

• 临床研究 •

大承气汤加味联合西药治疗急性胰腺炎 28 例临床观察

董耀^{1*} 雷明君² 胡美红¹ 殷小莉¹ 李江红¹ 郭炳勋¹ 苗江雨¹ 安慧玲¹

(1. 石家庄市第三医院普外科、消化内科、检验科,河北省石家庄市体育南大街 15 号,050011; 2. 河北省中医院)

* 通讯作者: dongyao2000_ent@yahoo.com.cn, (0311)85990939

[摘要] 目的 观察大承气汤加味联合西药治疗急性胰腺炎的临床疗效。方法 将 56 例急性胰腺炎患者随机分为常规治疗组和中药治疗组,常规治疗组给予禁食、禁水、胃肠减压、补液、肠外营养支持、防治感染、抑制胃酸及胰腺分泌等常规治疗。中药治疗组在常规治疗基础上,经空肠营养管注入大承气汤加味。比较患者治疗前后血淀粉酶(AMY)、白细胞(WBC)、C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白介素 1(IL-1)及体重、白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、血红蛋白的水平,同时记录 AMY 恢复时间、腹胀缓解时间、住院费用及时间、并发症情况。结果 两组患者 AMY、WBC、CRP、TNF- α 、IL-1 水平治疗后均低于治疗前($P < 0.05$),其中中药治疗组 AMY、WBC、CRP、TNF- α 、IL-1 治疗后明显低于常规治疗组($P < 0.05$)。中药治疗组患者 AMY 恢复时间、腹胀缓解时间、住院费用、住院天数明显低于常规治疗组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。中药治疗组腹腔感染率、胰腺假性囊肿形成率、严重腹胀发生率均低于常规治疗组($P < 0.05$)。两组患者白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白治疗后均高于治疗前($P < 0.05$)。中药治疗组体重、白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、血红蛋白治疗后明显高于常规治疗组($P < 0.05$)。结论 早期应用大承气汤加味联合西药治疗急性胰腺炎安全有效,并能保护肠黏膜屏障,提高机体免疫,改善营养状况,缩短病程,改善预后。

[关键词] 急性胰腺炎;大承气汤加味;中西医结合疗法

Clinical Observation on Modified Dachengqi Decoction Combined with Western Medicine for 28 Cases of Acute Pancreatitis

DONG Yao¹, LEI Mingjun², HU Meihong¹, YIN Xiaoli¹, LI Jianghong¹, GUO Bingxun¹, MIAO Jiangyu¹, AN Huiling¹

(1. The 3rd Hospital of Shijiazhuang City, Hebei Province 050011; 2. TCM Hospital of Hebei Province)

ABSTRACT **Objective** To analyze the therapeutic effect of Modified Dachengqi Decoction (Major Qi Coordinating Decoction) combined with western medicine on acute pancreatitis (AP). **Methods** Fifty-six cases of AP were randomized into treatment group and control group. The control group was given conventional therapy including food and water fasting, gastrointestinal decompression, parenteral nutrition, infection prevention and intervention, inhibition of gastric acid and pancreatic secretion. The treatment group was added with injection of supplemented Dachengqi Decoction by the jejunal feeding tube. All the indices were recorded and analyzed before and after treatment including serum amylase (AMY), white blood cell (WBC), C-reactive protein (CRP), tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-1 (IL-1), body weight, albumin, prealbumin, ferritin, hemoglobin, and AMY recovery time, bloating relief time, complication rate, hospital stay and inpatient spending were recorded. **Results** AMY, WBC, CRP, TNF- α and IL-1 decreased significantly in both groups after treatment ($P < 0.05$), especially in the treatment group ($P < 0.05$). The AMY recovery time, bloating relief time, hospital stay were shorter and inpatient spending was lower in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The intraperitoneal infection rate, pancreatic pseudocyst formation rate and the incidence of severe bloating in the treatment group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). Albumin, prealbumin and ferritin increased significantly in both groups after treatment. After treatment, the body weight, albumin, prealbumin, ferritin and hemoglobin in the treatment group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The early application of Modified Dachengqi Decoction combined with western medicine is safe and effective for AP, which could protect the intestinal mucosal barrier, improve the immune function and nutritional status, and shorten the course.

