

早期使用益活清下法治疗重症急性胰腺炎并肝功能不全 18 例

张鸿彦* 夏 庆*

摘要 目的:探讨早期应用益活清下法治疗重症急性胰腺炎(SAP)合并肝功能不全的疗效。方法:36例SAP并发肝功能不全患者,随机分为早期组和晚期组,每组18例。早期组入院时即应用益活清下法治疗;晚期组入院3天后在基础治疗的同时加用益活清下法的中药治疗。结果:早期组与晚期组并发症发生率比较差异无显著性($P>0.05$)。早期组肠麻痹、肾功能衰竭、心功能衰竭、脑病和低蛋白血症的持续时间低于晚期组($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗后早期组血清总胆红素(TBil)、直接胆红素(DBil)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)和天冬氨酸氨基转移酶(AST)水平低于晚期组($P<0.05$);早期组病死率、感染率、手术中转率均低于晚期组,住院病程也较晚期组短。结论:早期使用益活清下法对减轻SAP合并肝功能不全的程度,促进肝功能恢复,降低感染率、病死率,缩短病程有重要意义。

主题词 胰腺炎/并发症 肝功能不全/中医药疗法 @ 益活清下

Treatment of 18 Cases of Severe Acute Pancreatitis with Hepatic Insufficiency by Yihuo Qingxia Method at Early Stage

Zhang Hongyan, Xia Qing

(West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041)

Objective: To explore therapeutic effect of Yihuo Qingxia method (method of reinforcing, activating, clearing and purging) at early stage on severe acute pancreatitis with hepatic insufficiency. **Methods:** Thirty-six cases of severe acute pancreatitis with hepatic insufficiency were randomly divided into an early stage group and a late stage group, 18 cases in each. The early stage group were treated by Yihuo Qingxia method from admission, and the late stage group by basic treatment plus Chinese medicines in Yihuo Qingxia method 3 days after admission. **Results:** There was no significant difference between the two groups in the occurrence rate of the complication ($P>0.05$), but the lasting time of intestinal paralysis, renal failure, cardiac failure, encephalopathy and hypoproteinemia in the early stage group was shorter than that in the late stage group ($P<0.05$ or $P<0.01$). After treatment, serum total bilirubin, direct bilirubin, alanine aminotransferase and aspartate aminotransferase level in the early stage group was lower than that in the late stage group ($P<0.05$). The mortality, infective rate and operation rate was lower and admission duration was shorter than those in the late stage group. **Conclusion:** Yihuo Qingxia method at early stage is of important significance for alleviating severe acute pancreatitis with hepatic insufficiency, promoting recovery of hepatic functions, decreasing infective rate and mortality, shortening duration of illness.

Key Words Pancreatitis/complication; Hepatic insufficiency/TCM therapy; @ Yihuo Qingxia

上世纪90年代,我院在西医治疗的基础上结合中医学整体观念、辨证论治以及热病理论提出益活清下法,将重症急性胰腺炎(SAP)的病死率由40.5%降至10.77%^[1]。SAP的多脏器功能受损中,肝脏是最早最易受到损伤的器官之一。本研究采用随机分组,对益活清下法治疗SAP合并肝功能不全进行临床研究并对其用药时机的选择做出评价,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:所有入选病例均为2003年1月~2004年6月我院中西医结合科收治住院的SAP并发肝功能不全患者,共38例,剔除早期自动出院2例,随机分为

两组。早期组18例,男13例,女5例,年龄25~70岁,中位年龄(44.5±10.8)岁;晚期组18例,男13例,女5例,年龄27~74岁,中位年龄(51.3±13.9)岁。早期组胆系疾病5例,饮食相关7例,高血压病2例,高脂血症3例,其他3例;晚期组胆系疾病5例,高血压病2例,饮食相关6例,高脂血症3例,其他3例。早期组入院48小时Ranson评分、急性生理和慢性健康评价指标Ⅱ(APACHEⅡ)评分及CT评分分别为:(4.9±1.7)分、(10.3±3.8)分和(6.3±2.4)分;晚期组分别为(4.3±1.6)分、(11.1±3.8)分和(6.5±2.3)分。两组一般资料比较差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 诊断及辨证标准:采用曼谷会议制定的SAP诊断标准^[2]。SAP是指在急性胰腺炎(AP)的基础上有以下之一者:(1)脏器功能障碍;(2)Ranson评分≥3分;(3)APACHEⅡ评分≥8分;(4)Balthazar CT分级Ⅱ

