

for mild cognitive impairment [J]. J Am Geriatr Soc, 2005, 53(4):695-699.

[10] 姚立群, 张敏, 林朝芹, 等. 糖尿病连续性护理的研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2012, 47(6):568-570.

[11] 李莉, 李英华, 聂雪琼, 等. 中国六省公众糖尿病防治健康素养及其影响因素分析 [J]. 中华预防医学杂志, 2014, 48(7):561-565.

[12] 李镒冲, 刘晓婷, 胡楠, 等. 中国 2010 年糖尿病疾病负担 [J]. 中华流行病学杂志, 2013, 34(1):33-36.

[13] 武秀玲. 延续性护理干预对 2 型糖尿病患者影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2014, 20(23):25-27.

[14] 姜海荣, 齐宝琴, 张令军, 等. 延续性护理干预对老年糖尿病患者生存质量的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(1):78-79.

[15] Persson M, Winkvist A, Mogren I. Lifestyle and health status in a sample of Swedish women four years after pregnancy: a comparison of women with a history of normal pregnancy and women with a history of gestational diabetes mellitus [J]. BMC pregnancy childbirth, 2015, 15(1):487-490.

[16] 丁玉艳. 延续性护理干预对出院糖尿病患者口服降糖药的影响 [J]. 检验医学与临床, 2013, 10(22):3060-3062.

[17] 杭小平, 张兰凤, 周建萍, 等. 延续性护理在癌症出院病人中的应用研究 [J]. 护理研究, 2014, 29(24):3645-3646.

[18] 章爱玲, 张兰凤. 延续性护理对卵巢癌出院病人生活质量的影响 [J]. 护理研究, 2015, 30(6):723-724.

(收稿日期:2015-11-03 修回日期:2016-01-02)

• 临床探讨 •

## 大黄利胆胶囊治疗胆囊切除术后综合征的临床疗效观察

闫玉洁<sup>1</sup>, 王海峰<sup>2</sup>, 蒋欢欢<sup>3</sup>, 张震<sup>3</sup> (河北北方学院附属第二医院:1. 普外科; 2. 肛肠科; 3. 药剂科, 河北宣化 075100)

**【摘要】** 目的 探讨大黄利胆胶囊对胆囊切除术后综合征的治疗效果。方法 选择 2011 年 1 月至 2014 年 1 月该院普外科门诊确诊的胆囊切除术后综合征患者 120 例, 按照随机数字表法将患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 60 例。治疗组患者口服大黄利胆胶囊, 每次 2 粒, 每日 3 次; 对照组患者口服胆舒片, 每次 2 粒, 每日 3 次。均服用 1 月, 观察治疗后临床症状及疗效。结果 治疗后治疗组症状评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者腹胀、食欲缺乏、脂肪泻症状治疗有效率比较, 治疗组均优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 腹痛、恶心呕吐及便秘症状治疗有效率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论 大黄利胆胶囊较胆舒片能显著地改善胆囊切除术后综合征症状, 适宜在临床应用。

**【关键词】** 胆囊切除术后综合征; 大黄利胆胶囊; 临床疗效

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.038 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)10-1395-03

