

2020年ESPEN急慢性胰腺炎 临床营养指南要点

文/ 陈彬林 (广西壮族自治区妇幼保健院营养科注册营养师、公共卫生执业医师)

急性和慢性胰腺炎都是胰腺常见病，虽然是良性的，但与营养不良的风险显著相关，可能需要营养支持。然而，虽已有胰腺疾病相关指南发表，但在营养支持方面仍缺乏专门的共识。2020年1月，欧洲临床营养和代谢学会 (ESPEN) 发布了急慢性胰腺炎的临床营养指南。目前还未有此指南的中文版，本文翻译了指南中的摘要、前言、急性胰腺炎的营养管理流程 (附图) 以及急慢性胰腺炎的临床营养推荐意见，分享如下。

急性胰腺炎

急性胰腺炎是常见的需要住院治疗的急性消化道疾病，多数病例 (约80%) 预后良好。然而，急性坏死性胰腺炎占急性胰腺炎的比例高达20%，并与早期器官衰竭 (38%)、需要干预 (38%) 和死亡 (15%) 的发生率显著相关。在急性坏死性胰腺炎的情况下，分解代谢非常高，因此营养支持是疾病管理的基石之一。大量的

(上接第30页)
在危险性。

本例患者在高温环境里表现最为突出的是严重睡眠障碍。近期研究表明，长期的睡眠缺乏会导致人体应激系统激活，皮质醇和肾上腺素变得活跃，影响碳水化合物代谢，造成患者血糖控制难度增加。有研究发现，每晚睡眠时间5小时的健康成人夜间胰岛素水平较睡眠8小时者高出50%，胰岛素敏感性降低40%。

另外，该患者尝试饮酒助眠的方式

研究表明在发生急性坏死性胰腺炎时，相比肠外营养，肠内营养显示了优越性。但关于肠内营养的时间、途径和类型以及经口再喂养的问题仍然是临床研究的对象。

哪些急性胰腺炎患者被认为有营养风险?

声明1: 由于急性胰腺炎的高分解代谢特性以及营养状况对疾病发展的影响，患者有中度至高度营养风险。

推荐意见1: 预测为轻度至中度急性胰腺炎的所有患者都应使用有效的筛查方法进行筛查，如营养风险筛查工具 (NRS-2002)；预测为重度急性胰腺炎的患者均应考虑其存在营养风险。

预测为轻度急性胰腺炎的患者早期经口喂养是否可行?

推荐意见2: 预测为轻度急性胰腺炎的患者，无论血清脂肪酶水平如何，一旦临床耐受，应尽早给予经口喂养。

推荐意见3: 轻度急性胰腺炎患者重新开始经口喂养时应使用低脂、软食。

如有需要，急性胰腺炎患者首选什么

也是错误的。这不但不能缓解失眠，喝酒还会加速血液循环，增加心脏的工作量，长此以往会影响心脏的功能，容易诱发心梗。

因此，对于存在心血管危险因素的患者，要积极防暑降温，减少高温对心脏的伤害，并防止患者因高温而诱发的顽固失眠，可以使用地西洋、艾司唑仑等药物镇静助眠。

目前全球糖尿病最新指南均推荐使用二甲双胍联合DPP-4抑制剂维格列汀作为

类型的医疗营养 (肠内或肠外)?

推荐意见4: 不能经口喂养的急性胰腺炎患者，肠内营养应优先于肠外营养。

急性胰腺炎患者启动肠内营养的最佳时机是什么?

推荐意见5: 在入院后24~72小时内，应尽早开启肠内营养，以防止经口喂养不耐受。

需要什么类型的肠内营养?

推荐意见6: 急性胰腺炎患者推荐使用标准的多聚体膳 (即非要素制剂，这类肠内营养制剂以整蛋白或蛋白质游离物为氮源，渗透压接近等渗，口感较好，适于口服，也可以管饲，适用于胃肠道功能比较好的患者)。

急性胰腺炎患者应使用什么途径的肠内营养?

