

清胰汤灌肠联合改良灌肠技术治疗中、重度胰腺炎患者疗效

梁璐 王永宁

(河南省洛阳市第一中医院中药房 洛阳 471000)

摘要:目的:探讨清胰汤灌肠联合改良灌肠技术治疗中、重度胰腺炎患者疗效及对肠道黏膜屏障功能和血清炎症因子水平的影响。方法:选取 2015 年 10 月~2017 年 10 月我院脾胃病科收治的 60 例中、重度胰腺炎患者作为研究对象,根据治疗方式的不同分为对照组和观察组各 30 例。对照组予以中、重度胰腺炎基础治疗,观察组在对照组基础上采用清胰汤灌肠联合改良灌肠技术治疗。比较两组症状体征消失时间、肠道黏膜屏障功能及血清炎症因子指标。结果:观察组腹痛消失时间、腹胀消失时间、排气功能恢复时间以及血、尿淀粉酶恢复正常时间均明显低于对照组($P<0.05$);治疗前,两组肠黏膜功能指标以及血清炎症因子水平比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后,观察组血清 D-乳酸、DAO、内毒素、L/M 值以及血清 IL-6、IL-8、CRP 和 TNF- α 水平均明显低于对照组($P<0.05$)。结论:清胰汤灌肠联合改良灌肠技术治疗中、重度胰腺炎患者疗效显著,可有效改善肠道黏膜屏障功能,降低血清炎症因子水平,值得临床推广应用。

关键词:胰腺炎;中、重度;清胰汤灌肠;改良灌肠技术;肠道黏膜屏障;血清炎症因子

中图分类号:R657.51

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.042

重症胰腺炎是多种因素导致胰酶在胰腺内被激活后引起胰腺组织发生病理损伤的严重炎症反应,临床多见腹痛、恶心、呕吐、发热等症状。据统计^[1],我国重症胰腺炎的病死率高达 36%,急性重症胰腺炎更是外科最凶险的急腹症之一,其中 90%重症胰腺炎患者继发感染是由于肠道细菌移位所致,可引起全身性炎症反应综合征(SIRS)以及多脏器功能障碍综合征(MODS),危及患者生命。本研究旨在探讨清胰汤灌肠联合改良灌肠技术治疗中、重度胰腺炎患者疗效及对肠道黏膜屏障功能和血清炎症因子水平的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 10 月~2017 年 10 月我院脾胃病科收治的 60 例中、重度胰腺炎患者作为研究对象,根据治疗方式的不同分为对照组和观察组各 30 例。对照组男 17 例,女 13 例;年龄 20~65 岁,平均年龄(42.3±7.6)岁。观察组男 16 例,女 14 例;年龄 21~64 岁,平均年龄(41.4±7.5)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究已经通过医院伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)符合中国医学会最新胰腺病学组制定的《胰腺炎诊治标准》标准;(2)A-PACHE II 评分 >8 分;(3)签署知情同意书。排除标准:(1)妊娠期或哺乳期妇女;(2)近期应用皮质醇类药物者;(3)合并严重代谢疾病、MODS、急慢性肠道疾病及恶性肿瘤者;(4)符合外科手术指征者;(5)对本次研究所用药物过敏者。

1.3 治疗方法 对照组予以予以中、重度胰腺炎基础治疗,包括禁食、胃肠减压、补液、抑制胰腺分泌、抗感染、纠正电解质紊乱、解痉止痛等对症支持治疗。观察组在对照组基础上采用清胰汤灌肠联合改

良灌肠技术治疗。清胰汤组方:大黄、枳实、厚朴、栀子、芒硝、柴胡、黄芩各 10 g。水煎取汁 200 ml,用无菌纱布过滤后放置沉淀,待药温降至 38~40℃后灌入医用排便清肠器,连接带导丝的导尿管,做好高位保留灌肠的准备。患者取左侧卧位,床尾摇高至 30°倾斜,嘱患者放松后,润滑导尿管并将其插入肛门约 30 cm,插管动作勿快,轻柔缓慢,以 20~30 ml/min 的速度注入清胰汤,灌注完毕后取出导尿管,保持 1.5 h 以上,便于药物充分吸收,注意每次灌肠前后均需清洗肛门,避免感染。两组均治疗 1 周。

