

# 生大黄辅助治疗急性重症胰腺炎临床观察

吕勇焕

奉化市中医院, 浙江 奉化 315500

**[摘要]** 目的: 观察生大黄治疗急性重症胰腺炎的临床疗效。方法: 将 70 例急性重症胰腺炎患者随机分为 2 组, 各 35 例。对照组给予常规急性重症胰腺炎治疗; 研究组在对照组治疗基础上给予生大黄治疗。治疗 1 周。结果: 总有效率研究组 94.3%, 对照组 74.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 研究组谷丙转氨酶水平、谷草转氨酶水平、总胆红素水平、白细胞介素-1 以及白细胞介素-6 水平均显著低于对照组, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。研究组首次排气时间、首次排便时间、恢复肠鸣音时间、血淀粉酶恢复时间、APACHE 评分均显著优于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。研究组并发症发生率 8.6%、死亡率 2.9%, 对照组并发症发生率 28.6%、死亡率 14.3%。2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 生大黄治疗急性重症胰腺炎临床疗效显著, 具有安全性。

**[关键词]** 急性重症胰腺炎; 生大黄; 安全性

**[中图分类号]** R657.5<sup>1</sup> **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0072-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.033

急性重症胰腺炎属于较为常见的急腹症, 近年来, 该病发病率呈现逐年上升趋势, 并以临床表现多样性、病情危重、进展快、死亡率高等特点严重威胁患者生命健康。急性重症胰腺炎患者常出现代谢功能紊乱、机体环境紊乱等症状, 进而出现全身感染甚至休克。若治疗不及时, 会导致患者有机体多器官严重损伤, 危及患者生命<sup>[1]</sup>。生大黄具有清热解毒、凉血行瘀、攻下泻火之功效, 对于急性重症胰腺炎的治疗效果显著<sup>[2]</sup>。本院以生大黄辅助治疗急性重症胰腺炎, 收到较好的疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例为 2013 年 1 月—2014 年 12 月本院急性重症胰腺炎, 共 70 例。随机分为 2 组, 各 35 例。对照组男 22 例, 女 13 例; 年龄 21~72 岁, 平均(47.5±10.2) 岁; 胆源性胰腺炎 20 例, 酒精性胰腺炎 6 例, 高血脂性胰腺炎 5 例, 其他 4 例。研究组男 24 例, 女 11 例; 年龄 21~74 岁, 平均(44.2±11.3) 岁, 胆源性胰腺炎 18 例, 酒精性胰腺炎 7 例, 高血脂性胰腺炎 3 例, 其他 7 例。2 组性别、年龄、疾病类型等比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 符合《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》<sup>[3]</sup>, 均经 CT、B 超等影像学检查确诊, 主要临床表现为呕吐、恶心、腹泻、腹痛等症状。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 常规急性重症胰腺炎治疗, 给予患者禁食、禁水、胃肠道减压、补液扩容、低流量吸氧、纠正酸碱平衡与水电解质紊乱、抑制胰酶分泌、抑酸等基础治疗, 结合患者具体情况给予解痉镇痛、抗生素等药物治疗。

**2.2 研究组** 在对照组治疗基础上给予生大黄治疗, 取液囊空肠导管或胃镜引导置入胃管, 给予生大黄液, 每天 2 次。先灌注 20 mL 生理盐水, 然后灌入 100 mL 生大黄液(生大黄 30 g)。

1 周为 1 疗程, 治疗 1 疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 比较 2 组患者临床治疗效果。比较 2 组患者血清学指标, 抽取患者空腹静脉血, 进行血清肝功能水平监测。比较 2 组患者肠功能恢复时间及慢性健康状况评分 (APACHE)。比较 2 组患者并发症情况与死亡率。

**3.2 统计学方法** 运用 SPSS17.0 软件数据处理, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 采用  $\chi^2$  检验; 计数资料比较采用  $t$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》<sup>[3]</sup>及参考文献[4]制定。显效: 主要临床症状基本消失, 血淀粉酶、尿淀粉酶等恢复正常。有效: 主要临床症状得到一定缓解, 血淀粉酶、尿淀粉酶基本恢复。无效: 主要临床症状无改善甚至

**[收稿日期]** 2015-05-20

**[作者简介]** 吕勇焕 (1975-), 男, 副主任中医师, 主要从事消化系统疾病诊治。

恶化。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率研究组 94.3%，对照组 74.3%，2 组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )，研究组优于对照组。

