

生大黄鼻饲及灌肠联合芒硝外敷治疗 SAP 疗效观察

赖雨田

(江西省宁都县人民医院 宁都 342800)

摘要:目的:探讨生大黄经空肠管鼻饲及灌肠联合芒硝外敷治疗重症急性胰腺炎(SAP)的临床效果。方法:选取我院 2014 年 9 月~2018 年 7 月收治的 68 例 SAP 患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 34 例。对照组接受常规西医治疗,观察组在对照组基础上接受生大黄经空肠管鼻饲及灌肠联合芒硝外敷治疗。比较两组临床疗效。结果:观察组腹痛缓解时间、首次排便时间、ICU 入住时间及总住院时间均显著低于对照组($P<0.05$);治疗前,两组 APACHE II 评分、血淀粉酶、CRP、腹内压比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后,观察组 APACHE II 评分、血淀粉酶、CRP、腹内压均低于对照组($P<0.05$)。结论:SAP 患者采用经空肠管鼻饲及灌肠联合芒硝外敷治疗,可明显改善患者临床症状及体征,促进胃肠功能恢复,缩短住院时间,值得临床推广应用。

关键词:重症急性胰腺炎;生大黄;芒硝;空肠管;鼻饲;灌肠

中图分类号:R657.51

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.043

重症急性胰腺炎(SAP)是临床常见急危重症,病情凶险,治疗棘手,病死率高。持续的腹内高压以及肠麻痹是导致重症急性胰腺炎预后不良的重要原因,因此如何降低腹内压,促进胃肠功能恢复是 SAP 临床治疗的关键^[1]。临床实践研究证实,中西医结合治疗 SAP 往往具有较好的临床疗效^[2]。本研究采用生大黄经空肠管鼻饲及灌肠联合芒硝外敷治疗 SAP,取得显著效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 9 月~2018 年 7 月收治的 68 例 SAP 患者为研究对象,随机分为对照组和观察组各 34 例。对照组男 19 例,女 15 例;年龄 35~54 岁;平均年龄(42.1±6.0)岁。观察组男 21 例,女 13 例;年龄 36~56 岁,平均年龄(41.1±6.8)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均符合《中国急性胰腺炎诊治指南(2014 年)》中 SAP 的相关诊断标准,即伴有脏器功能障碍,或出现坏死、脓肿或假性囊肿等局部并发症者,或两者兼有。排除妊娠合并胰腺炎等特殊类型的胰腺炎患者。

1.2 治疗方法 对照组接受常规西医治疗,包括禁食、胃肠减压、监测生命体征、补充血容量、抑酸、抑制胰酶分泌、抗休克、纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱、抗感染和支持治疗。观察组在对照组基础上接受生大黄经空肠管鼻饲及灌肠联合芒硝外敷治疗。生大

黄液制备:生大黄粉 20 g+ 开水 50 ml 浸泡 30 min 至深褐色,过滤,留取过滤液,冷却至 38~40 °C 备用。鼻饲:生大黄液 50 ml 经空肠管缓慢注入,2 次/d。灌肠:生大黄液 200 ml 高位灌肠,2 次/d,灌肠后夹管 1 h 防止药液外漏。芒硝外敷:500 g 芒硝研碎后装入自制的芒硝袋内,封闭后均匀铺于患者左上腹(胰腺处),同时用腹带妥善固定,防止药物外漏,密切观察外敷部位皮肤有无红肿、破溃等,若布袋潮湿或芒硝结块变硬后及时更换。两组患者均连续治疗 7 d。

