

观察患者情绪的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24 (24): 2940-2942.

[9] 焦妙蕊, 杨福娜, 王艺卓, 等. 团体心身干预对食管癌同步放化疗患者情绪及生活质量的效果研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(8): 948-952.

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 18. 041

[10] 颜涵, 徐翠荣, 张斯秀. 应用网络化认知行为疗法对癌症患者进行症状管理的 Meta 分析[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(27): 3438-3443.

(收稿日期: 2020-01-15 修回日期: 2020-07-13)

生大黄灌肠对非重症急性胰腺炎患者炎性反应的影响

贾晓妮

陕西省榆林市神木市医院药剂科, 陕西榆林 719300

摘要:目的 观察生大黄灌肠对非重症急性胰腺炎患者炎性反应的影响。方法 选取该院 2018 年 1 月至 2019 年 9 月收治的 70 例非重症急性胰腺炎患者为研究对象, 开展前瞻性随机对照试验, 按照随机数字表法分为采取西医治疗的西医组及加用生大黄灌肠治疗的生大黄灌肠组, 每组 35 例, 对两组疗效进行对比。结果 生大黄灌肠组总有效率为 94. 29%, 高于西医组的 74. 29%, 差异有统计学意义($P<0. 05$); 生大黄灌肠组不良反应总发生率为 14. 29%, 与西医组的 11. 43% 相比较, 差异无统计学意义($P>0. 05$); 治疗前两组炎性细胞因子[C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)]、血清淀粉酶水平相比较, 差异均无统计学意义($P>0. 05$), 治疗后两组各细胞因子及血清淀粉酶水平均较治疗前下降, 差异有统计学意义($P<0. 05$), 生大黄灌肠组治疗后炎性细胞因子、血清淀粉酶水平均低于西医组, 差异均有统计学意义($P<0. 05$); 生大黄灌肠组腹痛消失时间、腹胀消失时间、排便时间、腹部压痛消失时间、肠鸣音恢复时间均短于西医组, 差异均有统计学意义($P<0. 05$)。结论 生大黄灌肠更有助于提高对非重症急性胰腺炎患者炎性反应的抑制效果, 促进其康复, 值得推广。

关键词:非重症急性胰腺炎; 生大黄灌肠; 炎性反应

中图分类号:R576 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)18-2717-03

急性胰腺炎是胰蛋白酶被激活后于胰腺组织内诱发的炎性反应, 在临床中以急性上腹部疼痛、恶心/呕吐、血胰蛋白酶增高等为主要症状表现^[1]。生大黄是十分常见的一味中药材, 具有抗感染、抗衰老、调节机体免疫功能、抗炎、解热、降血脂、止血、促进胰液分泌、抑制胰酶活性等多种功效^[2]。灌肠给药是临床中较为常用的肠道内给药手段, 药液能够直接作用于病灶部位, 迅速解除不适症状、抑制有害物质的吸收、提高临床疗效^[3]。目前生大黄灌肠治疗已经在急性胰腺炎治疗中得到了一定的应用, 但多集中于重症患者, 在非重症急性胰腺炎治疗中的应用效果有待验证, 故本次研究选取本院 2018 年 1 月至 2019 年 9 月收治的 70 例非重症急性胰腺炎患者为研究对象, 对常规西医治疗与加用生大黄灌肠治疗的效果进行对比, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在医院医学伦理委员会审批同意后, 选取本院 2018 年 1 月至 2019 年 9 月收治的 70 例非重症急性胰腺炎患者为研究对象, 开展前瞻性随机对照试验, 按照随机数字表法分为西医组及生大黄灌肠组, 每组 35 例。纳入标准: (1) 符合《急性胰腺炎诊治指南(2014)》^[4] 中的诊断标准且病情分度为轻度者; (2) 无生大黄灌肠禁忌者; (3) 非重症急性胰腺炎患者和(或) 家属签署《知情同意书》。排除标准: (1) 对本次研究所用药物存在禁忌者; (2) 中重度急性胰腺炎或不具备保守治疗条件者; (3) 正在参加其他临床试验者; (4) 合并痔疮或者是肠黏膜损伤者。两组非重症急性胰腺炎患者一般资料间差异无统计学意义($P>0. 05$), 有可比性, 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别[n(%)]		平均年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁)	平均发病时间 ($\bar{x}\pm s$, d)	症状表现[n(%)]		病症类型[n(%)]	
		男	女			急性上 腹部疼痛	恶心/呕吐	胆源性 胰腺炎	非胆源性 胰腺炎
生大黄灌肠组	35	25(71.43)	10(28.57)	49.33 $\pm$ 1.39	1.90 $\pm$ 0.25	30(85.71)	5(14.29)	32(91.43)	3(8.57)
西医组	35	23(65.71)	12(34.29)	49.24 $\pm$ 1.36	1.85 $\pm$ 0.20	28(80.00)	7(20.00)	30(85.71)	5(14.29)
χ^2 或 t		0.827		0.159	0.124	0.862		1.228	
P		0.363		0.784	0.897	0.352		0.268	