4.3 2 组血清学指标比较 见表 2。研究组谷丙转氨酶水平、谷草转氨酶水平、总胆红素水平、白细胞介素 -1 以及白细胞介素 -6 水平均低于对照组，2 组比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.4 2 组肠功能恢复时间与 APACHE 评分比较 见表 3。研究组首次排气时间、首次排便时间、恢复肠鸣音时间、血淀粉

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	35	10	16	9	74.3
研究组	35	23	10	2	94.3
$\chi^2$ 值					11.356
P					< 0.05

酶恢复时间、APACHE 评分均显著优于对照组，2 组比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组血清学指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	谷丙转氨酶(U/L)	谷草转氨酶(U/L)	总胆红素( $\mu\text{mol/L}$ )	白细胞介素 -1( $\text{pg/mL}$ )	白细胞介素 -6( $\text{pg/mL}$ )
对照组	35	60.5 $\pm$ 9.5	52. $\pm$ 10.2	31.2 $\pm$ 8.5	33.2 $\pm$ 8.4	39.5 $\pm$ 6.2
研究组	35	41.0 $\pm$ 8.0	31.2 $\pm$ 9.5	22.5 $\pm$ 6.2	21.0 $\pm$ 6.3	33.5 $\pm$ 6.3
$\chi^2$ 值		4.536	3.895	2.965	3.045	4.058
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 3 2 组肠功能恢复时间与 APACHE 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	首次排气时间(h)	首次排便时间(h)	恢复肠鸣音时间(h)	血淀粉酶恢复时间(天)	APACHE 评分(分)
对照组	35	10.4 $\pm$ 3.5	14.7 $\pm$ 4.6	3.9 $\pm$ 2.2	4.1 $\pm$ 2.0	5.3 $\pm$ 1.5
研究组	35	7.5 $\pm$ 0.3	11.3 $\pm$ 3.5	1.7 $\pm$ 0.8	2.1 $\pm$ 1.1	4.0 $\pm$ 1.2
$\chi^2$ 值		10.123	12.203	15.234	5.895	3.654
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

4.5 2 组并发症情况与死亡率比较 见表 4。研究组并发症发生率 8.6%、死亡率 2.9%，对照组并发症发生率 28.6%、死亡率 14.3%。2 组比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 4 2 组并发症情况与死亡率比较

组别	n	并发症情况					死亡率(%)
		呕吐、恶心	肝损害	低氧血症	腹腔、胰腺囊肿	总计(%)	
对照组	35	4	2	2	2	28.6	14.3
研究组	35	2	1	0	0	8.6	2.9

### 5 讨论

急性重症胰腺炎发病凶险，患者病死率高，同时伴有多器官功能衰竭，而机体胃肠道属于最先受损器官。机体胃肠道受损，各种细菌毒素更容易进入机体循环，进而导致全身炎症反应。相关研究资料证实，急性重症胰腺炎患者自身炎症介质清除功能、肝脏功能较为薄弱，因此，可将机体炎症反应与肝功能损伤作为治疗急性重症胰腺炎的重要参考指标<sup>[9]</sup>。

中医学认为，重症胰腺炎属于真心痛、胃脘痛等范畴，多由患者酗酒、暴饮暴食、外邪入侵、肝气郁结所致。保持肠道通畅，清热解毒，攻里通下是治疗重症胰腺炎的主要原则<sup>[6]</sup>。大黄有广谱抗菌作用，对脆弱类杆菌尤为有效，还能抑制中性

粒细胞产生的氧自由基及其对细胞膜的脂质过氧化作用。大黄对蛋白酶、胰脂肪酶、胰淀粉酶具有明显的抑制作用，从而有利于胰酶的自身消化。而且在重症胰腺炎时，由于腹腔内渗出液和腹腔后出血引起腹胀、麻痹性肠梗阻致肠道积气积液，而大黄所含的番泻甙甲可以促进肠道排空以减少胰腺分泌，促进肠菌和内毒素的排空，保护肠道黏膜屏障，防止肠菌易位，降低尿素合成，增加尿素和肌酐的排除，防止肺、脑、肾、肠并发症的发生。大黄具有止血和降低血管通透性的作用，可以终止腹膜渗出，防止和改善休克症状<sup>[7-8]</sup>。

