

中药保留灌肠辅助针灸在急性胰腺治疗过程中的疗效观察

郭晓东

吉林省肝胆病医院,吉林 长春 130062

【摘要】 目的 针对进阶式中药保留灌肠的方法在治疗急性胰腺炎上的疗效进行研究与分析。方法 研究正式开展时间为 2017 年 8 月—2021 年 2 月,研究的针对目标为研究展开时间内进入我院消化科进行治疗的急性胰腺炎患者,采集患者数据共 80 例。按照奇偶分组表法将以上数据进行均匀分组, $n=40$ 。一组为研究组一组为对照组。对照组实施基础中药灌肠,研究组实施中药保留灌肠联合针灸穴位的方法。将两组患者的肠液外溢现象概率以及疼痛恢复时间、恢复正常排便情况、血液中活性酶成分(血清淀粉酶(AMS)、丙氨酸氨基转移酶(ALT))、血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、炎症因子(TNF- α)、抑炎因子白细胞介素(IL-6、-8)改善情况进行数据比对。**结果** 进行中药保留灌肠联合针灸的患者的并发现象以及症状缓解时间明显快于对照组患者,数据组间差距明显($P<0.05$);患者血液中活性酶成分(血清淀粉酶(AMS)、丙氨酸氨基转移酶(ALT))、血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、炎症因子(TNF- α)、抑炎因子白细胞介素(IL-6、-8)改善情况相比对照组有较大程度提高,数据组间呈现出较明显差距($P<0.05$)。**结论** 对急性胰腺炎患者进行联合的中药灌肠治疗可以有效改善患者在急性胰腺炎期间的腹胀等症状,并能在一定程度上加快患者恢复的时间。

【关键词】 中药保留灌肠;针灸;急性胰腺炎

急性胰腺炎在医学上的释义解释为在人体中,由于胰腺这个器官进行自身消化而产生的急性的炎性反应。胰腺在功能上可以进行胰液的分泌,其基础生理功能就是对人体摄入的水解后的糖分、蛋白质大分子、脂肪等进行分解以及消化^[1]。在胰液进行排出的过程中,由于某种原因胰液受阻,就会大量储存在胰腺内部。当胰液大量堆积在胰腺器官内部时,就会出现胰液对内自身进行消化的现象,就造成了胰腺的急性炎性损伤。当人体出现胰腺炎时,可以通过西药或者中药的治疗进行症状的缓解以及改善^[2]。在进行中药治疗时可以采取中药制剂进行灌肠的方法进行腹胀症状的缓解等。但在进行传统的灌肠手段时,药物在体内吸收以及存留的时间相对较短,不能使患者的恢复以及吸收速度达到最大利用度^[3]。故而本次实验采用中药保留灌肠联合针灸的治疗手段,详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料 研究展开时间为 2017 年 8 月—2021 年 2 月。将这段时间内进入我院进行治疗的急性胰腺炎患者进行数据采集,共收集数据 80 例,利用奇偶分组表法的统计方法进行均分, $n=40$ 。一组记作对照组,另

一组记作研究组。对照组患者年龄极大值为 75 岁,极小值为 49 岁,年龄均值为(63.33 \pm 5.28)岁,男性患者 19 例,女性患者 21 例;研究组中患者年龄极大值为 77 岁,极小值为 48 岁,年龄均值为(62.25 \pm 5.85)岁,男性患者 20 例,女性患者 20 例;。以上患者年龄数据经比后组间差距不明显($P>0.05$)可以进行后续研究的展开。

纳入标准:①经家属全程陪同并自愿参与本次研究,知悉全部研究流程的患者。②具有独立沟通能力,意识清醒,具备基础自理能力的患者。③已经签署知情协议书的患者。

排除标准:①患有或既往患有重大精神疾病、存在家族精神病史的患者。②患有或既往患有重大心脑血管疾病的患者及存在重大心脑血管疾病家族遗传病史的患者。③患有烈性传染病的患者。④呈现慢性病危象的患者。

1.2 方法 两组患者同时进行西药治疗:如若患者疼痛情况无法缓解甚至愈演愈烈,在主治医师的指导下适当给予杜冷丁等临床止痛药进行缓解。在进行初步缓解治疗后给予患者质子泵抑制剂进行胃酸的抑制,目的为减缓患者的消化速度,减轻胰腺压力。在条件允许以

