

果。哌拉西林舒巴坦为哌拉西林和舒巴坦按一定比例配制而成的复合性药剂,其中哌拉西林为青霉素类广谱抗生素,通过影响细胞壁的合成发挥抗菌作用,对革兰阴性菌、革兰阳性菌均有良好的抗菌作用,且对人体几乎无毒。舒巴坦系 β - 内酰胺酶抑制剂,具有活性弱、不可逆性等特点,与哌拉西林共同作用抑制细菌体内 β - 内酰胺酶合成,对多种病原体均有较好的治疗效果。本研究结果表明,观察组临床总有效率明显高于对照组,治疗后的各项临床症状及相关实验室检查指标恢复正常时间均明显低于对照组,表明哌拉西林舒巴坦联合左氧氟沙星治疗可产生协同效应,增强抗菌效果,促进病情恢复。

在肺炎发病过程中有多种炎症细胞及炎症递质共同参与,TNF- α 是与肺炎形成密切相关的一种炎症反应标志物,主要由单核巨噬细胞分泌,可促进炎症细胞发生聚集与黏附,诱发慢性炎症反应;IL-6 是由免疫细胞、非免疫细胞等多种细胞因子分泌的炎症介质,可诱导肝细胞分泌急性反应蛋白,增强宿主自身破坏炎症反应;sICAM-1 系免疫球蛋白超家族成员之一,可调节白细胞与血管内皮间的黏附,诱

发过量炎症递质及相关细胞因子在气道内释放,引起支气管和肺脏损伤,进一步加重病情。本研究结果显示,与对照组相比,观察组治疗后血清 TNF- α 、IL-6、sICAM-1 水平均明显较低,提示联合给药能够有效抑制老年肺炎患者高炎症状态。综上所述,哌拉西林舒巴坦联合左氧氟沙星治疗老年肺炎疗效确切,可有效抑制机体高炎症状态,促进患者较快恢复。

参考文献

[1]栾禹博,侯嘉娜.哌拉西林舒巴坦钠、左氧氟沙星联合热毒宁治疗社区获得性肺炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(13):1448-1450
[2]李荣琳.白虎加人参汤联合哌拉西林舒巴坦治疗老年重症肺炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(2):185-187
[3]殷波,吴艳,郁昊达,等.哌拉西林舒巴坦联合莫西沙星治疗社区获得性肺炎的临床观察[J].现代生物医学进展,2016,16(32):6305-6308
[4]时俊霞,秦文婧,徐欣,等.头孢哌酮 / 舒巴坦治疗老年社区获得性肺炎的疗效及对炎症因子水平的影响[J].中华医院感染学杂志,2016,26(16):3690-3692
[5]马丽苹,徐若华,詹秀玲,等.比阿培南联合左氧氟沙星治疗老年重症肺炎的临床效果观察[J].临床误诊误治,2017,30(12):83-86

(收稿日期: 2018-09-14)

清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎患者的有效性观察

闫凤

(河南开封市中医院 ICU 开封 475000)

摘要:目的:观察清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎患者的有效性。方法:选取 2014 年 1 月~2018 年 9 月我院收治的 82 例重症急性胰腺炎患者作为研究对象,随机分为对照组与观察组,每组 41 例。对照组采用常规西药治疗,观察组在对照组的基础上加用清胰承气汤治疗,比较两组的治疗效果。结果:治疗后,观察组的血清淀粉酶、白细胞介素 -6(IL-6)和肿瘤坏死因子 - α (TNF- α)水平均低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组的腹痛消失时间、排气时间和住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组的病死率为 0.00%,低于对照组的 14.63%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎,可促进患者尽快排气,缓解腹痛。

