

# 中西医结合治疗急性重症胰腺炎效果观察

陈建立, 戴学军

唐河县中医院, 河南 唐河 473400

**[摘要]** 目的: 观察中西医结合治疗急性重症胰腺炎患者的效果。方法: 将102例急性重症胰腺炎患者随机分为2组, 对照组50例采用常规治疗, 观察组52例以常规疗法联合中药通腑清胰方治疗, 5天为1疗程, 治疗2疗程。比较2组患者的肛门排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间、腹痛腹胀缓解时间, 治疗前后检测血淀粉酶(AMY)、血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)等生化指标和肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-6(IL-6)、超敏C-反应蛋白(hs-CRP)等炎症指标的水平。结果: 治疗后, 观察组肛门排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间、腹痛腹胀缓解时间均较对照组缩短, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组AMY、BUN、SCr和TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-6水平均较治疗前降低, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组各指标水平均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 采用常规疗法联合通腑清胰方治疗急性重症胰腺炎效果显著, 可有效抑制炎症反应, 并促进胃肠功能的恢复。

**[关键词]** 急性重症胰腺炎; 中西医结合疗法; 通腑清胰方; 炎症因子; 生化指标

**[中图分类号]** R657.5+1

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415(2017)10-0046-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.10.014

## Curative Effect of Integrated Chinese and Western Medicine Therapy for Severe Acute Pancreatitis

CHEN Jianli, DAI Xuejun

**Abstract:** **Objective:** To observe the effect of integrated Chinese and western medicine therapy for severe acute pancreatitis. **Methods:** Divided 102 patients with severe acute pancreatitis into two groups randomly. The 50 cases in the control group were given the routine treatment, while the 52 cases in the observation group were given Tongfu Qinyi prescription based on routine therapy. One course lasted for five days, and treatment of both groups lasted for two courses. Compared time of anal exhaust, defecating, bowel sounds recovery, abdominal distention and abdominal pain relieve in both group, detected level of Amylase(AMY), serum creatinine(SCr), blood urea nitrogen(BUN) and tumor necrosis factor- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ ), interleukin-6(IL-6), high sensitive C-reactive protein(hs-CRP). **Results:** After treatment, time of anal exhaust, defecating, bowel sounds recovery, abdominal distention and abdominal pain relieve in the observation group was all shorter than that of the control group, difference being significant( $P < 0.05$ ). Levels of AMY, BUN, SCr, and TNF- $\alpha$ , hs-CRP, IL-6 in both groups were all lower than those before treatment( $P < 0.05$ ); levels of every index in the observation group were lower than that of the control group, difference being significant( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The combination of routine therapy and Tongfu Qinyi prescription has significant effect in treating severe acute pancreatitis, which can inhibit inflammatory reaction and promote recovery of gastrointestinal function.

**Keywords:** Severe acute pancreatitis; Integrated Chinese and western medicine therapy; Tongfu Qinyi prescription; Inflammatory factor; Biochemical index

急性重症胰腺炎是临床常见的急腹症, 具有发病急, 病情重且进展迅速, 预后差的特点。本病发生与暴饮暴食、酗酒及胆道结石等因素关系密切。患者常存在胃肠功能衰竭, 可因肠

道毒素、细菌移位出现肠源性感染及多脏器功能衰竭而危及生命<sup>[1]</sup>。临床治疗上, 采用常规治疗方案往往无法阻止疾病发展, 因此, 提高临床疗效意义重大。本研究以常规疗法联合中

**[收稿日期]** 2017-06-03

**[作者简介]** 陈建立(1964-), 男, 副主任医师, 主要从事普外科临床工作。

药通腑清胰方治疗急性重症胰腺炎效果显著, 结果报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 将2013年5月—2016年5月于本院确诊为急性重症胰腺炎的102例患者纳入研究, 依据随机数表法进行分组。对照组50例, 男28例, 女22例; 年龄35~68岁, 平均(48.15±6.93)岁; 病程4~13h, 平均(7.72±2.50)h; 疾病分期: II级29例, III级21例。观察组52例, 男30例, 女22例; 年龄33~71岁, 平均(47.86±6.87)岁; 病程5~12h, 平均(7.48±2.09)h; 疾病分期: II级32例, III级20例。2组一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具可比性。

