

间均短于对照组($P < 0.01$)。

表 5 2 组排气、住院时间比较($\bar{x} \pm s$)^d

组别	平均排气时间	平均住院时间
观察组	3.88±1.56 ^①	9.65±3.65 ^①
对照组	5.69±2.16	12.55±5.66

与对照组比较, ① $P < 0.01$

5 讨论

从中医学角度分析急性胰腺炎的病因病机, 有学者认为是因喜食肥甘厚味, 脾胃功能失调, 气机不畅, 郁结脏腑, 致胃肠湿热; 也可由于蛔虫内绕, 肝胆疏泄失衡, 瘀滞中焦, 不通则痛。郁、结、热、瘀等因素相互作用导致该病的病理反应^[4]。结合该病的病因病机, 本研究采用的胰腺炎治疗方, 由大承气汤和清营汤化裁而成, 其中大黄具有攻下热积、泻火解毒的作用; 芒硝有软坚散结、润下热积的作用; 金银花具有清热解毒、疏散风热之功; 连翘清热透邪, 治疗热入营血症, 从气分解; 丹参有凉血祛瘀之功效; 生地黄、牡丹皮凉血解毒; 黄芩清热解毒, 凉血燥湿; 厚朴、枳实行气通腹; 白茅根、麦冬养阴利水。以上药物联用, 可以达到清热泻火、凉血通腹之效^[5]。同时, 在治疗过程中, 笔者强调临床护理, 对急性胰腺炎患者的恢复起到积极的促进作用, 同时要求护理人员细心观察病情, 耐心进行心理疏导, 操作时要做到稳、准、快, 对各种治疗护理措施要做到位, 尤其是中药灌肠的操作护理, 可减轻患者痛苦, 防止并发症的发生^[6~7]。

本研究结果显示, 观察组的疗效优于对照组, 血清淀粉酶、白细胞计数、谷丙转氨酶与疼痛指数的变化均优于对照组, 排气、住院时间均短于对照组。提示中药保留灌肠能促进急性胰腺炎患者的恢复, 有效缓解腹部症状及体征, 缩短病程, 提高疗效, 值得临床进一步研究和推广。

[参考文献]

- [1] Behrns KE, Ashley SW, Hunter JG, et al. Early ERCP for gallstone pancreatitis: for whom and when [J]. *Gastrointest Surg*, 2008, 12(4): 629-633.
- [2] 吴孟超, 吴在德. 黄家驷外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1080.
- [3] 王兴鹏, 许国铭, 袁耀宗, 等. 中国急性胰腺炎诊治指南[J]. *胃肠病学*, 2004, 9(2): 110-112.
- [4] 凌霞, 于杰. 中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎的规范化研究[J]. *中华中医药学刊*, 2007, 8(25): 1632.
- [5] 江苏新医学院. 中药大辞典[M]. 上海: 上海人民出版社, 1977: 2019.
- [6] 李骥. 方剂学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 58, 102.
- [7] 李梦樱. 外科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 73.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

大黄联合连续性血液净化治疗重症急性胰腺炎疗效观察

张丰明, 戴海文

浙江医院急诊科, 浙江 杭州 310030

[摘要] 目的: 观察大黄联合连续性血液净化 (CBP) 治疗重症急性胰腺炎 (SAP) 的疗效。方法: 将 32 例 SAP 患者随机分为 2 组各 16 例, 对照组予抗炎、补液等常规治疗, 观察组在此基础上联合中药大黄与 CBP 治疗, 观察 2 组治疗前后血清 C-反应蛋白 (CRP) 及白细胞介素 (IL)-6 及急性生理学与慢性健康状况 (APACHE) 评分的变化, 比较 2 组患者的临床症状缓解时间及死亡率等。结果: 2 组患者治疗后血清 CRP、IL-6 以及 APACHE 评分均较治疗前下降, 观察组各指标值均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组腹痛腹胀缓解时间、血淀粉酶恢复正常时间及住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 大黄联合 CBP 治疗 SAP 可通过抑制肠道功能衰竭的发生及炎症因子的释放, 快速稳定内环境、改善患者病情, 缩短住院时间。

