加温加湿高流量吸氧,于10月23日改为鼻导管吸氧。

表1 无创辅助通气-PSV

项目设置	10月5日	10月6日	10月7日	10月8日
腹内压/(cmH_2O)	30	20	16	17
$\text{PEEP}/(\text{cmH}_2\text{O})$	8	6	5	5
$\text{FiO}_2/(\%)$	50	45	40	40
潮气量/mL	589	463	683	751



图1 氧疗时长

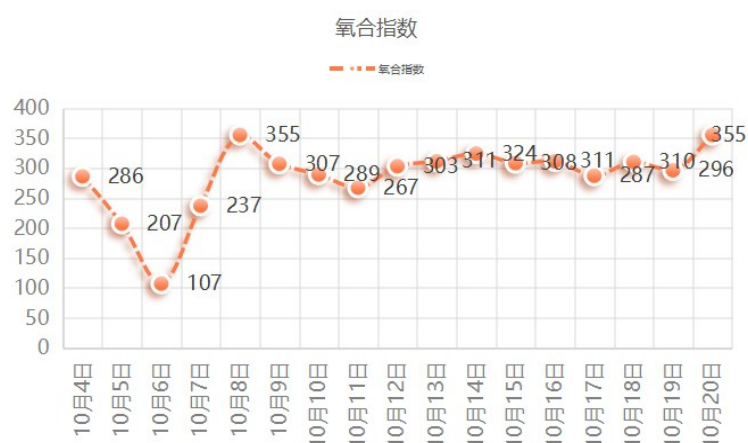


图2 氧合指数

2.4.3.2 急性胃肠损伤(AGI)与腹内高压(IAH)

患者入院腹胀、腹痛伴恶心呕吐,后监测膀胱压力 30 cmH₂O,出现腹部膨隆、剑突下轻微压痛,面部浮肿,这可能与胰腺及周围组织炎、水肿有关^[13-15],予患者如下护理措施:①体位与休息:卧床休息,协助患者取舒适体位。②禁饮食和胃肠减压:保持胃管通畅并妥善固定,观察引流液的颜色、性状和量,加强口腔护理。③10月8日行腹腔穿刺引流术,置管深度为 11 cm,密切关注引流管的位置、深度,妥善固定,防止脱管;定时挤压引流管以保持通畅;密切观察并记录引流液的性质、颜色和量,及时处理任何异常情况。

2.4.3.3 静脉血栓栓塞症(VTE)

患者入院 DVT 评分为 4 分, D-二聚体 2.63 mg/L,属 VTE 高危患者,因此入院前 2 d 以预防为主,其中药物预防每日予患者依诺肝素钠 0.6 mL,腹壁皮下注射;予双下肢中药湿热敷,促进血液循环;物理预防予鼓励患者床上运动,双下肢抬高 25~30°。入院第 3 天患者右下肢肿胀,予每 12 h 测量腿围、绝对卧床,减少肢体运动,协助

治疗姿势,即抬高患肢高于心脏水平 30°。完善相关检查,确定患者发生 VTE。于入院第 4 天手术,右侧下肢静脉滤器置入(经皮放置静脉滤器),术后绝对卧床休息,抬高患肢 30°,监测足背动脉搏动情况;穿刺点局部加压包扎,穿刺侧肢体伸直制动 24 h。并在术后调整每 12 h 予依诺肝素钠 0.6 mL,腹壁皮下注射。术后协助患者适当床上翻身活动,鼓励患者行踝泵运动、屈膝屈髋运动,并协助患者关节活动,2 次/d,每关节 5~10 min/次。指导患者上肢,即肩关节—肘关节—腕关节—掌指关节;下肢,即髋关节—膝关节—踝关节—趾关节。出院前 3 d 协助患者逐渐从床上坐起,双脚接触地面 10 min,根据患者耐受度逐渐增加难度,直至 30 min。床椅转移,起初专人帮助将患者转移到床椅上,45 min/次。床边站立,在早期阶段,患者可在辅助器械的支撑下,站立 15~30 min。