**1.2 诊断标准** 急性重症胰腺炎诊断及分期标准参照《急性胰腺炎诊治指南(2014)》<sup>[2]</sup>, 存在腹痛腹胀、恶心呕吐及腹膜刺激征, 可并发脏器功能障碍或出现脓肿、坏死或假性囊肿等局部并发症, 血淀粉酶(AMY)、尿AMY水平显著升高, 胰腺CT检查提示肿胀, 炎症渗出明显, BahhazarCT分级II级或II级以上, 急性生理学与慢性健康评分系统II(APACHE II)评分 $>8$ 分。肠麻痹诊断标准: 恶心呕吐、腹痛、腹胀、肛门排便排气停止, 腹部听诊发现肠鸣音消失或明显减弱。

**1.3 纳入标准** ①符合急性重症胰腺炎诊断标准, 存在肠麻痹; ②经医学伦理委员会审核通过; ③恶心呕吐严重而不能服药者; ④知情同意后签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①对受试药物过敏者; ②存在肠梗阻、功能性便秘等其他消化系统疾病者; ③患精神疾病不能配合治疗者; ④以往存在心、脑、肾等脏器严重疾病者; ⑤未遵医嘱退出研究者; ⑥妊娠期妇女或生理期不便纳入者。

### 2 治疗方法

**2.1 对照组** 依据《中国急性胰腺炎诊治指南(2013年, 上海)》<sup>[3]</sup>采用抗炎抗感染、胃肠减压、补液、抑制胰腺分泌、解痉止痛、营养支持等常规治疗方案。

**2.2 观察组** 以常规疗法联合通腑清胰方治疗, 处方: 大黄、黄芩、柴胡、厚朴、白芍、延胡索各15g, 桃仁、赤芍、乌药、芒硝各10g, 红藤、地榆各30g, 甘草5g。随症加减:

痛甚者加延胡索、赤芍、白芍, 呕吐甚者加半夏、生姜、竹茹, 胀甚者加木香、枳壳、厚朴, 血压低者加麦冬、人参。每天1剂, 药物由中药房统一提供并代煎, 每次服用150mL, 每天服用2次。

2组均以5天为1疗程, 治疗2疗程。

### 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①比较2组患者的肛门排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间、腹痛腹胀缓解时间; ②比较2组治疗前后血AMY、血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)等生化指标的水平, 采用全自动生化分析仪进行检测; ③比较治疗前后肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-6(IL-6)、超敏C-反应蛋白(hs-CRP)等炎症指标的水平, 用酶联免疫吸附测定法检测, 由南京建成生物工程研究所提供试剂盒。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS19.0软件统计分析数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组内治疗前后比较采用配对 $t$ 检验, 组间比较则用独立样本 $t$ 检验。计数资料以率表示, 采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

### 4 治疗结果

**4.1 2组症状体征消失时间比较** 见表1。观察组肛门排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间、腹痛腹胀缓解时间均较对照组缩短, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组症状体征消失时间比较( $\bar{x} \pm s$ )<sup>d</sup>

组别	<i>n</i>	肛门排气时间	排便时间	肠鸣音恢复时间	腹痛腹胀缓解时间
对照组	50	5.68±1.49	6.35±1.62	5.64±0.87	7.09±0.86
观察组	52	2.76±0.82	2.89±0.69	2.53±0.37	4.86±0.36
<i>t</i> 值		16.492	12.965	9.375	18.980
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

