

肝炎的治疗效果,患者经持续用药后,AST、ALT及TBil等肝功能指标较单用恩替卡韦改善显著,且HBV-DNA下降更明显,治疗总应答率更高,该治疗方案有一定推广价值。但受条件限制,本研究尚未对患者进行持续随访,故患者的中远期预后尚待后续研究补充。

[参考文献]

- [1] 王恩成,唐琳,王健,等.慢性乙型肝炎中医证候聚类分析研究[J].中国中西医结合杂志,2014,34(1):39-42.
- [2] 曾彬,胡阳黔,姜红梅,等.小柴胡汤加减治疗慢性乙型肝炎肝硬化60例[J].河南中医,2015,35(6):1284-1286.
- [3] 陈倚天,黄育华.慢性乙型肝炎患者中医体质类型与病情轻重、HBV DNA定量的相关性研究[J].中西医结合肝病杂志,2015,25(1):53-55.
- [4] 吕东勇,刘嘉辉,杨晓军,等.抑制乙肝病毒方药的文献分析[J].广州中医药大学学报,2015,32(5):960-963.
- [5] 邱根全,叶峰,刘昶,等.小柴胡汤对实验大鼠非酒精性脂肪肝的影响[J].西安交通大学学报:医学版,2013,34(3):400-402.
- [6] 怀平艾,郝芳.小柴胡汤联合聚乙二醇干扰素 α -2a治疗慢性丙型肝炎的临床研究[J].世界中西医结合杂志,2013,8(8):801-802,811.
- [7] 于慧玲,麻春杰,盖聪,等.小柴胡汤对C6胶质瘤大鼠模型抑瘤及免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2014,34(12):3375-3377.
- [8] 曹峰,唐阿梅.不同柴胡剂量小柴胡汤对LPS诱导发热大鼠模型体温及血清IL-1 β 、IL-6、TNF- α 的影响[J].世界科学技术-中医药现代化,2014,16(1):58-62.

(责任编辑:吴凌)

中药灌肠、外敷辅助治疗胃肠热结型急性胰腺炎疗效观察

黄婵,龚清环,杜洁挺,曾小兵,李翠

阳春市中医院,广东 阳春 529600

[摘要] 目的:探讨中药灌肠、外敷辅助治疗胃肠热结型急性胰腺炎(AP)的临床疗效。方法:将AP胃肠热结证患者85例随机分为对照组40例和治疗组45例,2组均参照《重症急性胰腺炎中西医结合诊治指南》给予基础治疗;对照组加用奥美拉唑钠、注射用生长抑素治疗及基础护理干预;治疗组在对照组基础上加用大承气汤灌肠、芒硝外敷及饮食护理等护理干预。疗程均为10天,观察2组临床疗效、腹痛腹胀缓解时间、体温复常、肠鸣音恢复、肛门排便恢复时间,并检测2组血清及尿淀粉酶水平。结果:治疗组临床总有效率为95.56%,明显高于对照组的77.50% ($P < 0.05$)。治疗组患者腹痛缓解、腹胀缓解时间及体温恢复、肠鸣音恢复、肛门排便恢复时间均明显短于对照组 ($P < 0.01$)。治疗组治疗后血清和尿中淀粉酶水平明显低于对照组 ($P < 0.01$)。结论:在常规治疗基础上,中药灌肠和外敷辅助治疗胃肠热结型AP可促进症状、体征改善,提高临床疗效,下调血清和尿中淀粉酶水平。

[关键词] 急性胰腺炎;胃肠热结证;大承气汤;芒硝;灌肠;外敷

[中图分类号] R657.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)07-0076-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.034

