

重症急性胰腺炎患者行中西医结合内科治疗的临床疗效

徐海宾

解放军总医院第七医学中心 北京 100010

摘要:目的:观察中西医结合治疗急性胰腺炎的效果。方法:对问题作出决定,采用中西结合法观察分析胰腺炎的临床疗效,并将患者分为a组和b组,a组采用常规治疗,b组采用中西医结合治疗。结果:a组临床治疗总疗效率为53.85%,b组92.30%。中西医结合实验组的效果明显优于原实验常规组患者对照组,消失临床症状的差异比原对照组明显($P < 0.05$)。结论:中西医结合内科治疗对重症急性胰腺炎患者有显著的治疗效果,能显著改善患者的肠胃功能,减轻患者的痛苦,在临床治疗重症急性胰腺炎中值得推广和使用。

关键词:重症急性胰腺炎患者;中西医结合;内科治疗;临床疗效

引言

重症急性胰腺炎是指具有急性胰腺炎伴有内脏功能障碍,或者患者出现组织坏死、假性囊肿等一些局部并发症^[1]。并且患者的腹部出现明显的压痛、肠鸣音减弱或者反跳痛等症状^[2]。急性胰腺炎一般包括两种类型,一种是普通类型的胰腺炎,这种类型的胰腺炎比较容易治疗,并且病情比较轻微;还有一种类型就是出血性坏死胰腺炎,这种类型的胰腺炎不常见,属于较为严重的胰腺炎,并且病死率很高^[3]。该疾病的主要临床表现为休克、恶心、呕吐、腹痛、发热等相关症状。并且重症急性胰腺炎通常会使得患者的肠胃功能发生障碍,肠胃功能障碍是导致患者病死率高的原因之一,为了降低患者的病死率,需要采取有效的治疗方法改善患者的病情^[4]。为了进一步研究重症急性胰腺炎中西医结合内科治疗的效果,详细数据报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

26例重症急性胰腺炎被选定并于2019年10月在我院治疗。其中男性14人,女性12人,年龄28~56岁,平均年龄41.6岁。重症急性胰腺炎完全符合该病的临床症状和特点。8例与饮酒过量有关。根据随机分配原则,所有患者均分为监测组a和实验组b。各组采用通用方法,每组选定13例。b组采用中西医结合治疗。按性别、年龄和病因对一般信息进行比较,两组患者的差异在统计学上并不明显($P > 0.05$),也没有可比性。见表1。

表1 临床症状比

临床表现	患者例数	百分比/%
上腹疼痛	26	100
恶心、呕吐	20	76.92
发热	15	57.69
黄疸	18	69.23
休克	7	26.92
皮下瘀血斑	5	19.23

1.2 方法

A组只使用西医的内科治疗方法,首先对患者进行禁食,对于重症急性胰腺炎患者来说,进行禁食可以在一定程度上缓解患者肠胃道的压力,还可以及时调节患者体内电解质的平衡。由于胰腺每天都会分泌大量的胰液,会影响患者的病情,因此要用药物控制胰液的分泌,插入抗酸胃管,对患者进行输营养液进行治疗。或者为患者进行腹腔灌洗治疗,排除患者体内的毒素,进行穿刺引流。手术治疗主要是把一些坏死的组合清除掉,然后利用引流管把毒素引出来。

B组在对照组的基础上使用中西医结合的方式进行治疗,在使用中药之前要根据中药的气味、性能,在用药之前认真核实药物的情况,根据每位患者的病情选择合适额给药时间,药物用量。中药的药物处方包括适量的黄芪、枳实、柴胡、生大黄、厚朴以及芒硝,熬制成150mL的中药汤汁,每天早晚各服用1次,连续服用7天。患者用药之后,详细观察患者的病情变化和出现的不良反应,如果患者出现恶心、腹痛以及呕吐等症状,要及时查看重要药物,对此进行系统全面的分析,并对药物做出一定的调整。

1.4 统计学方法

采用SPSS20.0对研究对象采集的数据进行分析处

*通讯作者:徐海宾,男,1985年9月,汉族,解放军总医院第七医学中心北京市东城区南门仓五号,临床医学本科,研究方向:内科

理, 计量数据采用($\bar{x} \pm s$)表示; 计数资料采用%表示, 使用 χ^2 对数据进行校检; $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。见表2。

