

低。研究组的治疗时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$), 说明研究组患者一次根管治疗术能有效减轻患者的负担; 同时, 研究组治疗后有效率优于对照组 ($P < 0.05$)。说明一次根管治疗术疗效更显著, 明显减轻患者的痛苦。

综上所述, 采用一次根管治疗术对慢性根尖周炎进行治疗, 可明显改善患者的疼痛症状, 治疗时间短, 效果显著, 值得在临床中推广。

参考文献

- [1] 李响, 蔡兴伟, 何鑫, 等. iRootSP 一次性根管治疗前牙窦道型慢性根尖周炎疗效观察[J]. 实用口腔医学杂志, 2017, 33(3): 393-396.
- [2] 万娜, 王新迎, 齐鲁, 等. 三种不同运动模式镍钛器械联合热牙胶在一次法根管治疗中的临床评价[J]. 中国组织工程研究, 2017, 44(6): 893-898.
- [3] 赵萌. 老年人慢性根尖周炎一次法与多次法根管治疗的疗效对比[J]. 中国老年学杂志, 2017, 11(11): 3070-3071.
- [4] 刘宝军. 对比一次性根管治疗与常规根管治疗术在急性牙髓炎治疗中的效果[J/CD]. 临床检验杂志(电子版), 2017, 6(2): 398.
- [5] 胡芳, 李健. 一次性根管治疗术治疗根尖周炎[J]. 长春中医药大学学报, 2017, 33(5): 806-808.
- [6] 王雯, 王鹏来, 谢妮娜, 等. 一次法与多次法根管治疗术治疗隐裂牙伴牙髓炎的疗效: meta 分析[J]. 上海口腔医学, 2017, 26(6): 672-679.
- [7] HIGASHI D T, ANDRELLO A C, TONDELLI P M, et al. Three consecutive days of application of LED therapy

is necessary to inhibit experimentally induced root resorption in rats; a microtomographic study[J]. Lasers Med Sci, 2017, 32(1): 181-187.

- [8] 沈洁. 一次法与分次法根管治疗术治疗急性牙髓炎的临床效果观察[J]. 广西医学, 2017, 39(7): 1093-1094.
- [9] 刘贺, 钱君荣, 马海峰, 等. 根管内存冷冻疗法对活髓牙一次性根管治疗术后疼痛影响研究[J]. 陕西医学杂志, 2018, 25(8): 1014-1016.
- [10] SUN C, SUN J, TAN M, et al. Pain after root canal treatment with different instruments; a systematic review and meta-analysis[J]. Oral Dis, 2018, 24(6): 908-919.
- [11] 刘培芬. 140 例急性牙髓炎一次性根管治疗术临床疗效分析研究[J/CD]. 临床检验杂志(电子版), 2017, 6(2): 245.
- [12] 王艳, 程志刚, 廖妍. 一次性根管治疗后冠修复在隐裂性牙髓炎治疗中的临床应用[J]. 临床口腔医学杂志, 2018, 34(11): 28-30.
- [13] 卢小鹏, 孙俊毅. 一次性根管与多次法根管治疗牙体牙髓疾病的疗效比较[J]. 中国临床研究, 2017, 30(9): 1256-1257.
- [14] 刘鲁慧. 一次性根管治疗牙体牙髓病患者后的临床症状变化研究[J]. 山西医药杂志, 2017, 16(18): 2214-2216.
- [15] JUNG NICKEL L, KRUSE C, VAETH M, et al. Quality aspects of ex vivo root canal treatments done by undergraduate dental students using four different endodontic treatment systems[J]. Acta Odontol Scand, 2017, 76(3): 169-174.