**4.2 2组治疗前后生化指标比较** 见表2。治疗前, 2组AMY、BUN、SCr比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。治疗后, 2组AMY、BUN、SCr水平均较治疗前降低, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ ); 观察组各指标水平均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 2组治疗前后生化指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	AMY(U/L)		BUN(mmol/L)		SCr( $\mu$ mol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	5.65±1.34	2.49±0.56 <sup>①</sup>	29.64±5.53	18.62±3.93 <sup>①</sup>	126.41±19.32	95.43±16.34 <sup>①</sup>
观察组	52	5.70±1.38	1.28±0.15 <sup>①</sup>	29.72±5.49	15.34±3.58 <sup>①</sup>	128.39±20.35	89.74±9.43 <sup>①</sup>
<i>t</i> 值		0.627	15.682	0.492	18.694	0.609	14.860
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与治疗前比较, ① $P<0.05$

**4.3 2组治疗前后炎症指标比较** 见表3。治疗前, 2组TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-6比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。治疗后, 2组TNF- $\alpha$ 、hs-CRP、IL-6

水平均较治疗前降低, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ ); 观察组各指标水平均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表3 2组治疗前后炎症指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	TNF- $\alpha$ (ng/L)		hs-CRP(mg/L)		IL-6(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	483.76 $\pm$ 35.90	316.50 $\pm$ 18.62 <sup>①</sup>	48.94 $\pm$ 6.43	35.71 $\pm$ 4.29 <sup>①</sup>	56.38 $\pm$ 9.72	42.49 $\pm$ 6.94 <sup>①</sup>
观察组	52	478.37 $\pm$ 36.04	235.62 $\pm$ 16.27 <sup>①</sup>	49.26 $\pm$ 6.46	19.36 $\pm$ 3.09 <sup>①</sup>	57.06 $\pm$ 9.64	23.38 $\pm$ 4.38 <sup>①</sup>
t值		0.769	12.458	0.803	5.182	0.726	8.754
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

与治疗前比较, ① $P < 0.05$

## 5 讨论

目前, 抗炎抗感染、胃肠减压、补液、抑制胰腺分泌、解痉止痛是急性重症胰腺炎的经典治疗方案, 但不少患者由于病情严重, 常规治疗并不能逆转病情发展趋势<sup>[4]</sup>。有学者指出白细胞过度激活在加重病情过程中起关键作用, 由此引发的炎症因子大量分泌可诱发全身炎症反应综合征而危及生命。肠道中含有大量细菌, 肠道毒素及细菌移位是引起脓毒症的重要因素。急性胰腺炎患者可存在肠麻痹和肠壁血运障碍, 长时间的禁食亦会加重肠黏膜屏障的破坏<sup>[5]</sup>。肠麻痹若得不到及时纠正, 内毒素不能及时排出体外, 加上排便障碍可诱发菌群移位, 会引起全消化道水肿甚至功能衰竭。可见如何促进早期肠道功能的恢复意义重大, 而此已成为研究的热点。

急性胰腺炎属中医学腹痛范畴, 胆道梗阻、饮食不节、蛔虫上扰等因素导致肝胆功能失调是本病的主要病因。暴饮暴食、酗酒是其常见诱因, 患者嗜食肥甘厚味, 脾胃乃伤, 湿热内生, 热邪可耗气伤津, 导致大肠津液亏虚, 腑气不能通降, 故而大便秘结; 腑气不通, 胃肠内容物逆而上行, 故可见恶心、呕吐; 腑气不通, 还可影响脾胃运化功能, 脾胃升降失调, 气壅塞于肠内, 故而腹胀不适; 肝主疏泄, 调节全身气机运行, 土壅日久亦可引起木郁, 气机不畅, 最终血行亦可受到影响, 形成气滞与血瘀并存的局面。治疗当以通腑泄热为主, 佐以利湿化痰之法。

本研究所用的通腑清胰方具有通腑泻下、清热解毒之效, 是中医学“实则泄之”治法的体现。笔者认为腑气不通是临床治疗的切入点, 方中大黄具有清热解毒、通腑泄下功效; 芒硝具有泻下、软坚、攻积作用, 与大黄两药为承气汤类方剂的组成基础, 合用则通腑之力倍增; 患者多存在胆结石病史, 可表现为口苦、口干等少阳证症状, 此时可因饮食不节而使病邪入里侵犯阳明, 表现为痞满胀痛等阳明证症状, 因此患者多为阳明腑实证兼夹少阳证。方中柴胡疏肝清热, 与黄芩合用和解少阳; 延胡索、乌药、厚朴三药合用共奏疏肝行气、调和脾胃功效; 红藤解毒消痈; 白芍柔肝止痛, 且可补益肝血, 利于肝气疏泄; 热毒郁久不去可入血分, 迫血妄行, 从而引起出血, 赤芍、地榆合用共奏凉血止血功效; 气为血之帅, 气滞则血停, 瘀血内生, 桃仁不但具有活血化瘀功效, 还可润肠通便, 加强全方通腑之力。现代药理研究发现, 大黄具有显著的抗氧化、

抗炎、抗菌作用, 且具有较强的致泻作用, 可达到促进肠道内毒素排出的目的<sup>[6]</sup>; 芒硝可对肠黏膜产生机械性刺激, 使肠道蠕动增快, 从而起泻下作用<sup>[7]</sup>; 厚朴、乌药、延胡索均可促进胃肠蠕动<sup>[8]</sup>; 桃仁、赤芍可改善微循环, 抑制炎症渗出, 有效预防腹腔炎症后粘连性肠梗阻的发生<sup>[9]</sup>。

研究表明, TNF- $\alpha$ 、IL-6 等炎症因子水平升高是炎症反应的重要特征, 这些介质通过细胞间的信息传导, 形成联式瀑布反应, 是决定患者预后的重要指标<sup>[10]</sup>。炎症因子水平显著升高可增加血管通透性, 诱发微血管血栓形成, 引起微循环障碍, 并对胰腺、心、肝、肾等重要脏器细胞造成损伤, 最终引起多脏器功能衰竭<sup>[11]</sup>。hs-CRP 是反映急性炎症程度的重要指标, 其升幅与预后成反比, 且敏感性优于 C-反应蛋白(CRP)。本研究结果显示, 观察组 TNF- $\alpha$ 、IL-6、hs-CRP 等炎症指标和 AMY、SCr、BUN 等生化指标的改善均较对照组显著, 而此很可能是取得显著疗效的关键。在炎症反应改善的同时, 肠麻痹得到了改善, 观察组的肛门排气时间、排便时间、肠鸣音恢复时间、腹痛腹胀缓解时间较对照组缩短。

综上, 笔者认为常规疗法联合通腑清胰方的中西医结合治疗方案效果显著, 能有效抑制炎症反应, 并促进胃肠功能的恢复, 可作为此类患者的常规治疗手段。

## [参考文献]

- [1] 吴咸中, 崔乃强. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎的沿革、现况与展望[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(6): 543-546.
- [2] 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(2014)[J]. 中华肝胆外科杂志, 2015, 21(1): 1-4.
- [3] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2013, 29(4): 656-660.
- [4] Zhao G, Zhang JG, Wu HS, et al. Effects of different resuscitation fluid on severe acute pancreatitis [J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(13): 2044-2452.
- [5] 梁杏仪, 郭广彬, 周定耕. 经鼻空肠管注入生大黄治疗急性胰腺炎[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(2): 367-369.

