

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.07.012

规范并全程应用通腑导滞法治疗重度急性胰腺炎 阳明腑实证临床观察

钦丹萍*, 金艳, 杨强, 方国栋, 徐立宇, 岑刚, 严以惠, 朱曙东, 乔樵, 汪瑶

(浙江中医药大学附属第一医院, 杭州市上城区邮电路 54 号, 310006)

摘要 目的 观察规范并全程应用通腑导滞法治疗重度急性胰腺炎(SAP) 阳明腑实证的临床疗效。方法 将 52 例 SAP 阳明腑实证患者根据治疗方法不同分成治疗组 27 例和对照组 25 例。治疗组在常规西医内科治疗的基础上, 加用统一的通腑导滞法方案给予全程治疗至缓冲期; 对照组在常规西医内科治疗的基础上, 仅在疾病早期阶段(即至大便排出) 加以通腑导滞法治疗, 并且治疗未规范统一。比较两组实验室指标、量表评分、中医临床证候积分、腹痛评分、胃肠功能障碍及不良事件发生率。结果 治疗组较对照组能更快地改善血淀粉酶、白细胞计数、C 反应蛋白、血钙、急性生理与慢性健康评分、急性胰腺炎严重程度床边指数、中医临床证候积分、CT 严重程度指数($P < 0.05$); 而且治疗组也较对照组更快地缓解腹痛, 更好地改善胃肠功能障碍、降低继发感染、死亡等不良事件的发生率($P < 0.05$)。结论 规范的通腑导滞法全程治疗 SAP 患者能更快地缓解腹痛, 改善胃肠功能障碍, 降低继发感染、死亡等不良事件的发生率, 改善患者的预后。

关键词 急性胰腺炎; 通腑导滞法; 阳明腑实证; 腹痛; 便秘

重度急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP) 是一种病情凶险的急腹症, 具有发病急、病情重、进展快、临床病理变化复杂、并发症多、死亡率高特点^[1]。目前以大承气汤为代表的通腑导滞法治疗 SAP 仅被强调用于早期干预^[2], 忽视了对病程后续的继发感染的防治。前期的基础研究已显示, 通腑导滞法的全程治疗较单纯早期应用更能缓解 SAP 大鼠炎症反应, 并具有降低继发感染、减少死亡、改善疾病预后、缩短疾病病程的优势^[3-4]。本研究从临床上研究通腑导滞法全程治疗 SAP 的疗效, 并探讨终止通腑导滞治疗的时间点, 为其临床推广应用提供基础材料。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准: 参照《中国急性胰腺炎诊治(草案), 2004》^[5]。具体如下: 具备急性胰腺炎的临床表现和生化改变, 且具备下列条件之一者: 局部并发症(胰腺坏死, 假性囊肿, 胰腺脓肿); 器

官衰竭; Ranson 评分^[6] ≥ 3 ; 急性生理与慢性健康评分(APACHE II 评分)^[7] ≥ 8 ; CT 分级^[8] 为 D、E。

中医诊断标准: 参照《中医消化病诊疗指南》^[9] 中阳明腑实证, 主症: 1) 腹痛剧烈, 由上腹而至脐腹, 甚者从心下至少腹满不可近; 2) 有痞满燥实坚征象; 3) 大便秘结; 4) 舌红, 苔黄厚腻或燥。次症: 1) 腹胀; 2) 恶心呕吐; 3) 口干渴; 4) 尿短赤; 5) 日晡潮热; 6) 脉洪数或弦数。主症 2 项 + 次症 2 项即可诊断。

1.2 纳入标准

符合上述西医诊断标准及中医辨证标准者。

1.3 排除标准

精神或法律上残疾不能配合治疗者; 妊娠或哺乳期妇女; 治疗期间查出患其他疾病需要治疗而可能影响本研究结果者。

1.4 一般资料

选取 2012 年 1 月至 2016 年 12 月在浙江中医药大学附属第一医院湖滨与下沙两个院区消化科及消化科转入 ICU 治疗的 SAP 患者 52 例, 根据治疗方法不同分为治疗组和对照组。治疗组 27 例, 其中男 18 例, 女 9 例; 年龄 22 ~ 86 岁, 平均

基金项目: 浙江省中医药科学研究基金计划(2010ZB117)

