

去甲肾上腺素和炎性细胞浸润。同时,还可避免免疫复合物的沉积,纠正花生四烯酸代谢紊乱,维持血栓素和 PG 平衡,改善血液流变学,从而减缓慢性肾衰竭发展^[6]。

研究结果显示,观察组患者 Hb、Ab、尿量、CCr、SCr、BUN 指标及病死率均低于对照组 ($P < 0.05$)。说明,慢性肾功能衰竭患者给予前列腺素 E1 治疗效果良好,可明显改善临床症状,改善肾功能,降低病死率。

参考文献

[1] 王影. 前列腺素 E1 治疗急性肾衰竭 30 例临床观察[J]. 中国民族民

间医药, 2014, 15(16): 65-67

[2] 范德埔, 徐云芬. 前列腺素 E1 在慢性肾功能衰竭治疗中的应用[J]. 中国基层医药, 2014, 21(2): 214-216

[3] 熊燕. 前列腺素 E1 治疗慢性肾功能衰竭的临床研究[J]. 中国医药指南, 2013, 11(31): 123-124

[4] 王珊珊, 常宝成, 单春艳, 等. 前列地尔序贯疗法治疗老年临床糖尿病肾病期患者的疗效观察[J]. 中华老年医学杂志, 2014, 33(2): 154-158

[5] 尹丽丽. 肾康注射液联合脂溶性前列腺素 E1 治疗糖尿病肾病疗效评价[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(20): 81-82

[6] 周艺军, 张美玲. 肾康注射液联合脂溶性前列腺素 E1 治疗糖尿病肾病疗效评价[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(6): 159-160

(收稿日期: 2017-05-10)

六君子汤对重症急性胰腺炎患者胃肠激素的影响及机制研究*

孙小娟 李彬 黄耀星 余丹纯 贾林

(广东省广州市第一人民医院 广州 511457)

摘要: 目的: 观察六君子汤对重症急性胰腺炎(SAP)的疗效及对患者胃肠激素胃动素(MTL)和胆囊收缩素(CCK)水平的影响, 初步探讨 SAP 患者胃肠动力障碍的机制。方法: 选择 60 例 SAP 患者, 随机分为对照组和实验组, 每组 30 例, 对照组采用常规治疗, 实验组在常规治疗的基础上加用六君子汤治疗, 在治疗前、治疗后 1 周、治疗后 2 周采用放射免疫法测定所有患者血清中的胃肠激素 MTL 和 CCK 水平。结果: 治疗后 1 周和 2 周, 两组血浆 MTL、CCK 水平明显高于治疗前, 且实验组高于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$; 治疗后 2 周, 两组血浆 MTL、CCK 水平明显高于治疗后 1 周, 且实验组高于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论: 六君子汤治疗 SAP 胃肠动力障碍疗效显著, 其作用机制可能与调节患者的 MTL 和 CCK 水平有关。

关键词: 重症急性胰腺炎; 六君子汤; MTL; CCK

中图分类号: R576

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.036

胃肠动力障碍是重症急性胰腺炎(Severe Acute Pancreatitis, SAP)的常见合并症, 主要表现为腹胀、呕吐及麻痹性肠梗阻等^[1-2]。胃肠动力障碍会加重肠黏膜屏障功能损伤, 导致肠内致病菌过度繁殖并发肠源性细菌毒素移位, 进一步加重 SAP 患者胰腺坏死感染, 病情可发展为多器官功能障碍综合征(Multiple Organs Dysfunction Syndrome, MODS)。因此, 尽早恢复肠道动力, 保护肠道屏障功能是改善 SAP 患者病程及预后的关键之一。有研究表明^[3], 胃肠激素如胃动素(Motilin, MTL)、胆囊收缩素(Cholecystokinin, CCK)等参与了 SAP 胃肠动力的调节。本研究采用六君子汤治疗 SAP 患者, 并探讨六君子汤对胃肠激素的调控作用及 SAP 胃肠动力障碍的机制, 为中西医结合治疗 SAP 提供临床经验。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 5 月~2016 年 12 月我院收治的重症急性胰腺炎患者 60 例, 随机分为对照组和实验组各 30 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)符合中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组 2013 年制定的诊断及分级标准^[4], 并经 CT 或 B 超检查确诊; (2)排除入院 1 周内需接受手术或死亡的患者; (3)经本院伦理学委员会审议通过, 患者或家属均签署知情同意书。

1.3 诊断标准 (1)患者有明显的腹部体征, 包括肠鸣音减弱、肌紧张、反跳痛、压痛等, 可伴有腹部包块; (2)出现脏器功能障碍, 或发生局部并发症, 如假性囊肿、脓肿等; (3)代谢功能紊乱; (4)影像学检查可见胰腺功能异常。

1.4 方法 患者入院后均给予非手术常规治疗, 包括禁食、胃肠减压、营养支持、解痉止痛、抗感染、抑酸、维持水电解质及酸碱平衡等。实验组患者在上述治疗基础上通过胃肠减压管注入六君子汤(党参 15 g、陈皮 5 g、苍白术 5 g、茯苓 15 g、半夏 15 g、甘草 3 g。水煎, 广州市第一人民医院药剂科提供) 100 ml/次, 2 次/d, 肠动力功能恢复后给予肠道营养。

1.5 观察指标 所有患者均于治疗前、治疗后 1 周、治疗后 2 周清晨空腹采集静脉血 10 ml, 分装于两支肝素抗凝管中, 各 5 ml, 采血后 1 h 内用 3 000 r/