1.2 方法 西医组采取西医治疗,方案包括补液以纠正水电解质紊乱和酸碱失衡、抗感染(亚胺培南、喹诺酮类、甲硝唑等)、减少胰液分泌(生长抑素、奥曲肽)、抑制胰蛋白酶活性等,视患者实际情况加用营养支持等,连续治疗 7 d。生大黄灌肠组在西医治疗基础上加用生大黄灌肠治疗,具体实施步骤参照朱海涛等^[5]的研究成果,即 50 g 生大黄置于 500 mL 清水中煎煮,取汁 250 mL 并在室温条件下自然冷却至 35~37 ℃后保留灌肠,置管深度以 15~20 cm 为宜,给药后垫高患者臀部,保留灌肠时间≥0.5 h,每天 1 次,连续治疗 7 d,治疗期间生大黄灌肠液均为当天现煮现灌。

1.3 观察指标 取总有效率、炎性细胞因子、血清淀粉酶、腹痛消失时间、腹胀消失时间、排便时间、腹部压痛消失时间、肠鸣音恢复时间、不良反应发生率为观察指标。炎性细胞因子包括 C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、白细胞介素-6(IL-6),检测仪器为深圳迈瑞医疗生产的 BS-190 全自动生化分析仪。血清淀粉酶检测仪器同前,检测方法为 Somogyi 法。不良反应包括皮疹、嗜睡、食欲缺乏、肠黏膜损伤。

1.4 疗效标准 依据血清淀粉酶恢复至正常(40~180 U)时间制订此次研究疗效标准:(1)显效,血清淀粉酶恢复至正常时间<3 d;(2)有效,血清淀粉酶恢复至正常时间为 3~7 d;(3)无效,血清淀粉酶恢复至正

常时间>7 d。总有效率=显效率+有效率。

1.5 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件进行处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者总有效率比较 生大黄灌肠组总有效率为 94.29%,高于西医组的 74.29%,两组差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 2。

表 2 两组患者总有效率比较					
组别	<i>n</i>	显效[<i>n</i> (%)]	有效[<i>n</i> (%)]	无效[<i>n</i> (%)]	总有效率(%)
生大黄灌肠组	35	20(57.14)	13(37.14)	2(5.71)	94.29*
西医组	35	12(34.29)	14(40.00)	9(25.71)	74.29

注:与西医组比较,**P*<0.05。

2.2 两组患者治疗前后炎性细胞因子、血清淀粉酶比较 治疗前两组 CRP、TNF-α、IL-6、血清淀粉酶水平相比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05),治疗后均较治疗前下降,差异均有统计学意义(*P*<0.05);生大黄灌肠组治疗后炎性细胞因子、血清淀粉酶低于西医组,差异均有统计学意义(*P*<0.05),见表 3。

2.3 两组患者临床指标比较 生大黄灌肠组腹痛消失时间、腹胀消失时间、排便时间、腹部压痛消失时间、肠鸣音恢复时间均短于西医组,差异均有统计学意义(*P*<0.05),见表 4。

表 3 两组患者治疗前后炎性细胞因子、血清淀粉酶比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	CRP(mg/L)		TNF-α(pg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
生大黄灌肠组	35	161.44±2.64	33.35±1.35*	334.55±15.10	59.87±10.35*
西医组	35	161.50±2.70	40.20±1.38*	335.64±15.26	66.74±10.42*
<i>t</i>		0.100	22.441	0.321	2.958
<i>P</i>		0.920	<0.05	0.749	0.004

组别	<i>n</i>	IL-6(pg/mL)		血清淀粉酶(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
生大黄灌肠组	35	195.10±15.10	58.88±5.42*	710.88±20.20	133.24±5.87*
西医组	35	195.24±15.16	70.34±5.56*	710.97±20.34	145.30±5.99*
<i>t</i>		0.041	9.335	0.020	9.095
<i>P</i>		0.967	<0.05	0.984	<0.05

注:与组内治疗前比较,**P*<0.05。

表 4 两组患者临床指标比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	<i>n</i>	腹痛消失时间	腹胀消失时间	排便时间	腹部压痛消失时间	肠鸣音恢复时间
生大黄灌肠组	35	3.35±0.15	2.50±0.20	4.65±0.35	3.80±0.25	2.20±0.20
西医组	35	4.80±0.20	4.15±0.25	5.50±0.30	5.35±0.20	3.88±0.22
<i>t</i>		36.68	32.60	11.66	30.62	35.74
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组患者不良反应发生率比较 生大黄灌肠组不良反应总发生率为 14.29%, 西医组为 11.43%, 两组差异无统计学意义($P>0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生率比较