Keywords acute pancreatitis; Modified Dachengqi Decoction (Major Qi Coordinating Decoction); integrated Chinese and western medicine; purgation method

急性胰腺炎(AP)属于中医学“脾热病”、“脾心痛”、“结胸病”范畴,是常见的外科急腹症,临床病理

变化复杂。早期给予通里攻下、活血化瘀、清热解毒等治疗,可改善肠道血运促进蠕动,减少内毒素的产

生和吸收,保护肠黏膜屏障,提高机体免疫力,抑制胰酶,利胆,改善微循环,提高患者营养状况,阻断病情进展^[1]。我们采用大承气汤加味联合西医治疗 AP,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准:参照文献^[2]标准,临床表现为急性、持续性腹痛(偶无腹痛),血清淀粉酶(AMY)活性增高 $\geq$ 正常值上限 3 倍,影像学提示胰腺有或无形态改变,排除其他疾病者,可有或无其他器官功能障碍,少数病例 AMY 活性正常或轻度增高。**中医诊断标准^[3]:**全腹痛,胀满拒按,发热,大便秘结,舌红,苔黄腻或黄燥,脉弦数或滑数。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准:符合西医及中医诊断标准并接受住院治疗的患者,性别不限,年龄 20~80 岁,初次发病。

排除标准:胰腺癌、胆总管梗阻或胰腺出血坏死需手术治疗者,合并严重心肺等基础疾病患者,因其他原因终止治疗者。

1.3 一般资料

收集 2009 年 10 月至 2011 年 10 月石家庄市第三医院 AP 患者 56 例,按随机数字表法分为常规治疗组和中药治疗组各 28 例,常规治疗组中男 16 例,女 12 例;年龄 26~74 岁,平均(41.11 $\pm$ 10.07)岁;病程 15~45 天,平均(35.21 $\pm$ 5.85)天;胆源性胰腺炎 10 例,有暴饮暴食史 7 例,酒精性胰腺炎 4 例,高脂血症性胰腺炎 4 例,经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)术后 2 例,无明显诱因者 1 例。中药治疗组中男 19 例,女 9 例;年龄 23~70 岁,平均(43.07 $\pm$ 12.81)岁;病程 14~48 天,平均(31.46 $\pm$ 7.56)天;胆源性胰腺炎 12 例,有暴饮暴食史 5 例,酒精性胰腺炎 6 例,高脂血症性胰腺炎 2 例,ERCP 术后 0 例,无明显诱因者 3 例。两组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

常规治疗组给予禁食、禁水,胃肠减压,补液,肠外营养支持(复方氨基酸 18AA 500ml,静脉滴注,每日 1 次,天津天安药业股份有限公司,批号 20100215;20%脂肪乳 250ml,静脉滴注,每日 1 次,广州侨光制药有限公司,批号 GM1109003)、防治感染、抑制胃酸(泮托拉唑 40mg,静脉滴注,每日 2 次,无锡凯夫制药有限公司,批号 1121053)及胰腺分泌

(生长抑素 3mg,静脉滴注,每日 2 次,扬子江药业集团有限公司,批号 120111111)、维持酸碱、水、电解质平衡等治疗。疗程 7~35 天,直至腹痛腹胀症状缓解,AMY 降至正常,逐步恢复半流饮食。

中药治疗组在常规治疗组的基础上给予大承气汤加味治疗:在胃镜引导下置空肠营养输送管(Fre-senius Kabi AG 公司)于 Treitz 韧带下 10cm 以下并经 X 线摄片证实。患者入院后 24~72h,且在无消化道出血、肠梗阻、肠痿或严重肠麻痹等情况下开始行个体化中药治疗。药物组成:大黄 30g,厚朴 30g,枳实 25g,芒硝 18g,柴胡 20g,延胡索 25g,赤芍 25g,黄连 12g,丹参 30g,红藤 20g,煎取 600ml。分别经空肠营养管分次注射,后夹闭胃肠减压管 1h。疗程 10~40 天,直至腹痛腹胀症状缓解,AMY 水平降至正常,逐步恢复半流饮食,拔除空肠营养输送管。

2.2 观察指标和方法

记录两组患者治疗前后各项临床指标:AMY 水平及恢复正常所需时间、腹胀症状缓解时间、并发症发生率;营养指标:体重、白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、血红蛋白;免疫指标:白细胞(WBC)、C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白介素 1(IL-1);经济指标:住院时间、住院费用。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 16.0 软件进行统计学分析。计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,方差齐者用配对 t 检验或 t 检验,方差不齐者用近似 t 检验;计数资料行 χ^2 检验。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后 AMY、WBC、CRP、TNF- α 、IL-1 水平比较

表 1 示,两组患者 AMY、WBC、CRP、TNF- α 、IL-1 水平治疗后均低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$)。中药治疗组 AMY、WBC、CRP、TNF- α 、IL-1 水平治疗后明显低于常规治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.2 两组患者 AMY 恢复时间、腹胀缓解时间、住院费用、住院天数及并发症比较

表 2 示,中药治疗组患者 AMY 恢复时间、腹胀缓解时间、住院费用、住院天数明显低于常规治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表 3 示,中药治疗组腹腔感染率、胰腺假性囊肿形成率、严重腹胀发生率均低于常规治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。其他并发症(肺部感染、胃

表 1 两组患者治疗前后 AMY、WBC、CRP、TNF-α、IL-1 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	AMY(U/L)	WBC($\times 10^9$)	CRP(mg/L)	TNF-α(ng/ml)	IL-1(ng/ml)
常规治疗组	治疗前	28	432.51±239.42	14.13±3.58	84.29±14.28	6.67±2.15	13.14±3.29
	治疗后	28	59.73±34.85*	9.21±2.16*	30.74±7.49*	3.61±1.43*	8.37±2.42*
中药治疗组	治疗前	28	457.96±303.25	13.98±4.47	85.09±13.74	6.34±2.68	12.74±3.62
	治疗后	28	42.15±25.24*△	7.45±2.48*△	18.55±8.21*△	2.75±1.33*△	3.69±2.15*△

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与常规治疗组治疗后比较,△ $P<0.05$

表 2 两组患者 AMY 恢复时间、腹胀缓解时间、住院费用、住院时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	AMY 恢复正常时间(d)	腹胀缓解时间(d)	住院费用(万元)	住院时间(d)
常规治疗组	28	14.14±5.44	9.79±3.67	2.98±0.58	35.21±5.85
中药治疗组	28	10.42±5.31**	7.43±3.39**	2.54±0.47**	31.46±7.56*

注:与常规治疗组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

表 3 两组患者并发症发生率比较[例(%)]

组别	例数	腹腔感染	肺部感染	胃肠道出血	严重腹胀	胰腺假囊肿	手术中转	病死	高血糖(>20mmol/L)
常规治疗组	28	10(35.71)	3(10.71)	2(7.14)	11(39.29)	6(21.43)	2(7.14)	0	9(32.14)
中药治疗组	28	3(10.71)*	2(7.14)	1(3.57)	4(14.29)*	1(3.57)*	1(3.57)	0	7(25.00)

注:与常规治疗组比较,* $P<0.05$

表 4 两组患者治疗前后白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、转铁蛋白、血红蛋白比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	体重(kg)	白蛋白(g/L)	前白蛋白(mg/L)	转铁蛋白(g/L)	血红蛋白(g/L)
常规治疗组	治疗前	28	66.42±10.56	29.36±4.99	167.81±47.83	1.66±0.56	10.64±2.45
	治疗后	28	61.67±10.43*	39.94±4.79*	231.81±53.57*	2.67±0.62*	9.78±1.92
中药治疗组	治疗前	28	67.12±10.35	30.08±4.66	164.55±45.78	1.82±0.52	10.79±2.83
	治疗后	28	65.59±9.68△	43.34±4.19*△	267.58±56.45*△	2.98±0.54*△	13.67±2.64*△