推荐意见7: 如果急性胰腺炎患者需要肠内营养支持，应通过鼻胃管给予。若消化系统不耐受，优先使用鼻空肠管。

急性胰腺炎患者什么时候应该启动肠

首选降糖方案。这两种药物除了均可以有效降低血糖外，还不会引发低血糖，并对减轻体重、保护心血管有一定的作用。尤其适合于以同时伴有高脂血症与肥胖的2型糖尿病患者。

适度运动有助于使血糖血脂平稳下降，减轻体重，纠正肥胖。考虑患者已经63岁，建议其坚持每周5天，每天以30分钟左右散步的运动量为宜，也可以尝试太极拳、瑜伽、羽毛球等运动方式。■

(发稿编辑: 李瑞枫)

外营养?

推荐意见8: 对于不能耐受肠内营养或不能耐受目标营养需求的急性胰腺炎患者,或存在肠内营养禁忌证的患者,应给予肠外营养。

重度急性胰腺炎患者在坏死组织清除术(内镜手术或微创手术)情况下,应如何提供医疗营养?

推荐意见9: 如果患者的临床状态(血流动力学稳定性、脓毒性参数、胃排空情况)允许,行微创坏死组织清除术的患者经口摄食是安全可行的,应在术后24小时内开始。

推荐意见10: 在接受微创坏死组织清除术而不能口服喂养的患者中,通过鼻空肠管给予肠内营养是首选途径。

推荐意见11: 接受微创坏死组织清除术而不能耐受肠内营养或不能耐受目标营养需求的患者,或有肠内营养禁忌证的患

者,应使用肠外营养。

对于危重重度急性胰腺炎患者[需要腹腔开放的腹腔高压(IAH)和腹腔间室综合征(ACS)],应如何提供医疗营养?

推荐意见12: 腹腔压力<15mmHg的重度急性胰腺炎患者,早期肠内营养应通过鼻空肠管或鼻胃管开始,作为首选路径。期间应持续监测患者腹腔压力和临床情况。

推荐意见13: 腹腔压力>15mmHg的重度急性胰腺炎患者,肠内营养应通过鼻空肠管途径以20ml/小时开始,根据耐受性增加速率。若腹腔压力值进一步增加,应考虑暂时减少或终止肠内营养。

推荐意见14: 腹腔压力>20mmHg或存在急性冠脉综合征的重度急性胰腺炎患者,应(暂时)停止肠内营养,并启动肠外营养。

推荐意见15: 对于腹腔开放的重度急性胰腺炎患者,应给予肠内营养,至少是

少量的。如果需要满足营养需求,则应增加补充性或全肠外营养。

免疫营养(谷氨酰胺、抗氧化剂)在重度急性胰腺炎中是否有作用?

推荐意见16: 当肠内营养不可行或存在禁忌证而有肠外营养指征时,建议每天0.20g/kg的L-谷氨酰胺补充肠外谷氨酰胺。否则,免疫营养在重度急性胰腺炎中没有作用。

益生菌在重度急性胰腺炎中有什么作用吗?

推荐意见17: 重度急性胰腺炎患者不推荐使用益生菌。

在急性胰腺炎中使用口服酶制剂有什么作用吗?