* 通讯作者: qindp19841@sina.com, (0571) 87068001

(57.96 ± 17.15) 岁。对照组 25 例, 其中男 15 例, 女 10 例; 年龄 23 ~ 86 岁, 平均 (54.24 ± 17.13) 岁。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: 给予常规西医内科治疗^[5], 包括禁食、补液、胃肠减压、抑制胰液分泌、抑制胃酸分泌、抗感染、纠正水电解质紊乱、营养支持等对症支持治疗。在此基础上, 加用通腑导滞中药灌肠、口服及外敷治疗。

在病程的不同阶段采用不同的给药途径, 入院后先予以中药灌肠治疗, 待患者腹痛、腹胀等症状缓解、肠鸣音恢复正常, 将灌肠改为口服, 若灌肠后大便仍难解, 加以玄明粉外敷。

灌肠方法: 取左侧卧位, 臀部抬高大约 10 cm, 插入肛管约 15 ~ 20 cm, 药液温度保持在 39 ~ 40℃, 每次尽量保留灌肠 30 min 以上, 每日 2 次。灌肠中药方 (大承气汤加味方): 大黄 (后下) 15 g, 玄明粉 (冲) 10 g, 厚朴 15 g, 枳壳 15 g, 桃仁 15 g, 莱菔子 15 g。

口服方法: 每日 1 剂, 早晚各 1 次, 每次约 200 ml。口服中药方 (大柴胡汤加味方): 厚朴 10 g, 枳壳 10 g, 大黄 10 g (后下), 玄明粉 (冲) 6 g, 南柴胡 10 g, 黄芩 9 g, 莱菔子 15 g, 桃仁 15 g, 丹参 10 g, 木香 6 g。

外敷方法: 将中药玄明粉 15 g 与麻油调和, 敷于神阙穴, 每隔 24 h 更换 1 次。

规范并全程通腑导滞疗程标准: 起病早期 (3 天内) 即给予通腑导滞法, 在患者度过急性炎症反应期后继续治疗至疾病进入恢复期停止通腑导滞法干预, 一般不少于 4 周治疗, 少于 4 周治疗病情稳定出院者继续完成通腑导滞法治疗并于门诊随访观察。恢复期判定标准^[14]: 临床症状体征缓解, 自主肠蠕动恢复, 大便通畅, 实验室指标 C 反应蛋白 (CRP)、血钙、血气分析、浆膜腔液体渗出好转。因此, 本研究治疗时间的终止点设为治疗 4 周后。

对照组: 给予常规西医内科治疗, 仅在疾病早期阶段给予通腑导滞法治疗, 其方案包括大承气汤或大承气汤类方, 或生大黄粉, 给药途径口服或灌肠, 也有少数患者仅给予玄明粉外敷。患者治疗时间的终止点在 48 h 至 1 周, 时间不等, 以大便排

出为标准。

两组均以治疗 4 周作为观察的终止点, 如在治疗 4 周内因本疾病加重导致死亡或病情严重自动出院者, 则其最后的观察指标作为终止点指标。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 实验室指标 血淀粉酶、白细胞计数、CRP、血钙, 分别于治疗 3 天、7 天、4 周后评价。

2.2.2 量表评分 包括 APACHE II 评分^[15]、急性胰腺炎严重程度床边指数 (BISAP 评分)^[16]、CT 严重程度指数 (CTSI 评分)^[17], APACHE II 评分、BISAP 评分分别于治疗 3 天、7 天、4 周后评价; CTSI 评分于治疗 1、4 周后评价。

2.2.3 中医临床证候积分 根据《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[18]、《中医病证诊断疗效标准》^[19]、《中医消化病诊疗指南》^[20] 拟定, 主症: 腹痛、恶心呕吐、腹胀, 根据无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分。次症: 发热、便秘, 根据无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分。体征: 压痛、反跳痛、肌紧张、腹块、皮下瘀斑, 根据无、有分别计 0、2 分。肠鸣音: 根据每分钟发作频率分别计 0、1、2、3 分。其中 0 次/分计 3 分, 1 次/分计 2 分, 2 次/分计 1 分, 3 次以上/分计 0 分。其他: 舌苔、脉象, 根据是否为正常舌脉分别计 0、2 分。分别于治疗 3 天、7 天、4 周后评价。

