

发,经气机调畅、疏泄,可对病者脾胃气机的升降予以调和。中医学领域认为,木性主疏泄,丈肝木气疏泄,化水谷。”(出自《血证论》)因此,在对 EPS 的治疗时,必须重视疏肝理气,以使健脾和胃的临床效果发挥到最大化,所以我们在临床上加入柴胡、白芍、川楝子、元胡等药物组成加味香砂六君子汤。

本研究结果显示治疗组的总有效率、中医证候积分的改善效果均优于对照组。治疗组和对照组治疗前胃黏膜 MTL 水平低于健康组,血浆 CCK 水平高于健康组,可见胃黏膜 MTL 和血浆 CCK 在 EPS 的发病中起到一定的作用。在 EPS 发病时,可能由于胃黏膜 MTL 水平降低,胃黏膜 MTL 与受体的作用减弱,从而抑制胃排空,导致胃收缩减弱或Ⅲ期收缩缺乏等胃动力障碍,出现 FD 症状。而 CCK 能够使幽门括约肌张力提升,促进胆囊的收缩,使胃排空减缓、小肠蠕动降低,产生胃肠运动功能障碍、胃电节律失常,从而引起胃排空时间延长^[4]。

现代药理研究认为香砂六君子汤能够有效对患者胃肠功能紊乱进行调节,保护胃黏膜,并起到良好的抗抑郁、内分泌调节效果^[5]。张小萍等^[6]的研究表明,加味六君子汤通过调理脾胃升降,能有效地缓解 FD 患者的消化不良症状,总有效率达 93.94%,在临床疗效、血浆胃动素水平上与西沙必利效果相当,并升高空腹血浆 MTL 水平至正常。王学武等^[7]运用香砂六君子汤加减方治疗 FD,发现治疗后患者血清

MTL、生长抑素(SS)、胃排空率、血浆 P 物质改善效果明显,认为这可能同胃肠道功能提高、内脏高敏感降低有着十分密切的关联。CCK 具有良好的胃排空激素延迟效果,当其含量升高时,能够对患者的胃肠功能运动进行抑制。张望等^[8]研究发现四君子汤可降低大鼠血清中的 CCK 含量,与模型组比较差异具有统计学意义。综上,加味香砂六君子汤治疗脾虚气滞型 EPS,在改善相关临床症状方面有一定优势,可提高临床治疗的有效率,经济简便,具有较小的毒副作用。

参考文献

[1]中华中医药学会脾胃病分会.消化不良中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,30(5):722-725
[2]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见(2010)[J].中国中西医结合杂志,2011,31(11):1545-1549
[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.134
[4]Schwizer W,Borovicka J,Kunz P,et al.Role of cholecystokinin in the regulation of liquid gastric emptying and gastric motility in humans: studies with the CCK antagonist loxiglumide [J].Gut,1997,41(4):500-504
[5]李冀,李浦媛,刘波.香砂六君子汤的实验研究进展[J].中医药信息,2008,25(2):33-34
[6]张小萍,孙淑君.加味六君子汤对功能性消化不良患者血浆胃动素的影响[J].中医杂志,2002,43(7):517-519
[7]王学武,杨爱萍.香砂六君子汤加减方对功能性消化不良的影响及作用机制研究[J].河北中医,2016,38(6):830-833
[8]张望.四君子汤加味治疗脾虚型 FD 的临床观察及 MLCK 机制探讨[D].广州:广州中医药大学,2014.39

(收稿日期:2018-07-18)

自拟止血方合泮托拉唑治疗急性上消化道出血可行性研究

路毅

(河南省固始县人民医院门诊部 固始 465200)