结石性胆囊炎是普外科最常见疾病之一, 随着生活水平的提高, 胆囊结石患者越来越多<sup>[1]</sup>。目前针对胆囊结石的主要解决方案有腹腔镜胆囊切除术及传统的胆囊切除术。但无论是哪种治疗方案, 有 25%~40% 的患者会在术后出现原有症状未消失或在此基础上又有新的症状出现<sup>[2]</sup>, 包括右上腹的疼痛、恶心呕吐、腹泻、便秘、食欲缺乏等, 即胆囊切除术后综合征, 且出现的程度、时间不一<sup>[3]</sup>。大多数患者症状比较轻, 不会明显影响患者的生活和工作。据统计其中 2/3 患者在术后 1 年内出现症状。但有部分患者的症状较重, 会发生上述综合征, 严重影响患者的正常生活<sup>[4]</sup>。随着腹腔镜胆囊切除术应用的日益广泛, 出现胆囊切除术后综合征的患者也在不断增加, 目前西药对该类患者的治疗效果不明显, 本研究采用口服大黄利胆胶囊治疗胆囊切除术后综合征, 取得较好疗效。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2011 年 1 月至 2014 年 1 月本院普外科门诊共接诊符合标准患者共 120 例, 按照随机数字表法随机将患者分为治疗组和对照组, 每组各 60 例。治疗组中男 22 例, 女 38 例; 年龄 23~79 岁, 平均 (47.6±24.3) 岁; 病程 6 个月至 3 年, 平均 (11.8±6.7) 个月。对照组中男 20 例, 女 40 例; 年龄 24~78 岁, 平均 (45.3±26.1) 岁; 病程 5 个月至 4 年, 平均 (12.9±

7.7) 个月。两组患者在性别、年龄、病程等方面比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。患者均自愿参与本研究, 并签署治疗相关知情同意书。

**1.2 诊断标准** 参照《实用中医消化病学》拟定诊断标准<sup>[5]</sup>: (1) 胆囊切除术后 3 个月以上。(2) 术后反复出现右肋或右上腹疼痛或胀闷不适。(3) 术后反复出现厌食、厌油腻、腹胀、恶心、肠鸣、腹泻或便秘等症状。(4) 发病前后已排除溃疡病、胃肠炎、肝炎、胰腺炎等。(5) 术后 B 超或 CT 复查未发现胆总管结石或胆管狭窄。所有 1、4、5 项必备, 同时具备 2、3 项部分或全部症状。

**1.3 纳入及排除标准** 纳入标准: 符合诊断标准, 自愿参加且能坚持治疗者。排除标准: (1) 合并有严重的心、肺、肝、肾功能障碍者; (2) 胆道系统器质性病变所致, 如胆管结石、脓肿、胆总管残留过长等; (3) 对大黄利胆胶囊或胆舒片有不良反应的患者; (4) 不能配合治疗者。

**1.4 治疗方法** 治疗组应用大黄利胆胶囊 (青海君吒药业有限公司, 国药准字 Z20025609) 每次 2 粒, 每日 3 次, 餐后口服。对照组口服胆舒片 (陕西汉王药业有限公司, 国药准字 Z61020168) 每次 2 粒, 每日 3 次, 餐后口服。服药期间忌油腻、冷硬、刺激性食物。

**1.5 疗效评判** 依照文献<sup>[6]</sup>对胃肠道症状的评分标准, 无症

状为 0 分;轻度为 1 分;中度为 2 分;重度为 3 分。

**1.6 统计学处理** 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验,计数资料以率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者治疗前、后症状评分比较** 治疗前治疗组和对照组患者症状评分分别为(17.7±3.6)、(17.1±3.2)分,两组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );两组患者治疗前、后症状评分比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后治疗组评分明显低于对照组,差异有统计学意义( $t = 6.637 5, P = 0.001$ )。见表 1。

**表 2 两组治疗有效率比较[n(%)]**

组别	n	症状评分					
		恶心呕吐	便秘	脂肪泻	食欲缺乏	右上腹痛	腹胀
治疗组	60	41(68.3)	35(58.3)	52(86.7)	55(91.7)	40(66.7)	54(90.0)
对照组	60	46(76.7)	33(55.0)	42(70.0)	34(56.7)	33(55.0)	32(53.3)
$\chi^2$		1.045	0.136	4.910	19.181	1.714	19.863
P		0.307	0.713	0.027	0.000	0.190	0.000

