

· 临床研究 ·

# 重症急性胰腺炎患者使用大黄或硫酸镁灌肠的效果对比

曾秋红, 叶启文, 田华, 陈敬松, 曾芳  
东莞市厚街医院消化内科, 广东 东莞 523900

**摘要:** **目的** 探讨大黄液在重症急性胰腺炎治疗中的应用及临床疗效。**方法** 将 2014 年 1 月至 2015 年 6 月收治的 70 例重症急性胰腺炎患者按照数字表法分为实验组和对照组, 每组 35 例。对照组给予硫酸镁灌肠, 实验组行大黄灌肠治疗。对比两组患者治疗后腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、平均住院时间及治疗前、治疗后 7、14 d 血淀粉酶水平、血白细胞计数、C 反应蛋白(CRP)水平及治疗前、治疗后 3、7 d Balthazar CT 积分、ARACHE II 评分。**结果** 实验组患者腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间均显著少于对照组( $t = 4.436, t = 3.746, P$  均  $< 0.01$ ), 首次排便时间、平均住院时间与对照组比较无统计学差异( $t = 0.742, t = 0.465, P$  均  $> 0.05$ )。治疗后 3、7 d Balthazar CT 积分、ARACHE II 评分两组比较无统计学差异( $P$  均  $> 0.05$ )。治疗后 7 d, 实验组 CRP 水平显著低于对照组( $t = 2.009, P < 0.05$ )。**结论** 大黄灌肠治疗重症急性胰腺炎可有效缓解临床症状, 提高临床疗效。

**关键词:** 大黄; 硫酸镁; 灌肠; 重症急性胰腺炎; Balthazar CT 积分; ARACHE II 评分

**中图分类号:** R 576 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)04-0507-03

重症急性胰腺炎(ASP)是一种常见的内科急腹症, 具有起病急、早期难确诊、进展快、并发症多且重等特点<sup>[1]</sup>。早期一般会出现胃肠运动抑制, 临床表现肠麻痹、胃潴留等, 若病情进展可出现脓毒血症、全身性炎症反应综合征(SIRS)、多器官功能障碍综合征(MODS), 危重时甚至死亡<sup>[2]</sup>。近年随着研究的深入, 认为炎症反应、腹腔积液等因素诱导肠道细菌移位和内毒素血症, 使 SIRS 及 MODS 进一步加重恶化, 是 ASP 发病的一个重要机制。而研究显示, 大黄灌肠可促进患者肠功能的恢复, 阻碍或抑制肠道内细菌移位、抑制内毒素血症的进展, 从而可有效保护患者的肠屏障功能。为进一步探讨大黄灌肠对 ASP 的疗效, 本文进行了相关研究, 现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院内科 2014 年 1 月至 2015 年 6 月收治的 70 例 ASP 患者, 将其按照数字表法随机分为实验组和对照组, 各 35 例。入选患者均符合《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》中有关 ASP 的诊断标准。其中男 41 例, 女 29 例; 年龄 20 ~ 72 (45.3 ± 18.5) 岁; 病因: 酒精性 15 例, 胆源性 21 例, 暴饮暴食 20 例, 原因不明 14 例。两组患者基线资料均平衡( $P$  均  $> 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者一般资料的比较

组别	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	病因(例)			
	男	女		酒精	胆源性	暴饮暴食	不明
实验组	18	17	44.8 ± 18.0	7	12	10	6
对照组	23	12	45.7 ± 18.7	8	9	10	8
统计值	$\chi^2 = 1.472$		$t = 0.205$	$Z = 1.026$			
P 值	$> 0.05$		$> 0.05$	$> 0.05$			

**1.2 方法** 两组患者均进行常规内科治疗:(1) 实行 ICU 监护, 禁食, 行胃肠减压;(2) 输液: 使紊乱的水电解质酸碱平衡得以纠正;(3) 静脉滴注抗生素行抗感染治疗;(4) 营养支持;(5) 抑制机体分泌胰液。实验组患者在此治疗基础上行大黄灌肠, 将 5 ~ 10 g/ 千克体重 · d 的生大黄切碎, 加水 100 ml 煎沸 5 min, 去渣取液, 经鼻空肠管注入, 随后夹闭鼻空肠管 60 ~ 90 min, 2 次/d。对照组患者 25% 硫酸镁 5 ~ 10 ml/ 千克体重 · 次经鼻空肠管注入, 随后夹闭鼻空肠管 60 ~ 90 min, 2 次/d。当患者每日排便大于 5 次或者用量减半时即可停药。

