

中西医结合综合治疗急性胰腺炎临床研究

徐意, 张筠, 王逸之, 周芸

宁波大学医学院附属医院急诊内科, 浙江 宁波 315105

[摘要] 目的: 探讨中西医结合综合疗法治疗急性胰腺炎(AP)的临床疗效。方法: 将103例AP患者随机分为对照组51例和观察组52例。对照组参照“急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见”给予西医综合治疗, 观察组在对照组的基础上加用中药内服、外敷、灌肠治疗。疗程均为7天, 于第0、3、7天进行急性生理学及慢性健康状况评分(APACHE II)评价; 观察2组患者腹痛、腹胀、肠鸣音恢复、肛门排气等肠麻痹缓解时间及血清淀粉酶、尿淀粉酶、血白细胞恢复时间, 记录治疗期间和治疗后1周并发症的发生情况, 检测治疗前后血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)水平。结果: 观察组腹痛、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间和肛门排气均短于对照组 ($P < 0.01$); 观察组血清淀粉酶、尿淀粉酶、血白细胞恢复时间均短于对照组 ($P < 0.01$); 治疗后观察组血清TNF- α 、IL-1 β 水平低于对照组 ($P < 0.01$); 治疗后第3、7天观察组APACHE II评分低于对照组 ($P < 0.01$); 观察组假性囊肿、胰性胸水、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)和多器官功能衰竭综合征(MODS)的总发生率为15.38%, 低于对照组的56.86% ($P < 0.01$)。结论: 中药内服、外敷和灌肠配合西医常规治疗AP, 可减轻患者全身炎症反应, 降低并发症发生率, 缩短病程, 具有较好的临床效果。

[关键词] 急性胰腺炎; 中西医结合疗法; 中药内服; 外敷; 灌肠

[中图分类号] R657.5+1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0072-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.028

急性胰腺炎(AP)是临床常见急腹症之一, 发病率呈上升趋势, 以胆源性为主。随着基础和临床研究取得进展, 轻、中度AP的死亡率和并发症发生率明显下降。中西医结合已成为AP主要的治疗手段, 中医药在治疗中发挥着重要作用^[1]。本病属于中医学胰瘵、腹痛、脾心痛等病证范畴。其急性期以里、实、热证为主, 以湿、热、瘀、毒蕴结中焦而致脾胃升降传导失司, 肝失疏泄为核心^[2]。笔者以“六腑以通”为用为指导, 采用中药内服、外敷、灌肠的多途径给药方法配合西医常规疗法在救治AP收到了较好的效果, 现整理如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择本院急诊科2013年2月—2015年6月收治的AP患者共103例, 根据入院先后顺序采用随机数字法分为对照组51例和观察组52例。对照组男29例, 女22例; 年龄26~67岁, 平均(49.1 ± 12.5)岁; 病程4~88 h, 平均(24.1 ± 14.3)

h; 病情程度: 轻度19例, 中度32例。观察组男29例, 女23例; 年龄27~69岁, 平均(51.4 ± 13.27)岁; 病程6~94 h, 平均(23.7 ± 13.5)h; 病情程度: 轻度20例, 中度32例。2组性别、年龄、病程、病情程度等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 ①西医诊断标准参照《中国急性胰腺炎诊治指南》^[3]拟定: 有与AP符合的腹痛; 血清淀粉酶和(或)脂肪酶活性至少高于正常上限值3倍; 增强CT或MRI或腹部超声呈AP影像学改变。②中医辨证参照《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》^[2], 包括肝郁气滞证、肝胆湿热证和腑实热结证。

1.3 纳入标准 ①符合轻、中度AP诊断标准, 即不伴有持续性器官功能障碍者; ②符合上述中医辨证者; ③年龄 < 70岁者; ④取得患者知情同意。

1.4 排除标准 ①重度AP患者; ②孕妇或哺乳期妇女; ③严重痔疮或其它原因不能灌肠者; ④合并全

[收稿日期] 2015-12-14

[作者简介] 徐意 (1981-), 女, 主治医师, 主要从事急诊医学和危重医学的临床研究。

身严重系统性疾病者；⑤治疗过程中转为重度或有外科手术指征，需要紧急手术者。

2 治疗方法

2.1 对照组 参照中国急性胰腺炎诊治指南^[3]，采用西医综合治疗措施：禁食、禁水、补充液体、纠正电解质紊乱、预防和治疗感染；解痉、止痛等。注射用奥美拉唑钠(阿斯利康制药有限公司)，每次 40 mg，静脉滴注，每天 1 次；注射用乌司他丁(广东天普生化医药股份有限公司)，10 万单位，静脉滴注，每天 1~2 次。

2.2 观察组 西医处理同对照组。①中药内服：胰胆舒胶囊(吉林益民堂制药有限公司)口服，每次 4 粒，每天 3 次。②中药外敷：取芒硝、大黄、黄柏、姜黄、白芷、厚朴各等分，打细粉，每次取 150 g 与银花水适量调敷于胰腺点，每天 2 次，每次 2 h。连续使用 7 天。③中药灌肠：芒硝、大黄、丹参、牡丹皮、黄芩、赤芍、栀子各 20 g，煎煮 30 min，取药液 500 mL，保留灌肠，每天 1 次，共 3 次。

2 组疗程均为 7 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①记录腹痛、腹胀、肠鸣音恢复、肛门排气等肠麻痹缓解时间；②记录血清淀粉酶、尿淀粉酶、血白细胞恢复时间。③记录治疗期间和治疗后 1 周并发症的发生情况。④急性生理学及慢性健康状况评分(APACHE II)：于第 0、3、7 天进行评价。⑤血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-1 β (IL-1 β)检测：采用酶联免疫吸附法检测，治疗前后各 1 次。

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计分析软件，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，比较采用 *t* 检验；计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组肠麻痹缓解时间比较 见表 1。观察组腹痛、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间和肛门排气时间均短于对照组，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 1 2 组肠麻痹缓解时间比较 $(\bar{x} \pm s)$ d

组别	n	腹痛缓解	腹胀缓解	肠鸣音恢复	肛门排气
对照组	51	5.21±1.24	4.97±1.16	5.06±1.03	5.29±1.21
观察组	52	4.04±1.09 ^①	3.75±0.94 ^①	3.85±0.97 ^①	4.13±1.16 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.01$

4.2 2 组血淀粉酶、尿淀粉酶、血白细胞复常时间比较 见表 2。观察组血淀粉酶、尿淀粉酶、血白细胞恢复时间均短于对照组，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 2 2 组血淀粉酶、尿淀粉酶、血白细胞复常时间比较 $(\bar{x} \pm s)$ d

组别	n	血淀粉酶	尿淀粉酶	血白细胞
对照组	51	8.41±1.75	8.27±1.81	5.16±1.37
观察组	52	6.88±1.46 ^①	6.32±1.54 ^①	4.05±1.13 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.01$

4.3 2 组治疗前后血清 TNF- α 、IL-1 β 变化比较 见表 3。治疗后 2 组血清 TNF- α 、IL-1 β 显著下降($P < 0.01$)，且观察组 TNF- α 、IL-1 β 水平下降较对照组更显著($P < 0.01$)。

表 3 2 组治疗前后血清 TNF- α 、IL-1 β 变化比较 $(\bar{x} \pm s)$ ng/L

组别	n	时间	TNF- α	IL-1 β
对照组	51	治疗前	12.71±2.48	20.68±2.54
		治疗后	6.93±1.35 ^①	11.06±1.72 ^①
观察组	52	治疗前	13.01±2.82	20.17±2.64
		治疗后	4.53±1.24 ^{①②}	8.53±1.38 ^{①②}

与同组治疗前比较，^① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.01$

4.4 2 组不同时点 APACHE II 评分比较 见表 4。治疗后，2 组 APACHE II 评分均较前一时点逐渐下降($P < 0.01$)；治疗后第 3、7 天，观察组 APACHE II 评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表 4 2 组不同时点 APACHE II 评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	第 0 天	第 3 天	第 7 天
对照组	51	11.18±2.45	9.62±2.03 ^①	6.78±1.77 ^①
观察组	52	11.46±2.62	8.06±1.85 ^{①②}	5.65±0.83 ^{①②}

与同组前一时点比较，^① $P < 0.01$ ；与对照组同时点比较，^② $P < 0.01$

4.5 2 组并发症情况比较 见表 5。观察组假性囊肿、胰性胸水、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)和多器官功能衰竭综合征(MODS)等总发生率为 15.38%，对照组为 56.86%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

