

# 生大黄对重症急性胰腺炎患者肠道功能恢复的影响

赵冬雨<sup>1</sup>, 邢惠芝<sup>1\*</sup>, 成丽娅<sup>2</sup>, 于 健<sup>1</sup>

(1. 武警后勤学院附属医院 普通外科, 天津 河东区 300162; 2. 武警后勤学院附属医院 胸外科, 天津 河东区 300162)

**[摘要]** 目的: 探讨不同剂量生大黄对重症急性胰腺炎(SAP)患者肠道功能恢复的疗效。方法: 90例SAP患者随机分为A、B、C组( $n=30$ ), 分别给予生大黄 $1\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 、 $2\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 、 $3\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ , 对比3组患者临床疗效及肠功能、腹部症状消失时间、血清淀粉酶恢复正常时间、全身炎症反应综合征(SIRS)恢复时间以及住院天数。结果: C组腹痛腹胀缓解时间、血清淀粉酶恢复正常时间、SIRS恢复时间、住院时间、并发症发生率、死亡率均显著优于A、B组( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ )。C组肠功能恢复有效率为 $93.3\%$ ( $28/30$ ), 显著高于A组的 $50.0\%$ ( $15/30$ )及B组的 $63.3\%$ ( $19/30$ ),  $P<0.01$ 。结论:  $3\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 生大黄能够有效促进重症急性胰腺炎患者肠道功能的恢复, 缩短患者住院时间, 降低并发症与死亡发生率, 具有确切的疗效。

**[关键词]** 生大黄; 血清淀粉酶; 胰腺炎, 急性坏死性; 肠道功能; 炎症反应综合征

**[中图分类号]** R473.5; R248 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2014)01-0129-03

重症急性胰腺炎(SAP)发病急剧, 病情凶险, 并发症多, 治疗困难, 预后不良, 病死率高达 $30\% \sim 50\%$ <sup>[1]</sup>。SAP可导致肠道的毒素、细菌由肠道移位进入血液循环, 使已活化的单核细胞、巨噬细胞受刺激, 释放大量细胞因子、炎性介质, 引发全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS), 进而造成多器官受损, 甚至发生多器官功能障碍综合征(MODS)<sup>[2]</sup>。该病治疗的关键为尽快恢复胃肠道动力以促进胃肠内容物、毒素、细菌的排空, 达到肠黏膜屏障功能恢复<sup>[3]</sup>。2009-2013年对90例SAP患者采用不同剂量生大黄治疗, 并进行对比分析, 以探讨其对SAP患者的肠道功能恢复的疗效, 现将结果报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2009年2月~2013年2月收治的SAP患者90例, 男53例, 女37例, 年龄 $19 \sim 60$ 岁, 平均年龄( $40.2 \pm 18.7$ )岁。所有患者急性生理与慢性健康评分(APACHE II)均高于8分, 且均伴随肠麻痹症状, 临床主要表现为不同程度腹痛腹胀、呕吐、肠鸣音消失、肛门无排气、无排便等。给予立位

腹部平片检查可见肠腔充气扩张及液平面。

所选患者均排除高血压、糖尿病、心脏病等慢性疾病和血液系统、免疫系统疾病患者及无法配合治疗患者。

将上述90例SAP患者随机分为A、B、C组, 每组30例, 3组患者在性别、年龄、病情、病程、APACHE II评分、临床表现、合并疾病等方面比较均无统计学差异( $P>0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 方法

所有患者给予SAP常规治疗, 包括禁食、抗感染、生长抑素、胃肠减压及支持对症等治疗, 同时3组均给予生大黄饮片制成煎液胃灌注或灌肠, 用量A组 $1\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ , B组 $2\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ , C组 $3\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。大黄煎液制作方法:  $600\text{ mL}$ 水煮沸, 加入生大黄饮片, 煎煮 $15\text{ min}$ , 自然冷却至 $38 \sim 39\text{ }^\circ\text{C}$ , 过滤去渣, 留作备用。取 $100\text{ mL}$ 经胃管灌注并夹管 $1\text{ h}$ ,  $3\text{ 次}/\text{d}$ , 剩余药液分2次用作灌肠。灌肠方法利用合适型号一次性肛管插入肛门 $15 \sim 20\text{ cm}$ , 用灌洗器将药液注入肛门, 注速缓慢, 至少 $5\text{ min}$ 以上, 拔除肛管, 环形按摩肛门 $2\text{ min}$ , 告知患者尽量保持药液在肠道内的时间, 每 $12\text{ h}$ 1次。持续用药 $5 \sim 7\text{ d}$ 。

### 1.3 观察指标

**1.3.1** 观察患者腹痛腹胀症状缓解时间、血清淀粉酶恢复正常时间、SIRS改善时间、平均住院时间、

\* 通信作者 E-mail: xinghui@126.com

网络出版时间: 2014-02-26 网络出版地址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/52.5012.R.20140226.1327.027.html>

并发症发生率、病死率发生率。

**1.3.2** 观察患者肠道功能恢复时间,按照自主排便时间分为显效(恢复排便时间低于 4 d)、有效(恢复排便时间 5~8 d)、无效(恢复排便时间超过 9 d、且需加用其他导泻药物,或因发生腹腔间室综合征行手术治疗)。有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

**1.4 统计学方法**

采用统计学软件 SPSS 13.0 进行统计学分析,率的比较采用卡方分析,采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,样本均数的比较采用 *t* 检验,以  $P < 0.05$  为具有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 各组患者各项指标比较**

治疗后,腹痛腹胀缓解时间、血清淀粉酶恢复正常时间、SIRS 恢复时间、平均住院时间随着生大黄剂量的增加而缩短,且 C 组显著短于 A、B 两组 ( $P < 0.05$ ),同时并发症发生率、死亡率也随着生大黄剂量的增加而降低,且 C 组显著低于 A、B 组 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 各组患者各观察项目比较

Tab.1 Comparison of observation items of patients in the three groups

观察项目	A 组	B 组	C 组
腹痛腹胀缓解时间(d)	8.3 ± 2.6	6.5 ± 2.1 <sup>(1)</sup>	5.1 ± 2.2 <sup>(2)</sup>
血淀粉酶正常时间(d)	13.5 ± 1.9	10.9 ± 1.8 <sup>(1)</sup>	8.3 ± 1.7 <sup>(2)</sup>
SIRS 恢复时间(d)	13.1 ± 1.1	10.2 ± 0.9 <sup>(1)</sup>	7.9 ± 1.0 <sup>(2)</sup>
平均住院时间(d)	22.2 ± 9.8	18.9 ± 9.2 <sup>(1)</sup>	16.9 ± 9.5 <sup>(2)</sup>
并发症发生率( <i>n</i> ,%)	13(43.3)	12(40.0)	3(10.0) <sup>(2)</sup>
病死率( <i>n</i> ,%)	7(23.3)	6(20.0)	1(3.3) <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>与 A 组比较  $P < 0.01$ ; <sup>(2)</sup>与 A、B 组比较  $P < 0.01$ ; <sup>(3)</sup>与 A、B 组比较  $P < 0.05$

**2.2 各组患者肠功能恢复情况比较**

A 组总有效率 60.0% (18/30)、B 组总有效率 73.3% (22/30)、C 组总有效率 93.3% (28/30),随着生大黄剂量的增加,3 组患者肠功能恢复情况总有效率逐渐增高,且 C 组显著高于 A、B 组 ( $P <$

0.01),详见表 2。

表 2 各组患者肠功能恢复情况比较(*n*,%)

Tab.2 Comparison of intestinal function recovery conditions among the three groups

组别	例数	显效率	有效率	无效率	总有效率
A 组	30	4(13.3)	11(36.7)	15(50.0)	15(50.0)
B 组	30	7(23.3)	12(40.0)	11(26.7)	19(63.3)
C 组	30	10(33.3)	18(60.0)	2(6.7)	28(93.3) <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>与 A、B 组比较  $P < 0.01$

**3 讨论**

SAP 是急性胰腺炎中病情最险恶、病死率最高的类别,发生 SAP 时因渗出液大量增加,肠血流量大量减少,肠黏膜发生缺血缺氧,黏膜通透性增加,屏障功能受破坏,肠道动力降低,发生肠麻痹,肠道内的毒素、细菌长时间停留,加重病情<sup>[4]</sup>。如 SAP 病情继续发展,肠道内毒素细菌穿透肠黏膜,移位至其他脏器,激活中性粒细胞、巨噬细胞,造成二次伤害,引发 SIRS 出现,继而发生 MODS,导致严重后果,及时治疗与防止肠道发生功能衰竭是治疗 SAP 的关键所在<sup>[5-6]</sup>。近年来中西医结合在 SAP 治疗中逐渐成熟,且已取得了一定的疗效,其中以生大黄为主要药物的方剂或单独使用生大黄在该病患者中起到良好效果。

生大黄主要成分为大黄酸、大黄素、鞣质、芦荟等,性寒味苦,可攻下泻火、涤荡肠胃、清热解毒、行瘀凉血,具有显著的促进肠道蠕动功能,促进肠道黏液、sIgA 分泌,可有效清除氧自由基,降低炎症因子的释放,提高抗炎因子含量,抑制胰酶活性,促进胰细胞的凋亡,改善全身炎症反应,提高胰腺微循环的功能,同时还可通过松弛 Oddi 括约肌达到促进胰液及胆汁的排泄功能,可有效缓解患者腹痛腹胀症状,缩短血清淀粉酶恢复时间及 SIRS 恢复时间<sup>[7-8]</sup>。同时大黄对肠道黏膜生长具有显著的促进作用,可维持肠道黏膜的屏障功能,对细菌移位的发生具有阻滞作用,可提高脓毒症患者胃肠道黏膜 PH 值达到抑菌作用,能有效改善患者肠功能,促进肠功能的恢复<sup>[9]</sup>。在临床应用中,大黄的使用剂量存在较大弹性空间,而中医理论认为,大黄根据用量不同,药理作用也不尽相同,小剂量大黄可达到收敛止泻功效,大剂量应用具治疗急重型感染作用<sup>[10]</sup>。本研究通过给予 SAP 患者 3 种不同

剂量生大黄治疗,对比其疗效,3组患者腹痛腹胀缓解时间、血清淀粉酶恢复正常时间、SIRS恢复时间、平均住院时间均随着生大黄剂量的增加而缩短,且C组显著短于A、B两组( $P < 0.05$ ),同时并发症发生率、死亡率也随着生大黄剂量的增加而降低,其C组显著低于A、B组( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。3组患者肠功能恢复情况比较A组总有效率50.0%(15/30)、B组总有效率63.3%(19/30)、C组总有效率93.3%(28/30),随着生大黄剂量的增加,3组患者肠功能恢复情况总有效率逐渐增高,且C组显著高于A、B组( $P < 0.01$ )。上述结果充分证实了大剂量生大黄对急重型感染的治疗有效性,说明大剂量生大黄在重症急性胰腺炎患者中具有可靠的疗效。

综上所述,生大黄治疗SAP具有显著的疗效,大剂量生大黄可显著提高患者治疗有效率,缩短住院时间,减少并发症及死亡率。

#### 4 参考文献

- [1] 吕冠华,王长洪,王立新,等. 大黄及其复方对重症急性胰腺炎大鼠促炎抗炎细胞因子调节作用的实验研究[J]. 中国中医科技, 2009(4):265-266.

- [2] 周娟,潘景业. 急性重症胰腺炎继发感染的研究进展[J]. 临床荟萃, 2012(19):1746-1748.
- [3] 李梦蝶,燕善军. 急性重症胰腺炎肠黏膜屏障损伤机制与临床治疗进展[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2011(11):1004-1007.
- [4] 叶欣,赵洪川. 急性重症胰腺炎与全身炎症反应综合征的发病机制及相互关系[J]. 中日友好医院学报, 2010(4):248-251.
- [5] 管向东,孙冠青. 重症胰腺炎的多脏器功能支持与替代治疗[J]. 中华急诊医学杂志, 2011(2):120-123.
- [6] 陈树铭. 中西药联合治疗急性重症胰腺炎疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012(5):487-488.
- [7] 盛志勇,胡婧亭,许建宁,等. 大黄对急性重症胰腺炎肠道功能恢复的影响[J]. 江西医药, 2009(11):1103-1105.
- [8] 赵静,刘顺庚. 生大黄与免煎生大黄高位保留灌肠治疗重症急性胰腺炎的疗效比较[J]. 中国中医急症, 2013(8):1406-1407.
- [9] 韦静. 生大黄治疗重症急性胰腺炎中的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2012(11):68-71.
- [10] 黄家平,莫思健,罗春茂. 早期应用生大黄治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J]. 中华全科医学, 2010(6):725-726.

(2013-10-09 收稿,2013-12-08 修回)

编辑:吴昌学

(上接第128页)

不良反应进行分析总结,反馈临床,发现规律性,纠正不合理的用药现象。开展药学服务,药师要走进临床,利用自己的专业特长为医师提供药学信息,帮助医生正确选药、合理用药。药师在调剂前要认真审方,加强对医生用药的监督,杜绝不合理用药,及时发现处方的错误,在药品发出之前予以更正,以减少退药现象。

本文通过单剂量调剂模式前后的退药情况进行比较分析,结果发现单剂量调配方式能有效的减少退药。同时也发现了医师、药师工作中存在的一些问题,提示医院应加强管理,制订严格的退药制度,引入奖惩制度,从医师、药师、患者三方面入手,加强其沟通,严格退药手续,防止因退药造成的医疗差错,同时应强化合理用药意识,提高合理用药水平,完善医德教育,从而有效控制退药<sup>[7]</sup>。

#### 4 参考文献

- [1] 卫生部,国家中医药管理局,总后卫生部. 医疗机构药事管理规定[Z]. 卫医政发[2011]11号, 2011.
- [2] 任敏. 病区药房退药现状及原因调查分析[J]. 中国医药指南, 2012(2):285-286.
- [3] 鲁玉珍,何光明,王迎春,等. 我院病区退药情况分析[J]. 中国药房, 2008(8):582-584.
- [4] 张静,付秀娟. 住院患者退药情况分析[J]. 中国药师, 2008(4):482-483.
- [5] 处方管理办法[Z]. 卫生部令第53号, 2006.
- [6] 李俊. 住院患者退药情况分析[J]. 中国药物与临床, 2011(12):1422-1423.
- [7] 潘柏良,谢宝芬,张红梅. 10 622 例住院患者退药情况分析[J]. 中国药业, 2011(10):57-58.

(2013-10-14 收稿,2014-01-13 修回)

编辑:文箬颖