急性胰腺炎(AP)临床为腹痛、腹胀、发热、恶心呕吐为主要表现,具有发病急、进展快等特点,若不及时救治常易累及

其他器官,治疗效果和预后均不理想^[1]。伴随人们生活水平的逐渐提高,高脂血症、胆道系统疾病的发病率渐多,故AP的

[收稿日期] 2016-01-26

[作者简介] 黄婵(1976-),女,副主任护师,研究方向:危重症的救护。

发病率也逐年升高^[2]。本研究在西医常规治疗和护理干预基础上,采取大承气汤灌肠、芒硝外敷及饮食护理等治疗 AP,收效明显,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究选择 AP 胃肠热结证病例共 85 例,均为 2012 年 12 月—2014 年 12 月间在本院就诊患者,参照随机数字表法分为 2 组。对照组 40 例,男 27 例,女 13 例;年龄 35~64 岁,平均(51.15±5.82)岁;病程 5.5~41 h,平均(20.27±2.90)h;急性生理学和慢性健康状况评分(APACHE I)(18.49±2.81)分。治疗组 45 例,男 30 例,女 15 例;年龄 34~65 岁,平均(49.88±5.97)岁;病程 5~40 h,平均(20.12±2.85)h;APACHE I(18.55±2.78)分。2 组患者性别、年龄、病程及 APACHE I 评分等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中国急性胰腺炎诊治指南(2013 年,上海)》^[3]制定标准:①与 AP 符合的腹痛(急性、突发、持续、剧烈的上腹部疼痛,常向背部放射);②血清淀粉酶和(或)脂肪酶活性至少高于正常上限值 3 倍;③增强 CT/MRI 或腹部超声呈 AP 影像学改变。符合上述 3 项特征中的 2 项,即可确诊。

1.3 辨证标准 依据《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定胃肠热结证标准。症状:全腹痛,胀满拒按,大便结,口苦而干,发热,舌质红、苔黄腻,脉沉实或滑数。

1.4 纳入标准 ①符合 AP 诊断标准者;②符合胃肠热结辨证标准者;③年龄 30~65 岁;④发病 72 h 内入院者;⑤近期未采取中药治疗者;⑥患者或患者家属知情,且签署知情同意协议书。

1.5 排除标准 ①孕妇或哺乳期妇女;②伴有严重脏器功能不全者;③已存在外科手术指征者;④精神病者;⑤伴随晚期肿瘤者。

2 治疗与护理方法

2.1 基础治疗 参照《重症急性胰腺炎中西医结合诊治指南(2014 年,天津)》^[5]标准进行;具体包括禁食,胃肠减压,维持水、电解质及酸碱平衡,保持有效血容量,抗感染治疗以及对症支持治疗。

2.2 对照组 加用奥美拉唑钠(浙江华义医药有限公司)40 mg,加入 0.9%氯化钠注射液 100 mL 稀释静脉滴注,每天 2 次。注射用生长抑素(上海华源药业沙赛制药有限公司)0.25 mg,慢速冲击注射(3~5 min)。基础护理干预:监测所有患者生命体征,发热者给予物理降温,呼吸困难者行氧气吸入或气管插管。

2.3 治疗组 在对照组的基础上加用中药灌肠、中药外敷及相应护理干预。

2.3.1 中药灌肠 采用大承气汤,处方:大黄、枳实各 12 g,厚朴 24 g,芒硝 9 g,将以上中药加水 400 mL,室温浸泡约 30 min,浓煎至 150 mL 左右,行保留灌肠。灌肠护理:灌肠

于每晚临睡前进行,嘱患者排空二便,取左侧卧位,垫高臀部 10 cm,行顺势插管,插入深度约为 25 cm,待灌肠液温度为 37~38℃,行灌肠,液体滴速每分钟 30~40 滴,以舒适及无便意为宜,灌肠后嘱患者取膝胸卧位约 2 h。每天 1 次。

2.3.2 中药外敷 取芒硝 500 g 装袋,装袋需棉布制作,以保证芒硝渗透及舒适性,敷于患者腹部疼痛处,胶布包扎固定,芒硝袋用隔水面料覆盖,以防芒硝外渗,当芒硝袋潮湿变硬时应立即更换,同时注意保暖。每天 2 次。

