

# 通腑清胰泄热汤对重症胰腺炎肠屏障功能保护作用的临床研究

白延霖

青海省人民医院普通外科, 青海 西宁 810007

**[摘要]** 目的: 观察通腑清胰泄热汤对重症胰腺炎患者肠屏障功能的保护作用。方法: 将79例重症胰腺炎患者随机分为2组, A组39例给予胃肠减压、抑酸剂、胃肠黏膜保护剂及生长抑素等治疗, B组在A组治疗基础上加用通腑清胰泄热汤, 持续治疗10天。观察2组的治疗效果, 监测治疗前、后二胺氧化酶(DAO)、D-乳酸、内毒素浓度及尿乳果糖/甘露醇(L/M)值。结果: 2组治疗后中医症状评分均较治疗前有所下降( $P < 0.01$ ), B组治疗后中医症状评分低于A组( $P < 0.01$ ); B组症状缓解、首次排便、肠鸣音恢复时间均短于A组( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。治疗前2组DAO、D-乳酸、内毒素、L/M值比较, 差异均无显著性意义( $P > 0.05$ )。治疗后, A组内毒素、L/M值均低于治疗前( $P < 0.05$ ), B组4项指标均低于治疗前( $P < 0.01$ )。B组治疗后4项指标均低于A组( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。结论: 在西医常规治疗基础上采用通腑清胰泄热汤治疗重症胰腺炎, 疗效显著, 可减轻炎症损害, 保护肠屏障功能。

**[关键词]** 重症胰腺炎; 肠屏障功能; 中西医结合疗法; 通腑清胰泄热汤

**[中图分类号]** R657.5+1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0050-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.024

重症胰腺炎属于中医学腹痛、胰瘕等范畴, 因中焦湿热壅塞, 胰脾失运, 热瘀肠腑而不通所致。因此, 治疗应以泻实通下、泄热化瘀、清胰泻痞为主。笔者对40例重症胰腺炎患者采用通腑清胰泄热汤治疗, 分析其对肠屏障功能的保护作用, 现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 纳入标准 符合《中国急性胰腺炎诊治指南(2013, 上海)》<sup>[1]</sup>中重症胰腺炎的诊断标准, 并经胰酶测定及X线片检查确诊; 并发1个或多个脏器功能障碍, 伴有代谢功能紊乱; Balthazar CT分级 $\geq$  级; 急性生理功能和慢性健康状况评分系统(APACHE)评分 $\geq$ 8分。

1.2 排除标准 发病时间 $\geq$ 72h; 合并晚期肿瘤者; 有明确手术指征者; 孕妇或哺乳期妇女。

1.3 一般资料 选取2012年1月~2014年3月本院收治的79例重症胰腺炎患者。将79例患者按照SPSS17.0软件产生的随机数字表随机分为2组。A组39例, 男25例, 女14例; 年龄27~58岁, 平均(43.5 $\pm$ 9.7)岁; 平均发病时间(39.6 $\pm$ 10.2)h; APACHE 评分(9.3 $\pm$ 2.2)分; Balthazar CT分级: 级17例, 级16例, 级6例。B组40例, 男25例, 女15例; 年龄25~57岁, 平均(44.3 $\pm$ 10.2)岁; 平均发病时间(41.3 $\pm$ 9.5)h; APACHE 评分(9.4 $\pm$ 2.0)分; Balthazar CT分级: 级16例, 级16例, 级8例。2组一般资料

