

1.4 评价指标 两组患者肿胀、触痛、发热、疼痛等
症状消失时间以及胃酸、暖气、反酸、体重增加、面部
痤疮等不良反应发生情况。

1.5 统计学方法 以 SPSS17.0 进行分析处理,计
数资料以%表示,行 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表
示, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床症状消失时间比较 观察组
患者发热、肿胀、疼痛、触痛的症状消失时间均明显
少于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床症状消失时间比较(h, $\bar{x} \pm s$)									
组别	n	发热		肿胀		疼痛		触痛	
观察组	45	25.69±	8.04	54.59±	16.75	85.67±	25.84	77.15±	26.74
对照组	45	67.71±	13.54	144.62±	45.73	206.35±	74.91	199.28±	82.76
t 值		17.900	3	12.400	9	10.216	2	9.419	9
P		<0.05		<0.05		<0.05		<0.05	

2.2 两组患者的不良反应发生率比较分析 观察
组患者胃酸、反酸、暖气、面部痤疮、体重增加等不良
反应发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率比较分析[例(%)]							
组别	n	胃痛	反酸	暖气	面部 痤疮	体重 增加	不良反 应发生 率
观察组	45	0(0.00)	0(0.00)	1(2.22)	0(0.00)	1(2.22)	2(4.44)
对照组	45	1(2.22)	5(11.11)	3(6.67)	3(6.67)	2(4.44)	14(31.11)
χ^2		0.091	2.406	0.380	0.846	0.094	15.921
P		0.755	0.121	0.534	0.359	0.755	<0.05

3 讨论

相关研究表明,亚急性甲状腺炎的发病机制同
机体自身内分泌调节紊乱与病毒感染等存在紧密关

联。该疾病患者临床症状表现具有阶段性,早期为上
呼吸道感染及甲状腺亢进,中期则会表现出一定状
况的甲减分期,该阶段过后便直接进入恢复期^[1]。就
亚急性甲状腺炎疾病属性而言,其可自行恢复,恢复
期一般在数周及数月内,该期间可采取有效方式缓
解病症,否则会出现复发率高等不良状况,影响临床
疗效及患者生活质量与生命健康^[4]。泼尼松是临床
上有效缓解亚急性甲状腺炎症状的药物,其应用能
够充分发挥抗炎、抗内毒素及调节代谢等显著作用,
进而充分确保患者细胞膜与毛细血管的通透性,改
善患者临床病症^[5]。本研究结果表明,观察组患者发
热、肿胀、疼痛、触痛的症状消失时间均明显少于对
照组 ($P<0.05$)。观察组患者胃酸、反酸、暖气、面部
痤疮、体重增加等不良反应发生率明显低于对照组
($P<0.05$)。综上所述,临床上治疗亚急性甲状腺炎
时,应用小剂量泼尼松具有显著疗效,缩短患者治愈
时间,降低不良反应发生率,安全有效,应用效果明
显,值得在临床上大力推广和使用。

参考文献

[1]李存杰,孙宇.七叶皂苷钠联合小剂量泼尼松治疗亚急性甲状腺炎
女性患者的疗效及安全性[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2016,30(2):
75-77
[2]邱建波,周冬仙,廖兵飞.小剂量泼尼松治疗亚急性甲状腺炎的临床
观察[J].山西医科大学学报,2015,46(5):472-474
[3]邱建波,刘新杰,李敏.不同剂量泼尼松治疗亚急性甲状腺炎的临床
对照观察[J].海南医学,2015,26(16):2438-2440
[4]周琼,余书勇,陈森良.亚急性甲状腺炎患者采用不同剂量泼尼松治
疗的效果对比分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2016,19(4):522-525
[5]黄伟,方铁群.应用小剂量泼尼松治疗亚急性甲状腺炎患者的临床
效果[J].中国现代医生,2016,54(24):31-33
(收稿日期:2017-02-03)

