

中西医结合治疗重症急性胰腺炎的疗效观察及护理

袁双珍 张丽贤 李炜 董曼 卢冀超

053000 河北衡水, 衡水市哈励逊国际和平医院消化内科

通讯作者: 张丽贤, Email: zhanglixian2013@aliyun.com

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2017.02.027

【摘要】目的 探讨大黄及前列地尔在治疗重症急性胰腺炎(SAP)中的效果。**方法** 选择衡水市哈励逊国际和平医院消化内科 2011 年 1 月至 2015 年 2 月收治 156 例 SAP 患者,按随机数字表法分为常规治疗对照组、前列地尔组、中西医结合治疗组,每组 52 例。3 组均给予西医常规治疗,前列地尔组在常规治疗基础上加前列地尔注射液 10 μg 入壶,每日 1 次;中西医结合治疗组在前列地尔组基础上将大黄 15 g 加沸水 200 mL 浸泡 10~15 min,取浸出液冷却至 37 $^{\circ}\text{C}$ 后灌肠。观察 3 组患者首次自主排便时间、腹痛缓解时间、住院时间的变化。**结果** 前列地尔组、中西医结合治疗组治疗后首次自主排便时间、腹痛缓解时间、住院时间均较常规治疗对照组明显缩短,且以中西医结合治疗组的变化较前列地尔组更显著[首次自主排便时间(d): 2.3 ± 0.7 比 3.6 ± 0.9 ,腹痛缓解时间(d): 1.7 ± 0.8 比 2.4 ± 1.1 ,住院时间(d): 18.6 ± 7.2 比 26.0 ± 8.9 ,均 $P < 0.05$]。**结论** 大黄联合前列地尔治疗 SAP,配合优质护理服务,可明显减轻患者腹痛、腹胀的症状,缩短住院时间,疗效肯定。此法操作简单,且大黄价廉易得,应用前景广阔。

【关键词】 胰腺炎,重症,急性; 大黄; 前列地尔; 疗效; 护理

基金项目: 河北省衡水市科技与发展计划项目(12012A)

Clinical observation on therapeutic effect of integrated traditional Chinese and western medicine for treatment of severe acute pancreatitis and nursing

Yuan Shuangzhen, Zhang Lixian, Li Wei, Dong Man, Lu Jichao

Department of Gastroenterology, Harrison International Peace Hospital, Hengshui 053000, Hebei, China

Corresponding author: Zhang Lixian, Email: zhanglixian2013@aliyun.com

重症急性胰腺炎(SAP)由多种因素诱发,常伴有多器官功能障碍,其病情凶险,发展迅速,并发症多,病死率高^[1]。结合中医药的优势,寻找有效的治疗和护理方案是临床研究的方向。西医传统治疗疗程较长,患者难以忍受持续胃肠减压的痛苦^[2],且在促进胃肠道功能恢复方面仍有一定的不足,本科对 2011 年 1 月至 2015 年 2 月收治 156 例 SAP 患者采用非手术中西医结合治疗,并加强心理支持,临床疗效良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 基线资料: 采用前瞻性研究方法,选择本院 2011 年 1 月至 2015 年 2 月收治的 156 例 SAP 患者,其中男性 99 例,女性 57 例;年龄 18~73 岁,平均 (46.9 ± 15.1) 岁,均符合中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组制定的中国急性胰腺炎诊治指南(草案)^[3]关于 SAP 的诊断标准。将患者按随机数字表法分为常规治疗对照组、前列地尔组、中西医结合治疗组,每组 52 例。3 组性别、年龄等基线资料比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$; 表 1),说明 3 组资料均衡,有可比性。

表 1 3 组患者基线资料比较

组别	例数 (例)	性别(例)		年龄(岁)	
		男性	女性	范围	$\bar{x} \pm s$
常规治疗对照组	52	36	16	18 ~ 69	46.0 ± 15.9
前列地尔组	52	30	22	26 ~ 73	50.5 ± 13.6
中西医结合治疗组	52	33	19	23 ~ 71	45.6 ± 15.5

1.2 伦理学: 本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委讨论通过,所有检测和治疗方法取得患者或家属知情同意。

1.3 治疗方法

1.3.1 常规治疗组: 给予西医常规治疗和护理,禁食、吸氧、持续胃肠减压、补充有效血容量、抑制胰液分泌、止痛、抗感染和营养支持,密切观察患者生命指征变化及腹部情况。

