

- [4] 李训军, 蒋晓江, 严家川, 等. 奥氮平联合佐匹克隆治疗慢性失眠症的临床疗效研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2009, 18(5): 431-433.
- [5] 王玲姝, 赵桂君. 从 2010 版 STRICTA 报告规范的内容看我国的文献质量—以近两年针灸治疗失眠症的随机对照试验文献为例[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(6): 29-32.
- [6] 叶小琪. 针药并用联合半剂量艾司唑仑治疗肝郁化火型失眠症的随机对照观察[J]. 中国医药, 2013, 8(z1): 38-39.
- [7] 陈伟. 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠 45 例效果分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(10): 111-113.
- [8] 樊艳辉, 关婷, 王勤勇, 等. 归脾汤与脑生理功能障碍治疗仪联合治疗失眠症[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(1): 45.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

## 中药保留灌肠治疗急性胰腺炎临床观察

陈良夏, 蒋兰英, 林军梅

金华市中心医院, 浙江 金华 321000

**[摘要]** 目的: 观察中药保留灌肠治疗急性胰腺炎的效果。方法: 将 100 例急性胰腺炎患者随机分为观察组与对照组各 50 例。对照组采用西医常规治疗, 观察组在对照组治疗基础上给予中药保留灌肠治疗, 2 组均采用相同的护理方法。2 组疗程均为 3 周。观察并记录腹部疼痛指数、血清淀粉酶、白细胞计数、谷丙转氨酶、尿素氮和肌酐的水平, 记录排气时间、住院时间。结果: 观察组总有效率为 92.0%, 明显高于对照组的 74.0%, 2 组相比, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。第 3、5、7 天, 观察组的疼痛指数均低于对照组 ( $P < 0.01$ )。第 1 天, 2 组血清淀粉酶、白细胞计数、谷丙转氨酶比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 第 3、5、7 天, 2 组以上指标比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组排气、住院时间均短于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论: 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。

**[关键词]** 急性胰腺炎; 中药保留灌肠; 护理体会

**[中图分类号]** R657.5+1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0095-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.046

急性胰腺炎是临床上的常见疾病, 多种病因可激活胰酶, 胰腺受到损伤以后, 就会导致胰腺组织的炎症反应, 进而导致多器官的功能失调, 引发胰腺炎综合性的病症发生<sup>[1]</sup>。随着人们对急性胰腺炎认识的不断深入, “自身消化”胰酶理论的提出使人们对急性胰腺炎的认识更加深入, 但是药物的治疗效果并不特别明显, 笔者在长期的临床实践中观察到常规的西药治疗结合中药灌肠及有效的护理干预与临床结局具有相关性, 中药灌肠和有效护理干预大大提高了急性胰腺炎的疗效, 现将研究结果报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2013 年 1 月—2014 年 11 月本院中医科收治的 100 例急性胰腺炎患者, 随机分为观察组和对照组

各 50 例。观察组男 28 例, 女 22 例; 年龄 21~46 岁, 平均 (36.54±10.36) 岁。对照组男 30 例, 女 20 例; 年龄 21~48 岁, 平均 (35.45±10.69) 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 诊断标准** 参考《黄家驷外科学》<sup>[2]</sup>急性胰腺炎的诊断标准, 确诊的条件是必须满足以下主要指标的 2 项及以上, 或者是 1 项主要指标和 2 项次要指标, 即可诊断为急性胰腺炎; 若不具备临床的诊断条件, 但是临床怀疑为急性胰腺炎的, 可以诊断为“疑似急性胰腺炎”, 给予积极的治疗, 并进行实验室指标的复查, 关注病情的变化, 必要时进行剖腹探查以最终确诊。主要指标包括: ①中上腹或者左上腹突发剧烈性疼痛, 并且有持续性加重的趋势, 伴随症状包括发热、恶心、呕吐。

**[收稿日期]** 2015-01-24

**[作者简介]** 陈良夏 (1978-), 女, 主管护师, 研究方向: 普外科护理。

②血清淀粉酶升高,大于500 U。③尿淀粉酶升高,大于300 U。④彩超检查示胰腺肿胀。次要指标包括:①发病诱因有饮酒史或者过量饮食。②上腹部压痛或是局限性的肌肉紧张。③腹部皮肤有瘀斑,有弥漫性腹膜炎的表现。④血清、尿淀粉酶及其同工酶、血清腹蛋白酶、血清脂肪酶、血清脱氧核糖核酸酶及胸、腹水淀粉酶等有1项或1项以上指标异常。⑤CT检查有胰腺肿胀等病理改变。

1.3 纳入标准 ①符合急性胰腺炎的诊断标准;②20岁<年龄<60岁;③无严重并发症,无严重其他系统的疾病;④依从性较好,能够按要求完成治疗。

1.4 排除标准 ①未能确诊为急性胰腺炎;②病情较重,无法完成内科治疗,转诊手术;③有其他系统性疾病者;④妊娠期或者哺乳期妇女;⑤药物过敏者;⑥依从性差,不能完成规范治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 常规保守西医治疗:禁饮禁食,胃肠减压,抗炎,补液,营养支持,糖皮质激素,生长抑素,并适当地对症治疗。疗程均为3周。