**3 讨 论**

胆囊切除术后综合征是胆囊切除术后常见的临床症状,主要原因是胆囊切除后,胆道系统的正常生理功能发生改变,od-di 括约肌功能障碍,胆汁排出不畅,胆囊内压力增高致腹痛;消化功能紊乱从而引起腹泻、食欲缺乏等<sup>[7]</sup>。胆汁酸代谢异常易产生脂肪泻,同时大量的胆盐进入结肠后,在厌氧菌的作用下经基化成双羟胆酸,促进肠道蠕动,使腹泻加剧等<sup>[8]</sup>。中医理论中并无胆囊切除术后综合征一词,但中医认为胆是六腑之一,附于肝,与肝的经脉相互络;肝主疏泄,胆藏肝之精气以助消化,同时在调节和控制气血的正常运行及维持脏器间的协同关系,有着重要的作用<sup>[9]</sup>。胆囊切除后,肝与胆之间的协调关系被破坏,胆汁排泄不畅影响了肝的疏泄功能而出现腹痛、腹胀等消化道症状<sup>[10]</sup>,中医认为其机制为气滞、湿热,以实证多见。故当以疏肝理气,解郁为治疗之本,兼及清利肝胆湿热<sup>[11]</sup>。大黄利胆胶囊成分包括大黄、余甘子、手掌参,具有清热利湿、解毒退黄功能。相比胆舒片,其主要药材多了余甘子,余甘子能显著抑制组胺所致的毛细血管通透性增强和白细胞游出,具有显著的抗炎和抗渗出作用,能显著抑制急性炎症的发展,改善和缓解炎症症状,有保肝效果,抗炎作用随剂量增大而增强;其果实水提物的丁醇部分有抗溃疡作用,对吡啶美辛所致实验性胃黏膜损伤有明显的保护作用<sup>[12-13]</sup>;抗腹泻作用是其对部分病原菌有杀灭和抑制作用,对一般的细菌性肠炎有抗菌药物的功效。大黄利胆胶囊对于肝胆有共同的治疗作用。

本研究中,两组患者在药物治疗前的评分分别为(17.7±3.6)、(17.1±3.2)分,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),提示两组患者具有可比性。经药物治疗后两组患者的症状评分与治疗前相比均有显著降低( $P < 0.05$ ),提示大黄利胆胶囊和胆舒片对胆囊切除术后综合征均具有良好疗效,但治疗组患者症状评分明显低于对照组( $P < 0.05$ ),提示大黄利胆胶囊的疗效显著优于胆舒片,这可能与大黄利胆胶囊的抗炎、抗渗出、抑制急性炎症发展、缓解炎症症状、保护胃黏膜和抗菌作用有关。在本研究中,治疗组患者脂肪泻、食欲缺乏、腹胀的治疗有效率分

**2.2 两组治疗有效率比较** 两组患者腹胀、食欲缺乏、脂肪泻症状治疗有效率比较,治疗组均优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );腹痛、恶心呕吐及便秘症状治疗有效率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 2。

**表 1 两组治疗前后症状评分比较[n(%),分]**

组别	n	症状评分		t	P
		治疗前	治疗后		
治疗组	60	17.7±3.6	7.8±2.6 <sup>ab</sup>	17.269	0.000
对照组	60	17.1±3.2	11.4±3.3 <sup>b</sup>	9.665	0.000

注:与对照组治疗后比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与治疗前比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

别为 86.7%、91.7%、90.0%,明显高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),提示大黄利胆胶囊较胆舒片具有更高的治愈率。因此可以认为,大黄利胆胶囊对于改善腹腔镜胆囊切除术后胆道功能障碍所导致的腹胀、食欲缺乏,腹泻有着较好的临床疗效,能显著改善胆囊切除术后不适症状。

大黄利胆胶囊是长期应用于临床的中药制剂,对于胆汁淤积症、胆囊切除综合征的预防和治疗具有良好疗效。本研究通过临床对照试验,探讨大黄利胆胶囊对胆囊切除术后综合征的临床疗效,结果提示其能显著改善胆囊切除术后不适症状。今后工作中应该严格掌握腹腔镜胆囊切除的适应证,同时积极避免手术中的损伤。

