

中西医结合治疗急性胰腺炎临床观察

范明, 赖洁珊, 廖艳烨, 蔡秀薇

广东省第二中医院脾胃病科, 广东 广州 510095

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗急性胰腺炎的临床疗效。方法: 将 42 例急性胰腺炎患者随机分为 2 组各 21 例, 对照组采用禁食、胃肠减压、抑制胰酶分泌、抑制胃酸分泌、防治感染、营养支持、维持水、电解质平衡及酸碱平衡等常规治疗; 治疗组在对照组治疗基础上加用通腑泄热、祛湿化痰、理气止痛的辨证中药内服或灌肠, 并结合本院自制中药硬膏外敷上腹部。治疗 10 天。结果: 2 组总有效率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组上腹痛、腹胀、恶心呕吐和上腹部压痛等症状、体征的恢复时间, 血、尿淀粉酶和血白细胞指标复常时间, 住院时间和住院费用均少于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在西医常规治疗基础上结合辨证中药治疗急性胰腺炎临床疗效较好。

[关键词] 急性胰腺炎; 中西医结合治疗; 外敷

[中图分类号] R657.5⁺¹ **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0068-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.031

Clinical Research of Integrated Chinese and Western Medicine Therapy for Treatment of Acute Pancreatitis

FAN Ming, LAI Jieshan, LIAO Yanye, CAI Xiuwei

Abstract: Objective: To study the therapeutic effect of integrated Chinese and Western medicine for acute pancreatitis. Methods: A total of 42 cases diagnosed as acute pancreatitis were randomly divided into two groups by random number chart, 21 cases in each group. The control group received regular western medical treatment, such as fasting, gastrointestinal decompression, inhibition of pancreatin and gastric acid secretion, anti-infection medicine, supporting therapy, and maintaining the balance of water and electrolyte as well as the balance of acid and alkali. The treatment group received additional Chinese medicine with the actions of unblocking bowels and purging heat, dispelling dampness and removing blood stasis, regulating qi to alleviate pain by oral administration or enema, combined with external application of plaster on upper abdomen. The treatment course lasted 10 days. Results: No statistical significant difference were found in the total effective rate between the two groups ($P > 0.05$). The time for the relief of upper abdominal pain and tenderness, abdominal distention, nausea and vomiting, and time for serum and urine amylase and white blood cell count recovering to the normal in the treatment group were shorter than those in the control group ($P < 0.05$). The hospitalization time and fee in the treatment group were also less than those in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Integrated Chinese and western medicine therapy has certain effect for the treatment of acute pancreatitis.

Keywords: Acute pancreatitis; Integrated Chinese and western medicine therapy; External application

急性胰腺炎(acute pancreatitis, 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, 伴或不伴有其他器官功能改变的疾病^[1]。随着现代生活方式、工作方式的转变, 其发病率呈增高趋势, 已经成为临床常见的急腹症之一, 其发病急, 病情重, 变化快, 虽然医学影像学技术在进步、临床药物和诊疗方案也日益丰富, 但仍有 20%~30% 患者临床

经过凶险, 总体病死率高达 5%~10%^[1]。而在临床工作中, 笔者发现以辨证中药内服(或灌肠)、外治结合西药常规治疗, 临床疗效好, 费用低, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 依据 2013 年版《中国急性胰腺炎诊治指南(2013, 上海)》^[2]及《江绍基胃肠病学》^[3]等制定临床诊断及分

[收稿日期] 2015-02-23

[作者简介] 范明 (1978-), 男, 副主任中医师, 主要从事中西医结合脾胃病研究及临床工作。

级标准^[1-2]。诊断 AP 时需具备以下 3 条中的 2 条：①临床表现为与 AP 符合的腹痛(急性、突发、持续、剧烈的上腹痛，常向背部放射)；②血清淀粉酶和(或)脂肪酶活性增高≥ 正常值上限 3 倍；③AP 特征性的影像学改变(腹部超声、增强 CT/MRI)表现。轻度 AP(MAP)：符合 AP 诊断标准。满足以下情况之一，无器官衰竭、无局部或全身并发症，Ranson 评分 < 3 分，APACHE 评分 < 8 分，BISAP 评分 < 3 分，MCTSI 评分 < 4 分。中度 AP(MSAP)符合 AP 诊断标准，急性期满足下列情况之一，Ranson 评分 ≥ 3 分，APACHE 评分 ≥ 8 分，BISAP 评分 ≥ 3 分，MCTSI 评分 ≥ 4 分，可有一过性(< 48 h)的器官功能障碍。恢复期出现需要干预的假性囊肿、胰瘘或胰周脓肿等。重度 AP(SAP)：符合 AP 诊断标准。伴有持续性(> 48 h)器官功能障碍(单器官或多器官)，改良 Marshall 评分 ≥ 2 分。

1.2 一般资料 全部病例均为本院脾胃病科 2010 年 5 月—2014 年 9 月收治的 AP 患者，剔除其中由胰腺癌、壶腹周围癌等恶性肿瘤引起者，剩余 42 例随机分为 2 组。治疗组 21 例，男 13 例，女 8 例；年龄 18~75 岁，平均 42 岁；病程 2~41 h；胆源性胰腺炎 14 例，酒精性胰腺炎 3 例，脂餐或高脂血症史 3 例，其他原因 1 例；其中 MAP 9 例，MSAP 10 例，SAP 2 例。对照组 21 例，男 14 例，女 7 例；年龄 18~77 岁，平均 44 岁；病程 1~49 h；胆源性胰腺炎 13 例，酒精性胰腺炎 4 例，脂餐或高脂血症史 4 例；其中 MAP 9 例，MSAP 10 例，SAP 2 例。全部患者均有不同程度上腹痛，大部分伴有腹胀、恶心呕吐或发热等症状，全部患者均符合诊断标准。2 组性别、年龄、病情等方面比较，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 常规给予禁食、胃肠减压、抑制胰酶分泌(奥曲肽针 1.2 mg 加入生理盐水注射液 100 mL 中 24 h 持续静脉推注，2~5 天症状改善后，改为 0.1 mg/8 h 皮下注射)，抑制胃酸分泌(奥美拉唑针 60 mg 静脉滴注，每天 2~3 次)，防治感染(左氧氟沙星针或头孢类抗生素)，营养支持，维持水、电解质平衡及酸碱平衡，防治器官功能障碍等治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用通腑泄热、祛湿化痰、理气止痛的辨证中药内服或灌肠，结合本院自制中药硬膏外敷上腹部治疗。内服或灌肠药物基本方组成：大黄(后下)、柴胡、黄芩、蒲公英、延胡索、赤芍、丹参各 15 g，芒硝(后下)、甘草各 6 g，木香 10 g，紫花地丁 12 g。随证加减。每天 1 剂，水煎分 2 次，每次 150~200 mL 口服或经胃管饲入，并暂停胃肠减压 2 h。SAP 患者可每天服 2 剂，呕吐严重者可拒服中药者可口服中药保留灌肠，每天 1 次。中药硬膏基本药物组成：黄连、黄芩、黄柏各 12 g，龙胆草、薄荷各 6 g，冰片 3 g，用法：制作成 10 cm × 12 cm 大小，敷贴上腹部(覆盖上脘、中脘及下脘穴)，每天 1 贴，敷贴 2~3 h。

2 组分别在治疗后第 2 天、第 3 天、第 6 天和第 10 天进

行疗效观察和比较。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 上腹痛、腹胀、恶心呕吐、上腹部压痛等临床症状、体征，血、尿淀粉酶及血象等生化指标变化，住院时间与费用。

3.2 统计学方法 采用 SPSS12 进行统计分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 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(2013, 上海)》^[1]及《江绍基胃肠病学》^[2]制定疗效标准。治愈：临床症状、体征消失，血、尿淀粉酶及血白细胞复查完全恢复正常，影像学复查完全正常。有效：临床症状、体征改善，血、尿淀粉酶及血白细胞基本恢复正常，影像学有改善。无效：临床症状、体征和血、尿淀粉酶、血白细胞及影像学复查均无改善或恶化。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。2 组总有效率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	21	18	3	0	100 ^①
对照组	21	17	3	1	95.2

与对照组比较，① $P > 0.05$

4.3 2 组临床症状、体征恢复时间比较 见表 2。治疗组腹痛、腹胀、恶心呕吐和上腹部压痛等症状、体征的恢复时间短于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组临床症状、体征恢复时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	腹痛	腹胀	恶心呕吐	上腹部压痛
治疗组	21	3.5 ± 2.3 ^①	3.5 ± 1.6 ^①	2.5 ± 1.2 ^①	5.8 ± 2.6 ^①
对照组	21	5.0 ± 2.8	5.6 ± 2.3	3.7 ± 1.8	7.0 ± 2.8

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.4 2 组生化指标恢复时间比较 见表 3。治疗组血、尿淀粉酶和血白细胞指标复常时间短于对照组($P < 0.05$)。

表 3 2 组生化指标恢复时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血淀粉酶	尿淀粉酶	血白细胞
治疗组	21	4.5 ± 2.2 ^①	5.6 ± 2.0 ^①	3.5 ± 2.3 ^①
对照组	21	6.2 ± 2.8	7.5 ± 3.5	5.5 ± 2.8

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.5 2 组住院时间与住院费用比较 见表 4。治疗组住院时间和住院费用也少于对照组($P < 0.05$)。

5 讨论

AP 是临床上常见的急腹症之一，也是常见的危重症之一，尤其是 SAP 更是发病急剧，易引起休克、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多器官功能衰竭(MOF)等并发症，病死率较

表4 2组住院时间与住院费用比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	住院时间(d)	住院费用(w)
治疗组	21	8.0±2.5 ^①	0.9±0.2 ^①
对照组	21	9.8±3.5	1.1±0.3

与对照组比较, ① $P < 0.05$

高。AP在病因和发病机理方面是多源的,除了与多种酶活性有关以外,还与内毒素血症、TNF变化、氧自由基损伤及血液循环障碍、钙离子通道受阻等密切相关,由此引发的各种炎症介质作用于胰腺本身及其他(心肾等)脏器组织,引起胰腺及其他脏器的损伤,使病情进一步加重^[1-2]。目前的治疗方法主要有手术治疗和非手术治疗两种,已有临床研究表明早期和过大手术不但不能终结胰腺炎的病理进程,反而加重了全身循环和代谢的紊乱,一定程度上增加了并发症的发生和病死率的升高。近年来,许多学者认为早期积极非手术治疗疗效较好^[3],而这也正好符合了中医学“治未病”和“既病防变”的理念,同时中医药在治疗AP方面也早已积累了丰富的经验。

AP属于中医学“腹痛”、“脾心痛”、“结胸病”等范畴,早在《内经·厥病篇》及《金匮要略》等古籍中就有记载。现代多数医家认为其病机演变主要以湿、热、瘀、毒蕴结中焦所致的脾胃升降、肠之传化、肝之疏泄失常为中心。其中“腑气不通”可谓其总括,并可有郁、结、湿、热、瘀、厥、脱七个关键环节^[4]。本治疗方案正是在勤求古训的基础上,结合现代医药研究成就及临床工作实际而进行的。针对其病因治以通腑泄热、祛湿化瘀、理气止痛为原则。方用大黄、芒硝通腑泄热,是为君药;柴胡、黄芩清热泻火,延胡索、木香疏肝解郁、行气止痛,共为臣药;佐以蒲公英、紫花地丁清热祛湿解毒,赤芍、丹参活血化瘀,使以甘草调和诸药并解毒,全方合用,使得湿热瘀结得除,腑气得通,故而腹痛腹胀可解。与此同时,采用中药硬膏外敷,除了透皮吸收外,还结合了中药穴位贴敷的优势,中脘穴为胃的募穴,八会穴之腑穴,配合上脘、下脘穴,具有运通腑气、升清降浊之功。如此中药内服(或灌肠)、外治合用,共奏调理脾胃、行气除痞、化湿导滞、通络止痛之功,并使其功效得以彰显,故而与对照组比较,上腹痛、腹胀、恶心呕吐等不适能得以很快的缓解。

同时,现代药理研究证实,生大黄有松弛胆口括约肌作用,减轻胰管压力,并对胰蛋白酶、淀粉酶及胰脂肪酶活性具有全面抑制作用,有利胰腺炎恢复。大黄还能改善循环和清除

胃肠道内细菌和毒素及促胃肠道新陈代谢作用,具有保护肠黏膜屏障和防肠道细菌易位的功效^[5]。蒲公英、黄芩除具有类似抗菌作用外,也具有明显的抗内毒素作用;柴胡可促进内源性糖皮质激素分泌,抑制炎症发展,有利胰脏功效的恢复;木香可协助大黄促进胃肠蠕动和胆囊收缩,并有促进胆汁分泌和排泄作用;延胡索碱则有显著的止痛作用,并能抑制组织胺所致的肠痉挛和胃酸分泌,丹参有抗氧化作用等^[4-6]。因此,中药内服、外治合用,能够抑制胰蛋白酶,胰脂肪酶及与本病发病直接有关的胰酶,改善肠道血循环,保护肠黏膜的完整性,促进肠蠕动,排除肠道内细菌和内毒素,减少内毒素的产生和吸收,增强肠黏膜抗病能力,保护肠黏膜屏障,达到防止肠道菌群易位的目的,降低菌群易位所引起的致死性的肠源性感染和内毒素血症,并可以提高机体免疫力,从而达到菌毒并治之功效;还能利胆,降低奥狄括约肌张力等等,这些对胰腺炎的治疗均可产生有利的重要影响。因此患者才能更快更好的康复,住院时间缩短,并且经济负担减轻。本临床观察显示,中西医结合治疗急性胰腺炎充分发挥了中医、西医各自治疗AP的优势,临床疗效好,明显缩短疗程、降低医疗费用,值得临床进一步探索和推广。

[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):530-534.
- [2] 萧树东.江绍基胃肠病学[M].上海:上海科学技术出版社,2001:487-495.
- [3] 刘永庆,张营.急性胰腺炎的综合治疗分析[J].安徽卫生职业技术学院学报,2010,9(1):13-14.
- [4] 杨晋翔,韩海啸,张学智,等.急性胰腺炎的中医药研究现状及思路[J].北京中医药,2008,27(5):348-350.
- [5] 李建生,程龙.中医药对肠道细菌易位作用的研究进展[J].中国中西医结合急救杂志,2006,6(6):47-49.
- [6] 黄慧荣,张贺林,刘化芝.中西医结合治疗急性胰腺炎90例临床观察[J].中国现代医学杂志,2010,20(4):610-611.

(责任编辑:马力)