摘要:目的:探究自拟止血方辅助泮托拉唑治疗急性上消化道出血的临床可行性。方法:选取 2017 年 1 月~2018 年 1 月我院收治的 72 例急性上消化道出血患者作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组 35 例与观察组 37 例。对照组给予泮托拉唑静脉滴注治疗,观察组给予自拟止血方联合泮托拉唑静脉滴注治疗。比较两组的治疗效果、止血时间、出血量、输血量 and 住院时间等指标。结果:观察组的治疗总有效率为 94.59%,明显高于对照组的 77.14%,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组的止血时间和住院时间均明显短于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组的出血量和输血量均明显少于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:自拟止血方辅助泮托拉唑治疗急性上消化道出血效果良好,能有效减少出血量,缩短止血时间和住院时间,且无明显不良反应发生,安全性高。

关键词:急性上消化道出血;自拟止血方;泮托拉唑;止血时间

中图分类号:R573.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.011

急性上消化道出血 (Acute Upper Gastrointestinal Bleeding, AUGIB) 是消化内科常见的急症之一,消化道溃疡、急性胃黏膜病变和恶性肿瘤等均是造成 AUGIB 的主要原因^[1-2]。该症具有发病率高、病死率高和伴随症状多的特点,文献报道称,AUGIB 发生率约为 50/10 万人~150/10 万人^[3]。

治疗 AUGIB 的方法主要是有药物、内镜、介入及手术止血等。近年来,中药在治疗 AUGIB 中取得了较好的效果,代表药物有参三七、冰片、麝香等组成的云南白药^[4]。中医认为 AUGIB 属于“呕血、便血”的范畴,中医文献记录 AUGIB 最早见于《素问·举痛论篇》:“怒则气逆,甚则呕吐。”本文观察了自拟止血

方辅助泮托拉唑治疗急性上消化道出血的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月~2018 年 1 月我院收治的 72 例急性上消化道出血患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组 35 例与观察组 37 例。对照组男 21 例, 女 14 例; 年龄 32~65 周岁, 平均年龄(43.21± 9.76) 周岁; 上消化道出血原因: 胃溃疡 17 例, 急性胃黏膜病变 6 例, 十二指肠溃疡 6 例, 胃底食管静脉曲张 6 例。观察组男 19 例, 女 18 例; 年龄 30~65 周岁, 平均年龄(42.21± 9.05) 周岁; 上消化道出血原因: 胃溃疡 16 例, 急性胃黏膜病变 7 例, 十二指肠溃疡 8 例, 胃底食管静脉曲张 6 例。两组患者的性别、年龄和发病原因等资料相比较, 差异无统计学意义, $P>0.05$, 具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会同意。

1.2 纳入标准 满足急性上消化道出血的诊断标准者^[5]; 出血至入院收治时间间隔不超过 4 h 者; 年龄 18~65 周岁者。

1.3 排除标准 合并有严重的心、肝、肾等重要脏器功能不全的患者; 意识、神志不清者; 不愿签署研究知情同意书者; 对治疗药物过敏或有使用禁忌者。

1.4 治疗方法

1.4.1 基础治疗 两组患者均给予急性上消化道出血相关治疗及护理, 给予平衡液、生理盐水和右旋糖酐等液体补液; 给予生长抑素、血管加压素等药物止血。

1.4.2 对照组 给予泮托拉唑静脉滴注。具体方法: 泮托拉唑 (国药准字 H20067214) 80 mg+0.9%氯化钠溶液 100 ml 快速静脉滴注, 后以 8 mg/h 速度静脉滴注, 治疗时间为 3 d。

1.4.3 观察组 在静脉滴注泮托拉唑的基础上加用自拟止血方辅助治疗。自拟止血方组方: 大黄 10 g, 黄芩、黄连各 10 g, 大蓟、小蓟、侧柏叶、荷叶、山栀、茅根、茜根、牡丹皮、棕榈皮各 9 g, 水煎, 取汁 100 ml, 分早晚 2 次服完, 治疗时间为 3 d。

1.5 观察指标及疗效判定标准 比较两组的治疗效果、止血时间、出血量、输血量 and 住院时间等指标。显效: 患者出血症状和临床体征明显好转, 血压和脉搏恢复正常, 消化道内镜观察下未见活动性出血点, 大便隐血试验阴性; 有效: 患者出血症状和临床体征基本缓解, 血压和脉搏趋于正常, 内镜下可见出血量减少, 大便隐血试验阴性或弱阳性; 无效: 患者出血症状和临床体征无缓解, 或出现加重趋势, 内镜观察