1.3.2 前列地尔组: 在常规治疗基础上加前列地尔注射液 10 μg 入壶,每日 1 次。

1.3.3 中西医结合治疗组: 在前列地尔组基础上加大大黄灌肠。取生大黄 15 g 加沸水 200 mL 浸泡 10~15 min,取浸出液冷却至 37 $^{\circ}\text{C}$ 后灌肠。协助患者排空大小便后取臀高头低左侧卧位,屈膝,床尾摇高 15 $^{\circ}$,胸前放 2 个软枕,患者右手置于枕上,身体前倾,尽量舒适。灌肠桶距肛门 40~60 cm,插入肛管前指导患者深呼吸,并取少量液状石蜡润滑肛管前端,肛管插入肛门深度为 15~20 cm,松开止血钳,使液体缓慢流入肠道内,灌肠液流完后轻柔拔出肛管。让患者取舒适卧位,看电视、听音乐以转移注意力,保留药液 1 h 以上,每日 2 次,治疗 7 d。

1.4 检测指标及方法: 观察 3 组患者首次自主排便时间、腹痛缓解时间、住院时间的变化。

1.5 统计学分析: 使用 SPSS 13.0 统计软件处理数据,符合正态分布的计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 2 结果显示,前列地尔组、中西医结合治疗组治疗后首次自主排便时间、腹痛缓解时间、住院时间均较常规治疗对照组明显缩短,且以中西医结合治疗组的变化更显著(均 $P < 0.05$)。

表2 3组首次自主排便时间、腹痛缓解时间及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	首次自主排便时间(d)	腹痛缓解时间(d)	住院时间(d)
常规治疗对照组	52	3.8±1.1	3.2±1.3	29.8±8.6
前列地尔组	52	3.6±0.9 ^a	2.4±1.1 ^a	26.0±8.9 ^a
中西医结合治疗组	52	2.3±0.7 ^{ab}	1.7±0.8 ^{ab}	18.6±7.2 ^{ab}

注:与常规治疗对照组比较,^a $P < 0.05$;与前列地尔组比较,^b $P < 0.05$

3 讨论

SAP是临床常见的急危重症,病情凶险复杂,易发生多器官功能衰竭(MOF),因此应密切观察患者生命体征、意识状况、皮肤黏膜温度和色泽,准确记录24h出入量,水电解质平衡情况,结合血淀粉酶、胰蛋白酶原-2、白细胞介素的检测,早期确诊^[4];病情有变化及时处理。腹痛时除遵医嘱给予镇静、止痛药物外,还可以给予患者心理疏导、转移注意力等措施提高疼痛阈值,增强止痛效果,避免因疼痛刺激诱发心血管意外;加强呼吸道护理,保持呼吸道通畅,密切注意呼吸频率、节律、幅度和肺功能以及血氧饱和度指标的变化,一旦发生急性呼吸窘迫综合征(ARDS),配合医生紧急行有创通气,纠正呼吸困难,改善缺氧状况;密切观察尿量、尿色和血压的变化,确保液体按时、按量供给,以维持有效血容量,避免肾功能衰竭发生;掌握血液透析指征,做好透析前后的护理。发现异常及时采取有效措施,预防和减少并发症的发生。

SAP的基本治疗措施之一是营养支持,早期肠内营养可刺激肠黏膜细胞的生长,使胃肠道激素分泌增加,保持肠道固有菌群的正常^[5]。急性期禁食、禁水,给予全胃肠外营养。水和电解质紊乱基本纠正,肠道功能恢复,就要早期进行肠内营养,减少炎症介质释放,保持肠道黏膜屏障功能稳定。空肠营养不但不会增加SAP的负担,反而减少了肠源性感染等并发症的发生,而且增加机体抗病能力^[6]。经鼻插入空肠营养管,由空肠泵泵入营养液,掌握好营养液浓度、温度和速度,由低浓度、低速度开始,温度以接近或稍高于人体温度为宜。检查血、尿淀粉酶正常后,恢复期在医护人员的指导下进食,由清淡、无脂肪、低蛋白少量流质饮食开始,如无不适饮食物量逐渐增加,以少量多餐为主,最后过渡到半流食。

由于SAP发病急、病情重,疼痛剧烈,患者往往会产生恐惧、焦虑、紧张情绪,心理负担较重,不能积极主动配合治疗;且SAP交感神经兴奋,儿茶酚胺释放增加,使病情加重。因此护理人员应多关心体贴患者,认真倾听患者诉说,治疗期间听音乐放松心情,根据不同心理状况采取相应的护理措施,消除不良情绪,让患者了解疾病的相关知识,能以积极的心态主动配合治疗和护理,树立战胜疾病的信心。

