

对短肽型肠内营养制剂不耐受的远端胃切除术后老年患者药学监护 1 例

甘 兵, 何冬梅, 黎晓枫, 余玲玲, 黄彩玲*

南方医科大学第五附属医院 广东广州

【摘要】 本文报告了一例远端胃切除术后老年患者对短肽型肠内营养制剂不耐受的药学监护案例。患者因胃癌行远端胃切除术后, 出现对短肽型肠内营养制剂的不耐受症状, 包括腹泻、腹胀等。通过药学监护, 调整肠内营养制剂类型、输注速度、浓度及温度等参数, 同时结合药物治疗和营养支持, 患者症状得到显著改善, 营养状况逐步恢复。本案例强调了药学监护在远端胃切除术后老年患者肠内营养支持中的重要性, 为临床提供了参考。

【关键词】 胃肿瘤; 远端胃切除术; 短肽型肠内营养制剂; 营养支持; 呕吐; 药学服务

【收稿日期】 2024 年 12 月 19 日

【出刊日期】 2025 年 1 月 8 日

【DOI】 10.12208/j.ijcr.20250017

One case of pharmaceutical monitoring in an elderly patient after distal gastrectomy who is intolerant to short peptide enteral nutrition preparations

Bing Gan, Dongmei He, Xiaofeng Li, Lingling Yu, Cailing Huang*

The Fifth Affiliated Hospital of Southern Medical University, Guangzhou, Guangdong

【Abstract】 This article reports a pharmaceutical monitoring case of an elderly patient who developed intolerance to short peptide enteral nutrition after distal gastrectomy. After undergoing distal gastrectomy for gastric cancer, the patient developed intolerance symptoms to short peptide enteral nutrition preparations, including diarrhea, abdominal distension, etc. Through pharmaceutical monitoring, adjusting parameters such as the type of enteral nutrition preparation, infusion speed, concentration, and temperature, combined with drug treatment and nutritional support, the patient's symptoms were significantly improved and their nutritional status gradually recovered. This case emphasizes the importance of pharmaceutical monitoring in providing enteral nutrition support for elderly patients after distal gastrectomy, providing reference for clinical practice.

【Keywords】 Gastric tumors; Remote gastrectomy; Short peptide enteral nutrition preparation; Nutritional support; vomit; pharmaceutical care

胃癌为全球第 5 大常见恶性肿瘤, 腹腔镜手术是其主要手术方式。术后患者体质量可能降低 10%-20%, 康复需长达 1 年。消化道重建可能导致消化道食物储存及吸收能力降低, 进食量减少, 进而影响患者预后及生活质量。研究指出, 老年患者术后营养不良可能增加肿瘤复发率, 而肠内营养支持不耐受概率达 30%-50%, 影响预后。早期肠内营养支持包括鼻空肠管和口服, 不足时辅以肠外营养。所有营养制剂 24 小时内输注完毕, 未输完则丢弃。肠内营养不耐受诊断标准未统一, 但当出现反胃、腹痛等胃肠道症状导致无法完成每日总量或中断早期肠内营养支持时, 即可判断为不耐受^[1]。

1 病历资料

*通讯作者: 黄彩玲

患者, 女, 73 岁, 身高: 155cm, 体重: 43kg, BMI 指数: 17.90。因“胃癌 2 年, 伴腹胀腹痛 1 月”入院。患者 2 年前因腹部不适至外院就诊, 2021-12-20 病检提示胃角腺癌, 予以奥沙利铂联合替吉奥化疗; 一月前患者出现腹胀腹痛, 伴恶心呕吐, 至当地医院就诊, 2023-9-25 无痛胃镜提示幽门梗阻, 对症治疗后好转。患者为求进一步治疗, 来我院就诊, 门诊以“胃部肿瘤”收治入院。患病以来, 患者精神状态可, 大小便正常, 体重降低 2.5kg。

2 主要治疗经过及营养方案调整

查体: T: 36.5℃, P: 78 次/分, R: 18 次/分, BP: 138/77mmHg。神志清楚, 心音正常, 心律整齐, 杂音

无, 胸肺听诊呼吸音正常, 无胸膜摩擦感。腹部外形正常, 腹部触诊全腹柔软, 压痛无, 反跳痛无, 腹部包块未触及, 肝脏肋下正常, 脾脏肋下未触及, 肾脏未触及,

