

3 讨论

近年来微创技术不断推行,腹腔镜胆囊切除术逐渐用于临床治疗中,并取得较好效果。但腹腔镜手术仍存在其不足之处,例如术中需建人工气腹,CO₂气腹会使得患者腹内压增高,导致血流动力学改变以及肝、肺等重要脏器损害等。亦有研究显示,腹腔镜手术会对机体肾脏产生一过性损害,其原因主要与 CO₂ 气腹压力压迫肾脏血管及肾组织,导致肾血流量减少密切相关^[3-4]。本研究结果显示,术前,两组 SCr、BUN 水平比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后 1 d, 两组 SCr、BUN 水平均较术前明显升高,但实验组升高幅度小于对照组 ($P < 0.05$); 术后 3 d, 两组 SCr、BUN 水平逐渐回落, 组间差异显著,且实验组已恢复至术前水平 ($P < 0.05$)。说明对腹腔镜胆囊切除术老年患者术前给予右美托咪定静脉预注,能够在一定程度上保护患者肾功能。

老年患者因年龄增长,身体机能逐渐衰退,脏器储备功能较差,手术耐受较差,术中手术创伤、气管拔管等刺激均可造成手术失败,对手术效果、术后恢复造成一定影响^[5]。手术在全麻下进行,气腹后腹内压上升、气管插管、拔管、手术创伤等均会刺激患者,引发一系列应激反应,其中全麻拔管为造成围术期应激反应的重要原因。右美托咪定为 α 受体激动剂,可选择性对中枢神经、 α 受体进行激活,有效对去甲肾上腺素释放进行抑制,降低交感神经活性,促

使血浆内儿茶酚胺浓度下降,进而起到显著的镇静、催眠作用。本研究实验组拔管即刻、拔管后 10 min 的 HR 水平明显低于参照组 ($P < 0.05$); 实验组拔管即刻 SpO₂ 水平明显高于参照组,拔管即刻 MAP 水平明显低于参照组 ($P < 0.05$); 拔管即刻、拔管后 10 min、拔管后 30 min, 两组血清皮质醇、肾上腺素、IL-6、CRP 水平均明显升高,但实验组上述指标均明显低于参照组 ($P < 0.05$)。说明右美托咪定可维持血流动力学平稳,减轻应激反应。而降低患者应激反应,稳定术中血流动力学,可能是右美托咪定在老年患者腹腔镜胆囊切除术中发挥肾功能保护作用的重要机制。综上所述,对腹腔镜胆囊切除术老年患者术前给予右美托咪定静脉预注,安全有效,可发挥理想的镇静效果,保护肾功能,维持血流动力学稳定,减轻应激反应,值得临床应用及推广。

参考文献

[1]张百军,郑旻,郑君刚,等.右美托咪定对老年腹腔镜胆囊切除患者围术期肾功能的影响[J].现代实用医学,2014,26(3):316-317
 [2]张力,袁军.右美托咪定对老年患者腹腔镜胆囊切除围术期血流动力学及早期认知功能的影响[J].医学临床研究,2014,31(9):1827-1829
 [3]吴敏仙,汪建胜.右美托咪定对腹腔镜胆囊切除术围术期氧化应激的影响[J].蚌埠医学院学报,2016,41(2):197-199
 [4]李依麦.不同剂量右美托咪定对老年 LC 患者围术期血流动力学及心率变异性的影响[J].医学临床研究,2017,34(7):1420-1422
 [5]路圣成,徐萍,赵小娟.右美托咪定对腹腔镜胆囊切除术患者七氟烷麻醉复苏期躁动的影响[J].医学综述,2016,22(9):1777-1780

(收稿日期: 2019-06-23)

活血清胰汤灌肠辅助手术治疗肝郁气滞型急性重症胰腺炎

李权

(河南省南阳市第一人民医院普外科 南阳 473000)