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与常规治疗组治疗后比较,△ $P<0.05$

肠出血、高血糖、手术中转、死亡)两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.3 两组患者治疗前后体重、白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、血红蛋白比较

表 4 示,两组患者白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白治疗后均高于治疗前,常规治疗组体重低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$),中药治疗组体重低于治疗前,差异无统计学意义($P>0.05$)。中药治疗组体重、白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白、血红蛋白治疗后均高于常规治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.4 不良反应

中药治疗组 3 例在治疗后不同程度出现高热、低血压,经临床观察、对症处理排除因中药治疗加重;5 例出现不同程度的胃肠道反应,经调整中药剂量、浓度、滴注速度等缓解;高血糖 16 例,加用胰岛素调节后监测血糖稳定;其余患者生命体征平稳。

4 讨论

中医认为,AP 是由暴饮暴食、情志不舒、蛔虫上扰、外邪侵袭所致,针对其肝郁气滞、瘀热内蕴、腑

气不通病机特点,应强调“腑以通为用”原则,采取“清下理气活血并用,清热泻下为主”方法。AP 患者不经肠道进食,肠外营养能导致胃肠黏膜萎缩,营养不良,肠屏障功能受损,黏膜通透性增加,菌群移位,引起全身感染,同时导致内毒素增多,炎症介质过度释放形成“瀑布”效应造成“二次打击”,胰腺微循环障碍,均加速病情发展转化为重症胰腺炎甚至死亡^[4-5]。如能早期辨证施治应用中药,可阻断病情进展,改善肠血循环,促进肠蠕动,减少内毒素的产生和吸收,抑制炎症介质,保护肠黏膜屏障,提高机体免疫力,抑制胰蛋白酶,胰脂肪酶,利胆,改善微循环,提高患者营养状况。

我们选取大承气汤加味方剂,君药大黄有抑制胰酶影响胰腺外分泌功能,其泻下作用可排出肠道毒素,维持肠道微生态环境稳定,保护肠黏膜,抑制炎症介质,松弛 Oddi 括约肌,降低腹压^[6-7]。臣药芒硝抗炎作用强,泻热通便、润燥,促进肠蠕动,抑制肠道细菌滋生,改善肠麻痹及高腹压,促进恢复消化道功能^[8];枳实、厚朴行积滞,消痞满,散腹胀,宽中理气;延胡索行气消滞止痛,以化中焦之积滞,并能

抑制组胺所致的肠痉挛^[9];赤芍、丹参活血化瘀,改善胰腺微循环,促进组织修复及渗液吸收,有抗氧化、清除自由基保护脏器功能之功效^[10]。柴胡、红藤清热解毒镇痛为佐使药。诸药合用,疏通脏腑气机,通泄实热之邪,理气活血,利胆减压,可明显缓解腹部症状,阻止病情恶化。

本研究结果显示,中药治疗组的 AMY 及恢复正常时间、腹胀缓解时间、WBC、并发症发生率均低于常规治疗组,住院时间和治疗费用较常规治疗组明显下降,各项营养指标显著改善,表明早期经空肠营养管应用中药安全显效,既能使胰腺休息,又能发挥中药泻下理气、抗炎活血等功效,促进症状缓解,阻断病情进展。另外,内毒素诱导炎症因子 TNF- α 、IL-1 等分泌并通过级联反应进一步产生多种炎症介质,造成 AP 的持续性坏死,并出现全身炎症反应,构成对胰腺等脏器的“第二次打击”^[11]。本研究结果显示,中药治疗后 CRP、TNF- α 、IL-1 均明显降低,表明中药治疗能促进肠蠕动,维持肠屏障结构与功能,减少肠道细菌移位,抑制炎症介质,阻断级联反应,提高机体免疫力,遏制病情发展,有利于快速恢复。

通过本研究我们认为,个体化实施早期经空肠营养管应用大承气汤加味治疗 AP 安全、可行,费用低廉,可改善 AP 患者的机体营养状况、免疫功能,提高临床疗效,降低费用。

参考文献

[1]郑晓梅.通里攻下法治疗急性胰腺炎进展[J].中国中医急症,2005,1(3):264-265.

[2]中华医学会消化病学分会胰腺疾病组.中国急性胰腺炎诊治指南[J].中华内科杂志,2004,42(3):236-238.

[3]朱文锋.中医内科疾病诊疗常规[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:381-385.

[4]King BK, Li J, Kudsk KA. A temporal study of TPN-induced changes in gut-associated lymphoid tissue and mucosal immunity[J]. Arch Surg, 1997, 132 (12): 1303-1309.

[5]Alverdy JC, Laughlin RS, Wu L. Influence of the critically ill state on host-pathogen interactions within the intestine: gut-derived sepsis redefined [J]. Crit Care Med, 2003, 31 (2): 598-607.

[6]郭莲怡,卢艳云.大黄丹参对重症急性胰腺炎患者血清 TNF- α 、IL-10 影响的临床研究[J].中国现代医学杂志,2007,17(13):1612-1614.

[7]陈德昌,景炳文,杨兴易,等.大黄对危重患者胃肠道的保护作用[J].中国危重病急救医学,2000,12(1):87-90.

[8]黄修海,刘跃军,张登科,等.冰片加芒硝外敷治急性重症胰腺炎 24 例[J].中国中西医结合杂志,2001,21(5):390-391.

[9]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):609-611.

[10]姜平,刘金英.重症急性胰腺炎的中医药治疗进展[J].中国中医急症,2003,12(3):262-263.

[11]Osman MO, Gesser B, Mortensen JT, et al. Profiles of pro-inflammatory cytokines in the serum of rabbits after experimentally induced acute pancreatitis. [J]. Cytokine, 2002, 17(1):53-59.

(收稿日期:2012-01-20;修回日期:2012-04-25)

[编辑:叶晨]

(上接第 1815 页)

血糖基础上,给予复方倍他米松 1ml 肌肉注射,发热未退,关节肿痛稍减,3 天后再次加重。遂请冯老师会诊,辨证为热毒炽盛、气血两燔证,给予清瘟败毒饮原方,水煎服,每日 1 剂。服用 3 天后,关节肿痛明显减轻,发热退。继服 1 周,巩固疗效,病情稳定,好转出院。

按:清瘟败毒饮出自《疫疹一得·疫疹诸方》,“治一切火热,……不论始终,以此为主”,“此十二经泄火之药也”。该方由白虎汤、犀角地黄汤和黄连解毒汤组成。方中君以石膏直入胃经,使其敷布于十二经,退其淫热;佐以黄连、水牛角、黄芩泻心、肺火于上焦;牡丹皮、栀子、赤芍泻肝经之火;连翘、玄参解散浮游之火;生地黄、知母抑阳扶阴,泻其亢甚之

火而救欲绝之水;桔梗、竹叶载药上行;使以甘草和胃也。方中尤其“重用石膏,先平甚者,而诸经之火自无不平矣”,石膏,性寒,大清胃热,味淡而薄,能解肌热;体沉而降,能泻实热,杀其炎势,“非石膏不足以取效耳”。该例患者为慢性痛风性关节炎,根据该阶段的发病特点,治当扶正祛邪、健脾益肾、化浊排毒,但入院时以关节红肿热痛、发热、大便干结、舌红苔黄厚,脉滑数为主要临床表现,急则治其标,给以清瘟败毒饮以清气凉血、泻火解毒,获良效。因此,临床诊治虽强调分期辨证施治,但亦需临证灵活变通,以免犯虚虚实实之戒。

(收稿日期:2012-01-29;修回日期:2012-03-30)

[编辑:洪涛]