比较, 差异均无显著性意义( $P > 0.05$ )。

## 2 治疗方法

2.1 A组 进行西医常规治疗, 包括禁食、胃肠减压, 给予抑酸剂、胰酶分泌药物、生长抑素治疗, 预防性使用抗生素, 并维持水、电解质平衡, 根据患者病情实施肠内营养。连续治疗10天。

2.2 B组 在A组治疗基础上, 加用通腑清胰泄热汤治疗。方剂组成: 大黄(后下)、芒硝(后下)、赤芍、延胡索、炒莱菔子各25g, 柴胡、栀子、枳实各20g, 黄芩、姜半夏、厚朴、川芎各15g, 甘遂末3g。每天1剂, 水煎取汁300mL, 分次经胃管注入, 每天2~3次, 注入后夹管2h; 腹胀严重者改为保留灌肠。连续治疗10天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录2组腹痛、腹胀等症状缓解时间以及首次排便、肠鸣音恢复(3~5次/min)时间。于治疗前1天、治疗10天后次日进行中医症状评分, 评分标准: 未出现症状计0分, 腹胀计1分, 腹痛、恶心计2分, 呕吐计3分, 得分越高表示症状越严重。治疗前1天、治疗10天后次日采用分光光度法测定血清二胺氧化酶(DAO)、D-乳酸水平; 采用鲎试剂盒测量血浆内毒素; 采用高效液相色谱法分别测量尿乳果糖(L)与甘露醇(M)浓度, 计算L/M值。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0软件包对数据进行统计学

[收稿日期] 2014-04-03

[作者简介] 白延霖 (1965-), 男, 副主任医师, 主要从事治疗肝、胆、胰疾病的研究。

分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用  $t$  检验。

4 治疗结果

4.1 2组治疗效果比较 见表1。治疗后, 2组中医症状评分均较治疗前有所下降( $P < 0.01$ ), B组中医症状评分低于A组( $P < 0.01$ ); B组症状缓解、首次排便、肠鸣音恢复时间均短于A组( $P < 0.05, P < 0.01$ )。

4.2 2组血清DAO、D-乳酸、血浆内毒素、L/M值比较 见表2。治疗前, 2组DAO、D-乳酸、内毒素、L/M值比较, 差异均无显著性意义( $P > 0.05$ )。治疗后, A组内毒素、L/M值

均低于治疗前( $P < 0.05$ ), B组4项指标均低于治疗前( $P < 0.01$ )。B组治疗后4项指标均低于A组( $P < 0.05, P < 0.01$ )。

表1 2组治疗效果比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	症状缓解 时间(天)	首次排便 时间(天)	肠鸣音恢复 时间(天)	中医症状评分(分)	
					治疗前	治疗后
A组	39	3.5±1.1	2.7±1.1	4.5±1.3	7.3±1.1	5.3±0.9
B组	40	2.6±1.2	1.9±0.8	3.6±1.5	7.7±1.4	4.1±0.8

与治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与A组比较, ② $P < 0.05$ , ③ $P < 0.01$

表2 2组血清DAO、D-乳酸、血浆内毒素、L/M值比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	血清DAO(U/L)		血清D-乳酸( $\mu\text{g/L}$ )		血浆内毒素(EU/L)		L/M值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组	39	15.5±2.8	9.5±2.2	10.2±1.2	6.3±0.8	0.58±0.15	0.32±0.07	0.38±0.16	0.24±0.09
B组	40	15.6±3.1	7.6±2.8	9.9±1.1	4.8±0.7	0.55±0.13	0.13±0.06	0.38±0.17	0.17±0.06

与治疗前比较, ① $P < 0.05$ , ② $P < 0.01$ ; 与A组治疗后比较, ③ $P < 0.05$ , ④ $P < 0.01$

5 讨论

肠道是重症胰腺炎应激的中心靶器官之一。炎症刺激促进肠道毛细血管渗出, 加上患者呕吐失水, 使得胃肠道血管处于低灌注状态, 进而导致肠黏膜缺血、缺氧及酸中毒, 肠蠕动功能减弱, 肠道菌群紊乱, 产生大量的内毒素而破坏肠屏障功能<sup>[2-3]</sup>。D-乳酸是肠道固有菌群发酵的产物, 正常状态下很少被吸收, 如其在循环中升高, 一般提示肠道通透性增大<sup>[3]</sup>。而肠道通透性增大, 乳糖的通过量则会增加, 这样就会导致尿中L/M值升高。与此同时, 存在于细胞内的DAO可通过肠道释放入血, 血清中DAO的含量也会显著增加<sup>[4]</sup>。

