

者更好康复。目前,术后营养支持可分为两类途径,即肠内营养、肠外营养。二者各具优点。肠内营养的优点在于:(1)与人体生理结构相吻合,有助于调节代谢能力,合成蛋白质;(2)能够调节并改善肠道粘膜的功能与结构,保持其完整性;(3)便于操作,安全性高,同时引发的并发症少。肠外营养的优点在于(1)避免因肠内营养而导致的并发症;(2)能够对补液的配方进行调节;(3)可以更快速的调节热量与蛋白质含量,促使其满足人体所需;(4)操作更为便捷,患者接受度更高;(5)可以在较短时间对患者的营养不良症状予以纠正。

那么,如何选择营养支持的方式呢?首要任务就是了解肠内营养与肠外营养各自面对的适应证。肠内营养所面对的适应证主要包括:(1)长时间无法正常饮水、进食的患者;(2)无法正常通过口进食的患者,进食不足或者禁止饮食的患者,如意识功能障碍患者,重症肌无力引发吞咽困难、咀嚼能力丧失的患者;(3)患胃肠道疾病的患者,如胃肠造瘘、炎症胃肠病等;(4)患胃肠道外疾病的患者,围手术期营养支持、肿瘤化疗辅助等。肠外营养支持所面对的适应证主要包括(1)胃肠道营养功能障碍的患者;(2)存在重症营养不良问题的患者;(3)经常出现呕吐、腹泻

情况,或者肠道切除无法进食,不能通过消化道将营养物质充分吸收的患者;(4)进行较大剂量放化疗的癌症患者;(5)患胃肠道梗阻疾病的患者;(6)处于高分解、高代谢状态的患者,短时间内无法通过胃肠道充分吸收营养物质的患者。临床较为常用的肠内营养途径为管饲法,即利用手术、内窥镜、X线辅助将喂养管插入某段消化道上,一般有经鼻插管、经皮内窥镜插管、经胃肠造口插管三种方式。肠外营养途径一般包括中心静脉置管或者周围静脉输注营养两种方法。肠外营养所输注的营养液尽量采取“全合一”的形式,即将氨基酸、葡萄糖、维生素、微量元素等混合后统一经输液袋输注患者体内,便于患者吸收,减少并发症。

待患者胃肠道功能恢复正常后,可先以流质饮食过度至半流质饮食,再过度至软质饮食,最终回归普通饮食。尽量遵循少食多餐的原则,增加营养的深入量。此外,接受外科手术患者需充分补充蛋白质及维生素,饮食上尽量选择富含蛋白质、纤维素的食物,多喝牛奶,食用新鲜水果、蔬菜,食用豆制品、牛肉等。

总之,外科患者易出现营养不良情况,对治疗、预后均造成损害,应重视营养支持,结合患者具体情况合理选择营养支持方法,从而保证患者营养摄入充分,为疾病康复奠定扎实基础。

如何尽早诊断原发性甲状旁腺功能亢进症

李淑英

四川省西充县人民医院 637200

[中图分类号] R581.104

[文献标识码] A

[文章编号] 2095-7165(2019)03-097-01

通常情况下,我们人体有4个甲状旁腺,左右两侧上下均有1个腺体,正常的甲状旁腺有卵圆、棒、球、圆盘与叶片等多种形状,色泽显红棕色与黄褐色,质地柔软并可活动,容易分离在其周围的脂肪组织旁。甲状旁腺的组成主要包括多数主细胞、少数嗜酸性细胞与基质。正常状态下,主细胞分泌甲状旁腺素,嗜酸性细胞则无分泌功能,而基质中又含有脂肪细胞,一旦甲状旁腺处于亢进状态,其主细胞将消失,而其腺体比重则较正常腺体高,临床可应用比重法判断是否发生甲状旁腺功能亢进。

甲状旁腺功能亢进又分为原发性与继发性亢进两种。

原发性甲状旁腺功能亢进症(PHPT)是指甲状旁腺自身病变引起甲状旁腺激素合成和分泌过多,并借助对肾和骨的作用引起以高钙血症为主的一系列钙磷代谢异常的病症。PHPT在临床的发病率较低且初始症状较复杂,极易出现误诊与漏诊。患者多见于中青年女性,PHPT具有起病较缓、易并发肾结石等特点,其中高血钙、泌尿系统和骨痛是PHPT在临床最主要的几种病症表现。

PHPT的发病机制较为复杂,甲状旁腺自身出现肿瘤或增生等病变,从而导致甲状旁腺合成与分泌超过正常值,并借助对骨和肾的作用形成高钙血症和低磷血症。发病因素中以甲状旁腺腺瘤与增生最为多见,所占比例分别超过80%与10%,而甲状腺癌的比例则不足2%,也有部分患者有明显的家族发病倾向。PHPT的具体病因目前尚未明确,可能与头部放射治疗、长期酗酒、药物作用与遗传等因素相关,患者临床主要反映为骨关节与泌尿系统受损,以及多次发作的肾结石、消化性溃疡、心血管系统病变与广泛的骨吸收等。

PHPT在临床极易被忽略与误诊,主要是因为:①首发症状在临床表现多样,普遍独立表现于腺器官之外;②医护人员对病症认知及临床经验不足;③患者普遍分散就诊在不同科室。PHPT作为一种临床表型不断演变的疾病,若未能得到及时有效诊治,将发展

为不可逆的肾功能衰竭。故越早检查与确诊该病,越有利于病症的治疗。PHPT的临床诊断经历了经典、无症状与正常血钙PHPT三个阶段。在20世纪20-70年代期间,PHPT发现时,患者临床以典型高钙血症相关的骨骼、泌尿、消化与运动系统以及精神障碍等多种脏器功能严重受损为主要表现;随着科技的进步,20世纪70年代以来,全自动生化仪广泛应用于临床,愈来愈多的轻微血钙升高且临床病症表现并不明显的PHPT患者被发现;随着近年来临床对PHPT研究不断深入,在血钙值正常的人群中发现了PHPT患者。

如何尽早诊断PHPT,避免发生误诊与漏诊?首先我们应排除其他原因所致的高钙血症与继发性甲旁。同时,我们还可以通过以下方式寻找蛛丝马迹:

- 一、显露出复发性或活动性泌尿系统结石或肾钙盐沉积症。
- 二、存在致病因素不明的骨质疏松症,特别是伴有骨膜下骨皮质吸收和(或)牙槽骨板吸收及骨囊肿形成的状况。
- 三、发生长骨骨干、肋骨、颌骨或锁骨“巨细胞瘤”,尤其是多发性者。
- 四、患者出现不明原因的恶心、呕吐,以及久治不愈的消化性溃疡、反复发作的便秘或复发性胰腺炎。
- 五、病因不明确的精神障碍,尤其是伴口干舌燥、多尿与骨痛症状。
- 六、为阳性家族史者以及患有手足搐搦症的新生儿的母亲。
- 七、长时间采用锂制剂而引发高钙血症的患者。
- 八、高钙血症且存在或无高钙血症状况者。
- 九、补充钙剂、维生素D制剂或应用噻嗪类利尿剂时发生高钙血症的患者。

通过以上线索有助于我们在患者出现明显高钙血症或骨骼或肾脏受损时首先考虑是否存在PHPT,但要想尽早确诊PHPT,在对患者进行生化检验时最好予以血钙检测以确诊和早期治疗。