**参考文献**

- [1] 刘承利,张辉,徐新保,等.经脐单孔腹腔镜保胆取石术 16 例应用体会[J].中国微创外科杂志,2014,14(3):267-269.
- [2] 姜凯,黄立秋.疏肝利胆汤治疗胆囊切除术后综合征[J].吉林中医药,2015,35(1):40-43.
- [3] 黄志强.胆道外科手术学[M].北京:人民军医出版社,2012:287.
- [4] 饶芳,肖艳霞,苗红宇.胆囊切除术后综合征的临床观察与分析[J].海南医学,2011,22(8):81-82.
- [5] 张伯奥,董建华,周仲英.中医内科学[M].上海:上海科技出版社,2011:121.
- [6] 赵超,肖文,彭海军,等.慢性疲劳综合征的胃肠道症状和对胃排空影响的调查[J].医师进修杂志,2005,28(9):19-20.
- [7] 闫威.胆舒胶囊治疗胆囊切除术后综合征 38 例[J].中国药业,2014,23(6):79.
- [8] 董桂芬.胆舒胶囊治疗胆囊切除术后胆道功能障碍 30 例[J].实用中医内科杂志,2011,25(11):64-65.
- [9] 夏峰,薛军,周定耕.胆宁汤治疗胆囊切除术后综合征

[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 30(3): 502-504.  
 [10] 许国正, 刘加升, 张立光, 等. 疏肝祛瘀排石汤治疗胆囊切除术后综合征的临床观察[J]. 中国现代医生, 2008, 46(32): 32-34.  
 [11] 陈伟, 吴积海. 血府逐瘀汤灌肠治疗腹腔镜胆囊切除术后综合征 55 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(16): 55.

[12] 李兵, 黄贵庆, 卢汝梅, 等. 余甘子化学成分研究[J]. 中药材, 2015, 38(3): 290-293.  
 [13] 金鑫, 史宪杰. 大黄利胆胶囊治疗胆囊切除术后综合征患者的疗效观察[J]. 中国新药杂志, 2012, 21(21): 2531-2534.

(收稿日期: 2015-11-05 修回日期: 2015-12-30)

• 临床探讨 •

# PCT 联合淀粉酶肌酐清除率检测在急性胰腺炎早期诊断和预后中的价值

蔺昕<sup>1</sup>, 吕连峥<sup>2</sup>, 徐卫平<sup>2</sup>, 张国英<sup>2</sup>, 董林<sup>1△</sup> [1. 南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院) 检验科 210006; 2. 南京中医药大学附属南京市中西医结合医院检验科, 南京 210014]

**【摘要】** 目的 探讨血清降钙素原(PCT)联合淀粉酶肌酐清除率(CAm/Ccr)在急性胰腺炎(AP)早期诊断和判断预后中的临床意义。方法 选择 AP 患者 43 例, 其中轻症急性胰腺炎(MAP) 29 例, 重症急性胰腺炎(SAP) 14 例, 选择其他肝胆、消化道疾病患者 70 例为对照组, 于就诊当天行血清 PCT 水平及 CAm/Ccr 测定, 并对 AP 患者进行 Ranson 评分和 Balthazra CT 分级。采用受试者工作特性曲线(ROC 曲线)分析 PCT、CAm/Ccr、PCT 联合 CAm/Ccr 诊断 AP 的敏感性和特异性。结果 PCT、CAm/Ccr、PCT 联合 CAm/Ccr 用于 AP 诊断的 ROC 曲线下面积(AUC)分别是: 0.833、0.937、0.946。用于鉴别诊断 MAP 和 SAP 的 PCT、CAm/Ccr、PCT 联合 CAm/Ccr、Ranson 评分的 AUC 分别是: 0.672、0.773、0.798、0.872。预测患者死亡的 AUC 分别是: 0.763、0.673、0.705、0.904。结论 PCT 联合 CAm/Ccr 检测对 AP 患者的早期诊断、病情判断具有较高的特异性和敏感性, 但作为预测患者死亡的判断指标特异性和敏感性低于 Ranson 评分。

