

- [7] 徐霞. 大柴胡汤及其加减方治疗急性胰腺炎临床随机对照试验的 Meta 分析[J]. 甘肃中医, 2011, 24(5): 15-17.
- [8] 刘静, 傅杰, 丁舸, 等. 龙胆草在方剂中的配伍意义探析[J]. 中医研究, 2011, 24(4): 18-20.
- [9] 仝艳, 李晓飞, 王宪岭, 等. 柴胡 - 黄芩药对主要成分与环氧酶 - 2 的相互作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(15): 99-103.
- [10] 郑秀棉, 杨莉, 王峥涛, 等. 车前子的化学成分与药理活性研究进展[J]. 中药材, 2013, 36(7): 1190-1196.
- (责任编辑: 马力)

中西医结合治疗高脂血症性急性胰腺炎 40 例临床观察

吴秀美

广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗高脂血症性急性胰腺炎的临床疗效。方法: 将 78 例高脂血症性急性胰腺炎患者随机分为治 2 组, 对照组 38 例采用西医常规治疗; 治疗组 40 例在对照组基础上加用鼻饲大柴胡汤、复方大黄灌肠液保留灌肠及芒硝外敷腹部。观察 2 组患者血淀粉酶 (AMS)、C-反应蛋白 (CRP) 复常时间, 腹痛、腹胀缓解时间, 第 1 次排气或排便时间, 住院时间, 并判定疗效。结果: 总有效率治疗组为 95%, 对照组为 78.9%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组腹痛、腹胀缓解时间、排气或排便时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后血 AMS、CRP 复常时间及住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗高脂血症性急性胰腺炎疗效显著。

[关键词] 急性胰腺炎; 高脂血症; 大柴胡汤; 复方大黄灌肠液; 芒硝

[中图分类号] R657.5+1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0117-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.056

急性胰腺炎是临床常见急腹症, 临床上以轻症急性胰腺炎多见, 但少数为重症急性胰腺炎, 病情重且常并发多脏器功能损害^[1]。在我国胆源性急性胰腺炎、暴饮暴食及高脂血症性急性胰腺炎多见。近年来, 笔者采用中西医结合治疗高脂血症性急性胰腺炎(HLP), 取得了一定疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为 2009 年 1 月—2013 年 4 月本院住院的患者共 78 例。入选病例随机分为对照组 38 例和治疗组 40 例。治疗组男 32 例, 女 8 例; 年龄(44.3 ± 12.6)岁; 轻症 35 例, 重症 5 例。对照组男 30 例, 女 8 例; 年龄(43.5 ± 13.1)岁; 轻症 33 例, 重症 5 例。2 组患者在性别、年龄、程度分级等方面无显著性差异($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 2004 年中华医学会消化病分会制定的《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》^[2]中急性胰腺炎诊断及《中国成人血脂异常防治指南》^[3]中高脂血症诊断标准。

1.3 排除标准 消化道穿孔、胆管及胰腺占位者; 合并有严重心、脑血管、肺、肝、肾疾病及功能不全者; 无法合作者; 正在参与其他临床药物试验者。

2 治疗方法

2.1 对照组 常规给予禁食、胃肠减压, 补充电解质, 抑酶, 保护胃黏膜, 降脂及营养支持等治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用鼻饲大柴胡汤及复方大黄灌肠液(大黄、槐花为主)200 mL 加温水 100 mL 保留灌肠, 每天 1 次; 另取芒硝 500 g, 持续 24 h 外敷腹部。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察患者临床症状缓解情况及腹痛、腹胀缓解时间、胃肠道功能恢复(以肠鸣音出现及肛门排气或排便)时间; 血淀粉酶(AMS)、C-反应蛋白(CRP)恢复时间。

3.2 统计学方法 计量资料采用 *t* 检验, 等级计数资料采用参比差值法。

[收稿日期] 2014-08-27

[作者简介] 吴秀美 (1967-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合消化内科。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》^[4]拟定。临床痊愈:3天内症状、体征消失,血淀粉酶、恢复正常;显效:5天内症状、体征消失,血淀粉酶恢复正常;有效:5天内症状、体征减轻,血淀粉酶降低;无效:5天内症状、体征未减轻或恶化,血淀粉酶未降低。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为95.0%,对照组为78.9%,2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=4.4928$, $P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	18	12	8	2	95.0
对照组	38	9	10	11	8	78.9