**1.3 观察指标** 对比两组患者治疗后腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间、住院时间及治疗前、治疗后 7、14 d 血淀粉酶水平、血白细胞(WBC)计数、C 反应蛋白(CRP)水平及治疗前、治疗后 3、7 d Balthazar CT 积分、ARACHE II 评分。

**1.4 统计学方法** 应用 SPSS 20.0 软件包。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 成组资料采用  $t$  检验; 重复资料采用重复测量的方差分析; 计数资料采用  $\chi^2$  检验; 非参数资料采用秩和检验。 $\alpha = 0.05$  为检验水准。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗后症状体征缓解时间比较 实验组患者腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间均显著少于对照组( $P$  均  $<0.01$ ),但首次排便时间、住院时间与对照组比较无统计学差异( $P$  均  $>0.05$ )。见表 2。

2.2 两组患者治疗后实验指标的比较 治疗前两组患者血淀粉酶水平、WBC 计数、CRP 水平均无显著差异( $P$  均  $>0.05$ )。两组患者治疗后 3、7 d 三项指标均较治疗前逐次明显降低( $P$  均  $<0.01$ );治疗后 7 d 实验组 CRP 显著低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 3。

2.3 两组患者治疗前后 Balthazar CT 积分、ARACHE II 评分的比较 两组患者治疗前 Balthazar CT 积分、ARACHE II 评分相近( $P$  均  $>0.05$ )。两组患者治疗后 3、7 d Balthazar CT 积分、ARACHE II 评分均较治疗前逐次降低( $P$  均  $<0.01$ );两组间各时间点比较差异均无统计学意义( $P$  均  $>0.05$ )。见表 4。

## 3 讨论

ASP 是临床上常见的危重症,由于发病急、病情重患者预后较差、病死率较高<sup>[3]</sup>。局部炎症介导的炎症介质和毒素的释放是引起“瀑布样级联反应”将炎症反应扩大至全身的主要原因,可能导致患者的多器官损伤乃至死亡<sup>[4]</sup>。目前,对于 ASP 的治疗主要是抑制炎症反应、平衡电解质和抑制胰腺分泌等<sup>[5]</sup>。随着治疗手段的不断进步,患者的病死率得到有效控制,但如何尽快减轻患者临床症状、加快患者恢复,临床上还没有定论。有研究报道称,采用硫酸镁灌肠的方式有助于促进肠功能恢复并发挥解痉、镇痛的作用,在 ASP 的治疗中具有良好效果<sup>[6]</sup>。

中医治疗 ASP 具有的优势包括疗效显著、副作用低、病死率低等<sup>[7]</sup>。大黄在我国有悠久的药用史,其能够通淤导泻、止痛止血、抗菌消炎<sup>[8]</sup>。现代医学证实,大黄具有终止“瀑布式级联反应”的作用,因此可减轻组织损伤<sup>[9]</sup>。孙钢等<sup>[10]</sup>证实大黄在离体条件下可令胰腺炎大鼠的胰蛋白酶活性降低,提示其对胰蛋白酶活性具有一定抑制作用。同时,大部分 ASP 患者肠道内细菌会产生大量内毒素,致中性粒细胞过度

激活并释放炎症介质而产生炎症反应<sup>[11]</sup>。故采用大黄灌肠较硫酸镁应当具有更优的临床疗效。

本研究证实,实验组患者腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间均显著少于对照组,但首次排便时间、住院时间与对照组比较无统计学差异。提示大黄灌肠可以有效促进患者肠功能的恢复,相比于硫酸镁灌肠,大黄灌肠对患者胀气的缓解效果更优。其原因可能与大黄中的活性成分促进大肠黏膜细胞的黏液分泌有关<sup>[12]</sup>。两组患者治疗后 3、7 d Balthazar CT 积分、ARACHE II 评分比较无统计学差异,提示大黄灌肠对患者胰腺功能无显著影响。治疗后 7 d,实验组 CRP 水平显著低于对照组,提示大黄灌肠有助于降低患者的炎症反应,但其起效较慢。