1.3 观察指标 (1)记录两组患者腹痛缓解时间、首次排便时间、ICU 入住时间及总住院时间。(2)比较两组治疗前后的 APACHE II 评分、血淀粉酶、CRP、腹内压。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS18.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验,计数资料用率表示,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 APACHE II 评分、血淀粉酶、CRP、腹内压比较 治疗前,两组患者 APACHE II 评分、血淀粉酶、CRP、腹内压比较,差异无统计学意义, $P<0.05$;治疗后,观察组 APACHE II 评分、血淀粉酶、CRP、腹内压均低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组 APACHE II 评分、血淀粉酶、CRP、腹内压比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	APACHE II 评分(分)		血淀粉酶(U/L)		CRP(mg/L)		腹内压(mm Hg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	34	24.3±7.6	19.8±6.7	407.0±113.1	157.4±32.8	32.5±11.6	24.7±8.3	18.3±1.9	13.4±2.7
观察组	34	23.3±8.3	16.1±7.1	408.5±121.3	209.2±37.4	34.3±12.7	11.3±4.1	19.1±1.9	12.1±1.1
t		0.518	2.210	0.053	6.072	0.610	8.440	1.736	2.600
P		0.606	0.031	0.958	0.000	0.544	0.001	0.087	0.012

2.2 两组腹痛缓解时间、首次排便时间、ICU 入住时间及总住院时间比较 观察组腹痛缓解时间、首

次排便时间、ICU 入住时间及总住院时间均明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计(下转第 130 页)

力学为基础,调节效应室靶浓度控制麻醉药物用量的静脉给药输注系统^[5-6]。本研究对腹部手术患者采用 TCI 及 CI 两种不同方式输注罗库溴铵,结果显示:CI 组诱导用量、起效时间均明显低于 TCI 组,持续时间高于 TCI 组($P<0.05$);但两组维持用量比较无统计学意义($P>0.05$)。说明 CI 罗库溴铵较 TCI 罗库溴铵起效更快。研究显示^[7],肌松恢复时间与罗库溴铵用药剂量相关,高剂量会加重术中神经肌肉阻滞程度,延长恢复时间。本研究结果显示,两组停药后肌松恢复时间及不良事件发生率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。说明两种方式安全性均较高。本研究结果还显示,麻醉维持期,TCI 组肌松满意率显著高于 CI 组($P>0.05$)。说明 TCI 较 CI 更能有效调节腹部手术患者肌肉松弛度。综上所述,对腹部手术患者而言,TCI 罗库溴铵是一种安全高效

的麻醉方式,可有效维持患者肌松效果,但麻醉诱导期 CI 罗库溴铵更为合适。

参考文献

[1]梅杨,杨谧,王春燕,等.OATP1B1 基因多态性与罗库溴铵肌松效应的相关性[J].临床麻醉学杂志,2015,31(1):90-92
 [2]薛国剑,郝建华,李平,等.右美托咪定用于普外科全麻手术中对非去极化肌松药罗库溴铵作用的影响[J].实用药物与临床,2015,18(3):277-280
 [3]康定鑫,饶裕泉,姬斌,等.七氟烷和地氟烷对患儿术中罗库溴铵药效动力学的影响[J].中华医学杂志,2017,97(6):429-433
 [4]Kosinova M,Stourac P,Harazim H,et al.Anaesthesia for orphan disease:Rocuronium and sugammadex in the anaesthetic management of a parturient with Becker's myotonia congenita [J]. European Journal of Anaesthesiology,2016,33(7):545
 [5]Stefan Schraag,Gary Hoey.靶控输注系统的未来:丙泊酚药代动力学模型[J].中华麻醉学杂志,2016,36(6):650-655
 [6]金菊英,杜润松,闵苏.给药方式对老年手术患者罗库溴铵肌松效应的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(9):2211-2213
 [7]刘霄尧,铁木尔,温再和.老年患者行腹腔镜结/直肠癌切除术时罗库溴铵靶控输注的可行浓度研究[J].临床和实验医学杂志,2017,16(1):77-79

(收稿日期:2018-09-12)

(上接第 87 页)学意义。见表 2。

表 2 两组腹痛缓解、首次排便、ICU 入住及总住院时间比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	腹痛缓解时间	首次排便时间	ICU 入住时间	总住院时间
对照组	34	7.3± 1.7	4.3± 1.7	11.2± 4.7	18.6± 6.5
观察组	34	5.9± 1.9	2.9± 1.4	8.7± 5.1	14.3± 2.3
t		3.202	3.707	2.102	3.217
P		0.002	0.000	0.039	0.002