(收稿日期: 2019-02-22 修回日期: 2019-05-07)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.18.043

中医辅助治疗对急性胰腺炎患者疗效及相关炎性因子的影响分析

庞克斌¹, 张小弟², 李晓光¹

1. 岐山县医院普外科, 陕西宝鸡 722400; 2. 咸阳 215 医院普外科, 陕西咸阳 712000

摘要:目的 探讨中医辅助治疗对急性胰腺炎患者疗效及相关炎性因子的影响。方法 选择 2015 年 1 月至 2018 年 1 月在岐山县医院就诊的急性胰腺炎患者 80 例为研究对象。按照患者接受的治疗方法分为对照组(常规遵医嘱西医对症治疗, $n=39$)和观察组(在对照组基础上联合中医辅助治疗, $n=41$)。对两组患者的临床疗效、各项临床指标进行比较分析, 同时对其治疗前后的白细胞介素(IL)-6、C 反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)进行比较; 对治疗后不良反应发生情况进行比较。**结果** 治疗后, 观察组患者的 IL-6、CRP、PCT 显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的临床总有效率为 92.68%(38/41), 显著高于对照组的 84.61%(33/39), 差异有统计学意义 ($\chi^2=6.323, P=0.024$); 治疗后, 观察组患者的腹痛缓解时间、肠道功能恢复时间及住院时间均显著短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组患者恶心、皮疹及皮肤瘙痒等不良反应的总发生率为 4.87%(2/41), 低于对照组的 23.07%(9/39), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 急性胰腺炎患者采用常规遵医嘱西医对症治疗联合中医辅助治疗, 可显著改善患者炎性因子水平, 提高治疗有效率, 同时减少患者不良反应的发生, 值得临床上应用与推广。

关键词:急性胰腺炎; 中医辅助治疗; 疗效; 不良反应

中图分类号: R255

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)18-2718-03

急性胰腺炎是肝胆科临床上较为常见的一种急腹症, 目前该病的发病原因还尚不清楚。有临床研究

发现, 长期暴饮暴食、酒精摄入过多及胰腺静脉栓塞等人群较易诱发急性胰腺炎的发生, 同时一些存在药

物过敏史、家族遗传史的人群患有该病的风险增加^[1]。临床上该病有轻度及重度之分,发病后均会表现出恶心、发热、持续及间接持续的腹痛症状等,轻度患者胰腺水肿较为明显,预后较好,重度患者预后较差,需要及时就医治疗。随着腹痛的加剧,患者体内相关炎性细胞增长迅速,将导致肾衰竭及消化道出血等严重并发症的发生^[2]。以往临床上在治疗时,会根据患者病情给予手术或非手术等常规西医治疗措施进行治疗,但效果不明显^[3]。本次研究采用常规遵医嘱西医对症治疗联合中医辅助治疗措施对该病进行治疗,旨在提高急性胰腺炎患者临床疗效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 1 月至 2018 年 1 月在岐山县医院(以下简称“本院”)就诊的急性胰腺炎患者 80 例为研究对象。纳入标准^[4]:所有患者入院后均对其进行了血尿酸淀粉酶测定及相关影像学等常规检查,均确诊为急性胰腺炎,均符合《急性胰腺炎治疗指南》中的相关诊断标准,均出现了剧烈腹痛、频繁恶心及呕吐等常见临床症状。排除标准:存在精神障碍、严重血液疾病、严重肺、心脏疾病等其他不能配合治疗的患者。按照患者接受的治疗方法分为对照组(常规遵医嘱西医对症治疗, $n=39$)和观察组(在对照组基础上联合中医辅助治疗, $n=41$)。对照组中男 20 例,女 19 例;年龄 27~59 岁,平均(43.42±2.61)岁;轻度胰腺炎患者 29 例,重度 10 例。观察组中男 21 例,女 20 例;年龄 27~59 岁,平均(43.42±2.61)岁;轻度胰腺炎患者 31 例,重度 10 例。两组患者年龄、性别构成等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究所有操作与相关内容均经患者本人、家属知情同意,且本研究通过本院伦理委员会批准实施。

1.2 方法 所有患者均给予纠正电解质平衡、抗感染、禁食及营养支持等常规西医治疗,同时给予乌司他丁(东天普生化医药股份有限公司生产,国药准字:H9990134)进行静脉滴注治疗,遵医嘱给予适当剂