5 讨论

AP 是指多种病因引起的胰酶激活，继以胰腺局部炎症反应为主要特征，具有发病急骤、病情凶险、病情变化快的特点，约 15%~30% 的患者可发展成

表5 2组并发症情况比较

组别	n	假性囊肿	胰性胸水	ARDS	MODS	发生率(%)
对照组	51	13	12	2	2	56.86
观察组	52	4	3	1	0	15.38 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.01$

为重症急性胰腺炎, 因发生 MODS 和 MODS 而导致死亡^[4]。中医学认为, 该病的发生与外感受六淫、饮食不节、情志不畅、胆石虫积、创伤等因素有关。病机演变主要为湿、热、瘀、毒蕴结中焦, 致使脾胃升降传导失司, 肝失疏泄, 多见于湿、热、毒邪阻滞气机, 致肝胆不利, 湿郁热结, 蕴于中焦, 或变为肝郁气滞证, 或变为肝胆湿热证, 或变为胃肠热结证^[5]。

中西医结合治疗 AP 积累了丰富的经验。中药可抑制炎症细胞因子释放、改善微循环、清除氧自由基及抑制胰酶分泌, 可从急性胰腺炎发病的不同角度发挥治疗作用^[6]。其治疗手段包括中药口服或胃管注入、中药灌肠、中药外敷和针灸等, 被临床实践证明有效, 为我国 AP 治疗指南所推荐^[3]。胰胆舒胶囊由姜黄、赤芍、蒲公英、牡蛎、延胡索、大黄、柴胡等药组成, 方中柴胡疏肝解郁; 延胡索理气止痛; 大黄泻热通腑; 蒲公英清热解毒; 赤芍凉血活血; 姜黄破气止痛; 牡蛎平肝潜阳。全方共奏疏肝行气、解毒活血止痛之功, 常用于胰腺炎或胆囊炎的治疗^[7]。外敷方中芒硝消肿泻热, 大黄、黄柏清热毒; 厚朴燥湿行气; 姜黄破血行气、通经止痛; 白芷活血止痛。灌肠方中芒硝、大黄通腑泄热、清热解毒; 丹参、牡丹皮、赤芍活血凉血止痛; 黄芩、栀子清热解毒。经三种不同途径给药, 共奏疏肝利胆、清热解毒、通里攻下、化瘀止痛之功。

本组资料显示, 在常规西医综合疗法的基础上, 采用中药内服、外敷和灌肠治疗 AP 后, 患者的腹痛、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间和肛门排气均短于对照组, 血淀粉酶、尿淀粉酶、血白细胞恢复时间均短于对照组, 第 3、7 天观察组 APACHE II 评分低于对照组, 均提示了中西医结合疗法更有助于

改善患者肠麻痹, 促进胃肠功能的恢复, 促进了 AP 病情恢复。

炎症损伤是导致 AP 加重的重要原因, TNF- α 是炎症反应的启动因子, TNF- α 的浓度与 SP 的严重程度呈正相关。IL-1 β 对炎症反应具有重要的调节作用, 可直接刺激胰酶的产生, 诱发其他促炎因子的产生, 还可促进白细胞在发生反应的胰腺局部聚集^[8]。本组观察结果显示, 治疗后观察组血清 TNF- α 、IL-1 β 平低于对照组, 提示中西医结合疗法更能减轻患者炎症损伤, 减轻胰腺局部炎症。

综上, 采用中药内服、外敷和灌肠配合西医常规治疗的中西医结合疗法可减轻全身炎症反应, 降低并发症发生率, 缩短病程, 具有较好的临床效果。

[参考文献]

- [1] 吴璟奕, 费健, 毛恩强. 急性胰腺炎流行病学研究进展[J]. 外科理论与实践, 2015, 20(3): 270-273.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1826-1831.
- [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, 33(4): 217-222.
- [4] 傅志泉, 洪彩娟, 李珍, 等. 急性胰腺炎的中医药现代诊治研究进展[J]. 浙江中西医结合杂志, 2015, 25(11): 1079-1082.
- [5] 欧颖芝. 急性胰腺炎中医证候与用药特点研究分析[D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [6] 刘冬一, 雷力民, 廖昭海, 等. 中医药治疗急性胰腺炎研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(4): 877-880.
- [7] 袁建辉, 端木薇佳, 徐小梅, 等. 慢性胰腺炎中医药治疗进展[J]. 陕西中医学院学报, 2012, 35(5): 106-108.
- [8] 张晓. 胰瘘方内服和灌肠对重症胰腺炎肠黏膜屏障功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 19(16): 187-191.

(责任编辑: 冯天保)