综上所述,在常规治疗基础上加用大黄灌肠治疗 ASP 可以有效改善患者临床症状并促进患者恢复,提高临床疗效。

表 2 两组患者治疗后症状体征缓解时间比较

( $n = 35, d, \bar{x} \pm s$ )

组别	腹胀缓解时间	肠鸣音恢复时间	首次排便时间	住院时间
实验组	5.8 ± 1.5	4.8 ± 0.9	5.9 ± 2.1	16.8 ± 3.5
对照组	7.5 ± 1.7	5.7 ± 1.1	6.3 ± 2.4	17.2 ± 3.7
$t$ 值	4.436	3.746	0.742	0.465
$P$ 值	<0.01	<0.01	>0.05	>0.05

表 3 两组患者治疗后实验指标比较 ( $n = 35, \bar{x} \pm s$ )

组别	血淀粉酶(U/L)			$P$ 值
	治疗前	治疗后 7 d	治疗后 14 d	
实验组	3311 ± 573	1362 ± 213	289 ± 68	<0.01
对照组	3268 ± 427	1484 ± 503	301 ± 72	<0.01
$t$ 值	0.356	1.321	0.717	
$P$ 值	>0.05	>0.05	>0.05	
组别	WBC( $\times 10^9/L$ )			$P$ 值
	治疗前	治疗后 7 d	治疗后 14 d	
实验组	28.2 ± 5.6	14.7 ± 3.1	9.5 ± 5.4	<0.01
对照组	27.1 ± 4.8	16.0 ± 4.2	9.6 ± 6.3	<0.01
$t$ 值	0.882	1.473	0.071	
$P$ 值	>0.05	>0.05	>0.05	
组别	CRP(mg/L)			$P$ 值
	治疗前	治疗后 7 d	治疗后 14 d	
实验组	184 ± 124	82.6 ± 65.3	-	<0.01
对照组	182 ± 117	116.4 ± 75.1	-	<0.01
$t$ 值	0.069	2.009	-	
$P$ 值	>0.05	<0.05	-	

表 4 两组患者治疗前后 Balthazar CT 积分、ARACHE II 评分比较 ( $n = 35, \text{分}, \bar{x} \pm s$ )

组别	Balthazar CT 积分			$P$ 值	ARACHE II 评分			$P$ 值
	治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d		治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d	
实验组	5.8 ± 2.1	5.0 ± 1.8	2.7 ± 1.4	<0.01	9.7 ± 1.4	7.9 ± 2.5	4.0 ± 1.8	<0.01
对照组	6.0 ± 2.2	5.4 ± 2.2	2.9 ± 1.6	<0.01	10.1 ± 2.1	8.0 ± 2.4	4.4 ± 2.1	<0.01
$t$ 值	0.389	0.833	0.557		0.938	0.171	0.856	
$P$ 值	>0.05	>0.05	>0.05		>0.05	>0.05	>0.05	