组别	<i>n</i>	皮疹 [<i>n</i> (%)]	嗜睡 [<i>n</i> (%)]	食欲缺乏 [<i>n</i> (%)]	肠黏膜损伤 [<i>n</i> (%)]	总发生率 (%)
生大黄灌肠组	35	1(2.86)	1(2.86)	2(5.71)	1(2.86)	14.29*
西医组	35	1(2.86)	1(2.86)	2(5.71)	0(0.00)	11.43

注:与西医组比较,* $P>0.05$ 。

3 讨 论

灌肠给药于东汉末年由张仲景首创,具有上千年历史,时至今日仍然是临床重要的治疗手段并在内科、外科、妇科、儿科、肛肠科、消化科、男科中得到广泛应用^[5]。随着药剂以及给药器械的创新和发展,灌肠给药已经被医学界证实为一种无创伤、绿色安全的治疗手段^[6]。生大黄抗菌谱范围广,对真菌、病毒、细菌等均具有较强的杀伤作用^[7]。由于肠黏膜为兼具选择性吸收以及排泄能力的半透膜,表面分布着丰富的静脉丛,血液循环旺盛且吸收能力强,实施生大黄灌肠给药能够促使药物有效成分经由直肠静脉、肛管静脉、直肠淋巴系统快速吸收,避免了静脉给药时肝脏代谢灭活、口服给药时消化液对药物的分解破坏等弊端,生物利用度高,进一步提高临床疗效^[8]。

刘海珊等^[9]研究指出,加用生大黄灌肠辅助治疗的观察组急性胰腺炎患者腹痛消失时间、腹胀消失时间、排便时间、腹部压痛消失时间、肠鸣音恢复时间较常规治疗的对照组更短,炎性反应抑制效果更佳,表明该治疗方案取得的疗效更为显著。本次研究中生大黄灌肠组治疗后炎性细胞因子水平显著低于西医组,腹痛消失时间、腹胀消失时间、排便时间、腹部压痛消失时间、肠鸣音恢复时间短于西医组,差异均有统计学意义($P<0.05$),与已有研究在炎性反应以及症状改善效果上相吻合。但与之不同的是,本次研究还从总有效率、血清淀粉酶、不良反应发生率等指标出发,探讨了生大黄灌肠治疗的有效性及安全性,给其临床推广使用提供了更为可靠的依据。尤其是血清淀粉酶属于糖苷链水解酶,主要由胰腺组织分泌,在非重症急性胰腺炎发病后迅速释放,对胰腺组织功能具有较高的敏感性,通过检测该指标有助于此类疾病的诊治以及疗效评估。已有研究并未涉及该指标,

使得医务人员无法确切了解患者胰腺组织生理功能恢复情况,临床疗效评估以症状改善为主,缺乏客观数据支持,而本次研究则围绕血清淀粉酶制订疗效标准,对临床疗效的客观性评价更为科学,成为本次研究的亮点及创新之所在。但是,需要注意的是,合并痔疮或者是肠道黏膜损伤的非重症急性胰腺炎患者需谨慎使用,避免引起不必要的损伤^[10]。

综上所述,生大黄灌肠更有助于提高对非重症急性胰腺炎患者炎性反应的抑制效果,促进其康复,值得推广。

参考文献

[1] MAIA L, FERREIRA J M, PEDROTO I. Hepatobiliary and pancreatic: unusual cause of acute pancreatitis[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2017, 32(5): 948-952.

[2] 杨炆, 税丕先, 陈滢, 等. 中药大黄在临床应用中的功效以及对其药理作用[J]. 基因组学与应用生物学, 2017, 36(3): 1226-1231.

[3] 鲁蕾, 殷海波. 生大黄保留灌肠对急性胰腺炎患者 IL-6、hs-CRP 及血清内毒素的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(3): 408-410.

[4] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 急性胰腺炎诊治指南(2014)[J]. 中华普通外科杂志, 2015, 30(1): 69-72.

[5] 朱海涛, 刘哲豪. 标准治疗联合生大黄灌肠对 3 种轻症急性胰腺炎的治疗效果[J]. 贵州医科大学学报, 2017, 42(11): 1311-1314.

[6] ACHKASOV E E, PUGAEV A V, NABIYEVA Z G, et al. Effect of different nutritional support on pancreatic secretion in acute pancreatitis[J]. Khirurgiia (Mosk), 2018, 4(1): 14-20.

[7] 何益平, 陈光辉. 早期 CRRT 联合大黄对 SAP 炎性细胞因子的影响研究[J]. 重庆医学, 2017, 46(11): 1487-1489.

[8] 伍洋, 刘英, 刘济滔, 等. 大黄素对重症急性胰腺炎小鼠 Treg/Th17 平衡的影响及机制研究[J]. 重庆医科大学学报, 2019, 44(5): 617-621.

[9] 刘海珊, 符照康, 李永超, 等. 生大黄灌肠辅助治疗急性胰腺炎的临床疗效及对淀粉酶与炎性因子的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(5): 962-965.

[10] 庞克斌, 张小弟, 李晓光. 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[J]. 检验医学与临床, 2019, 16(18): 2718-2720.