1.4 观察指标 (1)观察两组症状及体征恢复时间,包括腹痛消失时间、腹胀消失时间、排气功能恢复时间以及血、尿淀粉酶恢复时间。(2)比较两组治疗前后血清炎症因子变化,包括 IL-6、IL-8、CRP 以及 TNF- α 。(3)比较两组治疗前后肠黏膜功能指标变化,包括血清 D-乳酸、二胺氧化酶(DAO)、内毒素以及乳果糖/甘露醇(L/M)值。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS19.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料用率表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组症状及体征恢复时间比较 观察组腹痛消失时间、腹胀消失时间、排气功能恢复时间以及血、尿淀粉酶恢复正常时间均明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组症状及体征恢复时间比较($d, \bar{x} \pm s$)

组别	n	腹痛消失时间	排气功能恢复时间	腹胀消失时间	血淀粉酶恢复时间	尿淀粉酶恢复时间
观察组	30	3.78±0.61*	4.86±0.82*	3.16±0.60*	3.62±0.73*	6.62±1.12*
对照组	30	5.69±1.52	6.23±1.52	5.22±0.85	8.36±1.68	8.21±1.27

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后血清炎症因子指标比较 治疗

前, 两组血清炎症因子水平比较无显著差异, $P > 0.05$; 治疗后, 观察组血清 IL-6、IL-8、CRP 和 TNF- α

水平均明显低于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组治疗前后血清炎症因子指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TNF- α (ng/L)		IL-8(ng/L)		CRP(mg/L)		IL-6(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	86.13 \pm 10.84	38.01 \pm 12.24 [#]	11.84 \pm 1.52	3.69 \pm 1.24 [#]	55.28 \pm 8.47	9.15 \pm 2.18 [#]	109.57 \pm 15.34	59.75 \pm 6.83 [#]
对照组	30	86.08 \pm 10.82	47.36 \pm 15.42 [*]	11.73 \pm 1.58	5.21 \pm 1.71 [*]	56.74 \pm 9.25	14.32 \pm 3.46 [*]	112.85 \pm 16.37	91.74 \pm 11.62 [*]

注: 与同组治疗前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [#] $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗前后肠黏膜功能指标比较 治疗前, 两组肠黏膜功能比较无显著差异, $P > 0.05$; 治疗后, 观察组血清 D- 乳酸、DAO、内毒素及 L/M 值明显低于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组治疗前后肠黏膜功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	D- 乳酸 (mmol/L)	DAO (U/L)	内毒素 (Eu/ml)	L/M 值
观察组	30	治疗前	12.50 \pm 1.52	18.12 \pm 1.26	1.92 \pm 0.48	0.39 \pm 0.12
		治疗后	5.32 \pm 0.72 [#]	4.52 \pm 0.55 [#]	0.58 \pm 0.18 [#]	0.14 \pm 0.03 [#]
对照组	30	治疗前	12.30 \pm 1.48	17.56 \pm 1.26	1.91 \pm 0.51	0.38 \pm 0.12
		治疗后	7.28 \pm 0.62 [*]	9.62 \pm 0.65 [*]	1.02 \pm 0.19 [*]	0.26 \pm 0.09