本研究表明，总有效率研究组 94.3%，对照组 74.3%，2 组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )，研究组谷丙转氨酶水平、谷草转氨酶水平、总胆红素水平、白细胞介素 -1 以及白细胞介素 -6 水平均低于对照组，2 组比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组首次排气时间、首次排便时间、恢复肠鸣音时间、血淀粉酶恢复时间、APACHE 评分均显著优于对照组，2 组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组并发症发生率 8.6%、死亡率 2.9%，对照组并发症发生率 28.6%、死亡率 14.3%。2 组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。因此，生大黄佐治急性重症胰腺炎能显著提高临床治疗效果，改善患者主要临床体征与预后，安全可靠。

## [参考文献]

- [1] 郑奇志, 罗福如, 刘福松. 大黄治疗急性重症胰腺炎的疗效观察[J]. 中外医学研究, 2011, 24(21): 275-276.
- [2] 盛颖明, 邹晓平, 于成功, 等. 中药大黄辅助治疗重症急性胰腺炎的系统评价[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 11(7): 241-242.
- [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(草案)[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(3): 190-192.
- [4] 张声生, 李乾构, 李慧臻, 等. 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.
- [5] 田伏洲, 黎冬暄. 急性胰腺炎重型化的预防[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(9): 525-527.
- [6] 张喜平, 石盛, 陈晔, 等. 中医通里攻下治疗急性胰腺炎的研究进展[J]. 世界华人消化杂志, 2009, 16(9): 957-991.
- [7] 徐伟松, 范辉, 刘玉峰, 等. 血必净对急性胰腺炎大鼠血清中 TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  和 IL-6 浓度的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2012, 20(29): 2777-2781.
- [8] 陈亚峰, 奉典旭, 陈腾, 等. 大柴胡汤对急性坏死性胰腺炎大鼠胰液水通道蛋白 1 的作用[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(5): 1438-1442.

(责任编辑: 马力)

## 柴芍承气汤鼻饲联合乌司他丁静脉滴注 治疗重症急性胰腺炎临床观察

吕益波

余姚市第四人民医院, 浙江 余姚 315470

**[摘要]** 目的: 观察柴芍承气汤鼻饲联合乌司他丁静脉滴注治疗重症急性胰腺炎临床疗效。方法: 选取 104 例重症急性胰腺炎患者, 随机分为 2 组, 各 52 例。对照组给予乌司他丁静脉滴注治疗; 治疗组在对照组治疗基础上给予柴芍承气汤中药汤剂鼻饲治疗。观察患者胃肠功能、临床症状、白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶、白细胞介素-6 (IL-6)、白细胞介素-8 (IL-8) 及 C-反应蛋白 (CRP) 改善情况; 临床疗效及不良反应。结果: 总有效率治疗组 90.4%, 对照组 73.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组腹痛恢复时间、腹胀恢复时间、排气时间、排便时间较对照组明显缩短, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶恢复至正常时间较对照组明显缩短, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组 IL-6、IL-8、CRP 水平均较治疗前有明显下降, 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组降低幅度尤为明显, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。不良反应发生率治疗组 7.7%, 对照组 17.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 柴芍承气汤鼻饲联合乌司他丁静脉滴注治疗重症急性胰腺炎临床疗效明显, 有效改善患者的胃肠功能, 抗炎作用显著, 不良反应发生率低。

**[关键词]** 重症急性胰腺炎; 柴芍承气汤; 鼻饲; 乌司他丁

**[中图分类号]** R657.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0074-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.034

胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是临床急诊外科常见的急腹症。患者以急性上腹痛、腹胀、恶心呕吐等为主要症状, 多发病急骤, 病情凶险, 常易产生休克和多种并发症, 死亡风险高达 20%~40%。少数患者虽经全力抢救脱离了生

命危险, 但多会产生胰腺功能不全等遗留病证, 严重影响患者的生活质量, 其所导致的腹腔内外多个器官功能损害及高病死率仍是临床目前需要解决的难题<sup>[1]</sup>。在治疗方面, 以非手术为主的综合治疗成为近年来重症急性胰腺炎的主要治疗方式, 尤

**[收稿日期]** 2015-04-26

**[作者简介]** 吕益波 (1983-), 男, 住院医师, 研究方向: 呼吸内科。