2.4.4 中医护理

患者入院腹胀、腹痛伴恶心呕吐,膀胱压力 22 mm Hg,腹内高压 3 级。后患者出现腹部膨隆、剑突下轻微压痛,面部浮肿等症状。运用包括

中药鼻饲、中药保留灌肠、中药热奄包、穴位注射、芒硝外敷及耳穴埋豆等中医护理适宜技术,缓解患者腹内高压、腹胀症状。

2.4.4.1 清胰承气汤加减方中药鼻饲(10月5至10月19日)

清胰承气汤加减方中药鼻饲护理,水煎服,1剂/d(餐后半小时),200 mL/次。中药液隔水热后即加入研碎研细的芒硝,放置温度在32~35℃为宜,将中药液缓慢均匀地注入胃管,再注入30~50 mL温开水封管。注入中药1~1.5 h后夹闭胃管,再继续胃肠减压。

2.4.4.2 大承气汤加减方中药保留灌肠(10月5至10月19日)

大承气汤加减方中药保留灌肠护理,水煎,200 mL/次,2次/d。中药液隔水热后即加入研碎研细的芒硝,药液温度应保持在39~41℃,抬高臀部10 cm,插入肛门10~15 cm。灌肠液距肛门约30~40 cm,滴速60~80滴/min。操作中嘱患者深呼吸,关注患者的感受,若有明显不适则立即停止。灌肠后协助患者取舒适卧位,并尽量保留药液1 h以上。

2.4.4.3 通腑通便生料方中药热奄包(10月4至10月18日)

通腑通便生料方包括麸炒枳实、姜厚朴、大黄、陈皮、醋青皮、木香及甘草片等,将药包放在加温箱内加热至50℃左右。根据中医辨证选穴进行热敷,先轻提药袋,使其间断接触皮肤,温度以患者能耐受、不烫伤皮肤为度,20 min/次,1次/d。在治疗过程中,须密切观察患者的皮肤反应,有无烫伤、水疱、药物过敏及瘙痒等症状发生。

2.4.4.4 新斯的明穴位注射(10月5至10月6日)

予患者双侧足三里注射0.5 mg新斯的明,1次/d。10月7日因患者行右侧下肢静脉滤器置入术暂停。10月8日至10月19日间断予左侧足三里注射0.5 mg新斯的明,1次/d。遵医嘱取穴足三里,以注射部位为中心由内向外消毒,范围>5 cm;一手绷紧皮肤,另一手持注射器,对准穴位快速刺入皮下,用针刺手法上下提插至患者有酸胀等“得气”感后,回抽无回血,即可将药物缓慢推入。

2.4.4.5 中药芒硝外敷(10月7日至10月11日)

根据腹部CT显示的渗出部位,外敷于中上腹部略偏左处,6~8 h/次,1次/d。用胶布或系带适当固定,以防患者变换体位时滑落;待芒硝袋潮湿变硬时及时更换、清除溶化液,保证皮肤干燥清

洁,避免皮肤损害等不良反应发生。

2.4.4.6 耳穴埋豆(10月4日至10月23日)

耳穴埋豆治疗选穴部位胰胆(左耳胰穴,右耳胆穴)、十二指肠、内分泌、消化系统皮质下、肝穴、脾穴及胃穴。遵医嘱实施耳穴埋豆,用75%酒精消毒,一手持耳轮后上方,另一手持探棒由上而下在选区内找敏感点;将王不留行籽固定于所选取的穴位处,手法逐渐加力,直至产生酸胀热痛的感觉,每穴按1~2 min,2~3次/d,每天更换另一侧。观察耳部皮肤有无红、肿、破溃等情况,若有不适应立即停止,并通知医师配合处理。