基金项目:卫生部临床学科重点建设项目(97050234)、四川省中医药管理局重点专项课题(2003A31)

* 四川大学华西医院中西医结合科,成都市外南国学巷37号(610041)

收稿日期:2005-08-16;修回日期:2005-10-24

级或Ⅱ级以上。中医辨证标准^[3]:(1)肝郁气滞型:胃脘胁肋窜痛或阵痛,胸胁苦满,口苦咽干,纳呆嗝气,恶心呕吐,溲黄便结,或发热微恶寒,胁下痞块,舌质淡红、苔薄白或薄黄少津,脉弦数或紧;(2)肝胆湿热证:胃脘或偏右突然疼痛,钝痛持续,阵发加剧,甚或绞痛,牵及肩背腰肋,脘腹硬满,压痛拒按,恶寒发热或寒热往来,恶心呕吐,或身目发黄,口渴不欲饮,头晕,胸闷,心烦,大便秘结,小便黄赤,舌质红绛、苔黄腻,脉弦数或滑数;(3)脾胃实热证:上腹持续疼痛,阵阵加剧,痛如刀绞,脘腹硬满,压痛拒按,多有反跳痛和(或)腰背肿胀,触痛明显,恶心呕吐,热盛口渴,大便秘结,小便短赤,重者痛、吐、胀、闭均见,舌质红干、苔黄厚或腻或燥,脉洪数或弦数;(4)蛔虫上扰证:胃脘偏右突起疼痛,如物钻顶,阵发加重,痛引肩背,辗转不安,痛缓如常,续则腹痛持续,压痛拒按,恶心频吐,呕吐蛔虫,身热不甚,或不发热,可见黄疸,舌质淡或红绛、苔薄白或黄腻,脉弦紧或弦细。

1.3 纳入及排除标准:纳入符合SAP诊断标准,病程中出现血清总胆红素(TBil)水平 $\geq 34\mu\text{mol/L}$,丙氨酸氨基转移酶(ALT) ≥ 2 倍正常值且为第1次发作者。排除发病前有肝功能不全及其他影响肝功能的慢性疾病、7天内死亡病例、入院前经过中药治疗的患者。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:益活清下综合疗法主要包括禁食、胃肠减压、H₂受体阻滞剂、维持水电解质平衡和内环境稳定、对症、防治感染、营养支持及器官功能保护等西医基础治疗。并根据SAP分期和证型给予中医辨证治疗。SAP分3期,第1期为急性反应期,主要表现为阳明腑实证,治以通里攻下为主,佐以疏肝理气、清热解毒;第2期为感染期,主要表现为脾胃湿热、实热或热入营血而导致热深厥深,治以清热解毒、益气救阴为主,佐以通里攻下、活血化瘀;第3期为恢复期,主要表现为气血两虚、气滞血瘀、湿邪困脾证,治以补益气血、健脾除湿、活血化瘀。上述治则又以益气救阴、活血化瘀、清热解毒、通里攻下法为主,故简称益活清下法。SAP证型分为肝郁气滞证、肝胆湿热证、脾胃实热证、蛔虫上扰证4型,分别以大柴胡汤、大柴胡汤合龙胆泻肝汤、柴芩承气汤、柴胡汤合乌梅汤,结合上述分期加

减化裁治疗。中药每剂煎成300ml。先抽空胃液,再经胃管注入中药50ml,夹闭胃管,每两小时1次。若呕吐症状减轻,则改为口服,夹闭胃管1天后,若无呕吐,则停止胃肠减压。严重肠麻痹者同时给予中药200ml灌肠,每日3~5次,配合针刺促进肠蠕动。肠蠕动恢复,大便通畅后,生大黄、芒硝可减量或停药,停用灌肠。病程中出现呼吸衰竭转ICU用呼吸机辅助呼吸治疗;出现胰周或(和)胰腺感染转外科手术治疗。早期组入院后给予基础治疗及益活清下疗法中的中药治疗。晚期组入院后给予基础治疗,3天后加用益活清下疗法中的中药治疗。

2.2 观察方法:分组采用1:1随机分组,进行平行对照实验,运用皖南医学院孙瑞元教授主编的NDST统计软件,按早期组:晚期组=1:1的比例,生成随机数字表,按顺序号依次纳入受试者,分别进入不同处理组。观察48小时的Ranson评分、入院第1天的A-PACHEⅡ评分、CT评分、肝功能指标、感染率、手术中转率、病死率等。

2.3 统计学方法:应用SPSS 11.5软件,计量型呈正态分布资料采用t检验,非正态分布资料采用秩和检验;计数型资料采用 χ^2 检验。

3 治疗结果

3.1 两组并发症发生及持续时间比较:两组并发症发生率比较差异无显著性($P>0.05$)。表1示,肠麻痹、肾衰、心衰、脑病及低蛋白血症的持续时间比较差异有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$),早期组持续时间较晚期组短。

3.2 两组治疗后肝功能指标比较:表2示,治疗后两组间TBil、血清直接胆红素(DBil)水平、ALT、天冬氨酸氨基转移酶(AST)水平比较差异有显著性($P<0.05$),早期组下降水平大于晚期组。

3.3 两组预后比较:早期组感染率11.1%(2/18),晚期组感染率38.9%(7/18);早期组无中转手术,晚期组手术中转率27.8%(5/18);早期组病死率11.1%(2/18),分别于病程的第15、20天因多脏器功能衰竭死亡;晚期组病死率22.2%(4/18),于病程的第16~74天死于感染和多脏器功能衰竭;晚期组感染率、病死率和手术中转率均高于早期组;早期组病程平均为

表1 两组并发症持续时间比较(天, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肝功能不全	肠麻痹	肾衰	心衰	脑病	ARDS	低蛋白血症
早期组	18	3.4±3.4	2.5±1.6**	3.0±3.3*	1.6±0.5**	3.8±2.3*	3.4±3.7	5.0±3.1*
晚期组	18	11.7±17.4	5.6±3.5	8.9±8.8	5.7±3.9	11.8±13.0	2.3±21.5	19.6±21.6

与晚期组比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$

27.2天,晚期组的病程为44.2天,早期组病程比晚期组短($P<0.05$)。

表2 两组肝功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	TBil (mmol/L)	DBil (mmol/L)	ALT (IU/L)	AST (IU/L)
早期组	18	14.5±7.6*	5.6±3.4*	29.4±21.8*	26.4±8.8*
晚期组	18	101.8±175.3	33.2±50.9	73.3±65.2	61.6±62.6

与晚期组比较, * $P<0.05$

4 讨论

SAP早期即发生全身炎症反应,导致多脏器功能不全。治疗的关键在于阻断和改变全身炎症反应的发生发展,但目前缺少特异性治疗方法和手段,故治疗目的主要是减少多脏器功能不全发生或减轻其程度,以及帮助机体避免和治疗继发性的严重事件如感染等。SAP并发肝功能不全时,一方面严重的肝功能不全可导致患者死亡;另一方面肝脏对毒性物质、炎症介质及细胞因子的解毒和清除作用明显下降,致病因子更易通过肝脏屏障而进入体循环,对全身其他组织器官造成损伤。从而与SAP的严重程度之间形成恶性循环,相互促进恶化,其处理直接关系到临床疗效。

研究显示,早期使用益活清下法积极干预,TBil、DBil、ALT和AST水平下降程度大于晚期组;肠麻痹、脑病、肾衰、心衰及低蛋白血症的持续时间低于晚

期组;感染率、手术中转率、病死率低于晚期组,总病程比晚期组缩短。研究表明,益活清下法能影响SAP的多个病理生理环节,取得了较好疗效^[3]。其具有促进肠蠕动、改善肠壁血供、防止肠道细菌移位、维护肠道正常菌群、促进内毒素排泄;抑制细胞因子和炎性介质的产生和活性、拮抗内毒素、控制全身炎症反应;改善胰腺微循环和血液流变性、抗炎、促进炎症吸收、保护胰腺腺泡、利胰抑酶;促进胰腺修复和胰周炎症吸收等作用^[4~6]。

参考文献

1 刘续宝,蒋俊明,黄宗文,等.中西医结合治疗重症急性胰腺炎的临床研究(附1376例报告).四川大学学报(医学版),2004,35(2):204~208.

2 Toouli J, Brooke-Smith M, Bassi C, et al. Guidelines for the management of acute pancreatitis. J Gastroenterol Hepatol, 2002, 17 (Suppl):S15~S39.

3 张肇达,严律南,刘续宝.急性胰腺炎.北京:人民卫生出版社,2004:126~136.

4 Xia Q, Jiang JM, Gong X, et al. Experimental study of Tong Xia purgative method in ameliorating lung injury in acute necrotizing pancreatitis. World J Gastroenterol, 2000, 6(1):115~118.

5 黄宗文,蒋俊明,张肇达,等.益活清下法为主治疗重症急性胰腺炎胰外器官损害与死亡原因分析.成都中医药大学学报,1999,22(1):26~28.

6 贾鹏辉,张肇达,周总光,等.WPY对小鼠实验性急性胰腺炎早期胰腺微循环改变的影响.华西医科大学学报,2001,32(1):92~95.

huaxia120.com。需要投稿的医务工作者,请于2006年5月28日前投稿,稿件内容:治疗成功的医案、经验、心得;借鉴历代名医医案中的学术思想、临床经验、诊疗技术,在临证中应用启发与体会。

来稿请寄:南京市商埠街27号,南京聚杰医药信息科技有限公司 刘凤国收,邮编:210011,注明“医案”,并附简历。截稿日期:2006年5月28日。电话:(025)58820656。

《黄帝内经》纪录片征订启事

《黄帝内经》是一部全面记录中华民族生息繁衍、医学发展的经典巨著。《黄帝内经》纪录片以故事化的方式,全面系统地介绍了《黄帝内经》的全部内容。医史篇8张碟160元;医理篇11张碟198元;养生篇11张碟198元。内容丰富、生动、形象,它记录了中国历史上与养生有关的孔子、孙思邈、陶弘景等名家名医;记录了针灸、推拿、艾灸等诊疗技术;记录了祖国各地的风土民情和水、酒、茶、饮食、起居与人体健康的历史故事。

电话:(010)64014411-3041,联系人:浦战兵,地址:北京市东城区东直门内南小街16号中医杂志社医海林音像书店,邮编:100700。

《中华中医院博览》(二)大型画册征稿

应广大读者的要求中医杂志社、北京东方中医药培训中心与北京华夏书苑将出版《中华中医院博览》(二)大型画册,现面向全国选择具有一定知名度的中医医院,作彩色专版介绍。宗旨:展示各级中医医院的医、教研成果及医疗水平;为国内外中医药机构之间的信息交流与技术沟通提供平台,架设桥梁;为海内外患者提供有效、快捷的求医信息。画册用进口铜版纸全彩色印刷,图文并茂,大16开本。每个单位限4页,图片配合文字。主要介绍单位领导、医疗骨干、重点学科、专科门诊、特色医疗等内容,并附医院详细介绍。

联系地址:北京市东城区东直门内南小街16号中医杂志社北京东方中医药培训中心,邮编:100700。

电话:(010)64013009,联系人:梅丽,

出书立传 中医古籍出版社帮您忙

《中国当代医疗百科专家专著》系列丛书出版登记表(回执)

姓名		地址		邮编		传真	
电话		手机		书稿寄出时间		订购册数	
内容简介							
是/否请领导(专家)题词				是/否参加科技著作大赛或展览			

注:请按此表格内容自制表格寄回,以提前安排出版事宜。

地址:北京市水碓子邮局43号信箱,邮编:100026。

电话:(010)64008810,64014411-3219(长期有效)。

欢迎邮购《中医杂志》数据光盘

《中医杂志1951~1986年光盘合订本》收录了《中医杂志》从1951年至1986年刊登的全部文章。本光盘按自然期排序,可对全光盘进行任意词或多组合条件方式检索,并可进行原文对照,方便实用。每套(4张光盘):480元。《中医杂志1995~2004年光盘合订本》收录了《中医杂志》从1995年至2004年刊登的全部文章。每套(1张光盘):280元。欲购者请汇款至北京市东直门内南小街16号中医杂志社医海林音像书店。联系人:浦战兵,电话:(010)64013164,(010)64035632。

汇编《当代名医医案金鉴》征稿通知

《当代名医医案金鉴》拟于2006年7月成册,在此向所有投稿的医学专家致以最诚挚的感谢。医案是理论与临床实践相结合的范例,也是我们学习理论和提高临床诊疗水平的最好借鉴。章太炎先生曾说“中医之成绩,医案最著,欲求前人之经验心得,医案最有线索可寻,循此钻研,事半功倍。”需要此书者,请来电来函,或详见华夏医药网www.