常规西医以禁食、胃肠减压、胃肠黏膜保护及抗感染治疗为主, 虽然可在短期内促进症状缓解, 但肠黏膜的屏障功能恢复较慢, 治标不治本。中医治疗重症胰腺炎积累了丰富的经验, 临床对于重症胰腺炎的治疗一直流行着一个说法, 即禁食不禁中药。中医学理论认为“六腑以通为用, 不通则痛”。重症胰腺炎因中焦湿热壅塞, 脾失运, 热瘀肠腑而不通所致, 治疗应以泻实通下、泄热化瘀、清胰泻痞为主。通腑清胰泄热汤由大黄、芒硝、赤芍、延胡索、莱菔子、柴胡等组成, 其中大黄、芒硝为君药, 具有通里攻下、解毒泄热之功效。现代药理学研究表明, 大黄中的大黄素、芦荟大黄素、大黄酸等可阻断花生四烯酸代谢途径内环氧化酶通道, 激活脂化酶通路, 控制炎症反应, 促进肠黏膜修复, 降低肠道通透性<sup>[5]</sup>。邹忠东等<sup>[4]</sup>研究报道, 大黄水煎液可发挥肠黏膜保护作用, 改善肠道通透性, 降低血清D-乳酸、DAO浓度, 使L/M值恢复正常。本研究中, B组用药后D-乳酸、DAO、L/M值均低于A组( $P < 0.05, P < 0.01$ ), 与邹忠东等<sup>[4]</sup>报道相符, 可能与大黄的胃黏膜修复作用相关。重症胰腺炎患者肠道菌群移位, 刺激细胞壁脂多糖而产生内毒素, 肠道渗透性加大, 内毒素的吸收增加, 进而可引发全身脏器功能障碍<sup>[6]</sup>。芒硝是临床常用的泻热通肠

药物, 其富含大量免疫活性物质, 发挥抗病毒、消炎、抗菌等作用, 并促进肠道中脓液排出, 减少内毒素吸收。陈晖<sup>[7]</sup>在自拟清胰通腑汤中加大大黄、芒硝剂量, 给予急性胰腺炎患者治疗5天、10天后, 血浆内毒素较治疗前显著下降( $P < 0.05$ )。本研究中, 2组治疗前内毒素水平均高于正常人, 经10天的治疗, B组内毒素浓度低于治疗前( $P < 0.01$ ), 且低于A组( $P < 0.01$ ), 这可能与大黄、芒硝的解毒泄热功效相关。腹胀、腹痛、恶心、呕吐是胰腺炎的主要表现, 炒莱菔子、枳实、柴胡有开郁导滞、宽肠理气的作用, 可减轻因腹胀所致的腹痛、恶心等症状。姜半夏长于降逆止呕, 可缓解胃肠道痉挛, 使肠管由强直性收缩转化为节律性收缩, 进而减少呕吐。厚朴可宽中下气、行气除满, 增强胃肠道蠕动, 促进患者快速排气、排便。《医方考》中记载“厚朴苦温以去痞, 枳实苦寒以泄满”。黄芩、赤芍、川芎、延胡索、栀子有泻火解毒、凉血散瘀、行气止痛之功效, 可改善胃肠道血液循环, 缓解腹痛。甘遂有泻下作用, 可促进胃肠蠕动, 排出胃肠道积聚的宿垢、致病菌和内毒素, 还有镇痛和免疫调节作用。本研究中, B组症状缓解、首次排便、肠鸣音恢复时间均短于A组( $P < 0.05, P < 0.01$ ), B组治疗后中医症状评分低于A组( $P < 0.01$ ), 提示通腑清胰泄热汤可促进症状消除。

综上所述, 通腑清胰泄热汤治疗重症胰腺炎疗效显著, 不仅可以有效缓解临床症状, 还可以减轻炎症损害, 保护肠屏障功能。

[参考文献]

[1] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组, 中华胰腺病杂志编辑委员会, 中华消化杂志编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013, 上海)[J]. 中国实用内科杂志, 2013, 33(7): 530-535.