2.2 观察组 常规保守治疗基础上采用自拟胰腺炎治疗方,方药组成:金银花、连翘、丹参、白茅根、麦冬各20g,生地黄15g,大黄、芒硝、枳实、厚朴、黄芩、牡丹皮各10g。加1000 mL水浸泡30 min,常规水煎2次,取药液500 mL,每天分2次灌肠,留置液体0.5 h。疗程均为3周。

2.3 护理方法 2组均采用相同的护理方法。在中药灌肠之前向患者讲解灌肠的目的和意义,让患者放松心情,操作动作轻缓,及时观察患者的临床表现,一旦出现不适立即停止,指导患者呼吸,插管的深度到达30 cm以上,维持至少0.5 h。心理护理:耐心地向患者讲解急性胰腺炎的相关常识,让患者树立战胜疾病的信心;病情的观察:对患者的实验室指标及生命体征的变化进行观察,记录排便时间和临床护理的效果;饮食护理:制定患者的饮食方案,发病的急性期不得进食、饮水,当病情稳定后,缓慢增加流质或者半流质饮食,待病情恢复后才恢复到正常的饮食,做好胃肠减压和胃管护理的工作。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察并记录腹部疼痛指数、血清淀粉酶、白细胞计数、谷丙转氨酶、尿素氮和肌酐的水平,记录排气时间、住院时间。参照《中国急性胰腺炎诊治指南》<sup>[3]</sup>的疼痛指数标准进行评定:①无痛:无疼痛。记1分;②轻微疼痛:有疼痛但可忍受,生活正常。记2分;③中度疼痛:疼痛明显,不能忍受,要求服用镇痛药物。记3分;④剧烈疼痛:疼痛剧烈,不能忍受,需用镇痛药物,可伴自主神经紊乱或被动体位。记4分。

3.2 统计学方法 采用SPSS21.0统计软件分析数据。计数资料以百分率表示,采用 $\chi^2$ 检验。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采

用*t*检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中国急性胰腺炎诊治指南》<sup>[3]</sup>拟定。显效:7天内症状、体征显著好转。有效:7天内症状、体征减轻。无效:7天内症状、体征未减轻或恶化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率为92.0%,明显高于对照组的74.0%,2组相比,差异有统计学意义( $\chi^2=5.741, P<0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	50	16	20	10	4	92.0 <sup>①</sup>
对照组	50	10	15	12	13	74.0

与对照组比较,①P<0.05

4.3 2组疼痛指数比较 见表2。第3、5、7天,观察组的疼痛指数均低于对照组(P<0.01)。

表2 2组疼痛指数比较( $\bar{x} \pm s$ )

治疗时间	观察组	对照组
第1天	3.68±0.89	3.72±0.98
第3天	2.85±0.65 <sup>①</sup>	3.11±0.39
第5天	1.63±0.56 <sup>①</sup>	2.58±0.66
第7天	1.22±0.56 <sup>①</sup>	1.88±0.69

与对照组同期比较,①P<0.01

4.4 2组血清淀粉酶、白细胞计数、谷丙转氨酶比较 见表3。第1天,2组血清淀粉酶、白细胞计数、谷丙转氨酶比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。第3、5、7天,2组各指标比较,差异均有统计学意义(P<0.05)。

表3 2组血清淀粉酶、白细胞计数、谷丙转氨酶比较( $\bar{x} \pm s$ )

治疗时间	血清淀粉酶(U/L)		白细胞计数( $\times 10^9/L$ )		谷丙转氨酶(U/L)	
	观察组	对照组	观察组	对照组	观察组	对照组
第1天	1389±698	1456±756	15.86±2.63	45.48±2.36	55.13±6.25	53.98±6.86
第3天	836±385 <sup>①</sup>	963±465	12.35±1.79 <sup>①</sup>	13.76±1.99	42.31±4.86 <sup>①</sup>	44.38±4.89
第5天	365±106 <sup>①</sup>	579±286	8.53±2.36 <sup>①</sup>	11.26±3.56	35.21±3.25 <sup>①</sup>	39.78±5.63
第7天	148±49 <sup>①</sup>	175±84	7.26±1.63 <sup>①</sup>	9.98±1.79	23.87±2.66 <sup>①</sup>	32.69±4.12

与对照组同期比较,①P<0.05

4.5 2组尿素氮和肌酐比较 见表4。2组治疗前后尿素氮和肌酐比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。

表4 2组尿素氮和肌酐比较( $\bar{x} \pm s$ )

治疗时间	尿素氮(mmol/L)		肌酐( $\mu\text{mol/L}$ )	
	观察组	对照组	观察组	对照组
第1天	5.48±1.55	5.02±0.89	69.36±14.26	71.26±13.54
第7天	5.52±0.86	5.62±0.96	72.63±12.59	75.32±12.88

4.6 2组排气、住院时间比较 见表5。观察组排气、住院时

间均短于对照组( $P < 0.01$ )。

表 5 2 组排气、住院时间比较( $\bar{x} \pm s$ )<sup>d</sup>

组别	平均排气时间	平均住院时间
观察组	3.88±1.56 <sup>①</sup>	9.65±3.65 <sup>①</sup>
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<sup>[4]</sup>。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<sup>[5]</sup>。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<sup>[6~7]</sup>。

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. 黄家骊外科学[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。