早期肠内营养前静脉输注氨基酸对急性胰腺炎患者
胆汁淤积的影响

戴以文

(河南省南阳市中医院普外科 南阳 473000)

摘要:目的:探讨早期肠内营养前静脉输注氨基酸对急性胰腺炎患者胆汁淤积的影响。方法:选取我院 2015 年 1 月~2016 年
9 月急性胰腺炎患者 72 例,按随机数字表法分为对照组和研究组各 36 例。两组均行保守治疗并予以常规早期肠内营养,研究组肠
内营养前静脉输注氨基酸。对比分析两组治疗第 3、7 天胆囊排空率、胆囊收缩素(CCK)峰值水平及急性生理与慢性健康评分
(APACHE II 量表评分)变化情况。结果:研究组治疗第 3、7 天胆囊排空率均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究
组治疗第 3、7 天 CCK 峰值均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组治疗第 3、7 天 APACHE II 评分均明显低于对
照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:早期肠内营养前静脉输注氨基酸有利于提高胆囊排空率及 CCK 峰值,减少胆汁淤积,促
进疾病转归。

关键词:急性胰腺炎;胆汁淤积;早期肠内营养;静脉输注氨基酸

中图分类号:R576

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.037

急性胰腺炎(Acute Pancreatitis)为临床常见急
腹症,患者常表现为上腹剧痛、恶心、发热、黄疸等症
状,重症患者可继发腹膜炎、休克,病死率达 30%

~60%^[1]。临床研究显示,早期肠内营养支持可恢复淋
巴细胞亚群比例平衡,降低继发感染发生率,改善重
症患者预后,但并发症发生率要高于肠外营养支持,

患者常出现胆汁淤积症状或加重淤积^[2]。本研究选取急性胰腺炎患者 72 例,通过分组,探讨早期肠内营养前静脉输注氨基酸方式对急性胰腺炎患者胆汁淤积的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 1 月~2016 年 9 月急性胰腺炎患者 72 例,按随机数字表法分为对照组和研究组各 36 例。研究组女 22 例,男 14 例;年龄 22~55 岁,平均(32.32± 3.45)岁。对照组女 23 例,男 13 例;年龄 20~54 岁,平均(33.13± 3.75)岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:均符合《外科学》中急性胰腺炎相关诊断标准^[3];可行肠内营养治疗者;知晓本研究并自愿签署知情同意书。排除标准:对肠内营养液成分过敏者;合并心脑血管疾病或肝、肾等重要脏器功能不全者;妊娠及哺乳期女性。

1.3 方法 两组均予以禁食、服用胰腺分泌抑制剂等保守治疗,并行常规早期肠内营养:屈氏韧带下置入营养管,输注泵持续匀速输入肠内营养混悬液[商品名:能全力,纽迪希亚制药(无锡)有限公司,国药准字 H20030011],第 1、2 天分别应用全量 1/3、2/3,第 3 天及以后应用全量,营养时长不低于 12 h,持续营养 2 周。研究组于肠内营养前静脉输注复方氨基酸注射液(国药准字 H19993802)250 ml/次。

1.4 观察指标 (1)统计对比两组第 3、7 天胆囊排空率。B 超检测第 3、7 天治疗前胆囊体积与治疗开始 1 h 胆囊体积,计算胆囊排空率,计算公式:胆囊排空率=(治疗前胆囊体积-治疗开始 1 h 胆囊体积)/治疗前胆囊体积× 100%。(2)于第 3、7 天营养治疗前及治疗开始后每 15 分钟抽取外周静脉血 2 ml,共取 4 次,酶联免疫法(ELISA)检测胆囊收缩素(CCK)水平,记录其峰值。(3)采用 APACHE II 系统评价治疗后病情严重程度。总分值 0~71 分,分值越高,表示病情越严重^[4]。

