

生大黄水胃注和灌肠在急性胰腺炎患者治疗中的效果观察

王广裕, 张 凤, 罗 冬, 胡文秀, 刁基春

广西钦州市第一人民医院 广西钦州

【摘要】目的 分析急性胰腺炎 (AP) 患者使用生大黄水胃注和灌肠的效果。**方法** 从 2021 年 7 月-2022 年 12 月的 AP 患者中随机抽取 120 例, 随机数字表法为对照组 (生大黄水胃注+高位灌肠) 和观察组 (生大黄水胃注+渐插式灌肠), 对比两组治疗效果。**结果** 观察组治疗效果指标、治疗有效率、治疗后炎症因子、淀粉酶水平、胃肠激素水平、腹内压值优于对照组 ($P<0.05$)。**结论** AP 患者使用生大黄水胃注和渐插式灌肠治疗效果更优。

【关键词】 生大黄水胃注和灌肠; 急性胰腺炎; 炎症因子水平; 淀粉酶水平

【基金项目】 广西壮族自治区中医药管理局自筹经费科研课题“生大黄水渐插式保留灌肠在急性胰腺炎患者治疗中的效果观察”编号 GXZY20210110

【收稿日期】 2024 年 7 月 18 日 **【出刊日期】** 2024 年 8 月 23 日 **【DOI】** 10.12208/j.ijcr.20240319

Observation of the effect of gastric injection and enema of Shengda Huangshui in the treatment of patients with acute pancreatitis

Guangyu Wang, Feng Zhang, Dong Luo, Wenxiu Hu, Jichun Diao

The First People's Hospital of Qinzhou City, Qinzhou, Guangxi

【Abstract】 Objective: To analyze the effects of gastric injection and enema with Shengda Huangshui in patients with acute pancreatitis (AP). **Method:** 120 patients with acute pancreatitis (AP) from July 2021 to December 2022 were randomly selected. The random number table method was used to compare the treatment effects between the control group (treated with Shengda Huangshui gastric injection+high position enema) and the observation group (treated with Shengda Huangshui gastric injection+gradual insertion enema). The results showed that the treatment efficacy indicators, treatment effectiveness rate, post treatment inflammatory factors, amylase levels, gastrointestinal hormone levels, and intra-abdominal pressure values of the observation group were better than those of the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** The use of Shengda Huangshui gastric injection and gradual insertion enema for the treatment of AP patients is more effective.

【Keywords】 Shengda Huangshui gastric injection and enema; Acute pancreatitis; Inflammatory factor levels; Starch enzyme level

AP 是消化科临床接诊患者数量较多的一种危重病症, 据临床调研数据显示, 该病发病率日益增高, 且约有 5% 的死亡率^[1]。中医治疗 AP 患者使用大黄有着悠久的历史, 且疗效得到了肯定。生大黄治疗 AP, 能有效地改善腹痛腹胀、炎症等不良症状^[2]。AP 患者使用生大黄水灌肠的疗效不仅和灌肠药液的质量和数量相关, 还和灌肠的方法、体位、插管深度、灌肠时间及灌肠液的温度、速度等因素相关。由于 AP 患者有明显的腹胀症状, 较高的腹腔内压力, 导致使用传统灌肠方法,

外漏药液的数量较多, 同时保留药液时间较短, 不能将生大黄灌肠的效果充分发挥出来^[3]。因此本院对灌肠方法进行了优化, 目的是将生大黄的药效充分发挥出来, 缩短康复时间。本研究分析了 AP 患者使用生大黄水胃注和灌肠的效果, 阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