量,必要时进行手术治疗。观察组患者在上述基础上给予龙胆泻肝汤进行口服治疗,具体药物包括:龙胆草 5~6 g、柴胡 10~12 g、木通 9~10 g、当归 8~10 g、泽泻 10~12 g、生地黄 18~20 g、栀子 9~10 g 等,用水煎煮,每天 1 剂,早、晚饭前服用。对重症患者可联合柴胡陷胸汤对其进行治疗,药物包括:木香 10~12 g、柴胡 13~15 g、茵陈 9~10 g、白芍 13~15 g、芒硝 8~10 g、栀子 9~10 g 等,用水煎煮,每天 1 剂,早、晚饭前服用。若患者服用中药后存在恶心呕吐的现象可在药物中加入旋复花 8~10 g、沉香 2~3 g。

1.3 观察指标^[4] 对两组患者治疗后的临床疗效进行比较,疗效判定标准参照《急性胰腺炎治疗指南》分为:显效,相关临床症状消失,炎性因子等恢复正常,可正常进食食物或流质食物等;有效,相关临床症状得到缓解,炎性因子与治疗前相比有所改善;无效,相关临床症状无缓解或加重,炎性因子与治疗前相比无改善。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。采用酶联免疫吸附试验(ELISA)对两组患者治疗前及治疗 10 d 后的白细胞介素(IL)-6、C-反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)的表达情况进行比较分析。各项检测过程均严格按照试剂盒说明书进行操作。对两组患者治疗后的腹痛缓解时间、肠道功能恢复时间及住院时间等各项临床指标进行比较分析;对其治疗后恶心、皮疹及皮肤瘙痒的不良反应发生情况进行比较。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据分析。计数资料以百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后炎性因子水平比较 结果显示,两组患者治疗前炎性因子水平比较差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组患者的 IL-6、CRP、PCT 显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者治疗前后各项炎性因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前			治疗后		
		CRP (mg/L)	IL-6(pg/mL)	PCT (ng/mL)	CRP (mg/L)	IL-6(pg/mL)	PCT (ng/mL)
观察组	41	152.31±24.60	194.71±34.92	1.26±0.39	36.24±12.15	69.33±18.22	0.56±0.21
对照组	39	153.34±24.88	193.69±34.49	1.31±0.40	72.61±17.58	112.46±21.59	0.89±0.34
<i>t</i>		2.547	2.487	3.069	23.487	22.967	12.574
<i>P</i>		0.252	0.269	0.241	<0.001	<0.001	0.001

2.2 两组患者治疗后临床疗效比较 结果显示,观察组患者的临床总有效率为 92.68%(38/41),显著高

于对照组的 84.61%(33/39), 组间比较, 差异有统计学意义($\chi^2=6.323, P=0.024$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗后临床疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效
观察组	41	15(36.58)	23(56.09)	3(7.31)
对照组	39	12(30.76)	21(53.84)	6(15.38)

2.3 两组患者治疗后各项临床指标比较 治疗后, 观察组患者的腹痛缓解时间、肠道功能恢复时间及住院时间均显著短于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗后各项临床指标比较(d, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	腹痛缓解时间	肠道功能恢复时间	住院时间
观察组	41	2.96±1.02	3.02±0.76	10.91±1.92
对照组	39	3.48±1.33	4.41±1.20	14.61±2.25
t		14.374	12.589	15.02
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组患者治疗后不良反应发生情况比较 治疗后, 观察组患者恶心、皮疹及皮肤瘙痒等不良反应的总发生率为 4.87%(2/41), 低于对照组的 23.07%(9/39), 差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

急性胰腺炎对患者身体危害较大, 该病发作后, 会使患者出现呕吐、腹痛等临床症状, 给患者带来较大的痛苦。有研究发现, 大部分患者是由于暴饮暴食所致, 发病较急, 严重的患者还会伴有发热以及休克的发生^[5]。发病后需要及时就医治疗, 否则体内炎性细胞水平迅速升高, 导致弹性硬蛋白酶激活, 从而损伤患者的血管壁, 随着血管壁向周围扩散后, 血压下降, 从而加重患者的病情, 引起并发症的出现, 如肝脏损伤、胰性脑炎等。因此, 在对该类患者治疗时, 控制患者体内炎性因子水平, 对患者的病情恢复起到着较为关键的作用。