2.4.5 心理及康复护理

患者入院后焦虑自评量表SAS为69分,及时对患者进行宣教,责任护士作自我介绍,提高亲和感。各项护理操作前做好解释,遮挡隔帘,保护患者隐私。耐心向病人解释病情,消除心理紧张和顾虑,予积极的暗示,增强病人战胜疾病的信心。患者出现腹胀、腹痛与呼吸浅促时,加强安慰,予抚触,利用音乐、视频等转移注意力,减少焦虑。向患者讲解疾病的发展过程,讲解相关知识,减少恐惧感。与家属保持密切的沟通,以提供家庭支持系统,积极配合治疗。

2.4.6 健康宣教

针对该患者基于医院的延续性护理模式分为出院前和出院后2个干预阶段。①出院前干预:多学科专业人员与患者合作,根据循证制定出院康复计划;指导患者出院带药的使用方法及注意事项,遵医嘱口服降脂药。嘱患者节饮食,适劳逸,调情志,避风寒,建议定期门诊复查。告知病人忌暴饮暴食、忌高脂肪食物和酗酒,平时应吃少油、无刺激、易消化食物,避免劳累,避免情绪过度波动和过度劳累,生活要有规律,控制体重。评估不良事件和再入院的风险,并建立出院患者回访登记册。②出院后干预:通过电话随访和使用其他现代通信技术来评估其出院计划的完成情况,积极为患者及其家属提供健康教育、专业建议。制定科室健康教育二维码和教育手册,实时更新患者护理宣教。

3 结果和随访

患者TG>19.9 mmol/L降至4.71 mmol/L(详见图3),共实施血液滤过7次,血液灌流7次,血浆置换2200 mL,血浆吸附4次,连续性血液净化141.65 h,血液净化过程管理及效果基本达到

预期。治疗过程中患者未出现感染、透析器反应等急性并发症,患者耐受性良好,未发生导管相关性感染及非计划性拔管,未发生出血、血肿等不良反应,于10月16日成功拔除血液净化导管。患者诉腹胀减轻(详见图4),呼吸状态有所改善,呼吸趋于平稳,生命体征相对稳定。患者炎性指标得到缓解,体温持续下降趋于稳定(详见图5)。患者腿围逐步趋于一致(详见图6),滤器置入后未

发生异常反应,患者逐步下床活动,实际喂养量逐步接近目标喂养量,白蛋白逐步升高。患者未发生压力性损伤,颜面部及身体受压处皮肤完好,情绪从中度焦虑、轻度焦虑转换为无焦虑。患者住院20 d后,成功出院。在患者出院14 d后予电话回访,患者居家休养中,规律服药,日常注重饮食习惯的改变和血糖的监控,并逐渐增加日常活动量,还未恢复工作。