推荐意见18: 除了明显的胰腺外分泌功能不全的患者外,一般不应补充胰酶。

慢性胰腺炎

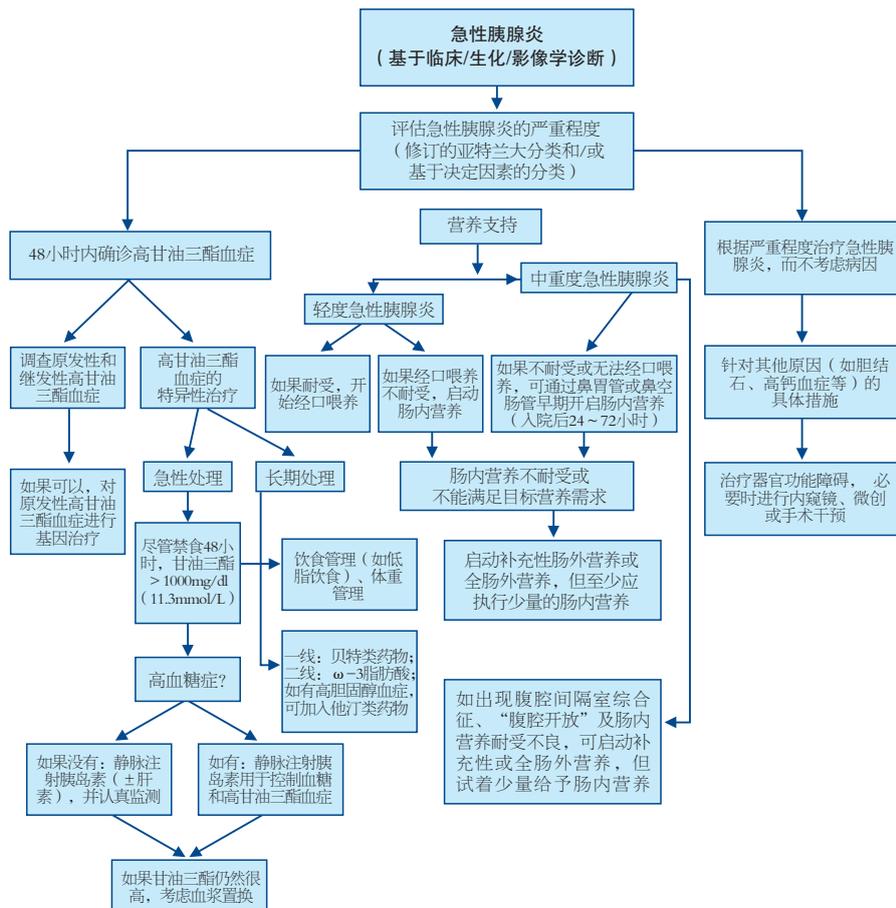
慢性胰腺炎是一种反复炎症发作导致胰腺实质被纤维性结缔组织取代的疾病,其主要后果是功能性外分泌和内分泌组织的损失,从而导致外分泌和内分泌功能不全。疼痛在慢性胰腺炎患者中经常发生,并且似乎与许多因素有关,如胰腺神经重塑和神经病变、导管内和实质压力增加、胰腺缺血和急性复发期间的急性炎症。疼痛和胰腺功能损失都会导致慢性胰腺炎患者营养不良。此外,其他长期后果如骨质疏松症经常被忽视,尽管它们可能影响患者的生活质量。因此,在慢性胰腺炎所需的多模式管理中,筛查营养不良和营养支持起着至关重要的作用。

声明2: 慢性胰腺炎患者营养不良的风险高,营养不良在此类患者中很常见。

慢性胰腺炎患者营养不良的原因是什么?

声明3: 胰腺功能不全、腹痛、酗酒、摄食少、糖尿病及吸烟是慢性胰腺炎患者营养不良的主要原因。

在评估慢性胰腺炎患者的营养状况时,首选哪些诊断性试验?



附图 急性胰腺炎营养管理流程图

推荐意见19: 营养状况应根据症状、器官功能、人体测量和生化值进行评估。单独使用身体质量指数是不合适的,因为它在慢性胰腺炎合并肥胖的患者中不能发现肌肉减少症。

慢性胰腺炎患者中微量和宏量营养素缺乏筛查的频率是多少?

推荐意见20: 患者应至少每12个月进行1次微量和宏量营养素缺乏筛查;对于患有严重疾病或无法控制性吸收不良的患者,筛查可能需要更频繁地进行。

慢性胰腺炎患者在饮食、脂肪、碳水化合物和蛋白质摄入方面应给予哪些建议?

声明4: 慢性胰腺炎患者不需要遵循限制性饮食。

推荐意见21: 营养状况正常的慢性胰腺炎患者应坚持均衡饮食。

推荐意见22: 营养不良的慢性胰腺炎患者应建议少食多餐,每天吃5~6顿高蛋白、高能量的食物。

推荐意见23: 慢性胰腺炎患者应避免高纤维饮食。

声明5: 在慢性胰腺炎患者中,除非脂肪泻症状无法控制,否则不需要限制脂肪摄入。

是否在慢性胰腺炎患者使用含或不含中链甘油三酯的口服补充剂?