神志清楚。住院期间主要辅助检查及具体营养支持方案见表 1。

表 1 患者住院期间营养支持方案

时间	饮食	肠外肠内营养方案	备注
术后第一天	禁食	(5%葡萄糖氯化钠注射液 1000ml、氨基酸注射液 250ml、复方氯化钠注射液 500ml、注射用复方维生素(3)【复方】1 支、胰岛素注射液 12 IU) 静滴	肠外提供能量 260kcal、蛋白质 22.5g
术后第二天至第七天	禁食向流质过渡	(结构脂肪乳注射液 250ml、5%葡萄糖氯化钠注射液 1000ml、丙氨酰谷氨酰胺注射液 50ml、胰岛素 12 IU、注射用复方维生素(3)【复方】1 支、10%氯化钾注射液 30ml、 ω -3 鱼油脂肪乳注射液 100ml、氨基酸注射液 250ml) 静滴肠内营养混悬液(SP)500ml 鼻饲	肠外提供能量 800kcal、蛋白质 22.5g, 肠内提供能量 500kcal, 术后第四天给予短肽型肠内营养经鼻空肠管进食之后患者出现恶心、不断呕吐的症状, 第二天停医嘱后没用再用这个药, 同时症状减轻。
术后第八天至第十天	口服肠内营养+补充性肠外营养	(5%葡萄糖氯化钠注射液 500ml、氨基酸注射液 250ml、复方醋酸纳林格注射液 500ml、丙氨酰谷氨酰胺注射液 50ml、10%氯化钾注射液 30ml、注射用复方维生素(3)【复方】1 支、胰岛素注射液 8 IU) 静滴, 整蛋白型肠内营养剂 320g 口服。	肠外提供能量 195kcal, 蛋白质: 22.5g, 肠内营养按说明书标准冲调。

11 月 6 日给予肠内营养混悬液 (SP) 经鼻空肠管进食之后出现恶心, 不断呕吐的症状, 第二天停医嘱后没用再用这个药, 同时症状减轻。

3 分析与讨论

3.1 临床药师干预

该患者为 73 岁老年女性, 因“胃癌 2 年, 伴腹胀腹痛 1 月”入院, 行远端胃切除术, 术术前已考虑到此患者的营养状况, 提前开好肠外营养液长期医嘱, 术后待肠道功能有所恢复时候同时给予肠内营养, 但患者出现严重不良反应, 建议先停用肠内营养, 待患者肠道功能进一步恢复以后, 再考虑使用肠内营养。11 月 8 日和 11 月 12 日给患者开了整蛋白型肠内营养剂, 勉强能够耐受。

3.2 肿瘤患者营养五阶梯疗法

肿瘤患者营养支持治疗需依据肿瘤患者经口进食和胃肠消化吸收食物能力和营养状况, 遵循五阶梯治疗原则, 渐次采取如下能量营养素供给途径和方式: 首先选择营养指导(教育)下自主进食的方法, 再依次选择口服或借助管饲输入 FSMP 和/或普通膳食、完全借助管饲方式输入营养液方式即 TEN、PPN 联合 PEN、TPN。当下一阶梯不能满足 60%目标能量需求 3~5d 时, 应该选择上一阶梯^[4]。对于腹部大手术的患者, 术

后发生营养不良的风险更大, 所以在术前就应该给予干预。

3.3 住院期间发生肠内营养相关性呕吐原因分析及判别思路

临床常用肠内营养制剂根据氮源分为整蛋白型(又名非要素型)、短肽型及氨基酸型, 后两者统称为要素型。理论上, 要素型肠内营养制剂可直接或接近直接吸收, 而整蛋白型则需经过肠道消化吸收, 因此要素型更适合消化功能相对较弱患者。肠内营养制剂的渗透压主要取决于游离氨基酸和电解质的含量, 故要素型肠内营养制剂渗透压通常比整蛋白型高, 而制剂渗透压与胃肠道耐受性密切相关, 高渗制剂易引起呕吐或其他胃肠道反应, 故给予要素型肠内营养制剂需关注渗透压。