从 2021 年 7 月-2022 年 12 月的 AP 患者中随机抽取 120 例, 随机数字表法分组, 对照组 (60 例) 年龄

23-76岁, 均值(56.37±4.25)岁, 体重45.84-85.62kg、均值(68.34±3.52)kg, 致病原因: 胆源性26例/高脂饮食12例/过度饮酒13例/肥胖6例/不明原因胰腺炎3例; 男/女(32/28); 观察组(60例)年龄22-78岁、均值(56.68±4.31)岁, 体重45.62-85.37kg、均值(68.49±3.48)kg, 致病原因: 胆源性23例/高脂饮食13例/过度饮酒14例/肥胖7例/不明原因胰腺炎3例; 男/女(32/28)。一般资料对比($p>0.05$)。

纳入标准: 符合AP诊断标准(《中国急性胰腺炎诊断指南(草案)》)且经相关检查确诊; 自愿入组; 资料齐全且知情同意。

排除标准: 合并(1)恶性肿瘤、(2)精神和意识障碍、(3)心肝肾等主要脏器功能异常、(4)严重感染、(5)依从性差者等。

1.2 方法

所有患者均实施生大黄水胃注。200ml开水中加100g生大黄浸泡2h, 冷却至38℃后, 通过胃管将生大黄水注入胃中, 胃管夹闭1.5h。2次/d, 治疗7d。

1.2.1 对照组

对照组生大黄水胃注+生大黄水高位灌肠。轻煎30g生大黄留液体100ml, 冷却至38℃, 协助患者处于左侧卧位, 抬高臀部10cm, 用一次性50ml注射器, 抽吸生大黄液, 连接一次性吸痰管, 润滑吸痰管前端, 轻柔插入肛门30cm-45cm后, 推注药液, 完毕返折导管末端拔出。2次/d, 治疗7d。

1.2.2 观察组

观察组生大黄水胃注+生大黄水渐插式灌肠。大黄液量、温度、体位、疗程等同对照组, 但推注方法不同: 插入肛门15cm开始推注药液约15ml, 后渐插入渐推注, 每插入5cm推注约10ml, 当插入到40cm-45cm时注完最后的药液。

1.3 指标观察

1.3.1 以临床症状(发热、腹痛腹胀、腹部压痛、肠鸣音、血尿淀粉酶)改善时间、首次自然排便和排气时间、排便次数、药液保留时间评价治疗效果。

1.3.2 治疗有效率=显效率(腹痛腹胀等临床症状3d内消失且血尿淀粉酶检查结果正常例数占比)+有效率(腹痛腹胀等临床症状7d内消失且血尿淀粉酶检查结果正常例数占比)。

1.3.3 采集4ml空腹静脉血使用酶联免疫吸附法检测治疗前后TNF- α 、IL-6, 使用高敏比浊分析法检测治疗前后hs-CRP水平, 使用酶学速率法检测治疗前后血淀粉酶水平。

1.3.4 使用酶联免疫吸附法检测治疗前后胃肠激素水平(GAS); 测量治疗前后腹内压值。

1.4 统计学分析

SPSS20.0处理数据, ($\bar{x}\pm s$)与(%)表示计量与计数资料, 分别用t值与 χ^2 检验, ($P<0.05$)有统计学意义。

2 结果

2.1 对比治疗效果指标

观察组治疗效果指标优于对照组($P<0.05$), 见表1。

2.2 比较治疗有效率

观察组治疗有效率高于对照组($P<0.05$), 见表2。

2.3 对比炎症因子和淀粉酶水平

治疗前两组炎症因子和淀粉酶水平对比($p>0.05$), 治疗后观察组低于对照组($p<0.05$), 见表3。

2.4 对比胃肠激素水平和腹内压值

治疗前两组胃肠激素水平和腹内压值对比($p>0.05$), 治疗后观察组优于对照组($p<0.05$), 见表4。

表1 对比治疗效果指标[$\bar{x}\pm s$]