注: 与同组治疗前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [#] $P < 0.05$ 。

3 讨论

中重度胰腺炎患者病情发展迅速, 且多合并严重并发症, 若未能及时、有效控制病情进展, 可能危及患者生命。目前, 胰腺炎的发病机制尚未完全明确, 但已知胰腺组织损伤过程中, 多种炎症介质被激活以及氧自由基损伤均可引起胰腺血液循环障碍, 导致急性胰腺炎的发生和发展, 严重者可能导致 SIRS 及 MODS 的发生, 故阻断炎症反应进程以及清除氧自由基具有积极治疗意义^[2]。炎性因子参与了肠道黏膜屏障功能的破坏, 机体并发感染时, 肠道黏膜屏障功能受损, 肠道通透性增加, 体内细菌和内毒素能够顺利穿过受损的肠道黏膜, 进入全身的血液循环, 引起内源性炎症反应, 进一步加重感染, 此为引起中重度胰腺炎患者胰腺发生继发性细菌感染或胰腺坏死的重要因素。目前西医治疗多采用抗炎、补液、抑制胰液分泌等对症支持治疗, 但仍然有较高的死亡率^[4]。

胰腺炎属中医学“脾心痛、结胸”等范畴。重度胰腺炎以湿热蕴结或实热为主, 主要表现为腑气不通。体内正虚邪盛, 致气血逆乱, 胃脾内热盛, 热化生火而入营血, 胃热化火, 迫引血逆行; 火热相结, 结胸实里; 热血相搏, 血瘀腐脓或血结凝块, 久病伤正, 兼耗阴阳。故本病多主脾胃实热症, 结、热、瘀为本病之机理, 应以通里攻下、清热解毒、活血祛瘀为治疗原则^[3]。近年来随着中医药对胰腺炎治疗研究的发展, 证实了清胰汤对胰腺炎的积极治疗意义。清

胰汤中, 大黄具有泄热通腑、清热燥湿的作用; 金银花、黄芩具有清热解毒泻下的作用; 柴胡、白芍疏肝理气; 木香行气止痛。全方药物相辅相使, 疏泄湿热瘀结、缓急止痛。现代药理研究表明^[5], 大黄可抑制炎症因子的释放, 促进肠蠕动, 提高机体免疫功能; 黄芩具有抗胰酶的功效; 柴胡则可增强机体免疫力。实验表明^[6], 清胰汤还可以保护肠道黏膜, 减少肠道菌群移位引发的感染。此外, 采用改良灌肠技术进行灌肠治疗, 可以减少药物外溢, 延长药物在肠道内的停留时间, 达到有效的吸收和利用, 从而提高临床疗效, 避免传统灌肠技术保留药物时间短的缺点, 极大提高了药物的利用率^[7]。

本研究结果显示, 观察组腹痛消失时间、腹胀消失时间、排气功能恢复时间以及血尿酸淀粉酶恢复正常时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$); 治疗前, 两组肠黏膜功能指标以及血清炎症因子水平比较无显著性差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组血清 D- 乳酸、DAO、内毒素、L/M 值以及血清 IL-6、IL-8、CRP 和 TNF- α 水平均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。说明清胰汤灌肠联合改良灌肠技术治疗中、重度胰腺炎患者疗效显著, 可有效改善肠道黏膜屏障功能, 降低血清炎症因子水平, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 沈剑彬, 王宗立. 中药保留灌肠在重症胰腺炎急性期的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 31(18): 1831-1833
- [2] 张芬, 杨柳, 王浩, 等. 急性胰腺炎的研究进展[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(15): 2983-2986
- [3] 崔云峰, 屈振亮, 齐清会, 等. 重症急性胰腺炎中西医结合诊治指南 (2014 年, 天津)[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2014, 31(4): 460-464
- [4] 栾玉杰, 刘芙蓉, 要跟东, 等. 重症胰腺炎治疗效果研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(5): 521-522
- [5] 张正良, 白郑海, 杜立峰, 等. 清胰汤联合 DAR 治疗急性胰腺炎的临床疗效[J]. 中华急诊医学杂志, 2013, 22(7): 760-764
- [6] 李敏, 林思思, 沈利, 等. 清胰汤 II 号冲剂对急性胰腺炎小鼠的保护作用及机制[J]. 中国病理生理杂志, 2015, 31(7): 1282-1287
- [7] 徐洪莲, 杜丽华, 刘燕芳, 等. 改良灌肠器在远端造口肠道准备中的应用[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(7): 642-643

(收稿日期: 2018-06-12)