

〔文章编号〕 1007-0893(2021)13-0050-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.024

补阳还五汤联合亚胺培南西司他丁钠治疗重症急性胰腺炎致腹腔重症感染

董磊

(澠池县人民医院, 河南 澠池 472400)

〔摘要〕 **目的:** 研究补阳还五汤联合亚胺培南西司他丁钠治疗重症急性胰腺炎致腹腔重症感染的价值。**方法:** 选择澠池县人民医院2017年的6月至2018年的8月期间收治的100例重症急性胰腺炎致腹腔重症感染患者, 根据其入院顺序分为对照组与观察组, 各50例。其中观察组实施补阳还五汤联合亚胺培南西司他丁钠治疗; 对照组实施亚胺培南西司他丁钠治疗, 将两组患者的炎症因子指标、免疫功能指标以及治疗效果进行比较。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为98.00%, 高于对照组的74.00%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 经治疗, 观察组患者的各项炎症因子水平均优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 经治疗, 观察组患者的各项免疫功能指标均优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 补阳还五汤联合亚胺培南西司他丁钠治疗重症急性胰腺炎致腹腔重症感染具有较高应用价值, 且能够改善其预后, 使其炎症因子水平得到改善。

〔关键词〕 急性胰腺炎; 腹腔感染; 补阳还五汤; 亚胺培南西司他丁钠

〔中图分类号〕 R 657.5⁺1 〔文献标识码〕 B

急性胰腺炎主要是由于多种因素所引起的胰酶在人体胰腺内被激活, 后引起胰腺组织的水肿和消化, 甚至出现坏死的炎症反应^[1]。重症急性胰腺炎是一种特殊疾病类型, 具有较高死亡率和并发症, 若治疗不及时, 严重威胁患者生命安全。目前临床对于该疾病一般以常规西药治疗, 但治疗效果不显著, 且复发率极高, 导致其应用受到限制^[2]。本研究通过分析两组重症急性胰腺炎致腹腔重症感染患者的各项情况, 明确治疗效果, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 基线资料

选择本院2017年的6月至2018年的8月起期间收治的100例重症急性胰腺炎致腹腔重症感染患者, 根据其入院顺序分为对照组与观察组, 各50例。观察组男性30例, 女性20例, 年龄23~68岁, 平均年龄(45.55±1.09)岁。对照组男性31例, 女性19例, 年龄24~68岁, 平均年龄(45.67±1.44)岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 患者和家属均知情研究, 且同意参与。无严重智力障碍, 能够进行良好沟通。符合重症急性胰腺炎诊断标准^[3], 且经腹腔计算机断层摄影确诊。

1.2.2 排除标准 伴有严重感染、且存在恶性病变。

1.3 方法

1.3.1 对照组 实施亚胺培南西司他丁钠(Merck & Co., Inc., 国药准字J20080047)治疗。用法用量为每日2次, 每次10 mg。并给予其常规基础治疗, 比如: 液体复苏、纠正水电解质酸碱平衡紊乱、抑酸、胃肠减压、禁食等, 治疗2周为1个疗程, 共治疗1个疗程。

1.3.2 观察组 实施补阳还五汤联合亚胺培南西司他丁钠治疗。亚胺培南西司他丁钠治疗和常规基础治疗与对照组相同, 补阳还五汤的药方组成: 当归6 g, 红花3 g, 生黄芪120 g, 川芎3 g, 赤芍5 g, 地龙3 g, 桃仁3 g。1剂·d⁻¹, 水煮取汁400 mL·剂⁻¹, 200 mL·次⁻¹, 分早晚2次温服。治疗2周为1个疗程, 共治疗1个疗程。

1.4 观察指标

将两组患者的各项指标进行比较, 主要包括: 炎症因子指标(肿瘤坏死因子(tumor necrosis factor, TNF- α)、白细胞介素-4(interleukin-4, IL-4)、IL-6、IL-10)、免疫功能指标(免疫球蛋白A(immunoglobulins A, IgA)、IgM、IgG))以及治疗效果^[4]。治疗效果: 患者临床症状及疾病体征消失, 感染情况消失判定为显效; 患者临床症状及疾病体征均好转判定为有效; 未达到上述标准判定为无效治疗; 总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.5 统计学方法

采用SPSS 21.0软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表

〔收稿日期〕 2021-04-08

〔作者简介〕 董磊, 男, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合重症胰腺炎, 类风湿性关节炎。

示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 98.00%, 高于对照组的 74.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 ($n = 50$, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	22	15	13	74.00
观察组	33	16	1	98.00 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗前后炎症因子指标比较

经治疗, 观察组患者的各项炎症因子水平均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后炎症因子指标比较

($n = 50$, $\bar{x} \pm s$, $\text{pg} \cdot \text{L}^{-1}$)

组别	时间	TNF- α	IL-4	IL-10	IL-6
对照组	治疗前	1.92 \pm 0.34	48.56 \pm 1.44	134.56 \pm 2.93	102.56 \pm 1.99
	治疗后	1.77 \pm 0.23	39.56 \pm 1.09	110.24 \pm 2.83	88.34 \pm 1.44
观察组	治疗前	1.99 \pm 0.23	48.56 \pm 1.24	134.45 \pm 2.35	102.65 \pm 1.74
	治疗后	1.12 \pm 0.01 ^b	31.23 \pm 1.22 ^b	84.33 \pm 1.24 ^b	78.56 \pm 2.34 ^b

