

- [4] 王艳蕊. 对胰腺炎行奥曲肽不同应用方式治疗的效果对比浅析[J]. 今日健康, 2015, 14(7): 50.  
[5] 崔贤淑. 注射用奥曲肽在重症急性胰腺炎保守治疗中的疗效[J]. 中外健康文摘, 2010, 7(26): 184.  
[6] 王瑞, 李浩萍, 段永宏. 奥曲肽联合乌司他丁治疗急性胰腺炎疗效评价[J]. 陕西医学杂志, 2014, 43(3): 350-352.

(责任编辑: 吴凌)

## 柴芩达原饮联合西医疗法治疗轻症急性胰腺炎临床观察

刁竞芳, 莫嘉强, 叶青, 蔡炳勤, 何军明

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察柴芩达原饮联合西医疗法治疗轻症急性胰腺炎的效果。方法: 选取 132 例轻症急性胰腺炎辨证属湿遏热伏、邪阻膜原证的患者, 随机分为观察组 70 例和对照组 62 例。2 组均按常规西医疗法治疗, 观察组禁食不禁药, 加用柴芩达原饮治疗, 观察治疗 14 天。记录 2 组患者的肠鸣音恢复正常时间, 恶心、呕吐、腹痛等症状的缓解时间, 观察并记录血谷丙转氨酶 (ALT)、白细胞计数 (WBC)、淀粉酶 (AMY)、尿素氮 (BUN)、C-反应蛋白 (CRP) 的变化与恢复正常的时间、住院时间, 监测安全性指标。结果: 治疗后, 观察组总有效率 (97.14%) 高于对照组 (74.19%), 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2 组 ALT、WBC、AMY、BUN、CRP 水平均较治疗前下降 ( $P < 0.05$ ), 观察组 WBC、AMY、BUN、CRP 水平均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。观察组恶心呕吐缓解时间、腹痛缓解时间, 肠鸣音、WBC、AMY、BUN、CRP 恢复正常时间与住院时间均短于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 在常规西医疗法基础上加用柴芩达原饮治疗辨证为湿热之邪伏阻于膜原的轻症急性胰腺炎患者, 能更为迅速地改善症状, 缩短病程, 安全性高, 疗效优于单纯使用西医疗法治疗。

[关键词] 轻症急性胰腺炎 (MAP); 湿遏热伏; 邪伏膜原证; 中西医结合疗法; 柴芩达原饮

[中图分类号] R657.5<sup>1</sup> [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2017) 08-0055-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.08.017

## Clinical Observation of Chaiqin Dayuan Yin Combined with Western Medicine Therapy for Mild Acute Pancreatitis

DIAO Jingfang, MO Jiaqiang, YE Qing, CAI Bingqin, HE Junming

Abstract: Objective: To observe the effect of Chaiqin Dayuan yin combined with western medicine therapy for mild acute pancreatitis. Methods: Selected 132 cases of patients with mild acute pancreatitis differentiated as pyrovetention with damp obstruction and pathogen hidden in Moyuan, and divided them into the observation group with 70 cases and the control group with 62 cases randomly. The control group was treated with western medicine therapy. The observation group received starvation treatment without prohibiting medication and additionally received Chaiqin Dayuan decoction. Both groups received treatment for 14 days. Recorded the recovery time of intestinal sound as well as the remission time of symptoms such as nausea, vomiting and abdominal pain in both groups. Observed changes and the recovery time of alanine transaminase (ALT), white blood cells (WBC), amylase (AMY), blood urea nitrogen (BUN) and C-reactive protein (CRP) and the hospitalization time. Detected safety indexes. Results: After treatment, the total effective rate was 97.14% in the observation group, being higher than 74.19% in the control group ( $P < 0.05$ ). Levels of ALT, WBC, AMY, BUN and CRP in both groups were decreased when compared with those before treatment ( $P < 0.05$ ), and levels of WBC, AMY, BUN and CRP in the observation group were lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). The remission time of nausea, vomiting and abdominal pain as well as the recovery

[收稿日期] 2017-04-28

[作者简介] 刁竞芳 (1981-), 男, 医学硕士, 主治医师, 主要从事肝胆胰外科临床工作。

time of intestinal sound in the observation group were shorter than those in the control group, and the recovery time of WBC, AMY, BUN and CRP as well as the hospitalization time in the observation group were all superior to those in the control group, differences all being significant ( $P < 0.05$ ). Conclusion: The therapy of Chaiqin Dayuan yin based on western medicine therapy for patients with mild acute pancreatitis differentiated as pathogen of dampness and heat hidden in Moyuan can quickly improve symptoms and shorten the course. It has high safety and better curative effect than pure western medicine therapy.

Keywords: Mild acute pancreatitis (MAP); Pyroretention with damp obstruction; Syndrome of pathogen hidden in moyuan; Integrated Chinese and western medicine therapy; Chaiqin Dayuan yin

急性胰腺炎(AP)是常见的外科急症之一, 西医治疗手段较为单一, 禁食及胃肠减压对患者的胃肠功能恢复影响较大。在临床实践中, 中药的应用已成为 AP 的常规治疗措施, 并取得比单纯西医治疗更好的疗效<sup>[1]</sup>。根据长期治疗 AP 的经验, 从中医角度分析, 笔者认为本病初起, 正邪对峙, 正气不能驱邪外出, 留邪深伏于膜原。按照“邪伏膜原”理论, 采用柴胡达原饮透达膜原之邪, 可取得良好的治疗效果, 总结如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取符合条件的 2014—2016 年 3 年间于本院肝胆胰外科治疗的 132 例轻症急性胰腺炎(MAP)患者作为本次研究对象, 根据随机数字表法分为观察组和对照组。观察组 70 例, 男 29 例, 女 41 例; 平均年龄( $49.8 \pm 12.2$ )岁; 病因: 高脂血症型 17 例, 酒精型 5 例, 胆源型 45 例, 其他病因 3 例。对照组 62 例, 男 30 例, 女 32 例; 平均年龄( $47.2 \pm 11.2$ )岁; 病因: 高脂血症型 18 例, 酒精型 2 例, 胆源型 38 例, 其他病因 4 例。2 组性别、年龄、病因等数据经统计学处理, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 MAP 的诊断标准<sup>[2]</sup>: 临床表现为与 AP 相符的腹痛, 血清淀粉酶(AMY)至少高于正常上限值的 3 倍, 腹部影像学符合 AP 影像学改变。

1.3 辨证标准 辨证属湿遏热伏、邪阻膜原证, 症见寒热往来或憎寒壮热, 胸胁胀满, 腹胀, 呕吐, 大便不通或不爽, 舌苔厚腻甚至厚如积粉。

1.4 纳入标准 符合诊断标准和辨证标准; 不伴有器官功能衰竭及局部或全身并发症; 年龄  $> 18$  岁; 同意参与本研究并签署知情同意书。

1.5 排除标准 中重症 AP、重症 AP 等需要手术治疗的患者; 慢性胰腺炎急性发作以及胆总管结石需手术治疗的; 合并高血压 3 级、糖尿病、急慢性肾病等重大内科疾病者; 对本研究所用药物过敏者。

1.6 退出标准 进展为中重症 AP、重症 AP, 中途出现其他并发症及由于其他原因不适宜进一步试验者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 禁食和胃肠减压, 以生长抑素抑制胰酶分泌, 补液和维持水、电解质平衡, 营养支持, 以抗生素预防或治

疗感染。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上实行禁食不禁药, 加用柴芩达原饮治疗, 处方: 柴胡 15 g, 枳壳、厚朴、青皮、槟榔、黄芩、草果、桔梗、荷梗各 10 g, 炙甘草 5 g。若热盛, 则柴胡加量至 25 g; 若腹胀为主, 则厚朴、槟榔加至 20 g。每天 1 剂, 水煎, 分 2 次胃管注入或口服。

因 AP 的病程分期均以 7 天或其倍数为界, 故 2 组观察周期分 2 个阶段, 7 天为第一阶段, 8~14 天为第二阶段。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①记录 2 组患者的肠鸣音恢复正常时间, 恶心、呕吐、腹痛等症状的缓解时间; ②于治疗后第 1、3、7、14 天观察并记录血谷丙转氨酶(ALT)、白细胞计数(WBC)、AMY、尿素氮(BUN)、C-反应蛋白(CRP)的变化与恢复正常的时间、住院时间; ③安全性指标: 治疗期间监测患者的尿常规、血常规、肝功能、肾功能等指标, 及时记录药物相关不良反应; 动态复查腹部 CT, 排除进展为中重症 AP、重症 AP。

3.2 统计学方法 使用 SPSS22.0 统计学软件分析数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 比较采用  $t$  检验; 率的比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 在治疗 1 周后进行疗效评价。显效: 肠鸣音恢复正常, 恶心、呕吐、腹痛等症状消失, WBC、AMY、BUN、CRP 等指标恢复正常; 有效: 肠鸣音基本恢复正常, 恶心、呕吐、腹痛等症状明显减轻, WBC、AMY、BUN、CRP 等指标水平略高或基本恢复正常; 无效: 达不到上述标准甚至病情进展者。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	70	40	28	2	97.14
对照组	62	14	32	16	74.19

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后实验室指标比较 见表 2。治疗前, 2 组

ALT、WBC、AMY、BUN、CRP 水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组 ALT、WBC、AMY、BUN、CRP 水平均较治疗前下降( $P < 0.05$ ), 观察组 WBC、AMY、

BUN、CRP 水平均低于对照组( $P < 0.05$ ); 2 组 ALT 水平比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 2 2 组治疗前后实验室指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	ALT(U/L)	WBC( $\times 10^9/L$ )	BUN(mmol/L)	CRP(mg/L)	AMY(U/L)
观察组	70	治疗前	96.6 ± 18.8	14.2 ± 3.1	24.42 ± 5.2	39.8 ± 12.4	889.5 ± 112.8
		治疗后	56.8 ± 16.9	9.5 ± 1.9	5.20 ± 3.6	11.5 ± 2.1	104.6 ± 38.4
对照组	62	治疗前	98.7 ± 20.3	15.7 ± 3.3	26.21 ± 4.2	39.5 ± 13.1	950.5 ± 125.7
		治疗后	62.5 ± 16.9	12.6 ± 2.4	18.28 ± 3.5	17.7 ± 3.5	198.4 ± 40.5

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

4.4 2 组恶心呕吐缓解时间、腹痛缓解时间与肠鸣音恢复正常时间比较 见表 3。观察组恶心、呕吐、腹痛缓解时间与肠鸣音恢复正常时间均短于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 3 2 组恶心呕吐缓解时间、腹痛缓解时间与肠鸣音恢复正常时间比较( $\bar{x} \pm s$ )<sup>d</sup>

组别	恶心、呕吐缓解时间	腹痛缓解时间	肠鸣音恢复正常时间
观察组	2.9 ± 0.9	3.5 ± 0.5	2.1 ± 0.9
对照组	4.2 ± 0.8	5.4 ± 0.6	5.6 ± 1.4

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.5 2 组实验室指标恢复正常时间与住院时间比较 见表 4。观察组 WBC、AMY、BUN、CRP 恢复正常时间与住院时间均优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 4 2 组实验室指标恢复正常时间与住院时间比较( $\bar{x} \pm s$ )<sup>d</sup>

组别	WBC	BUN	AMY	CRP	住院时间
观察组	4.2 ± 0.8	2.1 ± 0.9	4.2 ± 0.8	7.8 ± 2.8	7.1 ± 1.9
对照组	8.6 ± 0.4	7.4 ± 0.4	5.8 ± 1.2	9.2 ± 3.2	12.1 ± 2.9

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.6 2 组不良反应情况比较 2 组患者均未进展为中重症 AP、重症 AP, 治疗过程中均未出现不良反应, 治疗结束时 2 组患者的肝功能均恢复正常。

## 5 讨论

在治疗 MAP 方面, 目前的共识认为应该执行非手术治疗方案。非手术治疗的目的是使胰腺得以充分休息, 尽量减少胰液的分泌, 避免或治疗胰腺和胰周组织的继发感染, 防止全身炎症反应综合征和多器官功能障碍综合征的发生。现代医学“胰腺休息”的治疗方案, 已使 MAP 的死亡率降至 1% 以下<sup>[1]</sup>, 但治疗周期长, 尤其患者的胃肠功能恢复缓慢, 腹腔炎症消退缓慢。而《外科学》<sup>[2]</sup>中已明确提出可加用中药治疗; 近年来, 不断有研究指出在常规西医治疗基础上加用中药治疗 AP, 效果优于单用西药<sup>[3-6]</sup>。

中医学中并无 AP 病名的相关记载, 根据该病的病因、发病部位及临床特点, 应属中医学腹痛范畴。中医学认为, 膜原为表里内外交界的地方, 为三焦之门户。从现代医学角度分析, 胰腺的解剖位置正好位于腹膜后, 表面有腹膜覆盖, 正是处于中医所指膜原之地, 而 AP 所指的炎症, 正好对应中医学理论的邪气。综合分析, AP 为邪气潜伏于膜原而发, 针对湿热之邪伏于膜原, 治宜清热祛湿, 透达膜原。

本研究所用的柴芩达原饮, 方中柴胡和解表里; 黄芩清热燥湿; 枳壳、桔梗理气宽中, 行滞消胀; 厚朴、草果行气化湿, 宣畅中焦之气; 槟榔下气破结, 为疏利之药; 青皮下食, 破积结及膈气; 荷梗宽中理气; 炙甘草调和诸药。诸药并用, 能达到宣湿化痰、疏通三焦、透邪外出、透达膜原之效。

本研究结果表明, 在常规西医疗法基础上加用柴芩达原饮治疗辨证为湿热之邪伏阻于膜原的 MAP 患者, 能更为迅速地改善症状, 缩短病程, 安全性高, 疗效优于单纯使用西医疗法治疗, 值得临床应用。

## [参考文献]

- [1] 姜景平. 重用中药泻下法在中度重症急性胰腺炎中的疗效观察[J]. 江西医药, 2017, 52(2): 140-141.
- [2] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 急性胰腺炎诊治指南(2014)[J]. 中华外科杂志, 2015, 53(4): 241-246.
- [3] M Schein, P Rogers, A Assalia. Schein Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery [J]. Springer Berlin Heidelberg, 2005, 88(5): 731.
- [4] 吴在德, 吴兆汉. 外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 581.
- [5] 应锋君, 金晶, 钱家成, 等. 液囊空肠导管喂饲清胰汤治疗急性胰腺炎临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50(2): 94-95.
- [6] 余明仙. 大承气汤加味胃肠灌注为主治疗急性胰腺炎 82 例[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(3): 183.

(责任编辑: 吴凌)