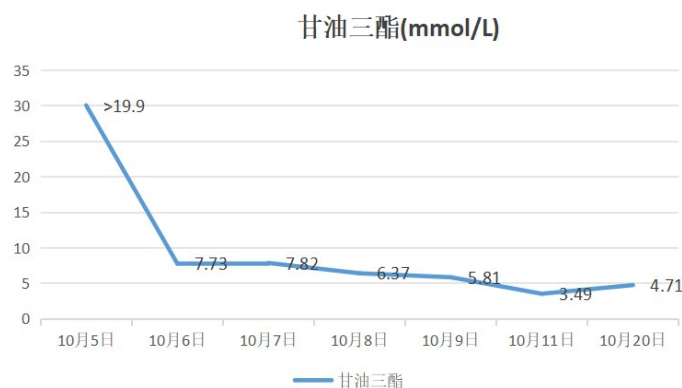


图3 甘油三酯改善情况



图4 膀胱压力改善情况

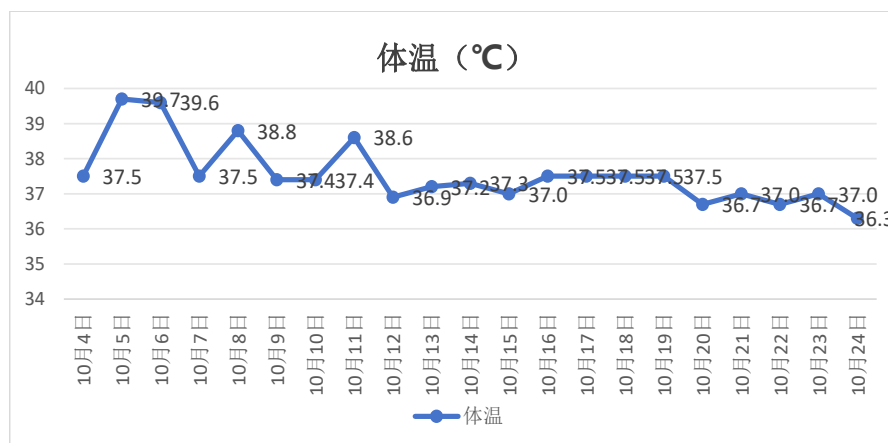


图5 体温变化趋势

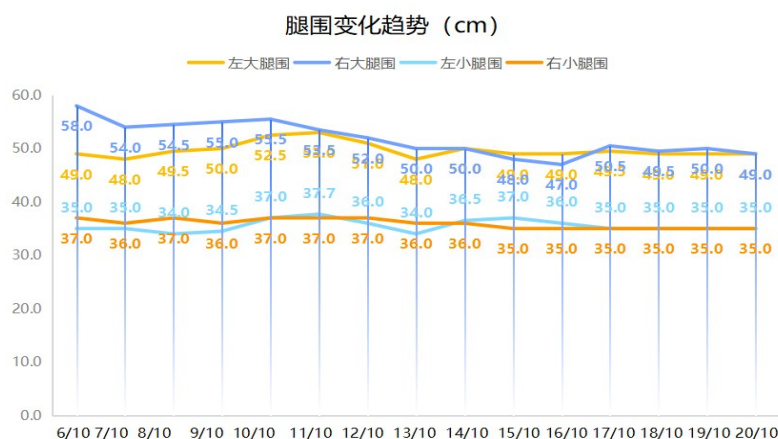


图6 腿围变化趋势

4 讨论

HTG-AP 约占全部急性胰腺炎的 20%, 具有“诱因隐匿、淀粉酶水平升高不明显”等特点导致其早期极易被误诊^[16]。专家共识指出, 高甘油三酯血症性急性胰腺炎治疗从病因治疗、常规治疗、并发症治疗、中医治疗、手术治疗、心理及康复治疗及基因治疗等多方面制定中西医结合治疗及护理^[4]。其中将血清 AG 水平快速降低至 5.65 mmol/L 以下是治疗 HTG-AP 的关键, 对于入院后仅采用无创治疗措施但治疗 24~48 h 后血清 TG 水平仍 > 11.3 mmol/L 或降幅未达到 50% 的 HTG-AP 重症患者可实施组合式血液净化。该患者共实施血液滤过 7 次, 血液灌流 7 次, 血浆置换 2200 mL, 血浆吸附 4 次, 连续性血液净化 141.65 h, 成功将 TG > 19.9 mmol/L 降至 4.71 mmol/L。

急性胰腺炎诊断明确后, 尽早予中医药治疗, 针对其不同分期进行辨证拟定相应治则, 以“疏肝理气、通里攻下、清热解毒、益气养阴、活血化瘀”为基本原则, 并根据患者证候特点随证加减方药组成。该患者清胰承气汤加减方中柴胡、黄芩和解少阳, 枳实、大黄内泻热结, 芍药助柴胡、黄芩, 清肝胆之热, 合大黄, 治腹中实痛, 丹参、白芍、延胡索活血止痛, 共起到和解少阳、内泻热结之效。大承气汤加减方中药保留灌肠中大黄泄热通便, 荡涤肠胃, 芒硝助大黄泄热通便, 并能软坚润燥, 厚朴、枳实行气散结, 消痞除满, 并助硝、黄, 推荡滯滯, 以热结之排泄, 共为佐使。通腑通便生料方中药热奄包理气通便, 开胃消胀, 主治中焦郁结腑气不通之腹胀便秘, 所选中脘穴属任脉, 具有疏利中焦气机、通调腑气之功效。神阙穴任脉的要穴, 为先天之结缔、后天之气舍, 具有通畅气机, 行气

