

生大黄空肠灌注联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎腹胀疗效观察

田剑峰, 汪熊铁, 方亮

慈溪市人民医院, 浙江 慈溪 315300

[摘要] 目的: 观察生大黄空肠灌注联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎腹胀的临床疗效。方法: 将60例急性胰腺炎腹胀患者按照随机数字表法分为对照组与治疗组各30例。2组均予对症治疗等常规疗法, 治疗组加用生大黄空肠灌注联合芒硝外敷治疗。统计2组患者治疗前与治疗1、7、14天的腹胀积分及腹内压; 统计2组患者的排气和肠鸣音恢复时间、不良反应情况。结果: 2组患者治疗1、7、14天的腹胀积分、腹内压均较治疗前明显改善, 且治疗组改善较对照组显著, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组恢复排气和肠鸣音平均时间均短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 在常规治疗基础上加用生大黄空肠灌注联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎腹胀, 疗效显著且安全。

[关键词] 急性胰腺炎; 腹胀; 生大黄空肠灌注; 芒硝外敷

[中图分类号] R657.5+1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0083-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.041

临床上, 急性胰腺炎是一种病因复杂且发病快速、并发症多的常见疾病, 这种疾病的发病原因主要为饱食、酗酒及胆道疾病^[1]。当患者发生急性胰腺炎时, 因吸收大量毒素和炎症因子的释放, 导致患者组织细胞及肠道黏膜屏障受损, 因此患者于早期阶段表现为腹胀、腹痛等症状。如不及时、有效治疗则极易加速病情恶化, 最终发生胃肠功能衰竭, 一旦发病, 预后较差。临床一般采用西医对症治疗以改善患者的临床症状, 但单纯西药治疗所产生的不良反应较多, 从而影响最终疗效。中医治疗疗效显著且安全, 但单纯中医治疗见效缓慢, 会延长治疗时间。本研究观察在常规治疗基础上加用生大黄空肠灌注联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎的临床疗效, 旨在寻找一种最佳治疗方案, 报道如下。

1 临床资料

纳入2012年1月—2014年12月慈溪市人民医院治疗的60例急性胰腺炎腹胀患者, 符合《现代胰腺病学》^[2]中急性胰腺炎的诊断标准, 患者经B超或CT等检查提示存在胰腺炎征象及坏死等改变, 发作时存在腹部压痛等。排除重症胰腺炎、过敏体质、精神疾病等患者。按照随机数字表法分为对照组与治疗组各30例。治疗组男18例, 女12例; 年龄41~60岁, 平均(48.5±3.2)岁; 急性生理与慢性健康评分表(APACHE II)评分平均(12.04±1.41)分; 就诊时间(16.28±4.45)h。对照组男20例, 女10例; 年龄40~59岁, 平均(48.0±3.4)岁; APACHE II评分平均(12.01±1.38)分; 就诊时间(16.31±4.41)

h。2组性别、年龄、APACHE II评分等资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2组患者均禁食和持续胃肠减压, 静脉输液、及时补充电解质和纠正酸中毒等; 给予阿托品用于镇痛; 及时采用三代头孢等抗生素预防感染。2组均治疗14天。

治疗组于常规治疗基础上加用生大黄空肠灌注联合芒硝外敷治疗。患者于胃镜下留置空肠管, 并将15g生大黄泡入温开水, 温度: 37℃~40℃, 使用无菌注射器缓慢注入到空肠管, 闭管1h, 每次注入100mL, 每天3次。取250g芒硝装入长方形布袋(30cm×20cm), 铺平, 外敷于患者腹部, 并采用腹带固定, 每天更换1次。因芒硝对皮肤具有一定刺激性, 因此布袋需使用双层, 并定时检查患者腹部皮肤。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 统计2组患者治疗前与治疗1、7、14天腹胀积分及腹内压; 统计2组患者的排气和肠鸣音恢复时间、不良反应情况。腹内压检测: 采用膀胱内压检测法测量, 患者处于仰卧位, 经患者尿道、膀胱将Foley导尿管插入, 排空膀胱, 并注入无菌生理盐水100mL, 然后连接压力计。腹胀积分参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]评价, 0分: 腹部B超提示肠道无积气; 1分: 腹部稍膨隆, 按压较软, B超提示少量积气; 2分: 腹部膨隆, 按压稍硬, B超提示中等积气; 3分: 腹部如鼓, 按压较硬, B超提示大量积气且肠管明显扩张。