推荐意见24: 只有当经口营养不足以达到能量和蛋白质的目标时,才需要给营养不良的患者开具口服营养补充剂。

推荐意见25: 如果适当的胰酶补充和排除细菌过度生长的情况不能缓解吸收不良及其伴随症状,可以使用含中链甘油三酯的口服营养补充剂。

慢性胰腺炎患者何时需要补充微量营养素(不包括预防骨质疏松)?

推荐意见26: 脂溶性维生素(A、D、E、K)和水溶性维生素(维生素B₁₂、叶酸、硫胺素)以及镁、铁、硒和锌等矿物质应加以监测(如果有条件的话),如果检测到低浓度或出现临床缺乏症状,应予

以处理。对于已知吸收不良的患者应建议补充。

什么时候在慢性胰腺炎患者中使用肠内营养,该如何给予?

推荐意见27: 对于口服营养支持无效的营养不良患者,应给予肠内营养治疗。

推荐意见28: 对于有疼痛、胃排空延迟、持续恶心或呕吐以及胃出口综合征的患者,应通过鼻空肠管途径给予肠内营养。

推荐意见29: 长期空肠造口途径(经皮内窥镜引导下胃/空肠造口术或直接法经皮内窥镜引导下空肠造口术或外科空肠造口术)可用于需要肠内营养超过30天的患者。

推荐意见30: 如果不能耐受标准制剂,可以使用含中链甘油三酯的半要素制剂(此类制剂以肽类为基础的氮来源)。

推荐意见31: 如果胰腺有外分泌衰竭的迹象,需要肠内营养支持治疗的患者应补充胰酶。

慢性胰腺炎患者何时需用肠外营养,应如何给予?

推荐意见32: 对于胃出口梗阻或复杂造瘘疾病的患者,或肠内营养耐受不良的患者,提示可用肠外营养。

推荐意见33: 使用肠外营养,优选的路径是中央静脉通路。

慢性胰腺炎患者启动胰酶替代治疗的指征是什么?

推荐意见34: 当通过临床症状和/或吸收不良的实验室测试诊断为胰腺外分泌功能不全时,应启动胰酶替代治疗。为了发现吸收不良的迹象必须进行准确的营养评估。

胰酶替代治疗所选择的酶制剂是什么?

推荐意见35: 应使用pH敏感型肠溶微球胰酶替代制剂治疗胰腺外分泌功能不全。

如何补充胰酶?

推荐意见36: 口服胰酶应与正餐和零

食一起使用。

补充胰酶的最佳剂量是多少?

推荐意见37: 剂量针对的是个体的需求,取决于疾病的严重程度和食物的成分。在实践中,脂肪酶的最低剂量为2~5万单位(根据制剂),应与主餐一起服用,与零食一起服用时此剂量减半。

如何评价补充胰酶的疗效?

推荐意见38: 胰酶替代治疗的疗效应该通过胃肠道症状减轻和营养参数(人体测量和生化)改善来评估。对于没有反应的患者,评估应扩展到胰腺功能测试(粪便脂肪检测或¹³C-混合三酰甘油呼气试验)。

若临床反应不理想,应如何处理?

推荐意见39: 在临床反应不满意的情况下,应增加胰酶替代治疗剂量或添加质子泵抑制剂。如果这些方法失败,应排除吸收不良的其他原因,如小肠细菌过度生长。

治疗慢性胰腺炎的手术方法是否影响胰酶替代治疗和营养状况?

推荐意见40: 长期的胰酶替代治疗和营养状况均受到所有外科手术的影响。应优先考虑组织保留术。

慢性胰腺炎患者发生骨质疏松或骨质减少的风险有多大?

声明6: 慢性胰腺炎患者有患骨质疏松症的风险(大约是1/4),而患骨病(骨质疏松症或骨质减少症)的风险高(大约是2/3)。

应该使用什么方法来识别有风险的患者?

推荐意见41: 使用双能X线骨密度仪识别慢性胰腺炎合并骨病的患者。

预防和治疗这些情况的建议是什么?

推荐意见42: 建议向所有慢性胰腺炎患者宣教基本的预防措施,包括:足够的钙/维生素D摄入,如有必要,应补充胰酶;定期进行负重锻炼;避免吸烟和饮酒。对于骨病患者,特别是骨质疏松症患者,应考虑额外的药物治疗。■

(发稿编辑:吴王群)