* 基金项目: 广东省广州市中医药科技项目(编号: 20152A011001)

min 的转速离心并抽取上层血浆,置于 -18 ℃ 的冰箱冷藏,采用放射免疫法统一测定 MTL 和 CCK 含量。

1.6 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理,计量数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用单因素方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗前,两组血浆 MTL、CCK 水平相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$; 治疗后 1 周和治疗后 2 周,两组血浆 MTL、CCK 水平明显高于治疗前,且实验组高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$; 治疗后 2 周,两组血浆 MTL、CCK 水平明显高于治疗后 1 周,且实验组高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 对照组和实验组不同阶段血浆 MOT 和 CCK 变化比较 (pg/ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗阶段	MTL	CCK
对照组	30	治疗前	181.52±21.31	5.02±2.16
		治疗后 1 周	198.26±20.57 ^{bd}	6.29±2.59 ^{bd}
		治疗后 2 周	228.19±18.74 ^{bcd}	7.21±2.16 ^{bcd}
实验组	30	治疗前	179.31±27.53 ^a	4.88±1.86 ^a
		治疗后 1 周	225.35±25.34 ^{bd}	7.78±2.97 ^{bd}
		治疗后 2 周	268.27±30.38 ^{bcd}	8.18±1.05 ^{bcd}

注:与对照组同阶段比较,^a $P > 0.05$,^b $P < 0.05$;与治疗前比较,^c $P < 0.05$;与治疗后 1 周比较,^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

重症急性胰腺炎起病急骤、进展迅速、病死率高,是消化科常见的危重症之一。在发病初期,SAP 患者即出现腹胀、呕吐等消化动力障碍的表现。目前,相关研究表明 SAP 胃肠动力障碍的发生发展与胃肠激素紊乱密切相关,这些激素包括胃动素、P 物质 (Substance P, SP) 和内皮素 (Endothelin,

ET) 等兴奋型激素,以及胆囊收缩素、血管活性肠肽 (Vasoactive Intestinal Peptide, VIP) 和一氧化氮 (Nitric Oxide, NO) 等抑制型激素。MTL 和 CCK 已被证实是评价胃肠功能的实用而可靠指标^[1]。另有研究表明^[4],MTL、CCK 和 VIP 是与 SAP 病人胃肠动力障碍密切相关的胃肠激素。Wang X 等^[5]观察到,SAP 患者血清 MTL 和 CCK 水平下降,结肠转运时间显著延长。因此认为这些胃肠激素和神经递质变化的综合效应可能是导致 SAP 发生胃肠动力的紊乱的机制。

研究发现,SAP 患者经过六君子汤治疗后,血浆 MTL 和 CCK 水平上升,与对照组比较差异有统计学意义, $P < 0.05$,表明六君子汤能够影响 SAP 患者胃肠激素 MTL 和 CCK 的分泌和释放,起到理气消胀、降逆止呕、缓解消化道平滑肌痉挛的作用,从而改善 SAP 患者胃肠动力障碍。

参考文献

- [1] Wang G, Wen J, Xu L, et al. Effect of enteral nutrition and ecoimmunonutrition on bacterial translocation and cytokine production in patients with severe acute pancreatitis[J]. Journal of Surgical Research, 2013, 183(2):592-597
- [2] 何志宇,陈光远.重症急性胰腺炎与胃肠动力障碍的研究进展[J]. 中国危重病急救医学,2010,22(9):522-524
- [3] 刘未艾,刘密,何亚敏,等.功能性胃肠病肠脑肽的研究进展[J]. 中国中医急症,2012,21(6):951-953
- [4] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(2013)[J]. 胃肠病学,2013,18(7):428-433
- [5] Wang X, Gong Z, Wu K, et al. Gastrointestinal dysmotility in patients with acute pancreatitis[J]. Journal of Gastroenterology & Hepatology, 2003, 18(1):57-62

(收稿日期:2017-03-27)

阿替普酶与拜阿司匹林治疗老年急性脑梗死的临床效果

张卫平

(河南省商丘市第一人民医院急诊内科 商丘 476000)

摘要:目的:探讨阿替普酶治疗与拜阿司匹林治疗老年急性脑梗死的临床疗效。方法:选取我院 2013 年 10 月~2015 年 4 月收治的老年急性脑梗死患者 84 例为研究对象,随机分为对照组和观察组各 42 例。对照组给予拜阿司匹林治疗,观察组给予阿替普酶治疗,比较两组临床疗效、治疗后巴塞尔指数 (Barthel) 评分及神经功能缺损度 (ESS) 评分。结果:观察组临床疗效明显高于对照组,且治疗后 Barthel 评分及 ESS 评分均高于对照组 ($P < 0.05$)。结论:阿替普酶治疗老年急性脑梗死疗效显著,可明显改善患者神经功能,值得临床推广应用。

关键词:急性脑梗死;阿替普酶;拜阿司匹林

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.037

急性脑梗死是临床致残、致死率较高的疾病之一,主要因脑动脉堵塞所致,及时进行脑血管疏通,尽快恢复脑部供血是治疗的关键^[1]。随着人们生活水平的提高,饮食习惯的变化,急性脑梗死的发病率呈递增趋势,严重影响患者及其家庭的正常生活^[2]。阿司匹林是非甾体类抗炎药,被广泛用于治疗和预防

老年脑梗死病,但不良反应症状日益显现,甚至造成肝肾损坏。本研究旨在探讨阿替普酶治疗老年急性脑梗死的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 10 月~2015 年 4 月我院收治的急性脑梗死患者 84 例为研究对象,