2.3.3 护理干预 ①饮食护理:饮食整体遵循原则为从米汤、流质、半流质逐渐过渡到正常饮食。病情严重者行肠内外营养治疗,注意营养液的调配,对营养液的浓度、渗透压、温度等进行控制。加强无菌操作,避免营养液变质等。对伴有发热、恶心、腹泻及腹胀等表现者及时对症处理。②心理护理:由于 AP 病情较重及病程长,加之多项治疗干预,患者易产生紧张甚至恐惧情绪。护理人员要耐心听取患者主诉,了解患者的痛苦,并给予相应心理宽慰,告知以往成功病例,帮助其树立战胜疾病的信心。③药物护理:密切注意镇痛和解痉效果,维持药物滴注速度,合理安排抗生素等使用时间。④出院指导:告知患者及其家属 AP 易复发,强调预防的重要性;告知 AP 与饮酒密切相关,强调戒酒的重要性;嘱患者行少量多餐进食和低脂肪饮食;注意保持规律生活和良好精神状态,避免过度疲劳及情绪激动。

2 组均治疗 10 天统计疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①记录 2 组患者腹痛、腹胀缓解时间及体温复常、肠鸣音恢复及肛门恢复排便时间;②检测 2 组血清及尿淀粉酶:应用全自动生化分析仪(日立 7170S 型)于治疗前后进行测定,试剂由德赛诊断系统公司提供。

3.2 统计学方法 数据用 SPSS19.0 统计软件包处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较应用 t 检验;计数资料用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。临床治愈:3 天内症状、体征缓解,7 天内消失,血、尿淀粉酶恢复正常;显效:7 天内症状、体征显著好转,血、尿淀粉酶恢复正常;有效:7 天内症状、体征减轻,血、尿淀粉酶有下降趋势;无效:7 天内症状、体征未减轻或恶化,血、尿淀粉酶未降低。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 95.56%,对照组为 77.50%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	13	10	8	9	77.50
治疗组	45	27	9	7	2	95.56 ^①

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组治疗后症状体征复常时间比较 见表2。治疗后治疗组腹痛缓解、腹胀缓解、体温复常、肠鸣音恢复、肛门恢复排便时间均明显短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组治疗后症状体征复常时间比较($\bar{x} \pm s$)^d

组别	n	腹痛缓解	腹胀缓解	体温恢复	肠鸣音恢复	肛门排便
对照组	40	4.69±0.53	5.86±0.66	4.11±0.49	3.72±0.46	2.65±0.29
治疗组	45	3.31±0.40 ^①	4.22±0.51 ^①	3.03±0.35 ^①	2.68±0.32 ^①	1.51±0.18 ^①

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.4 2组血清、尿淀粉酶水平比较 见表3。治疗后,2组血清、尿淀粉酶水平均明显降低($P < 0.01$);且治疗组上述指标改善较对照组更显著($P < 0.01$)。

表3 2组血清、尿淀粉酶水平比较($\bar{x} \pm s$)^{U/L}

组别	n	时间	血清淀粉酶	尿淀粉酶
对照组	40	治疗前	652.68±66.86	1735.06±185.72
		治疗后	161.33±17.07 ^①	734.62±75.98 ^①
治疗组	45	治疗前	655.15±66.75	1739.94±189.46
		治疗后	108.95±11.75 ^{①②}	533.64±55.82 ^②

与同组治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

5 讨论

中医学将AP归属为腹痛、结胸等病范畴,病位在胰腺,同时累及脾、胃、肝胆等脏器。一般认为,AP以里、实、热证为主,多因过食辛辣温燥之品,化热生火,或情志不遂,气郁化火,或邪热犯胃,均可引起胃火过旺,实热之邪内积,与燥屎相搏,阻滞于肠,腑气不通,形成胃肠热结证;邪热炽盛,血液胶凝,胃肠热结,络阻血瘀,热毒血瘀互结,导致腹部胀满疼痛等症状。六腑“以通为用,以降为和”;《金匱要略》有“按之心下满而痛者,此为实,当下之”;故临床治疗以泻下阳明腑实、通里攻下为治则。