[关键词] 重症急性胰腺炎 (SAP); 连续性血液净化 (CBP); 大黄; 炎症因子

[中图分类号] R657.5+1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0097-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.047

[收稿日期] 2015-01-15

[作者简介] 张丰明 (1982-), 男, 住院医师, 主要从事急诊、ICU 临床工作。

急性胰腺炎是临床常见的危急重症,一旦患者合并脏器功能不全或出现局部并发症如坏死、脓肿或假性囊肿,则被称为重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)。SAP具有病因复杂、病情凶险的特点,其病死率高达21%~36%^[1]。近年来,随着连续性血液净化(continuous blood purification, CBP)在危重病领域的不断应用,因其具有清除炎症介质、阻断炎症反应等重要作用,目前在SAP的救治中获得了广泛应用。早在上世纪80年代,我国就已经开展了中药大黄辅助治疗急性胰腺炎的研究,并取得了一系列成果^[2]。笔者应用中药大黄联合CBP治疗SAP患者,取得了较好的效果,现报道如下。

1 临床资料

选择2013年1月—2014年10月本院重症监护室收治的32例SAP患者,SAP诊断均符合《重症急性胰腺炎诊治指南》^[3]中的诊断标准,经上腹部增强CT检查证实胰腺组织表现为大面积、不均质坏死,CT严重指数为D级或E级。急性生理学及慢性健康状况(APACHE)评分 ≥ 8 分。发病诱因包括暴饮暴食14例,酗酒6例,胆石症6例,高脂血症4例,不明诱因2例。患者家属均签署知情同意书。排除标准:①不符合SAP诊断标准者;②因创伤、手术及经内镜逆行性胰胆管造影术所致SAP者。将患者随机分为观察组与对照组各16例,观察组男10例,女6例;平均年龄(47.6 \pm 11.3)岁;CT严重指数D级7例,E级9例;APACHE评分(15.5 \pm 4.4)分。对照组男9例,女7例;平均年龄(45.7 \pm 12.4)岁;CT严重指数D级10例,E级6例;APACHE评分(16.2 \pm 3.5)分。2组性别、年龄、发病诱因、CT分级、APACHE评分等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2组患者均给予包括禁食、胃肠减压、抗感染、质子泵抑制剂、生长抑素、营养支持,维持水、电解质及酸碱平衡等常规治疗,对合并急性呼吸窘迫者给予机械通气治疗。2组均观察28天。

观察组在常规疗法基础上行深静脉置管建立血管通路,给予CBP治疗,治疗方案:美国百特Aquarius型血滤机及HF1200血滤器(聚砜膜),连续静脉-静脉血液滤过(CVVH)模式,血液流速在200~250 mL/min,由瑞典金宝AK-200血透机Online生成置换液,前稀释,3~4 L/h,采用低分子肝素抗凝,首剂2000~4000 U,维持200~400 U/h,或采用无肝素治疗,根据病情治疗3~5次。同时将生大黄饮片2 g/(kg·d)加入600 mL水中煮沸制成煎液,取100 mL经胃管灌注并夹管1 h,每天3次,剩余药液分2次用作灌肠,每天2次。持续用药5~7天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 炎症指标及APACHE评分比较

2组患者治疗前及治疗后3天血清C-反应蛋白(CRP)及白细胞介素(IL)-6水平,采用免疫透视比浊法测定血清CRP,采用双抗体夹心酶联免疫分析法测定血清IL-6,均严格按说明书要求进行操作。记录入院及治疗3天后APACHE评分,由急性生理学评分(APS)、年龄评分、慢性健康状况评分3部分组成,总分值为0~71分,分值越高说明病情越严重。