表2 临床治疗效果比较[n(%)]

组别	痊愈	有效	无效	总有效率
A组	6(46.15)	6(46.15)	1(7.70)	92.3
B组	2(15.38)	5(38.46)	6(46.15)	53.85

2 结果

监测组a的总体效率为53.85%, 实验室组b的效率为92.30%, 大大高于监测组。b组患者的临床症状消失明显少于对照组, 具有统计学意义。见表3。

表3 症状体征消失时间对比($\bar{x} \pm s, d$)

组别	腹痛缓解时间	肠功能恢复时间	腹水消失或减少时间
A组	7.21±2.43	5.96±1.57	9.89±2.39
B组	3.31±2.14	4.34±1.20	5.47±3.16

3 讨论

缔约方会议的定义发生了若干重大变化。早在1970年代前后, 马赛协商一致会议就根据临床、功能和组织学证据提出了一个初步定义。1980年代以来, 内窥镜逆行胆管造影(ERCP)发展迅速。1984年, 剑桥定义应运而生, 将侵入性病理活检替换为特征性影像学检查, 使临床应用更加简单方便。近年来, 随着平移医学的飞速发展, 越来越多的人致力于这种疾病的早期诊断和治疗, 以延缓或逆转疾病的发展, 提高患者的生活质量, 进而提出了新的机制定义。该定义首先指出CP是炎症性胰腺癌综合征, 它是人们在遗传、环境和/或其他危险因素影响下对胰腺损伤或压力表达的持续病理反应。第二, CP在进步阶段的典型特征是胰脏增生、纤维化、疼痛综合征、胰腺畸形、狭窄和钙化、胰腺内分泌功能障碍和内分泌功能障碍及发育障碍。该机制的新定义打破了基于临床病理的传统疾病定义, 从病原学层面阐述了疾病特点, 有利于疾病的早期诊断和治疗。这种疾病的病因病机复杂, 但仍不清楚。欧洲准则指出, 相关因素包括毒素、遗传、自体免疫、胰腺阻塞等。其中酒精中毒是40%~70%的CP患者可以观察到的最常见的CP病因, 其次是无明显原因的特发性CP(28%)和基因突变(10%)。此外, 系统性红斑狼疮和Ig4相关疾病、反复出现的急性胰腺炎、胰腺先天解剖异常、胰管阻塞或手术等自身免疫疾病均与此疾病的发生有关。过去认为CP疼痛的基本病理生理学是通过胰管阻塞增加胰腺输出压力, 因此建议只有通过内窥镜或手术手段才能从根本上减轻疼痛。但是, 一些持续腹痛的病人没有解剖学并发症, 或者治疗并发症后疼痛没有明显减轻。在此基础上, 相关研究进

一步指出, 这种慢性疼痛与内脏过敏和神经过敏有关。CP疼痛患者的过程中, 随着疼痛时间的延长和疼痛程度的恶化, 疼痛对中枢意识过程的影响越来越大。早期干预可以优化CP疼痛的预防和治疗。

通导解毒法是遵照陆拯教授“毒证四层辨证法”形成的一种疾病治疗方案患者入院以后, 根据其病情进展, 开展禁食、胃肠减压、分阶段营养支持、补液、抗感染、维持水电解质平衡等基础治疗, 然后给予适量醋酸奥曲肽注射液、注射用生长抑素等药物静推治疗。在常规西药治疗的基础上, 还应对重症急性胰腺炎患者实施通导解毒法治疗。灌肠方组成: 生大黄20g, 赤芍10g, 桃仁10g, 丹参10g, 牡丹皮10g, 厚朴10g, 枳实10g, 芒硝10g, 虎杖10g, 黄芩10g。每日取药1剂, 加清水煎煮至200ml, 给予患者保留灌肠30min。外敷方组成: 生大黄30g, 芒硝30g, 生石膏100g, 乳香15g, 没药15g^[5]。取上述诸药研磨成细粉, 并将其外敷于患者的阿是穴、胰腺体表投影等部位。经临床研究发现, 疏导解毒方中主要包含了大黄、桃仁、丹参、赤芍、厚朴、枳实、牡丹皮等中草药, 其中, 大黄具有泻火解毒、清泄湿热、逐瘀通经的功效; 桃仁具有疏通瘀滞、活血祛瘀的功效; 牡丹皮、丹参、赤芍等药物具有散瘀止痛、清热凉血的功效。通过疏导解毒法开展保留灌肠治疗, 能够有效减轻患者的胃肠负担, 避免不良反应的发生; 开展中药外敷治疗, 能够将药物直接作用于病灶, 取得良好的活血化瘀、清热解毒等疗效。常规西药与通导解毒法合用, 能够帮助重症急性胰腺炎患者速下湿热结聚, 改善病灶区域的微循环, 消除炎症反应的同时, 还能加速胃肠功能的恢复, 促使患者获得确切的治疗效果^[6]。