摘要:目的:研究活血清胰汤灌肠辅助手术治疗肝郁气滞型急性重症胰腺炎的效果。方法:将 2018 年 3 月~2019 年 3 月收治的 60 例急性重症胰腺炎患者依据随机数字表法分为对照组和观察组各 30 例。对照组采取手术治疗,观察组在对照组基础上联合活血清胰汤灌肠治疗。比较两组临床疗效及炎症因子水平改善情况。结果:观察组治疗总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗 1 周后,两组 C 反应蛋白、白细胞介素-10、白细胞介素-8、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- α 水平均较治疗前明显降低,且观察组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。结论:活血清胰汤灌肠辅助手术治疗肝郁气滞型急性重症胰腺炎,能够显著提升临床疗效,大幅改善患者炎症因子水平,值得临床推广。

关键词:急性重症胰腺炎;活血清胰汤;内镜逆行胰胆管造影术;灌肠

中图分类号:R657.51

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.012

临床上将急性胰腺炎合并多脏器功能衰竭的情况称之为重症胰腺炎,其病情进展非常快,并发症多,病死率高^[1]。重症胰腺炎临床多表现为腹痛、高热、恶心、黄疸等,部分患者可引发休克、腹膜炎等严重并发症,危及生命安全^[2-3]。目前,中西医结合治疗胰腺炎的相关研究越发深入,基于此,我院采用活血清胰汤灌肠辅助手术治疗肝郁气滞型急性重症胰腺

炎,并开展相关研究,以明确中西医结合疗法临床价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 3 月~2019 年 3 月我院收治的 60 例急性重症胰腺炎患者为研究对象,依据随机数字表法分为对照组和观察组各 30 例。观察组男 18 例,女 12 例;年龄 26~69 岁,平均年龄

(45.52±10.38)岁;体质量 67~113 kg,平均体质量 (87.80±15.54) kg;病程 4~22 h,平均病程 (13.27±5.50) h;致病原因:酗酒 14 例,暴饮暴食 12 例,胆源性 4 例。对照组男 17 例,女 13 例;年龄 25~68 岁,平均年龄(45.69±9.87)岁;体质量 65~110 kg,平均体质量 (87.95±14.81) kg;病程 5~23 h,平均病程 (13.35±5.28) h;致病原因:酗酒 13 例,暴饮暴食 11 例,胆源性 6 例。两组患者性别、年龄、病程及致病原因等一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。本研究在经过本院医学伦理委员会同意后开展。

1.2 纳入标准 (1)符合西医《急性胰腺炎诊治指南》中相关诊断标准^[4]。(2)符合中医《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)》中肝郁气滞型胃脘痛诊断标准^[5]。主症:胃脘胀痛,冷痛暴作,泛吐清水;次症:手足不温,灼热不适,畏寒喜暖,神倦乏力;舌脉:苔薄白,脉弦。(3)对本研究所用药物无过敏史,并顺利通过治疗前试敏实验。(4)患者及其家属签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)存在沟通障碍或伴有严重精神疾病患者。(2)合并免疫系统疾病或凝血功能障碍患者。(3)服药依从性较差或中途退出患者。

1.4 治疗方法 对照组接受内镜逆行胰胆管造影术治疗。全麻,取平卧位,十二指肠镜插入十二指肠降部后寻找肠乳头,插入造影导管至乳头开口部,注入造影剂后行 X 线探查,寻找病灶位置并在内镜下治疗,术后常规进行抗感染、营养支持及解痉止痛治疗,并定期进行鼻胆管引流。观察组在此基础上联合活血清胰汤灌肠治疗。组方:大黄 20 g(后下),芒硝 10 g(冲服),黄芩 10 g,木香 10 g,柴胡 15 g,白芍 15 g,黄连 10 g,赤芍 15 g,丹参 15 g。煎煮去渣,留存 400~500 ml 药液进行灌肠,1 次/d,连续治疗 1