- [6] 张燕, 王平, 杨永茂. 大黄游离蒽醌对犬重症急性胰腺炎早期肠损伤的保护作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(5): 172-175.
- [7] 唐黛青, 唐桂香, 谭李军, 等. 芒硝外敷联合肠蠕动医用胶贴对胰腺术后肠蠕动功能恢复的影响[J]. 护理研究, 2016, 30(16): 1996-1998.
- [8] 卢薇, 王珏, 章正祥, 等. 厚朴生姜半夏甘草人参汤促进老年缺血性中风患者胃肠蠕动的临床疗效观察[J]. 中国现代医生, 2016, 54(14): 131-135.
- [9] 兰涛, 陈辉, 孙清森, 等. 桃仁提取物对重症急性胰腺炎大鼠微循环障碍的影响及其作用机制研究[J]. 中药材, 2015, 38(2): 354-357.
- [10] 李科军, 向正国, 陈旭峰, 等. 早期大剂量乌司他丁联合奥曲肽治疗对重症急性胰腺炎患者炎症因子和T淋巴细胞的影响[J]. 海南医学院学报, 2015, 21(7): 929-932.
- [11] 石屏屏, 吴玲云, 王建军. 双歧杆菌三联活菌胶囊对重症急性胰腺炎患者炎症因子及肠黏膜屏障功能的影响[J]. 海南医学院学报, 2015, 21(11): 1489-1491.
- (责任编辑: 吴凌)

## 益肾祛痰化瘀汤联合常规疗法治疗血管性痴呆临床观察

周亮

金华市第二医院五病区, 浙江 金华 321016

**[摘要]** 目的: 观察益肾祛痰化瘀汤联合常规疗法治疗血管性痴呆患者的临床疗效。方法: 将84例肾虚兼痰浊瘀阻型患者随机分为2组, 对照组口服盐酸多奈哌齐片治疗, 治疗组在对照组基础上加服益肾祛痰化瘀汤, 2组均连续治疗4周。观察2组的临床疗效, 治疗前后评定简易智能量表(MMSE)、长谷川痴呆量表(HDS)、日常生活能力量表(ADL)评分, 检测血清炎症因子超敏C-反应蛋白(hs-CRP)、同型半胱氨酸(Hcy)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )。结果: 治疗后, 对照组总有效率70.0%, 治疗组总有效率95.0%, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组MMSE、HDS评分均较治疗前升高( $P < 0.05$ ), ADL评分均降低( $P < 0.05$ ); 治疗组3项量表评分与对照组比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组hs-CRP、Hcy、TNF- $\alpha$ 水平均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 治疗组3项指标水平均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 在常规疗法基础上加服益肾祛痰化瘀汤治疗肾虚兼痰浊瘀阻型血管性痴呆, 可提高患者的认知功能、智能和日常生活活动能力, 并减轻炎症反应, 疗效较好。

**[关键词]** 血管性痴呆; 肾虚兼痰浊瘀阻型; 中西医结合疗法; 益肾祛痰化瘀汤; 简易智能量表(MMSE); 长谷川痴呆量表(HDS); 日常生活能力量表(ADL); 炎症因子

[中图分类号] R749.1+6 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2017) 10-0049-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.10.015

## Clinical Observation of Yishen Qutan Huayu Tang Combined with Routine Therapy for Vascular Dementia

ZHOU Liang

**Abstract:** **Objective:** To observe the clinical effect of Yishen Qutan Huayu tang combined with routine therapy for vascular dementia. **Methods:** Divided 84 cases of patients with kidney deficiency and turbid, phlegm, blood stagnation type into two groups randomly. Both groups were given donepezil hydrochloride tablets orally, while the treatment group was additionally treated with Yishen Qutan Huayu tang. Both groups received treatment for four weeks continuously. Observed the clinical effect, assessed scores of mini-mental state examination (MMSE), Hasegawa dementia scale (HDS) and activity of daily living (ADL), and determined serum inflammatory factors including high sensitive C-reactive protein (hs-CRP),

[收稿日期] 2017-05-02

[作者简介] 周亮 (1982-), 男, 主治医师, 主要从事老年疾病诊治工作。