1.5 统计学分析 通过 SPSS20.0 对数据进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示、 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胆囊排空率比较 治疗第 3、7 天研究组胆囊排空率均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组胆囊排空率比较(% , $\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	治疗第 3 天	治疗第 7 天
研究组	36	56.94± 3.67	58.73± 4.45
对照组	36	28.61± 3.18	38.62± 3.58
<i>t</i>		35.004	21.127
<i>P</i>		<0.05	<0.05

2.2 两组 CCK 峰值比较 治疗第 3、7 天研究组 CCK 峰值均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 CCK 峰值比较(pg/ml, $\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	治疗第 3 天	治疗第 7 天
研究组	36	133.61± 18.48	146.74± 17.69
对照组	36	78.76± 15.58	99.36± 14.52
<i>t</i>		13.615	12.422
<i>P</i>		<0.05	<0.05

2.3 两组 APACHE II 评分比较 治疗第 3、7 天研究组 APACHE II 评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组 APACHE II 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	治疗第 3 天	治疗第 7 天
研究组	36	8.31± 0.81	5.21± 0.44
对照组	36	11.04± 1.18	7.53± 0.57
<i>t</i>		11.444	19.332
<i>P</i>		<0.05	<0.05

3 讨论

正常胰腺存在自身组织消化防御机制,但胆道系统疾病、酗酒、药物等因素可造成胰管阻塞,导致大量胰液进入胰腺实质,从而破坏防御机制,引起胰腺组织水肿、炎性细胞浸润以及出血、坏死。急性胰腺炎会导致大量体液流失,影响血液循环,患者机体代谢紊乱,而禁食、抑制胃酸等治疗措施会加重机体营养状态恶化,严重影响免疫功能。因此,急性胰腺炎治疗常需营养支持。

肠内营养方式是目前首选方式,早期肠内营养是指胃肠功能开始恢复后即予以营养支持,其通过空肠置管直接将营养液输入空肠内,可恢复人体能量供应,维持电解质平衡,改善机体营养状况,恢复免疫系统平衡,同时不影响胰腺分泌状态,对胰液抑制治疗无干扰。但研究表明,禁食方法会造成胃肠蠕动减弱以及胆囊松弛,CCK 分泌减少,从而出现胆囊排空障碍,故予以早期肠内营养期间会出现不同程度胆汁淤积,影响治疗效果甚至加重病情^[5]。本研究结果显示,研究组治疗第 3、7 天胆囊排空率、CCK 峰值均明显高于对照组($P<0.05$)。表明早期肠内营养前静脉输注氨基酸有利于提高胆囊排空率及 CCK 峰值,从而促进胆囊收缩与排空,避免胆汁淤积发生。此外,由于重症胰腺炎患者机体处于严重负氮状态,单纯肠内营养无法满足机体氨基酸需求,行早期肠内营养前静脉输注氨基酸可弥补氨基酸缺失,有利于抑制病情恶化。本研究结果显示,研究组治疗第 3、7 天 APACHE II 分值均明显低于对照组($P<0.05$)。提示行早期肠内营养前静脉输注氨基酸

可促进疾病良好转归。综上所述,早期肠内营养前静脉输注氨基酸有利于提高胆囊排空率及 CCK 峰值,减少胆汁淤积,促进疾病转归。

参考文献

[1]王立娟,查君敬,黄利娟,等.BISAP 评分对急性胰腺炎严重度及病死率评估的应用价值[J].安徽医学,2014,35(10):1362-1366
[2]田荣娜,纪鑫,王芸,等.早期肠内营养在急性胰腺炎治疗中的应用

[J].滨州医学院学报,2016,39(3):226-227
[3]陈孝平,汪建平.外科学[M]第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.483-487
[4]邹金艳,林军,易三凤,等.BISAP、Ranson's、APACHE II 和 CTSI 评分系统在急性胰腺炎评估中的价值[J].中华消化外科杂志,2014,13(1):39-43
[5]李永红,杨小平,郭盼盼,等.胆囊收缩素诱导的急性胰腺炎对小鼠自由节律的影响研究[J].生物医学工程学杂志,2016,33(1):115-119