通腑之功效。天枢穴属足阳明胃经, 具有理气止痛, 清利湿热之功效。新斯的明穴位注射可兴奋膀胱平滑肌和促进胃肠蠕动。中药芒硝外敷具有软坚散结、清热解毒、抗炎、吸湿消肿等功效。耳穴埋豆治疗刺激胰胆可使经络传感直达病所, 促进胰腺病理改变及恢复; 刺激十二指肠则是因胰腺炎可累及该部位; 刺激内分泌穴具有一定抗炎作用, 抵御外来毒素的侵害, 进而增强机体抗毒功能, 降低血管通透性和减少炎症渗出; 消化系统皮质下主要用于调节患者消化系统功能选取; 肝主疏泄, 脾主运化, 胃调升降, 肝与脾关系为疏泄与运化, 若肝的功能正常, 则能够达到疏泄调畅, 则脾胃升降适度, 肝脾不和, 脾气虚, 升清无力, 运化失职, 则腹痛久泄, 因此根据中医辨证选取肝、脾、胃三穴选穴。针对该 HTG-AP 患者, 在西医治疗基础上, 根据病因病机联合中医药, 辅以多种中医适宜技术的联合应用, 目的是促进胃肠动力、减轻炎症反应、改善微循环障碍、防治器官功能障碍^[16], 使患者早日恢复健康。

重症 HTG-AP 患者的中西医结合治疗和护理全程, 护理的重要性不言而喻, 需综合患者的具体情况和病情需要, 强调整体观念和辨证施护, 制定个性化治疗和护理方案, 充分体现中医特色, 有效改善患者症状, 促进患者早日康复。

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] 张娜, 张海燕, 郭晓红, 等. 中国近十年急性胰腺炎病因变化特点的 Meta 分析[J/OL]. 中华消化病与影像杂志(电子版), 2016, 6(2): 71-75.

