

生大黄辅助治疗轻症急性胰腺炎临床观察

方建松, 邵剑明

浦江县人民医院内一科, 浙江 浦江 322200

[摘要] 目的: 观察生大黄在轻症急性胰腺炎患者辅助治疗中效果。方法: 60例轻症急性胰腺炎患者, 随机分为观察组和对照组各30例, 对照组患者给予单纯性西医治疗, 观察组患者在对照组治疗基础上给予生大黄治疗。比较2组患者腹部体征、肠道功能、腹部CT阳性征象等指标的恢复时间以及临床疗效。结果: 总有效率观察组100%, 对照组83.33%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组腹胀腹痛消失时间、排便恢复时间、腹部压痛消失时间、肠鸣音恢复时间、腹部CT阳性征象恢复时间均明显低于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 生大黄辅助治疗轻症急性胰腺炎效果较好, 能快速改善患者临床症状, 同时还能缩短病程。

[关键词] 轻症急性胰腺炎; 生大黄; 辅助治疗

[中图分类号] R657.5+1

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2015) 04-0113-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.054

急性胰腺炎是多种病因导致胰酶在胰腺内被激活后引起胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的炎症反应。临床以急性上腹痛、恶心、呕吐、发热和血胰酶增高等为特点。病变程度轻重不等, 轻者以胰腺水肿为主, 临床多见, 病情常呈自限性, 预后良好, 又称为轻症急性胰腺炎。少数重者的胰腺出血坏死, 常继发感染、腹膜炎和休克等, 病死率高, 称为重症急性胰腺炎^[1]。临床病理常把急性胰腺炎分为水肿型和出血坏死型两种。到目前为止, 急性胰腺炎发病原因及机制尚不清楚, 其并发症较多, 病死率也高^[2]。笔者对轻症急性胰腺炎患者在常规治疗基础上给予生大黄辅助治疗, 取得了满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为2010年11月—2012年11月本院轻症急性胰腺炎患者, 共60例, 随机分为观察组和对照组, 各30例, 观察组男18例, 女12例; 年龄35~78岁, 平均 (46.8 ± 1.2) 岁。对照组男17例, 女13例; 年龄32~72岁, 平均 (45.8 ± 1.8) 岁。2组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 入选标准 符合全国2004年胰腺疾病学术会议中值得的急性胰腺炎诊断标准; 具有急性持续性腹痛表现, 但无器官功能障碍、局部并发症等; 血清淀粉酶活性高于正常值3倍以上; 补充液体治疗效果良好; Ranson评分在3分以下或APACHE评分在8分以下。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医治疗, 禁食、胃肠减压、抑制胃液及胰腺分泌、保持内环境稳定、营养支持、预防感染、镇痛等, 严密监测生命体征、脏器功能以及理化指标变化。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予生大黄辅助治疗, 生大黄15g, 水煎100mL, 冷却后口服, 每天3次, 连用5天。若腹泻超过每天4次则停用。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 症状改善时间: 腹胀腹痛、排便、肠鸣音等变化, 监测血淀粉酶及腹腔内压。

3.2 统计学方法 采用SPSS 17.0软件进行数据处理, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[3]结合临床制定。痊愈: 临床症状消失, 实验室检查指标恢复; 显效: 症状消失, 实验室检查指标未恢复; 有效: 症状改善, 实验室检查指标未恢复; 无效: 症状及实验室指标均无变化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组100%, 对照组83.33%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.3 2组症状恢复时间比较 见表2。观察组腹胀腹痛消失时间、排便恢复时间、腹部压痛消失时间、肠鸣音恢复时间、腹部CT阳性征象恢复时间均低于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

[收稿日期] 2014-09-11

[作者简介] 方建松 (1975-), 男, 主治医师, 主要从事内科临床工作。

表1 2组临床疗效比较

例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	12	15	3	0	30(100)
对照组	30	10	10	5	5	25(83.33)

与对照组比较, $\chi^2=5.4545$, ① $P<0.05$ 表2 2组症状恢复时间比较($\bar{x} \pm s$)

天

组别	n	腹胀腹痛	排便恢复	腹部压痛	肠鸣音恢复	腹部CT阳性征象
观察组	30	3.5±0.5	2.7±0.5	4.1±0.5	3.9±1.1	6.35±2.12
对照组	30	4.6±0.9	4.3±0.6	5.3±0.9	2.3±0.6	9.56±1.12
t值		5.8519	11.2206	6.3839	6.9941	5.3038
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