SAP自然病程分为3期,即全身急性反应期、全身感染期、恢复期。在SAP早期即可出现全身炎症反应综合征(SIRS)、感染、多器官功能障碍综合征(MODS)等危重并发症。而肠功能衰竭可导致肠道菌群移位及内毒素血症的发生,进一步刺激活化的单核-巨噬细胞等释放大致炎性

因子,对胰腺及全身多器官均造成“二次打击”,加重胰腺的微循环障碍,导致病死率的升高。因此,肠道衰竭被称为是SAP发生MODS的“发动机”,控制SAP时肠道衰竭的发生对阻止病情发展、改善SAP预后至关重要;且尽早恢复肠道动力、改善胰腺血液供应是治疗SAP的重要环节^[7]。采用生大黄制剂灌肠及腹部外敷等方法可有效促进肠道动力,减轻肠壁水肿,加速细菌及毒素排泄,缓解中毒性肠麻痹。

用中药生大黄保留灌肠,药物可经直肠黏膜直接吸收,减少了口服对药物的破坏,提高了药物吸收率。大黄具有抗炎、抗氧化和抗凝^[8-9],改善局部微循环、促进炎性物质吸收的作用,同时,利用药液清洁肠道及其温热作用,能促进局部血液循环,起到活血化瘀、软坚散结、清热化湿等的作用^[10],清除肠内有害物质,促进肠蠕动,改善肠麻痹,抑制胰酶分泌和肠道菌群移位、抗氧化,还可能通过降低补体水平而达到免疫调节的作用^[11-12]。因此,大黄能促进SAP患者胃肠功能恢复,有利于早期进食,促进机体全面康复。

前列地尔是一种高生物活性物质,具有扩张血管,缓解胰腺损伤小血管痉挛,改善胰腺血流,稳定腺泡内溶酶体膜,抑制细胞内胰酶激活和血小板聚集以及血小板合成血栓素A2,从而改善胰腺微循环障碍,增加机体供氧、供血^[13],减轻全身炎症反应进程,缩短SAP病程,并改善其预后。

本研究发现在传统西医治疗基础上,病程早期加用前列地尔、中药大黄并进行恰当护理可有效缩短第一次自主排便时间及腹痛缓解时间,提高了治愈率,缩短了住院时间,值得临床推广。

参考文献

- [1] 崔乃强,吴咸中.重症急性胰腺炎治疗的现状和展望[J].中华危重病急救医学,2004,16(12):705-707.
- [2] 邱教,项时昊,李访贤.中西医结合治疗急性重症胰腺炎临床观察[J].中国中医急症,2013,22(2):317-318.
- [3] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J].胰腺病学,2004,4(1):35-38.
- [4] 荣亮,侯慧,郑森元,李可.血清淀粉酶、血清胰蛋白酶原-2、IL-10及PAF联合检测对ERCP术后胰腺炎的诊断价值[J].实用检验医师杂志,2015,7(2):90-93.
- [5] 崔立红,王晓辉,彭丽华,等.早期肠内营养加微生态制剂对重症急性胰腺炎患者疗效的影响[J].中华危重病急救医学,2013,25(4):224-228.
- [6] 侯宁农,李津凯.重症急性胰腺炎的诊治体会[J].中华危重病急救医学,2008,20(5):314.
- [7] 冯志松,黄涛,黄旻.肠道衰竭与重症急性胰腺炎[J].中华危重病急救医学,2008,20(5):318-320.
- [8] 潘永,张斌,马明远,等.大黄通腑法对严重肺挫伤患者炎症指标及肺水代谢的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2013,20(1):24-26.
- [9] 宋瑞霞,董晨明,张红松,等.复方大黄制剂治疗高原急性呼吸窘迫综合征的研究[J].中华危重病急救医学,2012,24(7):434-435.
- [10] 杨玉英,毕华,李焯,等.多途径给药治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎疗效观察与护理[J].中国农村卫生事业管理,2007,27(11):877-879.
- [11] 王婧,阴赅宏,张淑文,等.大黄类药物治疗重症急性胰腺炎的进展[J].中国中西医结合急救杂志,2005,12(5):318-320.
- [12] 尚惺杰,黎红光,黄岚,等.生大黄对急性胰腺炎补体变化的影响及疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,2008,15(5):306-306.
- [13] 陈玉军.前列地尔的作用机制以及临床应用进展[J].黑龙江医药,2011,24(3):449-450.

(收稿日期:2016-11-12)