周。

1.5 观察指标 (1)观察两组临床疗效。参照《急性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见》^[6]中相关内容制定疗效标准:患者黄疸、腹痛、高热等临床症状完全消失,且炎症因子水平改善 $>50\%$,为显效;患者上述临床症状显著好转,炎症因子水平改善 $20\%~50\%$,为有效;患者上述临床症状无明显好转,炎症因子水平改善 $<20\%$,或病情加重,为无效。(2)观察两组治疗前及治疗 1 周后炎症因子水平变化。清晨患者处空腹状态下取静脉血 4 ml,离心,分离得到血清,使用桂林优利特医疗电子有限公司生产的 URIT-8036 型全自动生化分析仪测定 C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-10(IL-10)、白细胞介素-8(IL-8)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。

1.6 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率显著高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	10(33.33)	13(43.33)	7(23.33)	23(76.67)
观察组	30	19(63.33)	10(33.33)	1(3.33)	29(96.67)
χ^2					3.606
P					0.023

2.2 两组炎症因子水平比较 治疗前,两组 CRP、IL-10、IL-8、IL-6、TNF- α 水平比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;治疗 1 周后,两组 CRP、IL-10、IL-8、IL-6、TNF- α 水平均较治疗前明显降低,且观察组显著低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	CRP(mg/L)	IL-10(ng/L)	IL-8(ng/L)	IL-6(ng/L)	TNF- α (ng/L)
对照组	30	治疗前	72.19±15.46	141.63±20.96	238.77±52.19	103.83±27.71	151.25±23.88
观察组	30	治疗前	73.64±16.75	143.60±20.54	240.96±55.64	104.74±25.65	152.30±23.67
t			0.348	0.368	0.157	0.132	0.171
P			0.729	0.714	0.876	0.895	0.865
对照组	30	治疗 1 周后	37.22±15.10	87.99±18.54	101.18±18.20	61.69±26.78	54.73±10.06
观察组	30	治疗 1 周后	24.60±15.58	72.01±18.30	85.61±17.96	39.14±26.09	46.06±10.38
t			3.186	3.360	3.335	3.304	3.285
P			0.002	0.001	0.002	0.002	0.002

3 讨论

急性重症胰腺炎临床特点为进展迅速、病情严重且预后不佳,手术治疗能够显著减轻临床症状,但长期疗效不佳。近年来,中西医结合疗法逐渐成为主流趋势,中医学认为急性胰腺炎属于“膈痛、脾心

痛、胃脘痛”范畴,其病机为跌扑损伤、虫石内积、酒食不节、感受外邪等,以瘀、毒、湿、热为主要病情演变,因此治疗应遵循疏肝理气、清热解毒、泻实通下、活血化瘀等原则^[7]。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率显著高

于对照组 ($P < 0.05$)；治疗 1 周后，两组 CRP、IL-10、IL-8、IL-6、TNF- α 水平均较治疗前明显降低，且观察组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。说明活血清胰汤灌肠辅助手术治疗肝郁气滞型急性重症胰腺炎，能够显著提升临床疗效，大幅改善炎症因子水平，利于患者预后。分析其原因在于，活血清胰汤方中黄芩味苦性寒，归肺、胆、脾、小肠、大肠经，主治高热烦渴、胸闷呕恶、黄疸痞满，可达止血解毒、清热燥湿之功效，为君药；木香味苦性温，归脾、胃、胆、三焦、大肠经，主治胸脘胀痛、食积不消，可调中导滞、行气止痛；柴胡味辛性寒，归肝、胆、肺经，治胸胁胀痛，可达退热截疟、和解表里之功；白芍味甘性温，解毒镇痉、祛风除湿，与木香、柴胡同为臣药；赤芍味苦性寒，归肝经，散瘀止痛，清热凉血，可治癥瘕腹痛、肝郁胁痛；丹参味苦性寒，归心、肝经，通经止痛、活血祛瘀，用于疮疡肿痛、腕腹胁痛；大黄味苦性寒，归心、肝、脾、胃经，可治湿热黄疸、肠痈疔疮、积滞腹痛；芒硝味咸性寒，归胃、大肠经，润燥软坚，主治积滞腹痛，与赤芍、丹参、大黄同为佐药；黄连味苦性寒，归心、脾、胃、肝、胆、大肠经，泻火解毒、清热燥湿，可治呕吐吞酸、黄疸泻痢，为使药。以上诸药共用可达退热截疟、行气止痛、调中导滞、和解表里之功^[8-9]。现代药理学研究发现，柴胡主要含有多糖、柴胡皂苷、挥