与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$

注: TNF- α —肿瘤坏死因子; IL—白细胞介素

2.3 两组患者治疗前后免疫功能指标比较

经治疗, 观察组患者的各项免疫功能指标均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后免疫功能指标比较 ($n = 50$, $\bar{x} \pm s$, $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)

组别	时间	IgG	IgM	IgA
对照组	治疗前	7.84 \pm 1.92	0.46 \pm 0.02	0.78 \pm 0.33
	治疗后	9.11 \pm 1.23	1.03 \pm 0.01	0.99 \pm 0.12
观察组	治疗前	7.66 \pm 1.24	0.45 \pm 0.01	0.77 \pm 0.02
	治疗后	12.73 \pm 1.09 ^c	1.89 \pm 0.12 ^c	1.34 \pm 0.22 ^c

与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$

注: Ig—免疫球蛋白

3 讨论

重症急性胰腺炎是临床常见疾病, 该疾病具有病情凶险、病情危急等特点, 若合并腹腔重症感染, 易增加患者死亡率^[5-6]。

目前临床对于该疾病一般以常规抗感染治疗, 其中亚胺培南西司他丁钠为临床常见药物, 其能够对多种致病菌的侵袭进行控制, 具有较好的耐受性, 但该种治疗方式仍存在一定不足, 导致患者复发率升高, 增加患者不良反应风险^[7-8]。在此基础上采用中药治疗, 能够取得满意的治疗效果, 其中补阳还五汤是一种常见中药汤剂, 其能够对血气进行调节, 并能够使患者抗感染能力得以提升。药方中当归能够有效抑

制急性慢性炎症, 将炎症组织内前列腺素 E2 释放量得以降低; 川芎能够对纤维细胞的增殖和生成产生抑制; 桃仁能够对纤维母细胞和炎症细胞的增生进行抑制, 其水提取物能够产生较强的抗炎效果; 而红花能够抑制红花黄素对炎症的水肿、肉芽形成和渗出; 地龙能够增高人体毛细血管通透性, 减轻炎症水肿, 诸药合用, 共奏抑菌、抗炎的效果^[9-12]。

本研究数据显示, 观察组患者治疗总有效率为 98.00%, 高于对照组的 74.00%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 经治疗, 观察组患者的各项炎症因子水平均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 经治疗, 观察组患者的各项免疫功能指标均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 补阳还五汤联合亚胺培南西司他丁钠治疗重症急性胰腺炎致腹腔重症感染具有较高应用价值, 且能够改善其预后水平, 使其炎症因子水平得到改善。

〔参考文献〕

- 鹿中华, 孙昀, 郑瑶, 等. 大黄灌肠联合足三里药物注射在重症急性胰腺炎治疗中的应用 (J). 中国急救医学, 2015, 35(1): 68-71.
- 沈绚丽, 杨建锋, 楼立兰, 等. 经皮穿刺腹腔置管引流治疗重症急性胰腺炎并发腹腔感染的效果分析 (J). 中华医院感染学杂志, 2014, 24(6): 1491-1493.
- 黄耿文, 申鼎成. 意大利重症急性胰腺炎共识指南 (2015) 解读 (J). 中国普通外科杂志, 2016, 25(3): 313-317.
- 郑宇, 庾青华, 吴薇薇, 等. 持续区域动脉灌注治疗重症急性胰腺炎的效果及安全性 (J). 中华肝胆外科杂志, 2018, 24(8): 550-554.
- 马勇, 何健强, 王韬, 等. 乌司他丁治疗重症急性胰腺炎的 Meta 分析 (J). 中华急诊医学杂志, 2018, 27(8): 912-917.
- 张远超, 喻莉, 廖仕翀, 等. 持续性与间断性血液滤过治疗重症急性胰腺炎 (J). 中华肝胆外科杂志, 2015, 21(7): 478-481.
- 苏江林, 黄竹, 孙红玉, 等. 腹腔引流穿刺时机对重症急性胰腺炎患者预后的影响 (J). 中华肝胆外科杂志, 2018, 24(10): 692-697.
- 郭志松, 冯凌霄, 代荣钦, 等. 腹膜透析液短期间歇性闭合式腹腔灌洗治疗早期重症急性胰腺炎 (J). 中华实验外科杂志, 2015, 32(12): 3167-3169.
- 吕一鸣, 黄玉军, 俞雷来, 等. 重症急性胰腺炎患者出现肠源性感染的炎症指标与肠内营养支持治疗分析 (J). 中华医院感染学杂志, 2017, 27(2): 373-376.
- 邱兆磊, 王振杰, 程峰, 等. 超早期肠内营养联合微生态制剂治疗重症急性胰腺炎患者的临床价值 (J). 中华急诊医学杂志, 2018, 27(9): 967-971.
- 阿木提江·马合木提, 阿布都沙拉木·阿布都热衣木, 陈革, 等. 维吾尔族高脂血症性重症急性胰腺炎的临床特点及血浆置换治疗效果 (J). 中华外科杂志, 2015, 53(3): 185-188.
- 孙昀, 鹿中华, 耿小平, 等. 脉搏指示连续心排量监测在重症急性胰腺炎早期容量复苏中的临床应用 (J). 中华危重病急救医学, 2014, 26(8): 571-575.