及患者身体情况适当的情况下对患者进行胰酶抑制剂的给药。为避免患者出现后续的感染,在对患者给药时适当给予抗生素,防止患者炎症扩散,造成更大范围的健康损伤。通常在进行厌氧菌抑制时较容易使用甲硝唑等抗菌药。在患者出现急性腹泻以及其他症状时立即对患者进行适当的补液,防止患者体内血容量出现不稳定以及由于体液的流失造成的电解质紊乱以及水盐平衡失调等。

在以上西药治疗的基础上对两组患者进行差异性的灌肠治疗。

对于对照组患者在治疗基础上进行传统中成药灌肠方法。对于研究组患者进行进阶改良式的灌肠方法:使患者保持右侧腹部向上,左侧卧于诊疗台上,将气囊管插入肛门伸出 30 公分左右,掺入内部后将管内导丝抽出,在气囊内注入医用无菌注射用水 20ml 后将气囊固定,将刚刚用注射器吸好的药液注入管道内部,注入结束后将管道夹紧。为避免肠液外溢的情况出现,将 5mL 无菌注射用水再次注入管道内部,利用压力将气囊紧紧与结肠壁贴紧。最后将气囊导尿管抽出患者体内,在后期叮嘱患者进行体位上的变化以协助患者进行肠蠕动直至排便。在进行灌肠的当天对患者进行针灸,将双足的巨虚穴以及三里穴进行针刺,外部留针时间为 15min,留针期间用重刺激手法实施行针。每日进行 2 次针刺足部穴位的治疗。

1.3 判定标准 在患者进行基础治疗后的差异性灌肠治疗后,将患者的肠液外溢情况以及灌肠后各器官疼痛恢复情况、血液中活性酶成分(血清淀粉酶(AMS)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、血清中炎症因子(TNF- α)、抑炎因子白细胞介素(IL-6、IL-8)改善情况进行数据比对。

1.4 统计学分析 试验各指标均通过统计学软件 SPSS25.0 检验,卡方比对计量资料(%)率;t 值比对计数资料(均数±标准差);如组间数据有差异(P<0.05)。

2 结果

2.1 将两组患者的肠液外溢现象的概率进行数据上的比对 在两组患者进行差异性灌肠治疗后将这两组患者的肠液外溢样本进行数据比对,研究结果显示研究组患者的肠液外溢情况明显相较于对照组患者有明显减轻,统计后得出的组间差距明显(P<0.05)。详细数据见表 1。

表 1 将两组患者的肠液外溢现象数据

组别	外溢例数	外溢几率
研究组(n=40)	2	5.00%
对照组(n=40)	15	37.50%
χ^2 值		12.6237
P 值		0.0003

2.2 将两组患者的灌肠并发症的恢复情况进行数据上的比对 在两组患者进行差异性灌肠治疗后将这两组患者的灌肠并发症恢复情况进行数据比对,研究结果显示研究组患者的灌肠并发症缓解情况明显相较于对照组患者有明显超出,统计后得出的组间差距明显(P<0.05)。详细数据见表 2。

表 2 两组患者的并发症的恢复情况

组别	腹痛恢复时间	停止排气排便时间	恢复自主排便时间
研究组(n=40)	38.87±10.05	56.11±6.33	3.23±0.81
对照组(n=40)	59.22±12.02	78.33±6.23	5.66±0.99
t 值	8.2145	15.8228	12.0148
P 值	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 比对患者治疗前后血液中酶含量(AMS、ALT、Scr、BUN)

表 3 比对患者治疗前后血清中活性酶含量($\bar{x} \pm s$)

组别(n)	AMS(u/L)		ALT(u/L)		Scr(μ mol/L)		BUN(mol/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
研究组(n=40)	953.25±259.46	413.79±98.85	273.38±78.09	73.65±30.48	373.51±33.52	172.90±25.43	22.53±5.89	8.79±3.90
对照组(n=40)	936.13±353.49	552.48±128.44	265.52±84.31	109.05±50.65	381.95±30.42	221.55±32.95	23.34±7.95	15.07±5.89
t 值	0.2469	5.4120	0.4325	3.7874	1.1792	7.3924	0.5177	5.6225
P 值	0.8056	0.0000	0.6665	0.0003	0.2419	0.0000	0.6061	0.0000

2.4 比对患者治疗前后血清中炎症因子、抑炎因子改

善情况含量(TNF- α 、IL-6、IL-8)

表 4 血清中炎症因子、抑炎因子改善情况含量(TNF- α 、IL-6、IL-8)($\bar{x} \pm s$)