[收稿日期] 2015-04-26

[作者简介] 田剑峰 (1982-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医治疗胰腺炎。

3.2 统计学方法 数据采用 SPSS 18.0 软件包进行统计。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后腹胀积分、腹内压比较 见表1。治疗前,2组腹胀积分、腹内压比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);2组患者治疗1、7、14天的腹胀积分、腹内压均较治疗前明显改善,且治疗组改善较对照组显著,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后腹胀积分、腹内压比较 $(\bar{x} \pm s, n=30)$

组别	指标	治疗前	治疗后		
			1d	7d	14d
对照组	腹胀积分(分)	1.74±0.69	2.12±0.48	2.38±0.52	2.47±0.53
	腹内压(mmHg)	20.37±2.41	18.47±1.75	16.89±0.95	14.23±0.72
治疗组	腹胀积分(分)	1.75±0.71	2.36±0.54	2.58±0.58	2.75±0.39
	腹内压(mmHg)	20.38±2.37	16.29±1.52	14.21±0.72	12.01±0.42

与治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组同期比较,② $P < 0.05$

4.2 2组排气和肠鸣音恢复情况比较 见表2。治疗组恢复排气和肠鸣音平均时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组排气和肠鸣音恢复情况比较 $(\bar{x} \pm s, n=30)$ d

组别	恢复排气时间	肠鸣音恢复时间
对照组	5.7±2.2	7.6±3.1
治疗组	3.1±1.9	4.8±2.5

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 不良反应 治疗期间2组患者均未见明显不良反应。

5 讨论

临床上,腹胀是急性胰腺炎的常见症状,且常伴有腹痛等。患者发生腹胀主要是因胰腺炎症渗出及炎症反应导致的肠麻痹所引起^[4]。肠运动抑制将会导致肠内容物停滞,最终使细菌过度繁殖、生长,同时其还将刺激肠分泌增加,增加肠内压力,破坏肠黏膜屏障作用^[5]。中医学认为该病主要是因暴食、酗酒或情志刺激等,湿热邪毒壅积于胰所致,临床治疗应以清利湿热、理气导滞、逐瘀通腹为原则^[6]。现代医学研究发现,中药大黄、芒硝对减轻急性胰腺炎肠麻痹具有显著疗效^[7]。生大黄具有利胆、泻下及攻积消炎等效果;现代药理学研究发

现,生大黄中含有番泻苷A,具有明显的导泻效果,同时还可有效清除肠内腐败物及毒素。应用生大黄灌肠可有效促进患者的胃肠蠕动,清除患者肠道内的炎症因子,从而减轻腹痛、腹胀等症状,有利于胃肠道功能恢复,加速排气及肠鸣音恢复。芒硝具有软坚泻下功效,其不但具有清泻效果,同时还具有通泻作用,与大黄联用可增强攻下热结的效果。芒硝中含有结晶硫酸钠,同时还含有镁、钙、钾等元素,芒硝中的硫酸根离子难以被人体肠黏膜所吸收,因此存留于人体肠道内,并形成高渗溶液,增加肠道内水分,刺激人体肠壁,加速肠道蠕动,促进排便功能等恢复。此外,采用芒硝外敷可改善胰腺局部的血液循环。

本次研究发现,2组患者治疗1、7、14天的腹胀积分、腹内压均较治疗前明显改善($P < 0.05$),且治疗组改善较对照组显著($P < 0.05$)。治疗组恢复排气和肠鸣音平均时间均短于对照组($P < 0.05$)。由此说明在常规治疗基础上加用生大黄空肠灌注联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎腹胀疗效显著。此外,治疗期间患者均未见明显不良反应,说明该疗法具有一定的安全性。综上所述,应用生大黄空肠灌注联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎腹胀患者具有显著疗效,且安全。

[参考文献]

- [1] 时华. 改良体位生大黄保留灌肠对急性胰腺炎腹胀的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(18): 89-91.
- [2] 李兆申, 许国铭. 现代胰腺病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2006: 598-642.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 郑晓博, 闫洪涛. 大黄用于急性胰腺炎治疗的研究进展[J]. 西南国防医药, 2013, 23(3): 340-342.
- [5] 郑晓华, 冷凯, 曾鹏飞, 等. 清胰承气汤内服结合双柏散结散外敷治疗重症急性胰腺炎40例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(20): 281-284.
- [6] 孙滢, 周晓燕, 王健, 等. 硝黄合剂联合针灸治疗重症胰腺炎疗效观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(7): 1198-1199.
- [7] 李富兰, 严小琴, 颜麒麟, 等. 大承气汤联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎肠麻痹的疗效观察[J]. 西部医学, 2013, 25(7): 1007-1008, 1011.

(责任编辑: 吴凌)