关键词:重症急性胰腺炎;清胰承气汤;西药

中图分类号:R657.51

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.009

急性胰腺炎是指胰腺内胰酶被激活,导致胰腺组织出现自身消化、水肿、出血甚至坏死。近年来,急性胰腺炎的发病率呈逐年增加的趋势。李力等^[1]报道称,大多数轻度急性胰腺炎患者,预后良好;重症急性胰腺炎患者常伴持续性脏器衰竭或胰腺组织坏死,病死率高达 20%~30%,故重症急性胰腺炎应尽早治疗。《中国急性胰腺炎诊治指南》^[2]指出,治疗重症急性胰腺炎时,应注意维护脏器功能。这时可以采用中医中药治疗,中药制剂可降低血管通透性,抑制巨噬细胞、中性粒细胞等炎症细胞的活化,清除体内毒素。重症急性胰腺炎在中医中属于“腹痛”范畴,且中医辨证论治治疗重症急性胰腺炎的效果已

得到肯定。本文旨在观察采用清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月~2018 年 9 月我院收治的 82 例重症急性胰腺炎患者作为研究对象,随机分为对照组与观察组,每组 41 例。观察组男 27 例,女 14 例;年龄 30~73 岁,平均年龄 (53.96 $\pm$ 11.48) 岁;发病时间 3~36 h,平均发病时间 (14.28 $\pm$ 3.12) h;胆源性 28 例,非胆源性 13 例;平均急性生理与慢性健康评分 (APACHE- II) 评分为 (13.48 $\pm$ 4.12) 分。对照组男 26 例,女 15 例;年龄 30~72 岁,平均年龄 (54.18 $\pm$ 11.52) 岁;发病时间 3~35 h,平均

发病时间(14.30± 3.08) h;胆源性 30 例,非胆源性 11 例;平均 APACHE-Ⅱ评分为(13.50± 4.11)分。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。本研究符合医院医学伦理委员会审批标准。

1.2 纳入标准 伴急性、突发性、剧烈上腹疼痛,呈背部放射的患者;血清淀粉酶超过正常值 3 倍以上者;符合《急性胰腺炎诊治指南(2014 版)》^[3]中重症急性胰腺炎诊断标准者;自愿参加本研究并签署了知情同意书者。

1.3 排除标准 妊娠期或哺乳期女性;儿童;伴恶性肿瘤,预计生存期≤3 个月者;伴严重慢性脏器功能衰竭者;精神异常或有认知障碍者;中途退出研究者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 采用常规西医治疗。患者入院后,及时给予心电监护、吸氧、镇痛、纠正休克、胃肠减压和维持水电解质平衡等治疗;将生长抑素(国药准字 H20066708)3 mg 加入 0.9%氯化钠溶液 500 ml 中,静脉滴注 12 h;并将 100 000 U 乌司他丁注射液(国药准字 H20040476)加入 10%葡萄糖注射液 250 ml 中,静脉滴注,2 次/d;静脉注射奥美拉唑(国药准字 H20056108)40~80 mg,1 次/d;补液扩容,维持有效

血容量,并给予营养支持;给予抗生素防止感染。

1.4.2 观察组 在对照组的基础上加用清胰承气汤治疗。清胰承气汤组方:大黄、厚朴、枳实、白芍、木香、山栀各 10 g,柴胡 12 g,延胡索、红藤、丹参各 15 g,1 剂/d,加水煎煮取药汁 200 ml,分 2~4 次经胃管注入,连续给药 12 d。

1.5 观察指标 (1)检测两组患者治疗前后的血清淀粉酶、白细胞介素-6(IL-6)和肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平并比较;(2)比较两组的腹痛消失时间、排气时间和住院时间;(3)比较两组患者的病死率。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的血清淀粉酶、IL-6 和 TNF- α 水平比较 治疗前,两组患者的血清淀粉酶、IL-6 和 TNF- α 水平相比较,差异均无统计学意义, $P>0.05$;治疗后,两组患者的血清淀粉酶、IL-6 和 TNF- α 水平均显著降低,且观察组的上述指标水平低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后的血清淀粉酶、IL-6 和 TNF- α 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血清淀粉酶(U/L)		IL-6(pg/ml)		TNF- α (ng/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	1 501.85± 215.94	125.42± 25.74	132.25± 18.49	24.36± 5.71	178.35± 24.02	24.39± 8.24
对照组	41	1 498.36± 218.38	285.97± 36.25	133.02± 18.58	42.45± 6.71	176.49± 25.12	58.71± 8.36
t		0.073	23.123	0.188	13.001	0.343	18.721
P		0.471	0.000	0.426	0.000	0.366	0.000