3 讨论

SAP 是临床常见急危重症,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、出血甚至坏死的炎症反应。胃肠功能障碍是 SAP 的常见并发症之一,其原因可能与胰腺局部的炎症刺激以及全身炎症反应扩大导致胃肠蠕动减弱、肠道黏膜屏障破坏、肠道菌群移位、腹内高压等有关^[3]。防治胃肠功能障碍是治疗 SAP 的关键,而中医治疗 SAP 具有重要作用。

生大黄为泄下药,其治疗 SAP 的主要作用机制有:(1) 其成分番泻甙在肠道细菌酶的作用下分解可产生大黄酸蒽酮,可增加肠张力,促进肠蠕动,从而促进胃肠功能的恢复;(2) 可增加胃肠黏膜血流灌注,改善胃肠黏膜的缺血缺氧状态^[4];(3) 可抑制白细胞集聚反应,抑制磷脂酶、血小板激活因子、肿瘤坏死因子及白介素等炎症介质的合成和释放,缓解机体炎症反应^[5]。大肠黏膜下血管丰富,黏膜面积大,对药物易吸收,因此高位灌肠可迅速吸收入血发挥作用,而鼻饲给药可直接刺激胃肠道,因此两种给药方式联用的效果更明显。芒硝具有破血通经、清热祛湿、消肿疔疮等作用。现代药理研究表明^[6],芒硝具有止痛消炎、改善微循环、刺激肠蠕动、防止肠

麻痹、松弛 Odd 括约肌、减低胰胆管压力的作用,且对单核 - 吞噬细胞系统有明显的刺激作用,使其增殖现象与吞噬能力有所增强,加强抗炎作用,还可通过刺激迷走神经反射,丰富局部血液供应,增强单核 - 吞噬细胞系统能力,调动机体抗病能力,加快淋巴细胞生成。目前芒硝外敷在缓解腹痛、防治腹腔炎性包块及假性囊肿形成等方面疗效显著。

本研究结果显示,观察组腹痛缓解时间、首次排便时间、ICU 入住时间及总住院时间均显著低于对照组($P<0.05$);治疗前,两组 APACHE II 评分、血淀粉酶、CRP、腹内压比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后,观察组 APACHE II 评分、血淀粉酶、CRP、腹内压均低于对照组($P<0.05$)。说明 SAP 患者采用经空肠管鼻饲及灌肠联合芒硝外敷治疗,可明显改善患者临床症状及体征,促进胃肠功能恢复,缩短住院时间,值得临床推广应用。

参考文献

[1]王冰,黎贵才,苏忠军,等.生大黄经鼻空肠灌入与血液净化治疗重症急性胰腺炎临床观察[J].中国实用医刊,2017,44(7):126
 [2]张创业,陈悦青,姚燕,等.经鼻空肠管注入与高位保留灌肠生大黄治疗重症急性胰腺炎的疗效比较[J].中国临床医生杂志,2015,43(8):46-48
 [3]伍盛华.生大黄液灌注联合肠内营养对重症急性胰腺炎早期胃肠道功能恢复的效果观察[J].广西医学,2015,37(2):265-266,269
 [4]梁杏仪,郭广彬,周定耕.经鼻空肠管注入生大黄治疗急性胰腺炎[J].长春中医药大学学报,2015,31(2):367-369
 [5]王伟,陶然,熊盟,等.生大黄联合微生态制剂对重症急性胰腺炎急性肺损伤患者的治疗作用[J].中国中西医结合急救杂志,2015,22(1):68-71
 [6]孟琳琳.生长抑素联合生大黄芒硝治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J].浙江临床医学,2017,19(12):2223-2224

(收稿日期:2018-08-28)