## 参考文献

- [1] 陈娟, 罗和生. 连续性血液滤过治疗急性重症胰腺炎的 Meta 分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2012, 21(3): 284-288.
- [2] 莫毓, 黄容增, 尹林. 急性重症胰腺炎的治疗体会[J]. 中国实用医药, 2013, 8(9): 61-62.
- [3] Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus[J]. Gut, 2013, 62(1): 102-111.
- [4] Babu RY, Gupta R, Kang M, et al. Predictors of surgery in patients with severe acute pancreatitis managed by the step-up approach[J]. Ann Surg, 2013, 257(4): 737-750.
- [5] Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(9): 1400-1415.
- [6] 孙晓峰, 裴成明. 硫酸镁治疗急性重症胰腺炎应用时机的研究[J]. 中国现代医生, 2010, 48(17): 133, 135.
- [7] 张声生, 李乾构, 李慧臻, 等. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1826-1831.
- [8] 张光友, 沈世英. 中药大黄在急性重症胰腺炎中的应用[J]. 中国医药导报, 2013, 10(10): 114-115.
- [9] 尹广军. 中药大黄辅助治疗重症急性胰腺炎的疗效评价[J]. 中医学报, 2013, 28(1): 123-124.
- [10] 孙钢, 陈敏章, 潘国宗. 清胰汤对胰酶活力和分泌影响的离体研究[J]. 中国医学科学院学报, 1985, 7(5): 337-340.
- [11] 苗大兴, 肖天保, 梁宛伶. 大黄牡丹汤含药血清对巨噬细胞释放炎症因子的影响[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(4): 843-845.
- [12] 王玉, 周冬枝, 夏欣欣, 等. 大黄素对急性放射性肠炎肠黏膜屏障的保护作用[J]. 西安交通大学学报: 医学版, 2013, 34(2): 248-252.

收稿日期: 2015-11-16 修回日期: 2015-12-19 编辑: 王国品

## · 临床研究 ·

## 不同途径应用乌司他丁治疗重症急性胰腺炎 临床效果对比

张军鹏<sup>1</sup>, 侯大乔<sup>2</sup>, 郭静贤<sup>1</sup>

1. 宝鸡市人民医院消化内科, 陕西 宝鸡 721000; 2. 宝鸡市人民医院妇科, 陕西 宝鸡 721000

**摘要:** **目的** 探讨经静脉滴注乌司他丁和 Seldinger 法区域动脉灌注乌司他丁在重症急性胰腺炎患者中的临床治疗效果。**方法** 选取 2013 年 1 月至 2015 年 10 月诊治的 100 例重症急性胰腺炎患者作为研究对象, 采用随机对照方法将患者分为对照组和试验组, 各 50 例。在常规方法治疗的基础上, 对照组联合静脉滴注乌司他丁治疗; 试验组联合 Seldinger 法行区域动脉灌注乌司他丁治疗, 治疗后 21 d 评价比较两组疗效。**结果** 试验组治疗总有效率为 96%, 稍高于对照组(88%), 但差异无统计学意义( $\chi^2 = 1.223, P > 0.05$ ); 试验组治疗满意率为 88%, 稍高于对照组(80%)但差异无统计学意义( $\chi^2 = 1.190, P > 0.05$ )。试验组治疗后腹痛缓解时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间以及住院时间, 显著短于对照组( $P$  均  $< 0.01$ ); 两组患者治疗前血淀粉酶、尿淀粉酶、血清 C-反应蛋白、天冬氨酸氨基转移酶(AST)水平及血 WBC 计数等水平相近( $P$  均  $> 0.05$ ); 试验组治疗后血淀粉酶、尿淀粉酶、血清 C-反应蛋白、AST 水平及血 WBC 计数等显著低于对照组( $P$  均  $< 0.05$ )。**结论** 重症急性胰腺炎患者采用 Seldinger 法行区域动脉灌注乌司他丁治疗, 用药安全方便, 能够缩短临床症状和实验室指标恢复时间, 效果较理想。能否获得有统计学意义的疗效提高, 有待进一步扩大样本量继续观察。

**关键词:** 乌司他丁; 静脉输注; Seldinger 法区域动脉灌注; 重症急性胰腺炎

**中图分类号:** R 576 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)04-0509-03

重症急性胰腺炎多表现为上腹痛持续不缓解、腹胀逐渐加重, 合并多器官功能障碍, 甚至衰竭, 治疗难度大, 费用高, 并发症多, 预后差<sup>[1-2]</sup>。近年来, 乌司他丁在重症急性胰腺炎患者中得到应用, 但是其用药途径选择区域动脉灌注还是静脉输注尚存在较大

争议<sup>[3-4]</sup>。为探讨两种不同途径应用乌司他丁在重症急性胰腺炎患者中的临床疗效, 笔者选取 2013 年 1 月至 2015 年 10 月我院诊治的 100 例重症急性胰腺炎患者的临床资料进行分析, 报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2015 年 10 月