- [2] 周寨文, 苏小康, 钟崇, 等. 通腑法联合 ERCP 治疗急性胆源性胰腺炎临床研究[J]. 新中医, 2011, 43(10): 30-32.
- [3] 舒适, 董京文, 杨海峰, 等. 通腑清胰方辅助治疗重症胰腺炎的疗效及对肠黏膜屏障功能的保护作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(21): 280-284.
- [4] 邹忠东, 马留学, 姚和祥, 等. 联合应用乌药、大黄对重症胰腺炎肠屏障功能的保护作用[J]. 中国普通外科杂志, 2010, 19(3): 315-317.
- [5] 周秉舵, 王晓素, 方盛泉, 等. 清下解胰方对重症胰腺炎大鼠 TLR4/NF- $\kappa$ B 信号通路的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2012, 35(12): 830-834.
- [6] 马超英, 周鹃, 李海霖, 等. 大承气汤对内毒素血症大鼠炎性细胞因子的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(13): 130-133.
- [7] 陈晖. 清胰通腑汤治疗急性胰腺炎疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2013, 35(1): 46-47.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

## 加味承气汤辅助治疗重症胰腺炎的疗效及作用机制研究

李辉<sup>1</sup>, 林举择<sup>2</sup>, 黄伟平<sup>1</sup>, 麦聪<sup>1</sup>

1. 广东省人民医院急危重症医学部, 广东 广州 510080; 2. 广东省人民医院中医科, 广东 广州 510080

**[摘要]** 目的: 观察加味承气汤辅助治疗重症胰腺炎(SAP)的疗效及对血清炎症因子的影响。方法: 将80例SAP患者随机分为对照组和观察组各40例。对照组采用常规治疗及生长抑素、奥美拉唑钠、美罗培南治疗。观察组在对照组基础上采用加味承气汤, 每天1剂治疗。2组疗程均为7天。记录腹痛、腹胀缓解、肠鸣音恢复及通气排便时间, 记录急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多器官功能障碍综合征(MODS)发生率和中转手术率; 于治疗前及治疗第3、7天进行急性生理学和慢性健康状况评分(APACHE II)评分; 检测治疗前后血清白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-10(IL-10)及肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )水平。结果: 观察组ARDS发生率为15.0%, MODS发生率为10.0%, 均低于对照组的35.0%和30.0% ( $P < 0.05$ ); 观察组手术中转率为15.0%, 低于对照组的7.5%, 但差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。观察组腹痛、腹胀缓解时间, 肠鸣音恢复时间及首次排便时间均短于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后第3、7天2组APACHE II评分均下降, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组治疗后第3、7天APACHE II评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后2组IL-6和TNF- $\alpha$ 均明显下降 ( $P < 0.05$ ), 治疗后观察组IL-6和TNF- $\alpha$ 水平低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 治疗后2组IL-10明显上升 ( $P < 0.05$ ), 治疗后观察组IL-10水平高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 加味承气汤辅助治疗SAP, 能改善腹痛、腹胀等肠麻痹症状, 控制病情的发展, 其作用可能与调节血清细胞炎症因子水平, 减轻炎症损伤有关。

**[关键词]** 重症急性胰腺炎(SAP); 中西医结合疗法; 加味承气汤; 炎症因子

**[中图分类号]** R657.5<sup>+</sup>1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)08-0052-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.025

重症急性胰腺炎(SAP)是外科最为凶险的急腹症之一, 具有起病急、发展快、并发症多、预后差的特点。西医在重要脏器功能的维护、新旧药物的应用、营养方式的开展、手术时机和手术方式的选择等方面取得了长足的进步, 但是SAP的死亡率仍没有显著的改善<sup>[1]</sup>。中西医结合治疗SAP是目前中西学者广泛采用的方案。单味中药(如生大黄、芒硝)及复方制剂被临床实践证明有效, 为临床广泛使用<sup>[2]</sup>。承气汤类方是临床治

疗本病的常用方, 本研究观察了经验方加味承气汤辅助治疗SAP的疗效及对血清炎症因子的影响, 结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组80例患者来源于广东省人民医院2011年6月~2013年5月。采用随机数字法分为观察组和对照组各40例。对照组男24例, 女16例; 年龄24~70岁, 平均(41.5 $\pm$ 13.2)岁; 发病到入院时间4~42h, 平均(15.1 $\pm$ 7.8)h。

**[收稿日期]** 2014-02-27

**[作者简介]** 李辉(1969-), 男, 主治医师, 主要从事心血管疾病的研究。

**[通讯作者]** 林举择, E-mail: 2667021852@qq.com。