(收稿日期: 2017-01-07)

加味星蒺承气汤治疗中风(急性期)的临床研究

燕卓

(河南省济源市第三人民医院中医科 济源 459009)

摘要:目的:探究加味星蒺承气汤治疗中风(急性期)临床效果。方法:选取济源市第三人民医院 2014 年 8 月~2016 年 1 月中风(急性期)患者 67 例,依据建档顺序分组,对照组 33 例予以杜密克治疗,研究组 34 例予以加味星蒺承气汤治疗,两组均持续治疗 21 d。对比分析两组治疗前后 NIHSS 评分变化情况,并统计两组临床治疗效果。结果:治疗后研究组 NIHSS 评分较治疗前显著降低,且低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);研究组治疗总有效率 94.12%(32/34)高于对照组 72.73%(24/33),差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:加味星蒺承气汤治疗中风(急性期)临床效果显著,能有效改善患者神经功能。

关键词: 中风;急性期;加味星蒺承气汤

中图分类号: R255.2

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.038

中风是指由脑部或颈部病变导致脑局部血液循环障碍,进而引发失语、意识模糊、偏瘫等的脑血管疾病。中风(急性期)可引发神经功能缺损及高代谢机体状态,及时合理治疗中风(急性期)患者对其预后改善具有重要意义^[1]。既往多予以西药联合治疗,虽可改善患者内皮细胞功能及炎症因子水平,但不良反应发生较多,影响预后恢复。本研究旨在探究加味星蒺承气汤治疗中风(急性期)临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取济源市第三人民医院 2014 年 8 月~2016 年 1 月中风(急性期)患者 67 例,依据建档顺序分组,研究组 34 例,其中女 16 例,男 18 例,年龄 43~81 岁,平均(63.31±12.36)岁;对照组 33 例,其中女 14 例,男 19 例,年龄 44~82 岁,平均(64.17±12.59)岁。两组基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组均给予对症支持治疗及抗生素预防感染等措施。于此基础上对照组予以杜密克(国药准字 H10890057)治疗,口服 10 ml/次,3 次/d。研究组予以加味星蒺承气汤治疗,药方为天竺黄 10 g、丹参 15 g、石菖蒲 30 g、胆南星 15 g、全瓜蒌 30 g、芒硝 6 g、生大黄 10 g,高热者加玄参 15 g、生地黄 15 g,肺部感染者加鱼腥草 30 g、黄芩 15 g,肾损害者加槐花 30 g、煅牡蛎 45 g,血压升高者加决明子 15 g、牛膝 15 g,以水煎服,2 次/d。两组均持续治疗

21 d。

1.3 观察指标 (1)治疗前后应用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale,NIHSS)对两组神经功能缺损程度进行评分,分值 0~24 分,得分越高代表神经功能缺损越严重。(2)疗程结束后统计两组临床治疗效果,体征及症状基本消失且 NIHSS 评分降低 45%以上为基本缓解;体征及症状有所改善且 NIHSS 评分降低 18%~45%为部分缓解;体征及症状未改善或 NIHSS 评分降低 18%以下为无效,总有效率=(基本缓解+部分缓解)/总例数×100%。

1.4 统计学分析 通过 SPSS21.0 统计分析数据,计数资料用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 NIHSS 评分比较 两组治疗前 NIHSS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后对照组 NIHSS 评分与治疗前比较差异无统计学意义($P>0.05$),而研究组 NIHSS 评分较治疗前显著降低,且低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 NIHSS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	治疗前	治疗后	t	P
研究组	34	5.93±2.87	3.62±2.34	3.637	<0.05
对照组	33	6.01±3.84	5.03±3.19	1.127	>0.05
t		0.097	2.067		
P		>0.05	<0.05		