3.2 临床症状恢复时间及病死率 观察记录患者腹痛腹胀症状缓解时间、血淀粉酶恢复正常时间、并发症发生率、平均住院时间,并统计28天病死率。

3.3 统计学方法 使用SPSS17.0统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;率的比较采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后炎症因子水平及APACHE评分比较 见表1。2组患者治疗后血清CRP、IL-6以及APACHE评分均较治疗前下降,观察组各指标值均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后炎症因子水平及APACHE评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP(mg/L)	IL-6(pg/mL)	APACHE评分(分)
观察组 (n=16)	治疗前	151.75 \pm 44.46	182.45 \pm 33.37	15.5 \pm 4.4
	治疗后	69.19 \pm 24.38 ^②	112.76 \pm 23.22 ^②	7.4 \pm 2.9 ^②
对照组 (n=16)	治疗前	159.47 \pm 42.36	194.61 \pm 34.42	16.2 \pm 3.5
	治疗后	102.54 \pm 23.42 ^①	144.74 \pm 24.21 ^①	10.9 \pm 2.8 ^①

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.2 2组腹痛腹胀缓解时间、血淀粉酶恢复正常时间、住院时间比较 见表2。观察组腹痛腹胀缓解时间、血淀粉酶恢复正常时间及住院时间均短于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组腹痛腹胀缓解时间、血淀粉酶恢复正常时间、住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	腹痛腹胀缓解时间	血淀粉酶恢复正常时间	平均住院时间
观察组	16	3.5 \pm 2.1 ^①	4.9 \pm 1.8 ^①	18.9 \pm 9.2 ^①
对照组	16	5.3 \pm 2.6	6.5 \pm 1.9	22.2 \pm 9.8

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组预后情况比较 观察组1例死于多脏器功能衰竭,1例因行胆道手术感染死亡,死亡率为12.5%;对照组2例死于多脏器功能衰竭,1例死于消化道出血,1例死于感染性休克,死亡率为25.0%。2组死亡率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

5 讨论

SAP的特点为伴有全身炎症反应综合征,部分患者即使去除病因,病情仍往往无法控制并发展至多脏器功能衰竭,死亡率高,临床上治疗棘手。SAP发病机制复杂,目前认为过度炎症反应是导致胰腺炎加重和引起多脏器受损的重要

原因^[4]。Joannes-Boyau O 等^[5]以脓毒症患者为对象进行研究,指出清除循环中的炎症介质可阻止组织和器官的进一步损伤。针对这一机制,连续性静脉-静脉血液滤过(CVVH)作为 CBP 最常用的治疗模式目前在 SAP 治疗中获得了广泛应用^[6]。CVVH 可将体内水分和溶质持续、缓慢、等渗地予以清除,最主要的是可清除循环中的炎症因子,进而降低早期过度的炎症反应,从而阻止病情进展及其他脏器的损伤,并通过改善患者单核细胞功能以重建机体免疫稳态^[7]。陈娟等^[8]荟萃分析了 12 篇文献研究共 383 例 SAP 患者,发现采用 CVVH 治疗的患者与常规非手术患者比较,其总体治愈率明显提高,总体病死率及并发症发生率明显降低。