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组临床症状缓解时间比较 见表2。治疗后治疗组腹痛、腹胀缓解时间、排气或排便时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床症状缓解时间比较($\bar{x} \pm s$)^d

组别	n	腹痛缓解	腹胀缓解	排气或排便时间
治疗组	40	2.1 ± 1.2	3.0 ± 1.5	2.5 ± 1.6
对照组	38	3.4 ± 1.6	4.5 ± 2.4	4.4 ± 1.8
t值		4.043	3.290	4.91
P		<0.05	<0.05	<0.05

4.4 2组AMS复常、CRP复常时间及住院时间比较 见表3。治疗组治疗后血AMS、CRP恢复正常时间及住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组AMS、CRP复常时间及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)^d

组别	n	AMS复常时间	CRP复常时间	住院时间
治疗组	40	3.3 ± 2.2	4.0 ± 1.6	6.2 ± 3.1
对照组	38	4.8 ± 2.5	5.2 ± 2.1	8.5 ± 4.2
t值		2.807	2.828	2.740
P		<0.05	<0.05	<0.05

5 讨论

随着国人生活不平等及饮食结构改变,我国HLP发病率逐年上升。HLP的发病有明显的性别差异,本组HLP以男性为主,约占80%,与Fortson MR等^[4]回顾分析大宗HLP结果一致。本病多数伴有糖尿病或初次诊断糖尿病、腹型肥胖、酗

酒习惯,提示HLP的发生发展是多因素参与的复杂病理生理过程,各因素间既相互独立又相互渗透,共同促进病程的发生、发展。高脂血症性急性胰腺炎有易复发及重症倾向,早期诊断、早期治疗对疾病的预后影响很大,利用中医药辨证论治、整体观的思维治疗HLP可发挥其独到优势。

中医学认为,急性胰腺炎其主要病机是为肝郁气滞、湿热蕴蒸肝胆、脾胃实热。发病初期多属气机升降失调,中焦之腑气不通;腑气不通、不通则痛。治予通腑泻浊、行气导滞为法。大柴胡汤具有疏肝解郁、行气导滞的作用,方中小柴胡汤和解少阳半表半里之邪;芍药配柴胡、枳实和肝胆胃肠;大黄味苦寒、破瘀消积,涤荡肠胃,推陈出新。药理研究也表明,大黄能增强胃肠道推进功能,避免肠麻痹,促成药物性胃减压、扩张oddis括约肌、促进胆汁分泌而利胆,并对与急性胰腺炎有关的5种胰酶有明显抑制作用,从而抑制了这些酶对脏器和全身的一系列损害反应。另外,中药灌肠可清洁肠道,使肠道大量的致病和毒素及时排出,减少肠道细菌移位。芒硝具有软坚泻下、清热除湿、破血通经、消肿疗疮的作用。现代药理研究表明,芒硝具有消炎止痛、改善局部血液循环、刺激肠道蠕动、防止肠麻痹、松弛oddi括约肌、降低胰胆管压力的作用。早期应用芒硝外敷,对HLP引起的腹腔渗液具有极好的吸收作用,可减少腹腔积液,明显缓解腹胀。

综上所述,本方案治疗急性胰腺炎是病人禁食、禁水但不禁中药,期间早期给予鼻饲大柴胡汤、复方大黄液灌肠、芒硝外敷腹部,可有效促进肠道蠕动,快速缓解腹痛、腹胀,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 李维勤. 重症急性胰腺炎手术治疗的共识与争论[J]. 肝胆外科杂志, 2008, 16(4): 241-243
- [2] 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.
- [3] 中国成人血脂异常防治指南制定联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南[J]. 中华心血管杂志, 2007, 35(5): 390-413
- [4] Fortson MR, Freedman SN, Webster PD. Clinical assessment of hyperlipidemic pancreatitis [J]. Am J Gastroenterol, 1995, 90(12): 2134-2139.

(责任编辑:冯天保)