发油、腺苷、色氨酸等化学成分，具有免疫调节、抗肝损伤、保护胃黏膜等作用^[10]。综上所述，活血清胰汤灌肠辅助手术治疗肝郁气滞型急性重症胰腺炎的效果显著，值得临床推广应用。

参考文献

[1]谢红,张雅卫,吴丹阳.重症急性胰腺炎继发胰腺感染的临床特点和影响因素分析[J].中华医院感染学杂志,2019,29(5):730-733
 [2]侯建明.早期内镜治疗胆源性急性胰腺炎的临床效果观察[J].现代诊断与治疗,2017,28(13):2517-2519
 [3]张玉,张莹,余曦,等.微创穿刺引流治疗重症急性胰腺炎的临床疗效分析[J].贵州医药,2018,42(3):326-327
 [4]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[J].中国实用外科杂志,2015,35(1):4-7
 [5]中华中医药学会脾胃病分会.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(9):4085-4088
 [6]李军祥,陈諳,唐文富.急性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(12):901-909
 [7]李含章.健脾通腑方联合生长抑素治疗急性胰腺炎的疗效分析[J].实用中西医结合临床,2018,18(10):25-28
 [8]赵洪涛.活血清胰汤灌肠辅助经内镜逆行性胆胰管造影术治疗肝郁气滞型急性重症胰腺炎疗效及对免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(22):2455-2458
 [9]李树栋,孟兴凯.清胰汤在重症急性胰腺炎常规治疗中的应用进展[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(61):66-68
 [10]颜美玲,杨柳,韩华,等.柴胡化学成分及药理作用研究进展[J].中药药信息,2018,35(5):103-109

(收稿日期: 2019-06-29)

前列腺增生应用半导体激光汽化术治疗的效果及预后研究

李文欢

(广东省汕尾市人民医院泌尿外科 汕尾 516600)

摘要:目的:探讨应用 1 470 nm 半导体激光汽化术治疗前列腺增生患者的效果,及对患者炎症及应激反应的影响。方法:选取 2017 年 1 月~2018 年 12 月收治的良性前列腺增生患者 100 例,随机分为激光组和 TURP 组各 50 例。激光组采用 1 470 nm 半导体激光汽化术治疗,TURP 组采用尿道前列腺电切术治疗,观察两组围手术期指标,手术前、术后 24 h 白细胞介素及应激激素的含量,术后 1 个月内并发症发生情况。结果:两组手术时间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),激光组、膀胱冲洗时间、留置尿管时间短于 TURP 组,术中出血量少于 TURP 组,术后白细胞介素-2、白细胞介素-4、皮质醇及肾上腺素均明显低于 TURP 组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。激光组有 9 例出现拔管后尿频,多于 TURP 组的 2 例,激光组不良反应发生率 18.00% 高于 TURP 组的 4.00%,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:1 470 nm 半导体激光治疗良性前列腺增生止血效果优于 TURP 术治疗,对患者创伤更小,引起的机体术后炎症反应更小。

关键词:前列腺增生;半导体激光汽化术;经尿道前列腺电切术

中图分类号:R697.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.013

良性前列腺增生已逐渐成为困扰老年男性人数最多的疾病。尿道前列腺电切术(TURP)是治疗良性前列腺增生的金标准,但存在术中出血量大的缺陷^[1]。近年来,1 470 nm 半导体激光汽化术已逐渐成为治疗前列腺增生的主流方法之一,通过将能量聚集于增生的前列腺组织局部,实现将组织汽化,局部组织凝固、坏死^[2]。本研究探讨 TURP 与 1 470 nm 半

导体激光汽化术治疗前列腺增生的疗效,并观察它们对患者机体炎症状态及应激程度的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 1 月~2018 年 12 月收治的前列腺增生患者 100 例,随机分为激光组和 TURP 组,各 50 例。激光组年龄 50~80 岁,平