- ZHANG N, ZHANG H Y, GUO X H, et al. Changes of etiology in acute pancreatitis in recent 10 years in China: Meta-analysis [J/OL]. *Chin J Dig Med Imageology Electron Ed*, 2016, 6(2): 71-75. (in Chinese)
- [2] 唐永凤, 唐国都, 梁志海, 等. 重症高甘油三酯性急性胰腺炎的临床特征分析[J]. *临床肝胆病杂志*, 2019, 35(4): 830-834.
- TANG Y F, TANG G D, LIANG Z H, et al. Clinical features of severe acute hypertriglyceridemic pancreatitis [J]. *J Clin Hepatol*, 2019, 35(4): 830-834. (in Chinese)
- [3] 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.
- Pancreatic Surgery Group, Surgical Society of 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)
- [4] 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.
- 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)
- [5] 苏海水, 方松林, 池芳芳. 胰岛素联合生长抑素治疗高脂血症型急性胰腺炎的疗效及安全性分析[J]. *中外医疗*, 2022, 41(36): 141-144, 149.
- SU H S, FANG S L, CHI F F. Analysis of the efficacy and safety of insulin combined with somatostatin in the treatment of hyperlipidemic acute pancreatitis [J]. *China Foreign Med Treat*, 2022, 41(36): 141-144, 149. (in Chinese)
- [6] 李燕, 莫伟, 葛静萍. 抗凝剂皮下注射护理规范专家共识[J]. *介入放射学杂志*, 2019, 28(8): 709-716.
- LI Y, MO W, GE J P. Expert consensus on nursing standards for subcutaneous injection of anticoagulant agents [J]. *J Interv Radiol*, 2019, 28(8): 709-716. (in Chinese)
- [7] 熊雪, 刘丽娟, 朱慧莉, 等. 成人抗凝剂皮下注射方法及不良反应管理的最佳证据总结[J]. *循证护理*, 2024, 10(22): 4019-4025.
- XIONG X, LIU L J, ZHU H L, et al. Summary of best evidence on subcutaneous injection of anticoagulants and management of adverse reactions in adults [J]. *Chin Evid Based Nurs*, 2024, 10(22): 4019-4025. (in Chinese)
- [8] 中国重症血液净化协作组. 重症血液净化血管通路的建立与应用中国专家共识(2023)[J]. *中华医学杂志*, 2023, 103(17): 1280-1295.
- China Critical Blood Purification Collaboration Group. Chinese expert consensus on the establishment and application of vascular access of critical care blood purification (2023) [J]. *Natl Med J China*, 2023, 103(17): 1280-1295. (in Chinese)
- [9] 姜艳华, 邢唯杰, 周兴梅, 等. 连续性肾脏替代治疗患者中心静脉导管维护的最佳证据总结[J]. *护士进修杂志*, 2021, 36(6): 533-539.
- JIANG Y H, XING W J, ZHOU X M, et al. Best evidence summary for central venous catheter maintenance in patients with continuous renal replacement therapy [J]. *J Nurses Train*, 2021, 36(6): 533-539. (in Chinese)
- [10] 肇冬梅, 马晓春. 血液净化: 抗凝的策略[J]. *中国实用内科杂志*, 2023, 43(12): 996-999.
- ZHAO D M, MA X C. Blood purification: strategies for anticoagulation [J]. *Chin J Pract Intern Med*, 2023, 43(12): 996-999. (in Chinese)
- [11] 中华医学会肾脏病学分会专家组. 连续性肾替代治疗容量评估与管理专家共识[J]. *中华肾脏病杂志*, 2024, 40(1): 74-81.
- Chinese Society of Nephrology expert group. Expert consensus on fluid volume assessment and management in continuous renal replacement therapy [J]. *Chin J Nephrol*, 2024, 40(1): 74-81. (in Chinese)
- [12] 中国医师协会肾脏内科医师分会血液透析滤过质控指南工作组. 血液透析滤过质量控制临床实践指南[J]. *中华医学杂志*, 2024, 104(8): 571-593.
- Working Group on Quality Control Guidelines for hemodialysis filtration, Chinese Medical Doctor Association Renal Physicians Branch. Clinical Practice guidelines for quality control of hemodialysis filtration [J]. *Natl Med J China*, 2024, 104(8): 571-593. (in Chinese)
- [13] 亚洲急危重症协会中国腹腔重症协作组. 重症病人胃肠功能障碍肠内营养专家共识(2021版)[J]. *中华消化外科杂志*, 2021, 20(11): 1123-1136.
- Chinese coeliac Intensive Care Collaborative Group of Asian Acute Critical Care Association. Expert consensus on enteral nutrition for gastrointestinal dysfunction in critically ill patients (2021 edition) [J]. *Chin J Dig Surg*, 2021, 20(11): 1123-1136. (in Chinese)

- [14] 中国腹腔重症协作组. 重症患者腹内高压监测与管理专家共识(2020版)[J]. 中华消化外科杂志, 2020, 19(10): 1030–1037.
Chinese coeliac Critical Disease Cooperative Group. Expert consensus on monitoring and management of intra-abdominal hypertension in severe patients (2020 edition) [J]. Chin J Dig Surg, 2020, 19 (10): 1030–1037. (in Chinese)
- [15] 中华医学会急诊医学分会, 上海市医学会急诊专科分会. 急性胰腺炎急诊诊治专家共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2024, 33(4): 470–479.
Chinese Medical Association Emergency Medicine Branch, Shanghai Medical Association Emergency Medicine Branch. Expert consensus on emergency diagnosis and treatment of acute pancreatitis [J]. Chin J Emerg Med, 2024, 33 (4): 470–479. (in Chinese)
- [16] 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.
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)

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。