**【关键词】** 降钙素原; 淀粉酶肌酐清除率; 急性胰腺炎

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.039 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)10-1397-03

急性胰腺炎(AP)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、出血甚至坏死的炎性反应, 按照现有的分类标准<sup>[1-3]</sup>, AP 分为轻症急性胰腺炎(MAP)和重症急性胰腺炎(SAP)。MAP 占 70%~80%, 其自然病程呈自限性, 预后较好; SAP 占 20%~30%, 常并发全身或局部并发症, 病死率为 15%~25%<sup>[4]</sup>。因此, SAP 患者的早期诊断及治疗, 对降低患者病死率、缩短自然病程及减少诊疗费用有至关重要的作用。

目前诊断和预测 AP 患者预后的方法包括临床预后评分系统、实验室指标、影像学检查三大方面。至今尚无一种快速、准确的实验室检测指标或评分标准可早期、准确地诊断和判断 AP 预后<sup>[5]</sup>, 本研究通过对血清降钙素原(PCT)联合淀粉酶肌酐清除率(CAm/Ccr)检测, 探讨其对 AP 早期诊断和判断预后的临床价值。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 5 月至 2014 年 4 月南京市中西医结合医院收治的 AP 患者 43 例, 其中男 24 例, 女 19 例, 年龄 8~92 岁, 平均(52.5±25.1)岁。根据 AP 类型, 又分为 MAP 组 29 例[男 18 例, 女 11 例; 年龄 8~87 岁, 平均(49.5±25.7)岁]和 SAP 组 14 例[男 6 例, 女 8 例; 年龄 13~92 岁, 平均(54.6±24.6)岁; 其中病死 4 例]。对照组 70 例为其他肝胆、消化道疾病患者, 其中男 31 例, 女 39 例, 年龄 20~89 岁, 平均(58.9±18.4)岁。各组的年龄、性别等一般资料比较, 差

异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 分组方法** AP 入组标准采用 2007 年中华医学会外科学分会胰腺外科学组制订的《重症急性胰腺炎诊治指南》<sup>[6]</sup>, 结合 Ranson 评分标准和 Balthazra CT 分级评分综合判断 MAP 和 SAP, 入院 48 h 内进行 Ranson 评分(0~11 分), 入院 48~72 h 内行 CT 分级评分(A~E 级), 其中 A~C 为低分级, D、E 为高分级。

**1.3 实验室检查** 所有研究对象均在就诊 24 h 内进行 PCT 和 CAm/Ccr 检测。抽取外周静脉血 2~3 mL, 离心分离血清, 同时留取随机尿约 3 mL。血清 PCT 采用梅里埃公司 VIDAS 全自动荧光酶标免疫测试仪进行测定, 检测下限为 0.05 ng/mL, 参考值为小于 0.1 ng/mL。血清、尿淀粉酶(Amy)和肌酐(Cr)采用日立 7180 全自动生化分析仪, Amy 检测方法为 CNPG3 法, Cr 检测方法为肌氨酸氧化酶法。CAm/Ccr (%) = (尿 Amy × 血清 Cr) / (血清 Amy × 尿 Cr) × 100%。

**1.4 统计学处理** 采用 Stata7.0 统计软件对数据进行正态性检验, 正态分布计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示, 两组间比较采用  $t$  检验。偏态分布数据中位数及四分位间距 [ $M(Q_L, Q_U)$ ] 表示, 组间比较采用秩和检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 各组检测结果比较** MAP 组和 SAP 组患者 PCT、CAm/Ccr 均高于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), SAP 组较 MAP 组升高更为显著, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

△ 通讯作者, E-mail: 1262725610@qq.com.