5 讨论

急性胰腺炎患者主要临床症状为腹痛腹胀、恶心呕吐、发热等, 出血坏死型胰腺炎还可表现为休克、高热、黄疸、腹胀以至肠麻痹、腹膜刺激征以及皮下淤血斑等^[6]。血清淀粉酶在起病后 6~12 小时升高, 48 小时后下降, 可持续 3~5 天, 血清淀粉酶超过正常值 3 倍可确诊为急性胰腺炎^[6]。临床诊断需与消化性溃疡急性穿孔、胆石症和急性胆囊炎、急性肠梗阻、心肌梗死等疾病进行鉴别诊断。临床主要治疗手段包括防治休克、改善微循环、解痉止痛、抑制胰酶分泌、抗感染、营养支持、预防并发症、加强重症监护等^[6]。防治休克、改善微循环: 应积极补充液体、热量、电解质, 以维持循环稳定、水电解质平衡。抑制胰酶分泌: 可选择应用 H_2 受体阻断剂、抑肽酶、5-氟尿嘧啶等, 禁食、胃肠减压; 解痉止痛: 应定时应用止痛剂, 传统方法是静脉内滴注 0.1% 的普鲁卡因用以静脉封闭。并可定时将杜冷丁与阿托品配合使用, 既止痛又可解除 Oddi 括约肌痉挛, 禁用吗啡, 以免引起 Oddi 括约肌痉挛^[7]; 营养支持: 急性胰腺炎患者机体分解代谢高、炎症渗出、长期禁食、高热等, 机体处于负氮平衡及低蛋白血症, 故需营养支持, 而在给予营养支持的同时, 又要使胰腺不分泌或少分泌; 抗生素应用: 抗生素是综合性治疗中不可缺少的内容之一; 腹腔灌洗: 对腹腔内有大量渗出者, 可做腹腔灌洗, 使腹腔内含有大量胰酶和毒素物质的液体稀释并排除体外。中医学认为, 急性胰腺炎属于心痛、厥心痛范围, 其病机为中焦湿热蕴阻、气滞血瘀、腑气不通, 不通则痛^[8]。因此, 治疗急性胰腺炎以清热通腑、活血利湿、疏肝利胆、通里攻下为主, 核心在于六腑以通为用。中医治疗特点为多靶位、综合调节, 特别是在预防肠麻痹、肠功能衰竭和促进肠功能恢复、阻止肠道菌群移位等方面发挥了重要作用。生大黄具有泻火解

毒、凉血止血、活血化瘀、利湿退黄和通里攻下的作用。现在大量研究都证实生大黄能降低血液及腹水中炎性细胞因子水平, 减轻胰腺损伤, 减少血肿炎性介质丙二醛(MDA)含量, 同时提高 SOD 含量, 最终发挥治疗胰腺炎的作用^[9]。大黄不仅能抑制胰酶分泌、促进胃肠运动、加速排除胃肠腔内容物、改善微循环、预防血栓形成, 还能抑制细胞因子及炎性介质产生, 控制炎症反应, 保护器官组织受损。本观察表明, 观察组在常规治疗基础上给予生大黄辅助治疗后, 其临床疗效高于对照组, 而临床症状消失时间短于对照组($P<0.05$)。证实生大黄辅助治疗轻症急性胰腺炎疗效好, 能快速改善临床症状、缩短疗程, 且给药方便, 值得推广使用。

[参考文献]

- [1] 郑奇志, 罗福如, 刘福松. 大黄治疗急性重症胰腺炎的疗效观察[J]. 中外医学研究, 2011, 9(21): 20-21
- [2] 刘龙, 何云, 魏绍斌. 中医药治疗急性胰腺炎研究进展[J]. 江西中医药, 2010, 41(10): 70-72.
- [3] Chen WC, Nie JS. Genetic polymorphism of MCP-1-2518, IL-8-251 and susceptibility to acute pancreatitis: a pilot study in population of Suzhou, China[J]. World J Gastroenterol, 2008, 14 (37): 5744-5748.
- [4] 邢承楠, 沈彩燕, 叶闻, 等. 中药大黄辅助治疗急性胰腺炎的临床观察与护理[J]. 现代实用医学, 2011, 23(3): 349.
- [5] 周金阳, 马葆华, 王鹏. 生大黄辅助治疗重症急性胰腺炎的临床疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2012, 41(5): 499-451.
- [6] De Waele JJ, Blot S. The value of IL-6 in predicting the severity of acute pancreatitis [J]. J Clin Gastroenterol, 2007, 41(5): 534-535.
- [7] 陈建华, 季晓亮, 胡恺悦, 等. 大黄及芒硝在重症急性胰腺炎治疗中的价值[J]. 实用中西医结合临床, 2008, 8(2): 23-24.
- [8] 盛颖明, 邹晓平, 于成功, 等. 中药大黄辅助治疗重症急性胰腺炎的系统评价[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 11(7): 241-242.
- [9] 郭伟昌, 黄君, 易先武, 等. 生大黄高位保留灌肠联合生长抑素治疗急性胰腺炎 46 例[J]. 海南医学, 2010, 4(2): 116-117.

(责任编辑: 马力)