下仍可见活动性出血, 大便隐血试验阳性^[6]。治疗总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS23.0 统计学软件, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验, 满足正态分布的独立资料采用 student- t 检验, 计数资料以%表示, 采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 观察组的治疗总有效率为 94.59%, 明显高于对照组的 77.14%, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
对照组	35	15 (42.86)	12 (34.28)	8 (22.86)	27 (77.14)
观察组	37	21 (56.76)	14 (37.84)	2 (5.40)	35 (94.59)
χ^2					4.580
<i>P</i>					<0.05

2.2 两组止血时间、出血量、输血量 and 住院时间比较 观察组的止血时间和住院时间均明显短于对照组, 差异均有统计学意义, $P<0.05$; 观察组的出血量和输血量均明显少于对照组, 差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组止血时间、出血量、输血量 and 住院时间比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	止血时间(h)	出血量(ml)	输血量(ml)	住院时间(d)
对照组	35	38.54± 5.67	610.23± 54.82	310.20± 34.78	9.65± 0.91
观察组	37	28.65± 3.81	476.43± 51.20	200.33± 28.56	6.12± 0.77
<i>t</i>		8.638	10.688	14.603	17.720
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组不良反应发生情况比较 治疗过程中, 两组患者均未出现心律失常、转氨酶升高、肾功能改变及粒细胞降低等不良反应。

3 讨论

造成急性上消化道出血的原因中, 消化性溃疡约占 41%, 急性胃黏膜病变约占 34.9%^[3]。由于我国病毒性肝炎发病率远高于国外, 所以肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血的发生率也高于国外。在患者急性上消化道出血紧急治疗期(发病 6~48 h), 治疗主要以抗休克和给予止血药物为主。中医认为 AUGIB 的发生是由于机体阴阳失调导致血液不能循经运行, 自口、鼻、眼溢出, 下泻于前后二阴。东汉张仲景在《金匱要略》中明确指出柏叶汤、泻心汤可作为治疗吐血的组方^[7]。

本研究主要观察自拟止血方辅助泮托拉唑治疗 AUGIB 的临床疗效, 结果发现观察组的治疗总有效率为 94.59%, 明显高于对照组的 77.14%, 差异有统计学意义, $P<0.05$; 观察组的止血时间和住院时间

均明显短于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组的出血量和输血量均明显少于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。说明自拟止血方有较好的止血功效。自拟止血方是由大黄、黄芩、黄连、大蓟、小蓟、侧柏叶等中药组成。现代药理学研究认为^[8],大黄素对胃肠道平滑肌收缩有抑制作用,但大黄素在出血和炎症刺激下却可刺激平滑肌收缩,从而起到抑制出血的作用。同时大黄素可抑制腺体过量分泌蛋白酶,使纤维蛋白原的含量提高,促进血液凝固。黄芩不仅具有抗菌、抗炎、抗病毒的作用,动物实验表明^[9],黄芩中含有的黄芩素、黄芩黄酮 II 及白杨素,在特定浓度时均可抑制血小板聚集,并且白杨素对 ADP 诱导的血小板聚集也有抑制作用。中医认为“呕血”患者体内燥火、湿热蕴结,而黄连具有涩肠止泻、清心胃炽热的功效^[7]。大蓟、小蓟中含有的生物碱可在抗纤溶蛋白酶溶解后继续发挥止血的功效。侧柏叶、荷叶、牡丹皮、棕榈皮均有止血、凉血的功效,属性寒凉,对于部分血热的患者效果更佳。而山梔、茅根、茜根经炭制后可产生多种鞣质和乙酸乙酯,对血小板的凝集、凝血系统激活均有一定的促进作用^[10]。上述诸药联合组成的止血方,可起到祛瘀止血的作用;而泮托拉唑作为质子泵抑制剂,能够非特异性抑制 H^+-K^+-ATP 酶活性,使壁细胞分泌 H^+ 减少,从而起到抑制消化道出血的作用。另外,本研究中,两组患者均未出现明显的不良反应,说明自拟止