组别	观察组 (n=60)	对照组 (n=60)	t	p
退热时间 (d)	2.62±0.25	3.06±0.31	8.558	0.000
腹痛腹胀消失时间 (d)	3.34±0.31	3.78±0.45	6.237	0.000
腹部压痛消失时间 (d)	5.31±0.52	6.13±0.59	8.076	0.000
首次排气时间 (d)	3.15±0.26	3.54±0.31	7.466	0.000
恢复肠鸣音时间 (d)	4.38±0.35	4.89±0.38	7.646	0.000
血尿淀粉酶下降时间 (d)	4.62±0.43	5.38±0.56	8.337	0.000
首次自然排便时间 (d)	4.75±0.42	5.16±0.57	4.485	0.000
排便次数 (次/d)	3.52±0.37	4.13±0.46	8.003	0.000
药液保留时间 (h)	2.15±0.24	2.43±0.21	6.801	0.000

表 2 对比治疗有效率 (n,%)

分组	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	60	35 (58.33)	23 (38.33)	2 (3.33)	58 (96.67)
对照组	60	26 (43.33)	25 (41.67)	9 (15.00)	51 (85.00)
χ^2	-	-	-	-	4.904
P	-	-	-	-	0.026

表 3 对比炎症因子和淀粉酶水平 [$\bar{x} \pm s$]

分组	例数	TNF- α (肿瘤坏死因子- α) (ng/L)		IL-6 (白介素-6) (μ g/L)		hs-CRP (高敏 C 反应蛋白) (mg/L)		淀粉酶 (U/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	60	134.28 \pm 12.45	42.69 \pm 4.31	73.52 \pm 7.13	25.61 \pm 2.37	110.58 \pm 10.34	32.67 \pm 3.26	734.65 \pm 72.52	207.68 \pm 20.15
对照组	60	134.56 \pm 12.59	50.23 \pm 5.16	72.84 \pm 7.05	29.84 \pm 2.53	110.23 \pm 10.47	38.58 \pm 4.05	732.15 \pm 70.84	231.68 \pm 21.67
t	-	0.122	8.686	0.525	9.451	0.184	8.805	0.191	6.282
p	-	0.902	0.000	0.600	0.000	0.854	0.000	0.848	0.000

表 4 对比胃肠激素水平和腹内压值 [$\bar{x} \pm s$]

分组	例数	GAS (血清胃泌素) (pg/mL)		腹内压值 (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	162.52 \pm 13.26	109.23 \pm 9.14	10.62 \pm 1.23	6.56 \pm 1.13
对照组	60	161.89 \pm 13.31	118.64 \pm 9.25	10.56 \pm 1.27	7.43 \pm 1.25
t	-	0.259	5.605	0.262	3.999
P	-	0.795	0.000	0.793	0.000

3 讨论

AP 是人体胰腺发生的一种特殊炎性疾病, 其特点是突然发病、病情快速恶化、死亡率高。以往临床认为诱发 AP 的病理机制是激活胰酶、胰腺自身消化。随着临床深入的研究, 发现 AP 的发生和发展直接受到胰腺微循环障碍、白细胞过度激活、多种细胞因子和炎症递质级联反应等因素的影响^[4-5]。临床常用的治疗方法有禁食、胃肠减压、纠正酸碱失衡等, 病情严重者可手术治疗, 但是这些治疗方式的预后效果并不理想^[6-7]。近些年来临床治疗 AP 患者从保护肠黏膜屏障、防治肠道菌群易位、恢复肠道功能等方面入手。中医治疗 AP 使用生大黄的历史十分悠久, 且效果显著。现代药理学研究证实生大黄具有以下作用^[8-9]: (1) 抑制机体分泌胰蛋白酶、胰脂肪酶, 使胆道括约肌松弛, 使胰管降低压力; (2) 使胰腺器官改善微循环、降低胰腺自身消化; (3) 提高胃肠道平滑肌活动能力, 改善肠麻痹症状, 提高肠道蠕动能力, 促使排便; (4) 降低肠道吸收毒素的数量, 提高肠道排泄毒素能力, 改善腹痛