组别(n)	TNF- α (ng/L)		IL-6(ng/L)		IL-8(ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组(n=40)	44.49 \pm 9.28	27.33 \pm 7.21	277.65 \pm 25.60	82.83 \pm 14.78	698.29 \pm 228.13	400.23 \pm 128.59
对照组(n=40)	43.63 \pm 10.35	33.31 \pm 8.59	281.62 \pm 30.55	106.03 \pm 19.80	680.44 \pm 165.26	551.45 \pm 153.22
t 值	0.3912	3.3723	0.6299	5.9385	0.4007	4.7812
P 值	0.6967	0.0012	0.5306	0.0000	0.6897	0.0000

3 讨 论

急性胰腺炎在临床医学上的释义解释为一种突发性的胰腺部位的炎性症状。当胰液正常分泌但由于堵塞造成胰液累计时,胰液就会对胰腺本身进行无差别吸收与消化,也就是说这是一种胰腺被胰液进行消化吸收的过程,也就造成了胰腺这个器官的炎性反应。当胰液在胰腺内大量堆积时,就会大量激活消化酶,造成器官内部的实质性损伤。

胰腺炎在轻重分型上分为轻度急性、中度急性、重度急性三类,不同的分型所伴随的症状轻重程度也不同,死亡率也伴随程度的加重逐渐升高^[4]。该症除了对胰腺造成影响外还对肺部以及肾部甚至循环系统产生影响。该疾病虽然是炎性疾病但是由于炎症出现原因本身就不是由细菌造成,所以并不具有传染性^[5]。

在治疗该症时主要的中药局部给药方式就是进行中药灌肠给药。中药灌肠是通过患者的肠道进行药物的局部吸收达到药物作用。通过肠壁对药物的直接吸收,并利用肠壁半透膜的生物特性将药物中有效物质迅速传递全身。对于对吞咽药物有抵触以及吞咽障碍的患者来说,中药灌肠是一种及其合适的给药方法^[6]。但在进行传统中药灌肠的过程中也存在着极大的弊端。在进行传统中药灌肠的过程中,由于在给药时的温度以及给药器再给药时的用药量控制不好,容易造成患者在药物还没有完全吸收药物,血药浓度还未达到峰值,中药灌肠治疗就结束的情况^[7]。在传统中药灌肠的基础上对患者进行保留灌肠就可以大幅度地降低由于给药时间不足造成的药物损失以及药效下降的现象的发生概率^[8]。

中药保留灌肠在中医理论中也称作肛肠纳药法,是将给药器在结构上以及给药方法进行了适当的改进与调整,但给药途径不变化。在过程中不能进行排泄以及动作幅度太大的活动项目。该项改良版的中药灌肠的好处时相对于旧版的中药灌肠技术来说,可以进行小剂

量的持续给药,提高了药物的有效吸收效率,并在一定程度上减轻了由于暴力灌肠引起的肠道菌群失调等弊端。将针灸方法合并中药灌肠并给予适当的西药治疗可以对该症的症状以及病因进行有效地控制。

综上所述,对胰腺炎急性发作的患者来说,开改进版的中药保留灌肠,合并针灸穴位进行治疗的治疗方法可以对患者的症状起到疗效较好的缓解以及在一定程度上缩短了患者的康复周期,该方法经临床研究后表明可以进行广泛的应用与推广。

参考文献

- [1] 何峰.中药保留灌肠在急性胰腺炎应用与效果分析[J].检验医学与临床,2017,14(19):2909-2911.
- [2] 刘妍君.通腑解毒汤联合中药保留灌肠及乌司他丁治疗重症急性胰腺炎疗效及对CRP、HMGB1、SOD的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(19):2138-2141.
- [3] 丁晓媚,王法明,黄飞波,等.通腑解毒汤联合中药保留灌肠辅助治疗重症急性胰腺炎效果观察[J].中国乡村医药,2021,28(11):18-19.
- [4] 文娟,周思举.中药保留灌肠联合胃管内灌注并持续胃肠减压对胰腺炎患者的临床疗效[J].中国现代医学杂志,2021,31(11):81-85.
- [5] 朱苗雅,冯海飞.中药汤剂口服、保留灌肠联合艾盐包热敷治疗重症胰腺炎临床研究[J].新中医,2021,53(5):164-167.
- [6] 杨华,夏蕊,杨森,等.中药保留灌肠结合护理干预治疗急性胰腺炎的效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(50):61.
- [7] 钱后福.急性胰腺炎生大黄高位保留灌肠联合生长抑素治疗[J].系统医学,2020,5(1):68-70
- [8] 刘艳波.急性胰腺炎中西医结合护理32例临床分析[J].河南外科学杂志,2020,26(5):190-191.