2.2.4 腹痛评分 治疗前及治疗 3 天后评分, 评分标准同上。

2.2.5 胃肠功能障碍 以腹痛、腹胀、大便秘结、肠鸣音减弱或消失为评价内容^[14], 于治疗 7 天后评价胃肠功能障碍的发生率。

2.2.6 不良事件 包括继发感染、病情加重、死亡等, 其中继发感染包括胰腺脓肿、包裹性坏死等感染性并发症。于治疗 4 周后评价。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件处理数据, 计量资料符合正态用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 不符合正态分布, 用 $M (Q_{25}, Q_{75})$ 表示, 采用秩和检验; 计数资料采用卡方检验; 等级资料采用秩和检验, 重复测量资料采用单因素方差分析。所有的统计检验均采用双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后不同时间实验室指标比较

表 1 示, 治疗前两组间血淀粉酶、白细胞计数、CRP、血钙差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

两组治疗 3 天、7 天、4 周血淀粉酶、白细胞计数、CRP 均下降,血钙升高 ($P < 0.05$)。治疗 3 天及 7 天,治疗组比对照组能较快地降低血淀粉酶 (除治疗 7 天)、白细胞计数、CRP,升高血钙 ($P < 0.05$)。治疗 4 周两组间血淀粉酶、白细胞计数、CRP、血钙比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.2 两组患者治疗前后不同时间量表评分及中医临床证候积分比较

表 2 示,治疗前两组间 APACHE II 评分、BISAP 评分、中医临床证候积分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗 3 天、7 天、4 周 APACHE II 评分、BISAP 评分、中医临床证候积分均较治疗前下降 ($P < 0.05$)。治疗 3 天、7 天后治疗组的 APACHE II 评分、BISAP 评分下降的程度优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗 3 天治疗组的中医临床证候积分下降的程度优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗 4 周治疗组中医临床证候积分低于对照组 ($P < 0.05$)。

3.3 两组患者治疗后不同时间 CTSI 评分比较

治疗 1 周治疗组 CTSI 评分为 4 (4, 6) 分,对照组为 6 (4, 8) 分,两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 4 周治疗组 CTSI 评分为 0 (0, 2) 分,对照组为 2 (0, 4) 分,两组比较差

异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.4 两组患者治疗前及治疗 3 天腹痛评分比较

表 3 示,治疗前两组腹痛评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 3 天,两组腹痛评分均下降,且治疗组腹痛评分低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 两组急性胰腺炎阳明腑实证患者治疗前及治疗 3 天腹痛评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 3 天
治疗组	27	5.19 ± 1.15	1.26 ± 0.24 ^{*△}
对照组	25	5.12 ± 1.01	2.56 ± 0.44 [*]

注:与本组治疗前比较, $* P < 0.05$; 与对照组治疗 3 天比较, $\Delta P < 0.05$

3.5 两组患者胃肠功能障碍发生率比较

治疗 7 天,治疗组胃肠功能障碍发生率为 0,对照组胃肠功能障碍发生率为 20.0% (5 例),治疗组胃肠功能障碍发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。

3.6 两组患者不良事件发生率比较

治疗组中 1 例发生不良事件 (出现继发感染,发生率为 3.7%); 对照组中有 7 例不良事件 (7 例均有继发感染发生,其中 2 例死亡、1 例病重自行出院,总的不良事件发生率为 28.0%),治疗组不良事件发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组急性胰腺炎阳明腑实证患者治疗前后不同时间实验室指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	血淀粉酶 (U/L)	白细胞计数 ($10^9/L$)	CRP (mg/L)	血钙 (mmol/L)
治疗组	治疗前	27	1006.26 ± 743.95	16.10 ± 5.73	203.00 ± 72.32	1.98 ± 0.32
	治疗 3 天	27	264.04 ± 172.96 ^{*△}	11.32 ± 3.15 ^{*△}	126.52 ± 38.25 ^{*△}	2.18 ± 0.21 ^{*△}
	治疗 7 天	27	80.11 ± 75.57 [*]	8.33 ± 3.11 ^{*△}	42.78 ± 30.65 ^{*△}	2.40 ± 0.17 ^{*△}
	治疗 4 周	27	5.78 ± 6.00 [*]	7.25 ± 2.11 [*]	1.56 ± 1.94 [*]	2.44 ± 0.14 [*]
对照组	治疗前	25	847.84 ± 478.22	16.38 ± 5.83	185.05 ± 68.63	2.02 ± 0.20
	治疗 3 天	25	366.76 ± 157.01 [*]	15.78 ± 4.06 [*]	168.34 ± 64.43 [*]	2.05 ± 0.26 [*]
	治疗 7 天	25	121.60 ± 126.66 [*]	10.17 ± 3.20 [*]	63.00 ± 33.77 [*]	2.22 ± 0.24 [*]
	治疗 4 周	25	5.88 ± 4.73 [*]	6.22 ± 1.95 [*]	1.00 ± 1.41 [*]	2.40 ± 0.18 [*]

注:CRP, C 反应蛋白; 与本组治疗前比较, $* P < 0.05$; 与对照组同时间比较, $\Delta P < 0.05$

表 2 两组急性胰腺炎阳明腑实证患者治疗前后不同时间量表评分及中医临床证候积分的比较 [分, $\bar{x} \pm s$]

组别	时间	例数	APACHE II 评分	BISAP 评分	中医临床证候积分
治疗组	治疗前	27	12.33 ± 4.67	3.44 ± 0.64	26.78 ± 5.69
	治疗 3 天	27	8.26 ± 3.53 ^{*△}	2.26 ± 0.59	2.00 ± 2.08 ^{*△}
	治疗 7 天	27	5.56 ± 2.49 ^{*△}	1.30 ± 0.95	1.96 ± 1.87 [*]
	治疗 4 周	27	0.93 ± 1.00 [*]	0.92 ± 0.76	0.52 ± 0.89 ^{*△}
对照组	治疗前	25	13.32 ± 5.91	3.16 ± 0.90	26.92 ± 5.97
	治疗 3 天	25	10.88 ± 4.52 [*]	2.68 ± 0.63	8.08 ± 5.04 [*]
	治疗 7 天	25	7.44 ± 4.05 [*]	1.92 ± 0.70	2.68 ± 1.82 [*]
	治疗 4 周	25	3.18 ± 4.45 [*]	1.35 ± 1.41	3.56 ± 6.61 [*]

注:APACHE II, 急性生理与慢性健康评分; BISAP, 急性胰腺炎严重程度床边指数; 与本组治疗前比较, $* P < 0.05$; 与对照组同时间比较, $\Delta P < 0.05$

4 讨论

SAP 起病多表现为腹痛拒按、腹胀、便秘、心烦、潮热、脉沉实有力等症状,具有中医学痞、满、燥、实的证候特点,符合阳明腑实证。针对阳明腑实证,通腑导滞法是其治疗基本原则,大承气汤为其代表处方,张仲景提出其应用原则是“中病即止”,治疗目标是“得快利即止”,强调不可通下过度。在 SAP 的治疗上,以大承气汤为代表的通腑导滞法目前多强调早期干预,认为在起病 3 天内治疗最佳^[13],但对于通腑导滞法治疗的终止时间点并无明确的目标与界限,一般都以“得快利即止”的原则开展,当大便通畅、症状缓解后即停止用药^[14]。

临床上,由于采用通腑导滞法进行早期干预的一些患者在大便通畅、症状缓解后依然可能病情反复,出现继发感染,甚至死亡,出现这种情况与 SAP 的发病机制是密切相关的。SAP 起病初期,由于炎症因子的释放对胰腺及其他组织的靶器官带来打击,并出现肠功能衰竭、肠黏膜屏障受损,这一阶段为急性炎症反应期,一般在发病 1~2 周间^[15]。在随后的时间里,由于肠黏膜屏障受损尚未恢复,可出现细菌移位,造成炎症因子再次大量释放,对靶器官带来“第二次打击”,从而进入继发感染期,此期是 SAP 死亡的主要时期,一般发生在发病后的 2~4 周^[16]。因此,针对 SAP 特殊的发病机制,在早期通腑导滞急性炎症反应期缓解后,仍需关注肠道功能,警惕因肠黏膜屏障尚未恢复而带来的细菌移位问题,防止继发感染期的发生。

本研究结果显示,通腑导滞法在早期干预的第 3 至 7 天能够更迅速地缓解 SAP 患者的症状体征和实验室指标,具体体现在较快地降低中医临床证候积分,改善胃肠功能障碍,促进 APACHE II 评分、BISAP 评分、CTSI 评分的改善,能较快地降低血淀粉酶、白细胞计数、CRP,升高血钙,提示尽早给予通腑导滞法有助于快速缓解 SAP 患者的病情程度。同时,对照组虽然也应用了早期通腑导滞,但该组患者采用的处方、给药途径、治疗时间、终止通腑导滞法目标不一致,从而在对病情程度快速缓解上逊于治疗组,提示给予规范的通腑导滞方案、规范的给药途径、明确的治疗目标是获取更佳疗效的保障。

继发感染发生的窗口一般发生在发病后的 2~4 周,本研究全程治疗的时间设定一般也不低于病程的 4 周,即在经过急性炎症反应期后继续应用通

腑导滞法至恢复期。本研究结果显示,治疗组在降低继发感染、死亡率等不良事件上具有优势,且不良事件发生者的背景多有胃肠功能障碍,提示采纳通腑导滞法的全程治疗可降低不良事件的发生率、改善 SAP 患者的预后。

SAP 的腹痛除与胰腺炎症刺激和牵拉其包膜上的神经末梢,刺激腹膜和腹膜后组织有关外,也与肠麻痹、肠胀气和腹腔内高压等因素相关^[17]。既往的临床实践显示通腑导滞法能较快地改善腹痛^[18]。本项研究也同样显示通腑导滞法在缓解 SAP 患者的腹痛、改善胃肠功能障碍方面具有明显优势,提示通腑导滞法能较快达到止痛的疗效。

在 SAP 起病初期,由于肠功能衰竭、肠道蠕动功能障碍、胃肠压力高以及腹腔内高压等情况存在,临床上在此阶段口服给药往往引起患者呕吐,影响患者依从性与疗效。因此,在给药途径上,本项研究强调分段治疗的原则,即在疾病不同阶段采用不同的给药途径。在起病早期先给予通腑导滞方药灌肠,当大便通畅、肠蠕动恢复时再改为通腑导滞方药口服,对给予灌肠后未能获得良好排便效果者,加用玄明粉神阙穴外敷,增加透皮吸收以加强泻热通便的作用^[19]。按照此分段治疗的原则,本研究灌肠给予大承气汤加味方,而口服给予大柴胡汤,两方均以大承气汤为基础方,并均有通腑导滞的作用,通过按病程分段给予通腑导滞法灌肠与口服可以提高患者的依从性。

综上所述,针对 SAP 应用通腑导滞法,不仅要强调早期治疗,更应关注全程治疗,并采用分段给予的方法,即通腑导滞法“早期、全程、分段”的治疗原则;而采纳通腑导滞法的全程治疗时应将肠功能状况、症状体征、相关炎症指标及 CTSI 评分状况等内容作为终止通腑导滞法应用的评估内容,以降低 SAP 继发感染、死亡等不良事件的发生,改善疾病预后。

参考文献

- [1] BANKS PA, BOLLEN TL, DERVENIS C, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus [J]. Gut, 2013, 62(1): 102-111.
- [2] 吴二光, 张恒. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎 21 例 [J]. 河南中医, 2016, 36(11): 1992-1994.
- [3] 钦丹萍, 魏霞, 方国栋, 等. 全程应用大承气汤加味方对重症急性胰腺炎模型大鼠肠黏膜屏障的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(12): 1482-1489.
- [4] 魏霞, 钦丹萍, 赖登攀, 等. 大承气汤加味方对重症急性

- 胰腺炎大鼠肠功能衰竭的干预作用 [J]. 中医杂志, 2013, 54(16): 1407-1411.
- [5] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案) [J]. 中华消化杂志, 2004, 3(3): 62-64.
- [6] RANSON JH, RIFKIND KM, ROSES DF, et al. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis [J]. Surg Gynecol Obstet, 1974, 139(1): 69-81.
- [7] KNAUS WA, DRAPER EA, WAGNER DP, et al. APACHE II: a severity of disease classification system [J]. Crit Care Med, 1985, 13(10): 818-829.
- [8] BALTHAZAR EJ, ROBINSON DL, MEGIBOW AJ, et al. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis [J]. Radiology, 1990, 174(2): 331-336.
- [9] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 中医消化病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 177-178.
- [10] 钦丹萍. 西医疾病开展中医药治疗的若干思考 [J]. 浙江中医药大学学报, 2010, 34(5): 639-640.
- [11] WU BU, JOHANNES RS, SUN X, et al. The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study [J]. Gut, 2008, 57(12): 1698-1703.
- [12] 郑筱萸. 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: 134-139.
- [13] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 9-10.
- [14] 张淑文, 王超, 阴赅宏, 等. 多器官功能障碍综合征诊断标准与病情严重度评分系统的多中心临床研究 [J]. 中国危重病急救医学, 2004, 6(6): 328-332.
- [15] 吴二光, 张恒. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎 21 例 [J]. 河南中医, 2016, 36(11): 1992-1994.
- [16] 王成喜, 陈立梅, 张译文, 等. 早期应用通里攻下法对重症急性胰腺炎患者血清细胞因子的影响 [J]. 中国中医急症, 2015, 24(3): 426-427, 435.
- [17] 芦波, 钱家鸣. 重症急性胰腺炎病因及发病机制研究进展 [J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(7): 590-592.
- [18] WEI AL, GUO Q, WANG MJ, et al. Early complications after interventions in patients with acute pancreatitis [J]. World J Gastroenterol, 2016, 22(9): 2828-2836.
- [19] 王巧瑜. 芒硝外敷联合生长抑素在治疗急性胰腺炎中的应用 [J]. 广东医学, 2014, 35(10): 1567-1568.
- [20] 王佳, 钦丹萍, 张绍珠. 张仲景阳明腑实腹痛诊治理论对急性胰腺炎治疗的指导意义 [J]. 中医杂志, 2015, 56(11): 922-925.
- [21] 沈麒云, 李黎梅, 黄柳燕, 等. 玄明粉外敷神阙穴对慢性肾伴便秘症状患者影响的研究 [J]. 护理管理杂志, 2014, 14(12): 902-903.

Clinical Research of Standardized Whole-process Catharsis and Removing Food Stagnation Method in Treating Patients with Severe Acute Pancreatitis Excess of Yangming fu-viscera Syndrome

QIN Danping, JIN Yan, YANG Qiang, FANG Guodong, XU Liyu, CEN Gang, YAN Yihui, ZHU Shudong, QIAO Qiao, WANG Yao

(First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou, 310006)

ABSTRACT Objective To examine the therapeutic effect of standardized whole-process catharsis and removing food stagnation method in treating severe acute pancreatitis (SAP) excess of Yangming fu-viscera syndrome.

Methods Fifty-two SAP patients with excess of Yangming fu-viscera syndrome were divided into a treatment group (27 cases) and a control group (25 cases) according to different therapeutic methods. In addition to routine western medicine treatment, the treatment group was added unified method of catharsis and removing food stagnation plan and whole-process treatment until the buffer period. In addition to basic western medicine treatment, the control group was added method of catharsis and removing food stagnation treatment only in the early stage of the disease (until fecal excretion), and the treatment was not standardized and unified. Laboratory indexes, scale scores, Chinese medicine clinical syndrome scores, abdominal pain scores, incidence of gastrointestinal dysfunction and adverse events in both groups were compared. **Results** The improvement of hemodlastase, leucocyte count, C-reactive protein, blood calcium, acute physiology and chronic health score, bedside index of acute pancreatitis severity, Chinese medicine clinical syndrome scores and CT severity index in the treatment group was faster than those in the control group ($P < 0.05$). Abdominal pain seemed to be relieved faster in the treatment group than in the control group. Gastrointestinal dysfunction seemed to be improved better in the treatment group than in the control group. The incidence of adverse events, such as secondary infection and death, seemed to be reduced in the treatment group ($P < 0.05$).

Conclusion Standardized method of catharsis and removing food stagnation whole-process treatment in SAP patients might quickly relieve abdominal pain, improve gastrointestinal dysfunction, reduce the incidence of adverse events, such as secondary infection and death, as well as improve patients' prognosis.

Keywords acute pancreatitis; the method of catharsis and removing food stagnation; syndrome of Yang-ming fu-viscera excess; abdominal pain; constipation

(收稿日期: 2017-11-05; 修回日期: 2018-01-03)

编辑: 叶 晨