临床治疗SAP使用的中药方剂主要有大承气汤、大柴胡汤和清胰汤。大承气汤为泻下剂, 由大黄、芒硝、厚朴和枳实组成, 主治阳明腑实证, 热结旁流证, 里热实证等, 可泻热通便、软坚润燥、行气散结。除治疗ASP外, 还可用于急性胆囊炎、急性阑尾炎、呼吸窘迫综合征等疾病的治疗。认为血清5-HT(5-HT)的过度激活可能是SAP患者发生肠功能障碍的原因, 大承气汤可抑制5-HT受体5-HT_{7R}的表达, 发挥治疗SAP肠功能障碍的作用。大柴胡汤为表里双解剂, 有柴胡、黄芩、大黄、枳实、半夏、白芍、大枣、生姜等组成, 有和解少阳, 内泻热结之功效。在临床应用中, 合并黄疸者, 可加茵陈、栀子; 兼胁痛者, 可加延胡索; 合并胆结石者, 可加海金沙、郁金^[7]。在连续血液净化治疗ASP的同时辅以大柴胡汤治疗, 发现加用大柴胡汤后, 患者的治疗总有效率高达93.33%, 且患者的免疫指标、生化指标及炎症因子水平均优于单纯血液净化治疗患者, 提示大柴胡汤

可有效提高临床疗效,全面改善患者的免疫功能。清胰汤方剂为柴胡、白芍、生大黄、黄芩、胡黄连、木香、延胡索和芒硝,有通腑泻热、消炎止痛、疏肝理气之功效。采用鼻饲清胰汤联合乌司他汀治疗SAP,连续治疗14d后与仅静脉滴注乌司他汀治疗的对照组比较,发现联合治疗组患者的血清胃肠激素活动性肠肽(VIP)、肠抑胃肽(GIP)、T淋巴细胞亚群及免疫球蛋白水平均优于对照组,进一步表明清胰汤联合乌司他汀治疗可改善SAP患者的胃肠道功能、细胞免疫及体液免疫功能^[8]。

结束语

综上所述,中西医结合内科治疗对重症急性胰腺炎患者有显著的治疗效果,能显著改善患者的肠胃功能,减轻患者的痛苦,在临床治疗重症急性胰腺炎中值得推广和使用。

参考文献

[1]王利军.中西医结合内科治疗重症急性胰腺炎临床疗效观察分析[J].保健文汇,2020(12):218-219.

[2]张景利.重症急性胰腺炎中西医结合内科治疗的若干问题浅析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(04):176

[3]刘阳.中西医结合治疗重症急性胰腺炎疗效观察[J].医学食疗与健康,2019(11):91+93.

[4]吴师贤,陈一斌.重症急性胰腺炎的中西医治疗进展[C]//第三十一届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集.,2019:308.

[5]胡勇.重症急性胰腺炎中西医结合微创化个体化治疗的相关性研究[D].天津医科大学,2019.000503.

[6]李娟.中西医结合治疗ICU重症急性胰腺炎的临床研究分析[J].内蒙古中医药,2018,37(09):69+80.

[7]门燕荣.中西医结合早期治疗重症急性胰腺炎30例疗效观察[J].河北中医,2018,40(01):83-87.

[8]赵兰花.中西医结合治疗重症急性胰腺炎护理体会[J].内蒙古中医药,2018,36(Z2):259-260.