中医学对 SAP 的认识散见于胃脘痛、腹痛、黄疸、胁痛等证,并认为其病理特点为腑实、瘀热、气血逆乱,主张采用清热解毒、活血化瘀、理气开郁、通里泻下等原则治疗。我国早在 20 世纪 80 年代就开展了大黄辅助治疗急性胰腺炎的相关研究。陈祥建等^[9]综合分析了大黄治疗 SAP 的研究文献,指出大黄灌胃、灌肠辅助治疗 SAP 可明显缩短患者的肠鸣音恢复时间、首次排便时间以及腹痛缓解时间、住院天数,降低病死率。大黄具有清热解毒、攻下泻火、荡涤肠胃、行瘀凉血的功效,现代药理研究证明其可通过促进肠道蠕动功能,促进肠道黏液、分泌型免疫球蛋白 A(sIgA)分泌,有效清除氧自由基,降低炎症因子的释放,抑制胰酶活性,同时还可通过松弛 Oddi 括约肌达到促进胰液及胆汁的排泄功能^[10];另一方面,SAP 的综合作用引起的肠道功能衰竭可造成肠壁通透性增高、肠道细菌易位、毒素吸收,并促进炎症递质、内毒素进一步释放,造成多器官功能障碍的发生^[11],而大黄对肠道黏膜生长具有显著的促进作用,可维持肠道黏膜的屏障功能,阻止细菌移位的发生^[12]。CRP 是一种临床应用广泛的急性期反应蛋白,IL-6 是急性胰腺炎研究中最广泛的细胞因子之一。因此,笔者对观察组患者在常规治疗的基础上联合大黄与 CBP 治疗,并与对照组进行比较,结果显示治疗 3 天后,观察组血清 CRP、IL-6 均低于对照组,反映病情程度的 APACHE

评分也低于对照组,观察组的腹痛腹胀缓解时间、血淀粉酶恢复正常时间及住院时间均短于对照组,提示大黄联合 CBP 治疗 SAP 可通过抑制肠道功能衰竭的发生及炎症因子的释放,快速稳定内环境,改善患者病情,缩短住院时间。同时,笔者对 2 组患者的死亡率进行了比较,观察组的死亡率为 12.5%,虽然低于对照组的 25.0%,但差异无统计学意义,可能与本研究样本量较小有关,因此仍需大规模随机对照研究来观察大

黄联合 CBP 治疗对 SAP 预后的影响。

[参考文献]

- [1] 刘晓颖,黄洁,费健,等.重症急性胰腺炎死亡患者的临床特征分析[J].上海交通大学学报:医学版,2013,33(5):640-643.
- [2] 张喜平,李宗芳.大黄治疗急性胰腺炎研究概况[J].中国中西医结合外科杂志,2003,9(4):332-334.
- [3] 中华医学会外科学会胰腺组.重症急性胰腺炎诊治指南[J].中华外科杂志,2007,45(11):727-729.
- [4] 王斌,湛先保,李兆申.炎症因子在重症急性胰腺炎启动全身炎症反应综合征中的作用[J].中华胰腺病杂志,2010,10(2):142-144.
- [5] Joannes-Boyau O, Honore PM, Boer W. Hemofiltration: The case for removal of sepsis mediators from where they do harm[J]. Crit Care Med, 2006, 34(8): 2244-2246.
- [6] 曹娟,章旭.连续性血液净化治疗在重症急性胰腺炎并发多器官功能障碍综合征中的临床应用[J].河北医药,2009,31(21):2903-2904.
- [7] 陈景,唐东兴,刘艳文.连续性肾脏替代疗法对重症急性胰腺炎相关性肾损害的疗效及炎症介质的影响[J].实用医学杂志,2013,29(2):255-257.
- [8] 陈娟,罗和生.连续性血液滤过治疗急性重症胰腺炎的 Meta 分析[J].胃肠病学和肝病学杂志,2012,21(3):284-288.
- [9] 陈祥建,曾其强,黄颖鹏,等.大黄对重症急性胰腺炎治疗价值的系统评价[J].医药导报,2008,27(5):549-552.
- [10] 李鑫,韩奕,杜施霖.大黄治疗重症急性胰腺炎的机制与作用研究进展[J].中国中西医结合急救杂志,2014,21(2):141-143.
- [11] 杨军,顾元龙,姜东林,等.重症急性胰腺炎患者早期肠屏障失功能与炎症反应[J].肝胆胰外科杂志,2014,26(3):177-180.
- [12] 陈伟,孙家艳,谈定玉.大黄对伴高脂血症急性胰腺炎大鼠肠道细菌移位干预作用的研究[J].中国临床药理学与治疗学,2012,17(9):983-987.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)