大承气汤为《伤寒论》泻下经典方,功能峻下热结。方中大黄苦寒通降、泻热通便、荡涤胃肠实热积滞;芒硝咸寒润降、泻热通便、软坚润燥、以除燥坚;硝、黄合用,相须为用,泻下热结之功益峻;厚朴下气除满、枳实行气消痞,合而用之,既能消痞除满,又使胃肠气机通降下行以助泻下通便;四药相合,共奏峻下热结之功。鉴于AP患者的特殊情况,本研究应用灌肠疗法,同时也使药物直接作用与肠道,缩短了药物发挥疗效时间,也增强了治疗效果。但是在灌肠操作中须注意:在灌肠前要特别嘱患者排空二便;在灌肠过程中,插管动作宜轻柔、维持药液灌肠速度及温度适宜;在灌肠后,嘱患者立即休息,维持膝胸卧位,尽量使药物保留在肠道中的时间更长。

鉴于AP患者合并血瘀病理情况,笔者同时采取芒硝外敷治疗,芒硝性味苦微咸湿,具有润燥软坚、泻热导滞之功效。

现代药理学研究表明,芒硝外敷能够扩张局部血管,促进血流速度,改善微循环,加强体内单核细胞的吞噬能力,从而增强机体免疫抗病能力等^⑥。外敷操作中须注意:外敷前可先向患者讲解本操作的治疗目的、方法以及注意事项,取得患者配合;外敷过程中宜将粉末状的芒硝均匀铺开,用一次性腹带固定,且注意观察药敷处皮肤有无红肿、皮疹以及渗液情况;外敷后宜将局部皮肤洗净、擦干,注意保暖;整个过程动作轻柔。

护理措施对AP的干预效果已被证实^⑦。本研究对AP患者进行饮食护理等干预措施,急性胰腺炎与消化系统密切相关,故给予相关饮食护理十分必要。治疗期间患者易产生紧张甚至恐惧情绪,故须与患者加强交流,了解情况给予心理宽慰、有效疏导等,从而利于康复。鉴于AP易复发等情况,对患者进行出院指导,如告知与AP复发相关因素等,可防止疾病复发。

通过上述干预措施的协同作用,本研究取得良好疗效,结果显示治疗组临床总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。治疗组患者的腹痛缓解、腹胀缓解、体温复常、肠鸣音恢复、肛门排便恢复时间均明显短于对照组($P < 0.01$)。治疗组治疗后血、尿淀粉酶水平明显低于对照组($P < 0.01$)。提示大承气汤灌肠和芒硝外敷辅助及护理干预综合疗法对胃肠热结型AP的疗效确切,可进一步提高疗效,值得临床推广应用。

【参考文献】

- 王巧瑜. 芒硝外敷联合生长抑素在治疗急性胰腺炎中的应用[J]. 广东医学, 2014, 35(10): 1567-1568.
- 刘伦扬, 李卿明, 魏天宁. 中药辨证论治联合西药常规治疗急性胰腺炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(14): 260-262.
- 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组, 中华胰腺病杂志编辑委员会, 中华消化杂志编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013年, 上海)[J]. 中华胰腺病杂志, 2013, 13(2): 73-78.
- 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第1辑[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 142-144.
- 中国中西医结合学会普通外科专业委员会. 重症急性胰腺炎中西医结合诊治指南(2014年, 天津)[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2014, 20(4): 460-464.
- 杨玉荣, 饶慧燕, 王秋红, 等. 大黄、芒硝辅助治疗重症急性胰腺炎的疗效观察及护理[J]. 亚太传统医药, 2011, 7(2): 117-118.
- 钱文艳. 急性胰腺炎的护理[J]. 江苏医药, 2011, 37(5): 620.

(责任编辑:冯天保)