2.2 两组腹痛消失时间、排气时间和住院时间比较 观察组的腹痛消失时间、排气时间和住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组腹痛消失时间、排气时间和住院时间比较($d, \bar{x} \pm s$)

组别	n	腹痛消失时间	排气时间	住院时间
观察组	41	2.61± 1.20	2.89± 1.35	11.05± 2.46
对照组	41	4.71± 1.34	5.13± 1.47	15.89± 2.50
t		7.475	7.186	8.836
P		0.002	0.000	0.000

2.3 两组患者的病死率比较 观察组未出病死案例,对照组病死 6 例,观察组的病死率为 0.00%,低于对照组的 14.63%,差异有统计学意义, $\chi^2=4.496$, $P=0.034<0.05$ 。

3 讨论

据李静等^[4]报道,重症急性胰腺炎占急性胰腺炎发病率的 43%~50%,其全身炎症反应期和感染期为死亡高峰期。重症急性胰腺炎早期为全身炎症反

应期,此时机体处于免疫过激状态;重症急性胰腺炎后期为全身感染期,机体处于免疫抑制状态。所以,机体炎症反应和免疫状态在重症急性胰腺炎的发生、发展过程中占据着重要的作用。

中医治疗重症急性胰腺炎的历史悠久,该病归属于中医中的“腹痛、阳明腑实证”等范畴,循证医学已对中医药治疗重症急性胰腺炎的效果进行了肯定,临床普遍接受“禁食不禁中药”的原则。重症急性胰腺炎进展期,因外感六淫,饮食不节等因素,致邪气瘀滞、肝胆不利,湿气郁结、蕴于中焦,酿生热毒,形成血瘀。1963 年,马赛会议制定了关于胰腺炎的国际分类法后,临床对急性胰腺炎的诊治指南有诸多报道,但因急性胰腺炎医学和病理变化复杂,各国关于急性胰腺炎的诊治标准不一致。单纯西医治疗该病效果欠佳,经过多年的临床实践和研究发现,中西医结合治疗可取得显著的临床效果。《重症急性胰

腺炎中西医结合诊治指南》^[5]指出,中医药治疗重症急性胰腺炎应辨证论治,全身感染期、热毒炽盛者,免疫典型失调,极易诱发全身多脏器功能衰竭,治疗原则宜清热解毒、活血化瘀、通里攻下、益气营血。

清胰承气汤结合清胰汤和大承气汤的基本方,方中大黄具攻积滞、清湿热、泻火凉血、祛瘀解毒的功效;厚朴行气化湿、温中止痛;枳实具有消痰癖、祛停水、逐宿食、破结胸、通便闭的功效;白芍平肝止痛、养血调经、敛阴止汗;木香行气止痛、健脾消食;山栀清热泻火、解毒凉血;柴胡可和解表里、疏肝升阳;延胡索行气止痛、活血散瘀;红藤通经活络、散瘀止痛、理气行血;丹参活血祛瘀、通经止痛、凉血消痛、全方共奏行气活血、温中止痛、活血化瘀的功效。在现代药理研究中,大黄可抑制单核巨噬细胞释放炎症细胞因子,减轻机体炎症反应和靶器官损害,增强胃肠道蠕动功能,改善机体免疫功能^[6];丹参能改善血液流变学异常状态,促进血液流动,增加局部血流灌注,改善机体微循环,促进胰腺组织恢复正常^[7]。