腹胀等症状。

本文结果: 观察组治疗效果指标、治疗有效率、治疗后炎症因子、淀粉酶水平、胃肠激素水平、腹内压值优于对照组 ($P < 0.05$), 提示 AP 患者使用生大黄水胃注和渐插式灌肠的理想效果。AP 患者普遍存在腹内压增加、肠道麻痹、恶心呕吐等不良症状, 经胃管注入生大黄, 起到泻下作用, 能对钠由肠壁转运到细胞起到抑制作用, 使肠腔中滞留一定数量的水分, 刺激肠壁, 促使患者自主排便。灌肠疗法是利用大肠黏膜下血管丰富、黏膜面积大、易于吸收的特点将生大黄的药效充分发挥出来^[10]。高位灌肠法具有一定的缺点药液大量外漏、药液滞留时间短等, 导致不能将生大黄灌肠的疗效充分发挥出来。本次研究将优化的渐插式灌肠方法用于 B 组, 降低了外漏药液的数量、提高了药液滞留的时间, 因此能将大黄的药效更好地发挥出来, 使临床症状、炎症反应、胃肠功能在短时间内显著改善^[11]。另外本次研究过程中还结合 AP 特点调整了浸泡生大黄的时间以及灌肠时间, 将单宁酸浓度有效控制, 因此不仅将生大黄

通理泻下和清理毒素作用充分发挥出来的同时,还在一定程度上保护了肠黏膜,使其水肿症状有效改善。

综上所述, AP 患者使用生大黄水胃注和渐插式灌肠治疗效果更优。

参考文献

- [1] 贾晓妮.生大黄灌肠对非重症急性胰腺炎患者炎性反应的影响[J].检验医学与临床,2020,17(18):2717-2719.
- [2] 张绍敏,田光芳,余玉红,张渊智.生大黄灌肠用于急性胰腺炎治疗中的疗效及对炎性因子水平的影响[J].云南中医中药杂志,2021,42(1):51-53.
- [3] 王晓艳,林容枝,彭媛,等.自拟方联合大黄灌肠治疗急性胆源性胰腺炎对患者胰腺外分泌功能和凝血功能的影响[J].四川中医,2022,40(2):96-98.
- [4] 刘博.生长抑素与生大黄灌肠联合在重症急性胰腺炎中的临床治疗效果分析[J].黑龙江中医药,2022,51(3):25-27.
- [5] 马柳一,刘倩倩,韩冬冬,周鹏程,高敏,田源,周小燕.大承气汤灌肠联合芒硝外敷对中重度急性胰腺炎早期肠内营养耐受性的影响[J].山东中医杂志,2022,41(04):401-407.
- [6] 朱晶晶.中药保留灌肠联合芒硝外敷辅助治疗重症急性

胰腺炎的疗效观察及对 TNF- α 、IL-6 的影响[J].中国中医药科技, 2022,29(2):242-243+349.

- [7] 余芳芳.大黄灌肠联合早期鼻空肠营养支持治疗重症急性胰腺炎的临床价值[J].实用中西医结合临床,2021,21(21):24-25+65.
- [8] 孙德霞,徐玉龙,李超凤.大黄灌肠辅助分级式急诊护理对急性胰腺炎患者血清 Hcy、MDA、SOD 水平的影响[J].四川中医,2020,38(8):207-210.
- [9] 李斌杰,周晓芳,黄自冲.生大黄灌肠联合芒硝外敷辅助治疗急性胰腺炎的临床研究[J].湖北中医杂志, 2022,44(4):13-16.
- [10] 胡国霞.生大黄胃管注入联合芒硝外敷在急性胰腺炎治疗中的疗效观察[J].内蒙古中医药, 2022,41(6):89-90.
- [11] 田光芳,张渊智,张绍敏.生大黄保留灌肠治疗急性胰腺炎临床观察[J].光明中医, 2022,37(20):3739-3743.

版权声明: ©2024 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS