

一定程度上减轻肝区不适、腹部胀痛、身体乏力、黄疸、大便溏等，效果优于对照组。在降低AST、ALT、TBil、TC、TG方面，治疗组效果明显，优于对照组，表明治疗组护肝降酶降脂作用明显。调和酒肝饮加减治疗酒精性肝病疗效好、安全，值得临床推广。

#### [参考文献]

- [1] 中华医学会肝病学会脂肪性和酒精性肝病学会. 酒精性肝病诊疗指南(2010年修订版)[J]. 中华肝脏病杂志, 2010, 49(4): 167-170.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 364-366.
- [3] 丁霞, 田德禄, 姚雪彪. 中医学对酒精性肝纤维化的认识[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(1): 50-53.
- [4] 刘仁慧, 王宪龄, 宋宁. 柴胡黄芩配伍解酒作用研究[J]. 中药药理与临床, 2004, 20(4): 3-4.
- [5] 秦会生. 丹芪降脂汤治疗脂肪肝30例临床观察[J]. 河北中医, 2011, 33(3): 344-346.
- [6] 郝继红, 刘丽萍, 张旗军, 等. 葛根黄豆甙元衍生物抗醉酒作用的实验研究[J]. 黑龙江医药, 2000, 13(5): 283-284.
- [7] 张永昕, 俞发. 枳椇子总黄酮治疗酒精性肝病及其作用机制研究[J]. 中药材, 2010, 33(11): 1782-1784.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

## 中西医结合治疗慢性胰腺炎 40 例临床观察

张玉洁

平泉县中医院内科, 河北 平泉 067500

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗慢性胰腺炎的临床疗效。方法: 慢性胰腺炎患者共 80 例, 采用随机数字表法随机分为 2 组各 40 例。对照组进行西医基础治疗以及抑酸药、促进胃动力药、止痛药等对症治疗药物, 并进行饮食控制; 观察组在对照组治疗基础上加用柴胡疏肝散治疗, 每天 1 剂, 分早、晚 2 次服用, 连续治疗 4 周。治疗前后对 2 组患者临床表现、体征进行观察, 比较 2 组临床疗效; 治疗前后对患者血清中脂肪酶、对氧磷酶、淀粉酶活性进行检测。结果: 2 组临床疗效愈显率、总有效率比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗 4 周后, 观察组患者腹痛、腹胀、黄疸、消化不良及脂肪泻等临床症状评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者血清脂肪酶和淀粉酶活性低于对照组, 对氧磷酶 1 活性高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 柴胡疏肝散在 CP 治疗中具有积极作用, 可能与柴胡疏肝散抗氧化应激和抑制炎症反应的功效有关。

[关键词] 慢性胰腺炎; 中西医结合疗法; 柴胡疏肝散; 脂肪酶; 淀粉酶; 对氧磷酶 1; 脂肪泻

[中图分类号] R657.5\*1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0083-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.040

慢性胰腺炎(chronic pancreatitis, CP)是指由于胆道疾病或酒精中毒等因素导致胰腺实质和胰管的局部或弥漫性、持续进展性损害和纤维化, 最终腺泡和胰岛细胞萎缩、破坏和间质纤维化, 从而导致不可逆的胰腺实质变性、胰腺组织纤维化、腺体萎缩。临床上可表现为不同程度的腹痛、恶心呕吐、营养不良、腹泻或脂肪痢等。CP 是临床常见的消化系统难治性疾病, 临床表现缺乏特异性, 临床上长期以来缺乏有效的治疗方法, 目前主要以控制症状、改善胰腺功能和治疗并发症为

重点<sup>[1-2]</sup>。

CP 属中医学“腹痛”“胃脘痛”“泄泻”“胁痛”“癥瘕积聚”等病症范畴, 中医学认为, CP 与因长期酗酒致恣食肥甘、因忧思恼怒致肝气郁结、因湿热蕴结致气机不通等多种病机有关, 属于本虚标实证, 因此治疗上多以清肝利胆、活血化瘀、行气止痛等为法则。柴胡疏肝散为理气剂, 以疏肝理气为主, 疏肝之中兼以养肝, 理气之中兼以调血和胃。基础研究发现柴胡疏肝散还能改善慢性胰腺炎大鼠胃肠运动功能,

[收稿日期] 2015-03-10

[作者简介] 张玉洁 (1973-), 女, 副主任医师, 主要从事内科临床工作。

对改善慢性胰腺炎预后具有潜在的应用价值<sup>[3]</sup>。现将本科室运用柴胡疏肝散治疗慢性胰腺炎的经验报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《慢性胰腺炎诊治指南》<sup>[1]</sup>：①有腹痛、腹胀、黄疸、消化不良、脂肪泻、体重减轻等典型的临床表现；②体征检查现腹部轻度压痛，伴或不伴假性囊肿；③CT检查见胰腺增大、轮廓不规则、胰管不规则扩张、胰腺钙化或胰周胰腺假性囊肿等胰胆改变征象；④实验室检查见血清淀粉酶升高、胰腺外分泌功能异常；⑤病理学检查证实存在CP病理改变。符合⑤，或同时满足①②③者可确诊为CP，符合①②④者为疑似CP病例应进行CT或病理检查确诊。

1.2 纳入标准 满足慢性胰腺炎的诊断标准，年龄18~65岁，自愿参加本研究。

1.3 排除标准 ①急性发作伴有剧烈顽固性疼痛者；②经CT或病理检查为胰腺癌疑似患者；③合并有胆道狭窄、胰痿、胆道大结石、消化道梗阻者；④并发胰腺假性囊肿者；⑤心、肝、肾等器官存在严重病变者；⑥妊娠期妇女；⑦不能接受饮食控制者。

1.4 一般资料 观察病例为2013年1月—2014年9月在本院治疗的慢性胰腺炎患者，共80例，按照入院顺序采用随机数字表法随机分为2组，对照组和观察组各40例。对照组男31例，女9例；平均年龄(41.32±9.76)岁；平均病程(4.52±3.07)年；病因：酒精性18例，胆源性20例，其他2例；病情：轻度8例，中度26例，重度6例。观察组男28例，女12例；平均年龄(42.03±9.51)岁；平均病程(4.37±2.15)年；病因：酒精性20例，胆源性19例，其他1例；病情：轻度9例，中度23例，重度8例。2组患者性别、年龄、病程及病情等基线资料比较，差异均无统计学意义( $P>0.05$ )，具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 进行西医基础治疗，米曲菌胰酶片，每次340mg，每天3次，饭后服用；抑酸药西咪替丁，每次0.2g，每天2次，口服；促进胃动力药多潘立酮片，每次10mg，每天3次，饭前服；有轻度疼痛者可使用抗胆碱能药物，疼痛严重者可用麻醉镇痛药；在西医基础治疗的前提下再进行饮食控制，绝对戒酒、避免暴饮暴食，限制脂肪摄入并提供高蛋白饮食。

2.2 观察组 在对照组治疗的基础上加用柴胡疏肝散治疗，处方：陈皮(醋炒)、柴胡各6g，川芎、香附、枳壳(麸炒)、芍药各4.5g，甘草(炙)1.5g。若疼痛甚者，酌加郁金、青皮、当归、乌药等。水煎，每天1剂，每剂200mL，分2次饭后口服，连续服用4周。

2组均观察4周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察治疗前及治疗4周后患者腹痛、腹胀、

黄疸、消化不良及脂肪泻等临床症状情况，按病情轻重进行评分，无记0分，轻度记1分，中度记2分，重度记3分。同时采用浊度法、碘-淀粉比色法、分光光度法对血清中脂肪酶、淀粉酶、对氧磷酶1活性进行检测，比较组间差异。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0软件进行数据录入和统计分析。计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示，2组间比较，采用独立样本 $t$ 检验，计数资料分类变量服从正态分布采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据临床症状的改善情况和CT复查结果进行临床疗效评价。痊愈：治疗4周后腹痛、腹胀、黄疸、消化不良及脂肪泻等临床症状消失，CT复查见胰腺缩小。显效：临床症状总分在3分以下或者较治疗前下降50%以上者，CT复查见胰腺有所缩小。有效：临床症状总分在5分以下或者较治疗前下降15%~49%者，CT复查见胰腺有所缩小。无效：未能达到上述标准者。愈显率=(痊愈+显效)/总病例数×100%，总有效率=(痊愈+显效+有效)/总病例数×100%。

4.2 治疗前后2组患者临床症状评分比较 见表1。治疗4周后，2组患者各项临床症状评分与治疗前比较，均有下降，观察组患者腹痛、腹胀、黄疸、消化不良及脂肪泻等临床症状评分均低于对照组，差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 治疗前后2组患者临床症状评分比较( $\bar{x}\pm s$ ) 分

组别	时间	腹痛	腹胀	黄疸	消化不良	脂肪泻
对照组	治疗前	2.78±1.16	2.16±0.87	1.52±0.68	2.52±1.41	1.32±0.59
	治疗后	1.32±0.85	1.45±0.71	0.84±0.51	1.01±0.71	0.69±0.51
观察组	治疗前	2.86±1.14	2.08±0.81	1.59±0.71	2.47±1.46	1.36±0.61
	治疗后	0.68±0.62 <sup>①</sup>	0.72±0.51 <sup>①</sup>	0.43±0.36 <sup>①</sup>	0.62±0.53 <sup>①</sup>	0.33±0.26 <sup>①</sup>

与对照组治疗后比较，<sup>①</sup> $P<0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。治疗4周后观察组治愈率和总有效率均高于对照组，差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	$n$	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
对照组	40	3	7	14	16	25.0	60.0
观察组	40	4	13	14	9	42.5 <sup>①</sup>	77.5 <sup>①</sup>

与对照组比较，<sup>①</sup> $P<0.05$

4.4 治疗前后2组血清脂肪酶、淀粉酶、对氧磷酶1活性比较 见表3。治疗4周后，2组患者血清脂肪酶和淀粉酶活性较治疗前有下降，对氧磷酶1活性较治疗前上升。且观察组患者血清脂肪酶和淀粉酶活性低于对照组，对氧磷酶1活性高于对照组，差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

## 5 讨论

常见CP病因为胆道系统疾病，其次为慢性酒精中毒，CP的发病率呈逐年上升趋势。关于CP的发病机制，有学者认

表3 治疗前后2组血清脂肪酶、淀粉酶、

对氧磷酶1活性比较( $\bar{x} \pm s$ )

U/L

组别	时间	脂肪酶	淀粉酶	对氧磷酶1
对照组	治疗前	132.65±52.13	7.89±3.42	367.89±132.47
	治疗后	79.63±32.52	6.51±3.06	502.74±115.69
观察组	治疗前	131.06±51.47	7.95±3.36	352.41±141.06
	治疗后	62.31±35.41 <sup>①</sup>	5.21±2.14 <sup>①</sup>	579.36±103.58 <sup>①</sup>

与对照组治疗后比较, ① $P < 0.05$ 

为, 是急性胰腺炎反复发作的结果, 但也有学者持怀疑态度。Kloppel 提出了 comfort 假说, 认为急性胰腺炎反复发作导致胰腺导管和腺泡周围脂肪坏死和纤维形成, 胰小管内胰液流通不畅所导致的结石和蛋白栓是导致胰管完全梗阻进而导致腺泡坏死、炎症和纤维化的根本原因。最近科学家普遍接受 CP 是纤维化形成、微血管和胰实质萎缩、炎症反应等因素相互作用的结果<sup>[4]</sup>。胰腺炎的治疗则以饮食干预、控制症状、改善胰腺功能和治疗并发症等保守治疗为主, 手术治疗仅推荐假性囊肿出现并发症、顽固性疼痛者、阻塞性黄疸等<sup>[5]</sup>。通过保守治疗, 大部分患者的临床症状能得以改善, 症状较轻者通过饮食干预能自行缓解, 但是也存在复发率高和部分患者治疗无效的困境。

中医学认为, 胰是人的命门, 据《医学衷中参西录》记载: “胰子, 形如膏故曰散膏, 为脾之副脏, ……”。据《本草纲目》记载“生于两肾之间, 似脂非脂, 似肉非肉, 乃人物之命门, 三焦发源处也, ……亦作胰”。胰腺属脾胃之范畴, 是机体对食物进行消化、吸收并输布精微的主要脏器, 情志不畅、饮酒过度、饮食不节可损伤脾胃, 以致脾胃虚弱, 运化失职, 导致脘腹疼痛暴发。因此, 古方治疗慢性胰腺炎多以疏肝利胆、通腑泻热、宽胸理气等改善气滞血瘀、气机郁滞为目的<sup>[6-7]</sup>。柴胡疏肝散以柴胡为君药, 功效为疏肝解郁; 香附和川芎为臣药, 香附理气疏肝而止痛, 川芎活血行气以止痛, 助柴胡以解肝经之郁滞, 并增行气活血止痛之效; 陈皮、枳壳、芍药、甘草均为佐药, 陈皮和枳壳理气行滞, 芍药、甘草养血柔肝, 缓急止痛; 甘草则为使药, 调和诸药之功效, 8味药相辅相成, 发挥疏肝行气、活血止痛的功效。研究发现在饮食干预、西医基础治疗的前提下, 加用柴胡疏肝散, 患者腹痛、腹胀、黄疸、消化不良及脂肪泻等临床症状得到了更好的改善, 疗效也增高, 证实柴胡疏肝散在 CP 治疗中具有积极作用。

如上所述, 炎症是导致 CP 发生发展的重要影响因素, 当胰腺发生炎症反应时胰腺腺泡细胞通透性发生改变, 脂肪酶和淀粉酶被释放入血, 导致血清中脂肪酶和淀粉酶水平上升, 因此脂肪酶和淀粉酶也是目前急性胰腺炎和 CP 诊断常用的生化指标<sup>[8-9]</sup>。对氧磷酶是一种抗氧化剂酶, 对应激反应起着重要

的调节作用, 由肝脏合成、分泌进入血液<sup>[10]</sup>。对氧磷酶在有机磷农药中毒、糖尿病血管并发症和心血管疾病等救治中具有重要作用<sup>[11]</sup>, 有研究发现, CP 患者血清中对氧磷酶 1 的活性低于正常人群, 是 CP 发病的独立危险因素, 这可能与慢性胰腺炎患者体内氧化应激水平增高有关<sup>[12]</sup>。笔者研究发现, 治疗 4 周后 2 组患者血清脂肪酶、淀粉酶、对氧磷酶 1 活性较治疗前均有改善, 而观察组患者改善更为明显, 提示柴胡疏肝散具有抗氧化应激和抑制炎症反应的功效, 作用机理则有待进一步研究。

## [参考文献]

- [1] 中华医学会消化病学分会. 慢性胰腺炎诊治指南[J]. 中华内科杂志, 2005, 44(8): 637-638.
- [2] 李兆申, 廖专. 2012年《慢性胰腺炎诊治指南》解读[J]. 中国实用内科杂志, 2013, 33(3): 191-192.
- [3] 白婕, 张建, 刘健. 慢性胰腺炎大鼠的胃运动功能变化及柴胡疏肝散的干预作用[J]. 山东医药, 2013, 53(25): 31-33.
- [4] 孙洋馨. 清胰化积汤治疗湿热型慢性胰腺炎的临床研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2011.
- [5] 钱家鸣, 姚方. 慢性胰腺炎的治疗方法与疗效的评价[J]. 临床消化病杂志, 2007, 19(6): 335-336.
- [6] 危北海, 周滔. 中西医结合治疗肝胆胰疾病的现状和展望[J]. 临床肝胆病杂志, 2013, 29(4): 241-244.
- [7] 陈瑜, 张晓芹, 刘芳, 等. 慢性胰腺炎的辨证分型及中医药治疗进展[J]. 中国医药指南, 2012, 10(30): 434-435.
- [8] 许希红. 血清脂肪酶检测对急性胰腺炎患者的诊断价值分析[J]. 河南医学研究, 2013, 22(4): 577-578.
- [9] 杭永伦, 黄远帅. 血清脂肪酶测定对急性胰腺炎的诊断价值[J]. 检验医学, 2012, 27(6): 493.
- [10] Akcay AB, C'amsarl A, Ozcan T, et al. The relationship between paraoxonase-1 activity and coronary artery disease in patients with metabolic syndrome[J]. Turk Kardiyol Dern Ars, 2011, 39(5): 371-377.
- [11] Eom SY, Kim YS, Lee CJ, et al. Effects of intronic and exonic polymorphisms of paraoxonase 1 (PON1) gene on the serum PON1 activity in a Korean population[J]. J Korean Med Sci, 2011, 26(6): 720-725.
- [12] 白国强, 程丽丽, 白莉莉. 慢性胰腺炎患者血清对氧磷酶 1 活性变化[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2014, 28(1): 57-58.

(责任编辑: 刘淑婷)