本研究结果显示,治疗后,观察组的血清淀粉酶、IL-6 和 TNF-α 水平均低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组的腹痛消失时间、排气时间和住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义,

$P<0.05$ 。说明清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎,可发挥抗炎镇痛作用,减轻机体炎症反应,促进患者腹痛尽快消失,恢复排气。而且观察组的病死率为 0.00%,低于对照组的 14.63%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。说明中西医结合治疗重症急性胰腺炎患者,可促进免疫恢复,降低病死率,提高治疗效果。综上所述,清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎,可降低机体炎症反应,缩短患者腹痛时间,促进患者尽快排气。

参考文献

[1]李力,黄玲,徐萍,等.重症急性胰腺炎预后危险因素分析[J].中华胰腺病杂志,2015,15(3):150-153
[2]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,上海)[J].中国实用内科杂志,2013,33(7):73-78
[3]中华医学会外科学分会胰腺外科学组.急性胰腺炎诊治指南(2014 版)[J].中华消化外科杂志,2015,14(1):1-5
[4]李静,傅强,余杨梓.清肺承气颗粒对重症急性胰腺炎患者感染期免疫反应的影响[J].山东医药,2014,54(8):9-11
[5]中国中西医结合学会普通外科专业委员会.重症急性胰腺炎中西医结合诊治指南(2014 年,天津)[J].临床肝胆病杂志,2015,31(3):327-331
[6]张博,朱建光.浅析大黄在《伤寒杂病论》中的应用及其现代药理机制[J].中医学报,2017,32(5):766-769
[7]胡波,范红伟,马广骏.丹参有效单体 IH764-3 药理作用研究及其临床应用前景述评[J].白求恩医学杂志,2016,14(2):233-235

(收稿日期:2018-11-17)

七味胃痛胶囊合雷贝拉唑四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡疗效

王晓娜

(河南省郑州市第三人民医院消化内科 郑州 450000)

摘要:目的:观察七味胃痛胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌(HP)阳性胃溃疡患者的疗效。方法:选取 2016 年 7 月~2018 年 2 月我院收治的 103 例 HP 阳性胃溃疡患者作为研究对象,根据治疗方案的不同分为对照组 51 例和研究组 52 例。对照组采取雷贝拉唑四联疗法治疗,研究组在对照组的基础上加用七味胃痛胶囊治疗,比较两组的疗效、中医证候积分、不良反应发生率、HP 根除率和复发率。结果:研究组的总有效率为 98.08%,高于对照组的 84.31%,差异有统计学意义, $P<0.05$;治疗 6 周后,两组的中医证候积分均较治疗前降低,且研究组的中医证候积分低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;研究组的 HP 根除率为 96.15%,高于对照组 82.35%,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组的不良反应发生率和复发率相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。结论:采取七味胃痛胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡患者,能提高 HP 根除率,改善患者的中医证候积分,临床疗效显著,且不良反应发生率和复发率均较低。

关键词:胃溃疡;幽门螺杆菌;七味胃痛胶囊;雷贝拉唑四联疗法

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.010

胃溃疡属发病率和复发率均较高的疾病,有数据显示,胃溃疡的总发生率为 11.6%,复发率为 69.5%,防治形势异常严峻^[1]。幽门螺杆菌(HP)感染、胃蛋白酶和胃液消化作用是胃溃疡发病的主要因素,其主要临床表现为胃灼热、食欲降低、反酸、嗝气、上腹胀满和疼痛等,极大地影响了患者的日常学习、工作和生活。近年来,随着中医对胃溃疡病理机

制研究的不断深入,使中医治疗胃溃疡获得了较大突破。本研究旨在观察七味胃痛胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡患者的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 7 月~2018 年 2 月我院收治的 103 例 HP 阳性胃溃疡患者作为研究对