血方辅助泮托拉唑安全性高。

综上所述,自拟止血方辅助泮托拉唑治疗急性上消化道出血效果良好,能有效减少出血量,缩短止血时间和住院时间,且无明显不良反应发生,安全性高。

参考文献

[1]李晓萍,蒲友敏,屈纪富.急性上消化道出血的病因及相关因素分析[J].现代生物医学进展,2013,13(18):3499-3502
[2]王海燕,顿晓熠,柏愚,等.中国上消化道出血的临床流行病学分析[J].中华消化内镜杂志,2013,30(2):83-86
[3]Wewalka F,Kapral C,Brownstone E,et al.Antibiotic prophylaxis in gastrointestinal endoscopy--recommendations of the Austrian Society of Gastroenterology and Hepatology [J].Z Gastroenterol, 2010,48(10):1225-1229
[4]梁凯,王迎春.老年人急性上消化道出血的诊断及药物选择[J].现代医药卫生,2018,34(3):326-329
[5]周荣斌,林霖.《急性上消化道出血急诊诊疗流程专家共识(修订稿)》的阐释[J].中国全科医学,2015,18(33):4021-4024
[6]陆再英,钟南山.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008.485
[7]阎纳新,李静,冯爱东,等.自拟止血方联合泮托拉唑治疗急性上消化道出血的疗效观察[J].中国中医急症,2015,24(10):1863-1865
[8]王利芳,乔樵,朱曙东.自拟止血方治疗上消化道出血 54 例临床观察[J].浙江中医杂志,2015,50(5):345
[9]张喜荣,黄孝静.中西医结合治疗慢性肝硬化并发急性上消化道出血的疗效分析[J].现代中西医结合杂志,2016,25(10):1074-1076
[10]何仲瑾,李日向.止血散配合西药治疗急性上消化道出血 63 例[J].陕西中医,2014,35(9):1119-1121

(收稿日期: 2018-08-17)

健脾通腑方联合生长抑素治疗急性胰腺炎的疗效分析

李含章

(甘肃省庆阳市第二人民医院中西医结合科 庆阳 745000)

摘要:目的:分析健脾通腑方联合生长抑素治疗急性胰腺炎对髓样细胞触发受体-1(TREM-1)水平和胰腺功能的影响。方法:选取 2015 年 12 月~2018 年 1 月我院收治的急性胰腺炎患者 106 例,根据治疗方法不同分为对照组和观察组,各 53 例。对照组采用常规治疗联合生长抑素治疗,观察组在对照组基础上加用健脾通腑方治疗,分析两组治疗后的临床效果。结果:治疗前,两组中医症状积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组中医症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组 TREM-1、内皮素(ET)、C 反应蛋白(CRP)、胰腺功能指标水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组铜蓝蛋白(CP)、胰岛素(INS)水平均高于对照组,TREM-1、ET、CRP、胰蛋白酶原-2(TPS-2)、脂肪酶(LIP)水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组中转手术率低于对照组,血淀粉酶恢复时间、腹痛缓解时间及住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:健脾通腑方联合生长抑素治疗急性胰腺炎可降低患者 TREM-1、ET、CRP 水平,改善患者胰腺功能,缩短住院时间。

关键词:急性胰腺炎;健脾通腑方;生长抑素;髓样细胞触发受体-1;胰腺功能

中图分类号:R576

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.012

急性胰腺炎是临床常见的急腹症,以胰腺的自身消化为特征,可迅速进展至全身炎症反应综合征、脓毒血症、多器官功能衰竭等严重阶段,具有病情危重、进展迅速、预后不佳等特点^[1]。目前西医临床治

疗急性胰腺炎多采用抑制消化液分泌、抗感染、改善微循环、营养支持、维持水电解质平衡等综合治疗^[2]。生长抑素是人工合成的肽类激素,可有效控制急性胰腺炎病情进展,促进病情转归,降低并发症发生