急性胰腺炎在中医中属于“腹痛”的范畴, 燥热、肝脾亏虚, 水热互结, 导致患者身体出现运化失常^[6]。以往临床上对急性胰腺炎患者治疗时, 多采用止痛、抗感染、调节电解质平衡及预防并发症发生等方法, 同时配合给予相应抗炎药物治疗。本研究中对对照组给予乌司他丁治疗, 该药物为治疗该病的常用药物, 作为一种临床上常用的光谱酶抑制剂, 对患者体内氧自由基的清除具有较明显的作用, 同时也对溶酶体膜及 IL-6 等炎性因子的生成具有较好的抑制作用^[7]。但有研究发现, 采用该药物对急性胰腺炎患者进行治疗后, 较易诱发患者出现皮疹以及恶心等不良反应, 从而导致临床疗效降低^[8]。本研究中, 观察组采用口服龙胆泻肝汤进行治疗, 清热燥湿, 疏肝利胆, 泻中有

补, 祛邪不伤正。方中龙胆草大苦大寒, 既能清利肝胆实火, 又能清利肝经湿热, 故为君药。黄芩、栀子苦寒泻火, 燥湿清热, 共为臣药。泽泻、木通、车前子渗湿泄热, 导热下行; 实火所伤, 损伤阴血, 当归、生地养血滋阴, 去邪而不伤阴血; 共为佐药。柴胡舒畅肝经之气, 引诸药归肝经; 甘草调和诸药, 共为佐使药。同时也有文献指出, 该方可对相关抗炎药物造成的皮疹等不良反应起到较好的改善作用; 对重症患者联合柴胡陷胸汤, 起到凉血、泻火、清热解毒等功效, 对存在恶心等不良反应的患者, 加入茵陈, 可降逆止吐, 清热利湿, 活血行瘀^[9]。同时诸药连用, 也可对其炎性细胞的生成具有较好的抑制作用, 可降低胰酶的自我消化产生的损害, 调整气血, 有利于整体上改善患者的病情。本研究结果也显示, 观察组患者的不良反应发生率低于对照组, 临床治疗总有效率高于对照组, 炎性因子水平低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述, 急性胰腺炎患者在常规遵医嘱西医对症治疗基础上联合中医辅助治疗, 可显著改善患者的炎性因子水平, 提高治疗有效率, 同时减少患者不良反应的发生, 值得临床上应用与推广。

参考文献

- [1] 杨业龙. 连续性血液净化治疗重症脓毒血症的临床效果观察[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(36): 5093-5094.
- [2] 问军锋. 连续性血液净化治疗腹腔感染和肺部感染引起脓毒症患者临床效果观察[J]. 临床肺科杂志, 2017, 22(2): 307-309.
- [3] TENNER S, BAILLIE J, DEWITT J, et al. American college of gastroenterology guidelines: management of acute pancreatitis[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(9): 1400-1415.
- [4] 王兴鹏, 李兆申, 袁耀宗, 等. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013, 上海)[J]. 中华胰腺病杂志, 2013, 13(2): 73-78.
- [5] 周秉舵, 徐亭亭, 王宏伟, 等. 试述急性胰腺炎的中医治疗[J]. 中国中医急症, 2015, 24(1): 99-101.
- [6] 苗彬, 崔乃强, 李忠廉, 等. 早期通里攻下法对重症急性胰腺炎结局影响的系统评价[J]. 世界华人消化杂志, 2017, 17(10): 1042-1047.
- [7] 杨学华. 乌司他丁与连续性血液净化联合治疗重症急性胰腺炎的临床疗效[J]. 实用医技杂志, 2017, 24(1): 88-90.
- [8] 唐德涛, 杨俊, 李威. 乌司他丁区域动脉灌注联合连续性血液净化治疗急性重症胰腺炎的临床效果[J]. 中外医学研究, 2017, 15(1): 12-13.
- [9] 杜进龙, 李玉梅, 齐建华, 等. 中医综合方案联合西医常规治疗急性胰腺炎的临床疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(1): 87-89.