3.4 用药分析

该患者入院时进行营养筛查, NRS2002 评分为 2 分, 有轻度营养不良风险, 考虑到患者术后营养风险(实际术后 NRS2002 评分为 5 分, 术后 PG-SGA 评分 13 分, 重度营养不良, 急需进行症状改善和/或同时进行营养干预)^[5-6]。手术前提前开好肠外营养液长期医嘱, 术后待肠道功能有所恢复时候同时给予肠内营养, 但患者出现严重不良反应, 建议先停用肠内营养, 待患

者肠道功能进一步恢复以后,再考虑使用肠内营养。11月8日和11月12日给患者开了整蛋白型肠内营养剂,勉强能够耐受。

4 可能导致患者恶心呕吐的其他原因

住院患者普遍存在营养风险和营养不良,需要营养干预和肠道复苏。临床药师通过共识提高对肠内营养使用必须性和无可替代性的认识,明确只要肠道有功能,就必须优先选择肠内营养;明确肠内营养给患者带来益处和对节约医疗费用的贡献;并通过共识,结合肠内营养构成、组方、制剂学特点和特殊疾病患者具体情况,在制剂和配方选择上作出判断^[7]。

5 总结

作为临床上最常应用的营养支持方式,与肠外营养相比,肠内营养具有费用低、更易行等特点,且其更为契合人体的消化道构造,因而有利于维持患者肠道黏膜屏障功能及结构。目前研究普遍认为,对于腹腔镜胃癌术后患者,尤其是老年患者由于其术后常并发营养不良,因而可早期行肠内营养,从而促进其术后胃肠道功能恢复^[1]。肠内营养液应以整蛋白非要素膳更为安全,如果应用含短肽要素膳,因渗透浓度较高常会导致腹泻、腹胀出现。住院患者普遍存在营养风险和营养不良,需要营养干预和肠道复苏。临床药师通过共识提高对肠内营养使用的必须性和无可替代性的认识,明确只要肠道有功能,就必须优先选择肠内营养;明确肠内营养给患者带来的益处和对节约医疗费用的贡献;并通过共识,结合肠内营养的构成、组方、制剂学特点和特殊疾病患者的具体情况,在制剂和配方的选择上作出判断。肠内营养并发症包括腹泻、便秘、腹胀、胃排空不足、恶心、呕吐、高血糖、电解质紊乱、导管堵塞、导管移位、误吸等。患者术后出现胃瘫综合征,早期予以肠外营养支持疗法,恶心、呕吐症状好转后予 EN,

在 EN 开始初期,临床药师应密切监测患者有无腹胀、腹泻、恶心、呕吐等不耐受表现,调整肠内营养液的滴速,同时加用胃肠促动药,使得 EN 能够在胃瘫患者中尽早顺利开始,帮助患者肠道功能早期恢复^[8]。

参考文献

- [1] 孙欣彤,田英梅.五阶梯治疗在老年营养不良患者中的应用分析[J].中外医疗,2019,38(21):139-142.
- [2] 石汉平,许红霞,李苏宜等.营养不良的五阶梯治疗[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2015,2(01):29-33.
- [3] 张国鹏,孙姜鹰,赵洪浩.规范化序贯肠内肠外营养支持疗法与肠外营养支持对于胃肠道手术后患者的疗效对照研究[J].实用临床医药杂志,2012,16(11):34-36,39.
- [4] 曾英彤,周婧.肠外肠内营养临床药学实践共识(2022年版)[J].今日药学,2023,33(06):414-421.
- [5] 肠内营养临床药学共识(第二版)[J].今日药学,2017,27(06):361-371.
- [6] 肠内营养临床药学共识[J].今日药学,2012,22(07):385-387.
- [7] 马晶晶,王昌,季文莹,等.对短肽型肠内营养制剂不耐受的克罗恩病活动期患者药学监护 1 例[J].临床合理用药,2024,17(1):169-172.
- [8] 营养支持临床药师技能与实践 张玉 2022年4月第1版.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS