

清胰利胆汤联合西医疗法治疗急性胆源性胰腺炎临床观察

王玉富, 李道宽

驻马店市中医院肝胆脾胃科, 河南 驻马店 463000

[摘要] 目的: 观察清胰利胆汤联合西医疗法治疗急性胆源性胰腺炎的临床效果。方法: 选取 120 例湿热内蕴型急性胆源性胰腺炎患者作为研究对象, 并按随机数字表法分为治疗组与对照组各 60 例, 对照组给予常规治疗方案, 治疗组在对照组治疗基础上加用清胰利胆汤治疗, 比较 2 组患者中医证候评分、胰腺影像学形态及实验室指标 [谷丙转氨酶 (ALT)、碱性磷酸酶 (ALP)、血淀粉酶 (AMY) 及尿淀粉酶 (UAMY)] 的改善情况。结果: 治疗后, 治疗组总有效率 (91.67%) 高于对照组 (68.33%), 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组腹痛、上腹压痛感、腹胀、发热、恶心呕吐、嗝气、小便短赤、身目黄染评分较治疗前均有降低 ($P < 0.05$), 治疗组各项评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。2 组 CT 影像学形态分级较治疗前均有改善 ($P < 0.05$), 但 2 组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。2 组 ALP、ALT、AMY、UAMY 水平较治疗前均降低 ($P < 0.05$), 治疗组各项实验室指标值均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在常规西药保守治疗基础上加用清胰利胆汤疏肝利胆、通腑泄热, 可有效缓解湿热内蕴型急性胆源性胰腺炎患者的临床症状, 改善胰腺影像学形态, 更快地降低血、尿淀粉酶水平, 临床疗效显著。

[关键词] 急性胆源性胰腺炎 (ABP); 湿热内蕴证; 中西医结合疗法; 清胰利胆汤; 中医证候评分; 胰腺影像学; 淀粉酶

[中图分类号] R657.5⁺1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2017) 08-0045-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.08.014

Clinical Observation of Qingyi Lidan Tang Combined with Western Medicine Therapy for ABP

WANG Yufu, LI Daokuan

Abstract : Objective : To observe the clinical effect of Qingyi Lidan tang combined with western medicine therapy for acute biliary pancreatitis (ABP). Methods : Selected 120 ABP patients with syndromes of damp-heat retention as study object, and divided them into the treatment group and the control group being 60 cases in each according to the random table method. The control group was given routine treatment, while the treatment group was given Qingyi Lidan tang based on the treatment of the control group. Compared improvement of Chinese medicine syndrome score, morphology pancreatic imaging and laboratory indexes which includes alanine transaminase (ALT), alkaline phosphatase (ALP), blood amylase (AMY) and urine amylase (UAMY) before and after treatment. Results: After treatment, the total effective rate of the treatment group was 91.67%, being higher than the 68.33% of the control group ($P < 0.05$). Scores of abdominal pain, epigastric tenderness, abdominal distension, fever, nausea and vomiting, short and red urine, belching, yellow staining of body and eyes of the two groups were all lower than those before treatment ($P < 0.05$), and scores of the above indexes of the treatment group were all lower than those of the control group ($P < 0.05$). Classification of CT imaging morphology of the two groups were improved ($P < 0.05$), difference of the two groups had no significant ($P > 0.05$). Levels of ALP, ALT, AMY and UAMY of the two groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$), values of the above laboratory indexes of the treatment group were all lower than those of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Based on routine treatment of western medicine, the application of Qingyi Lidan tang which is able to disperses stagnated liver qi to promote bile flow and purges fu-organs to eliminate heat can relieve clinical symptoms of patient with ABP, improve morphology pancreatic imaging, reduce levels of AMY and UAMY, has significant clinical effect.

Keywords: Acute biliary pancreatitis(ABP); Syndromes of Damp-heat retention; Integrated Chinese and western medicine therapy; Qingyi Lidan tang; Chinese medicine syndrome score; Pancreatic imaging; Amylase

[收稿日期] 2017-04-18

[作者简介] 王玉富 (1971-), 男, 副主任医师, 研究方向: 消化系统疾病。

急性胰腺炎(Acute Pancreatitis, AP)是指胰腺内胰酶因多种病因被激活后引起胰腺组织自身出血、水肿、消化甚至坏死的炎症反应,是临床中常见的急腹症之一。而因胆道因素引起的AP为急性胆源性胰腺炎(Acute Biliary Pancreatitis, ABP),主要是由胆道结石移行排出过程中引起短暂的胆道感染、胆管高压或胆道口括约肌功能障碍,使胰管内流入胆汁,导致胰泡及胰管破裂,胰液外渗,使胰液正常防御机制被破坏而造成。长期以来,临床治疗ABP以营养支持、抑制胰腺分泌、解除胆道梗阻、控制炎症为主,虽能有效缓解病情,但长期疗效欠佳。笔者近年来对ABP患者在常规西医治疗的基础上加用中药清胰利胆汤治疗,取得了满意效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 研究病例来源于本院2012年1月—2015年12月收治的120例ABP患者,并按随机数字表法分为治疗组与对照组各60例。治疗组男34例,女26例;年龄24~69岁,平均(45.1±3.7)岁;病程2~7天,平均(3.4±1.2)天。对照组男32例,女28例;年龄23~67岁,平均(44.6±2.9)岁;病程1~7天,平均(3.8±0.8)天。2组性别、年龄、病程等基线资料经统计学分析,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 ①参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]中AP湿热内蕴型辨证标准。主症:腹痛,上腹压痛感,腹胀,黄疸,发热,恶心呕吐,嗝气,小便短赤,身目黄染;次症:倦怠乏力,舌质红、苔薄黄,脉弦数。②腹部CT和B超检查发现有胆系结石。③实验室检查:总胆红素(TBil) >2.3 mg/dL,谷丙转氨酶(ALT) >75 U/L,碱性磷酸酶(ALP) >125 U/L。

1.3 纳入标准 ①符合诊断标准;②年龄20~70岁;③对本次研究知情同意,并签署《临床试验知情同意书》。

1.4 排除标准 ①不符合诊断标准;②年龄 <20 岁或 >70

岁;③有胰腺癌等其他胰腺疾病;④合并有造血系统、呼吸系统、内分泌系统和心、脑、肝、肾等重要脏器疾病者;⑤对本次研究使用药物过敏者或过敏体质者;⑥不配合治疗或不愿参与研究观察者。

2 治疗方法

2.1 对照组 入院后给予AP的常规治疗方案,具体包括:胃肠减压、抑制胰酶和胃酸分泌、营养支持、多脏器功能监护、抗休克、抗感染,维持水、电解质、酸碱平衡,改善微循环及对对症治疗等,并对患者的生命体征和生化指标进行严密观察。治疗7天为1疗程,连续治疗2疗程。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用中药清胰利胆汤治疗,处方:金钱草30g,白芍、赤芍、郁金、延胡索各15g,柴胡、枳实、栀子、鸡内金、当归各12g,木香10g,生大黄、黄芩各9g,甘草6g。随症加减:腹痛较甚者加川楝子15g;呕吐严重者加竹茹15g,代赭石20g;气虚者加黄芪15g。每天1剂,将中药加水浸泡20min,煮沸后文火煎30min,取汁300mL于早晚口服或经鼻饲注入。治疗7天为1疗程,连续治疗2疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候观察:对2组患者治疗前、治疗2疗程后各主症的情况采用统一的表格进行记录,采用分级评分法进行记录,轻:2分,中:4分,重:6分。计分标准见表1。②胰腺影像学形态分级:观察2组患者治疗后CT影像学形态分级。共分为3级,A级:CT检查显示胰腺正常;B级:胰腺局限性或弥漫性肿大(包括胰管扩张、密度不均、轮廓不规则、局限性积液);C级:除B级病变外,还存在胰周脂肪结缔组织的炎性改变。③实验室指标:观察记录2组患者治疗前后ALP、ALT、血淀粉酶(AMY)及尿淀粉酶(UAMY)的变化情况。④观察并比较2组的临床疗效。

表1 中医证候计分标准

症状	正常(0分)	轻度(2分)	中度(4分)	重度(6分)
腹痛	无	疼痛轻微	疼痛中度,偶有阵发性加剧,对日常生活和工作有一定影响	疼痛剧烈,患者不耐受,对日常生活和工作造成严重影响
上腹压痛感	无	压痛轻度	压痛较明显,但患者能耐受	压痛剧烈,不耐受
腹胀	无	偶尔出现	时常出现	持续存在
发热	$<37.5^{\circ}\text{C}$	$37.5\sim37.9^{\circ}\text{C}$	$38.0\sim38.9^{\circ}\text{C}$	$\geq 39.0^{\circ}\text{C}$
恶心、呕吐	无	无呕吐,仅有轻微恶心	偶有恶心呕吐,患者能耐受	时常出现恶心呕吐,不耐受
嗝气	无	偶有发作	发作次数较多	发作次数频繁
小便短赤	无	稍黄	短黄	短赤
身目黄染	无	身体不黄,目黄	轻度身目黄染	重度身目黄染

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0统计学软件包对研究所得数据进行统计学分析。以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示计量资料,采用 t 检验;以率(%)表示计数资料,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。以 $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

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》^[2]中相关标准拟定。痊愈:临床症状、体征基本消失,中医证候评分减少 $\geq 95\%$,实验室指标恢复正常,胰腺影像学检查结果正常;

显效：临床症状、体征明显改善，中医证候评分减少 $\geq 65\%$ ，实验室指标显著降低，胰腺影像学检查结果基本正常；有效：临床症状、体征有所好转，中医证候评分减少 $\geq 20\%$ ，实验室指标较治疗前有所降低，胰腺影像学检查结果为B级；无效：各项指标未达到上述标准，胰腺影像学检查结果为C级。

4.2 2组临床疗效比较 见表2。治疗后，治疗组总有效率(91.67%)高于对照组(68.33%)，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	20(33.33)	25(41.67)	10(16.67)	5(8.33)	55(91.67)
对照组	60	12(20.00)	14(23.33)	15(25.00)	19(31.67)	41(68.33)

与对照组比较，① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表3。治疗前，2组腹痛、上腹压痛感、腹胀、发热、恶心呕吐、嗝气、小便短赤、身目黄染评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组各项评分较治疗前均有降低($P<0.05$)，治疗组各项评分均低于对照组($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s, n=60$) 分

症状	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
腹痛	5.34±1.27	0.41±0.20	5.41±1.19	2.76±1.00
上腹压痛感	4.97±1.18	0.63±0.24	4.92±1.07	1.45±0.78
腹胀	4.86±0.65	0.78±0.15	4.81±0.56	2.02±0.40
发热	4.51±1.20	1.22±0.11	4.49±1.34	2.34±0.89
恶心呕吐	3.14±1.72	0.48±0.10	3.29±1.18	1.95±0.29
嗝气	3.99±0.45	0.25±0.17	4.01±0.55	1.98±0.23
小便短赤	3.36±0.41	0.76±0.19	3.40±0.11	1.90±0.14
身目黄染	4.48±0.23	0.62±0.14	4.45±0.36	1.47±0.52

与治疗前比较，① $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P<0.05$

4.4 2组治疗前后CT影像学形态分级比较 见表4。治疗前，2组CT影像学形态分级比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组CT影像学形态分级较治疗前均有改善($P<0.05$)，但2组间比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4 2组治疗前后CT影像学形态分级比较 例

组别	n	时间	A级	B级	C级
治疗组	60	治疗前	13	34	13
		治疗后	42	18	0
对照组	60	治疗前	14	34	12
		治疗后	39	21	0

4.5 2组治疗前后各项实验室指标比较 见表5。治疗前，2

组ALP、ALT、AMY、UAMY水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组ALP、ALT、AMY、UAMY水平较治疗前均降低($P<0.05$)，治疗组各项实验室指标均低于对照组($P<0.05$)。

表5 2组治疗前后各项实验室指标比较($\bar{x}\pm s, n=60$) U/L

指标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ALP	392.18±30.41	62.74±13.10	391.33±27.61	145.74±29.32
ALT	212.51±46.18	51.54±10.91	217.34±25.57	162.25±31.82
AMY	911.26±38.72	145.28±9.76	910.52±19.83	301.43±35.90
UAMY	1095.24±175.43	94.66±23.94	1092.45±132.18	334.26±20.56

与治疗前比较，① $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P<0.05$

5 讨论

ABP是临床中较多发的一种急腹症，具有病情发展快、治疗难度大、死亡率高等特点。长期以来，临床治疗ABP多采取保守治疗的方式，达到保护器官功能和预防并发症的目的。虽能缓解症状，但疗效欠佳。

本病归属于中医学胃脘痛、腹痛等范畴。根据中医学理论，本病病因归结为饮食不节、情志失调、蛔虫上扰及胆道梗阻等，在各种诱因作用下，肝胆疏泄不利，脾胃功能失调，而致气机不畅、生湿蕴热、气滞血瘀，出现湿热蕴结为主的证候，胰为主要病位，与脾胃、肝胆密切相关^[3]。临床治疗应以疏肝利胆、通腑泄热为基本法则。故本研究对湿热内蕴型ABP患者使用清胰利胆汤治疗，方中柴胡具有疏肝解郁、解表退热之功，大黄清热泻火、泻下攻积、凉血解毒、逐瘀通经，柴胡与大黄配伍为君药，可畅达全身之气，具有疏肝理气、通腑泻胆之功效。木香健脾消食、行气止痛，枳实消胀满、破气除痞，枳实、木香配伍可调理全身气机，有助于柴胡疏肝理气。郁金具有行气解郁、利胆退黄、活血止痛之功，金钱草具有利尿通淋、利湿退黄、解毒消肿作用，鸡内金消食健脾、通淋化石；金钱草、鸡内金同用，可治胆石症或石淋；而郁金、金钱草、鸡内金配伍，有利胆退黄、运脾利水、消石排石之功效。栀子具有清热利湿、凉血解毒作用，黄芩有清热燥湿、泻火解毒之功，栀子、黄芩共奏清热毒、祛痰毒、祛瘀毒之功效。木香、枳实、郁金、金钱草、鸡内金、栀子、黄芩共为臣药，具有疏肝行气、健脾消食、利胆泄热之功效。白芍柔肝止痛、养血敛阴，赤芍散瘀止痛、清热凉血；二药配伍，可增强清热退热、散瘀止痛、养血敛阴之功。当归补血、活血止痛，延胡索活血行气止痛，二者共奏缓急止痛、养血活血之功。白芍、赤芍、当归、延胡索伍用为佐药，共奏养血敛阴、清热退热、缓急止痛之功。甘草调和诸药，为使药，具有缓急止痛、清热解毒之功效。全方共奏疏肝利胆、清热通腑之功，能达到扶正祛邪、标本兼治的效果。

现代药理学研究表明,柴胡具有解热作用,其作用与柴胡皂苷元、皂苷、柴胡挥发油密切相关,其解热是抑制病原体的结果,退热平稳,且无反弹^[4]。同时,柴胡还具有抗内毒素作用^[5],研究发现,柴胡提取液浓度达到25%以上则可破坏细菌内毒素^[6];大黄抗菌作用较强,在ABP早期对胰腺细胞具有较好的保护作用^[7];栀子具有明显的胆囊收缩作用,其收缩率比水明显增加,可达到利胆、保肝效果^[8];金钱草具有抗炎利胆作用,可促进胆汁分泌,降低胆汁中游离胆红素、钙离子含量,使总胆汁酸含量提高,从而对胆红素结石的形成具有抑制作用^[9];鸡内金对胃肠功能具有兴奋作用,可增加胃液酸度及分泌量,从而增强胃肠的消化能力,并能促进胆汁分泌^[10];木香可提高胃动素或胆囊收缩素水平,使胆囊体积缩小^[11]。全方组合可利胆、抗炎、抗菌和促进肠蠕动,减轻胰腺及肠组织因急性胰腺炎发作而造成的病理损害。

本研究结果显示,治疗后,治疗组中医证候评分(腹痛、上腹压痛感、腹胀、发热、恶心呕吐、嗝气、小便短赤、身目黄染)低于对照组($P<0.05$);2组CT影像学形态分级均较治疗前改善($P<0.05$),但2组间比较无统计学差异($P>0.05$);治疗组ALP、ALT、AMY、UAMY水平均低于对照组($P<0.05$);治疗组临床总有效率高于对照组($P<0.05$)。提示在常规西药保守治疗基础上加用清胰利胆汤疏肝利胆、通腑泄热,可有效缓解ABP患者的临床症状,改善胰腺影像学形态,更快地降低血、尿淀粉酶水平,临床疗效显著,值得在临床推广应用。

[参考文献]

[1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则:

第1辑[S]. 1993: 143.

- [2] 中华医学会消化病学分会. 中国急性胰腺炎诊治指南[J]. 中华内科杂志, 2004, 43(3): 236-238.
- [3] 许正国, 刘加升, 孟健, 等. 清胰利胆汤保留灌肠治疗急性胰腺炎的临床观察[J]. 中国医药指南, 2010, 30(12): 247-249.
- [4] 刘博, 王玉梅, 温桂海, 等. 中西医结合治疗急性胆源性胰腺炎46例疗效观察[J]. 海南医学, 2013, 24(15): 2205-2207.
- [5] 霍梦逸, 刘新, 林於, 等. 柴胡挥发油中有效解热成分的研究[J]. 药物分析杂志, 2013, 33(7): 1202-1209.
- [6] 张云波, 梁园, 夏爱军. 柴胡解热作用的药理研究进展[J]. 中国药业, 2011, 20(3): 79-80.
- [7] 余炳取, 贾杰, 张益光, 等. 生大黄联合培菲康对重症急性胰腺炎大鼠的早期保护作用[J]. 中国中医急症, 2012, 21(3): 394-396.
- [8] 齐刚, 熊小军, 柯峥. 栀子及其有效成分的药理作用及机制研究[C]//2003年全国生化与生物技术药物学术研讨会论文集. 2003.
- [9] 金桂娴, 孙建光. 利胆排石药在胆石症中的应用概况[J]. 中国民族民间医药, 2015, 24(19): 12-13.
- [10] 张红云. 清胰利胆汤治疗急性胆源性胰腺炎的临床研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2003.
- [11] 张建春, 蔡雅明, 周德斌, 等. 木香的研究进展[J]. 甘肃科技, 2010, 26(20): 170-173.

(责任编辑:吴凌)