

中西医结合治疗急性轻症胰腺炎腑实热结证 28例临床研究

聂晶晶 陈苏宁

(中国医科大学附属盛京医院,辽宁沈阳 110004)

摘要 目的:评价在西医常规疗法的基础上加用通腑泄热中药治疗急性轻症胰腺炎腑实热结证的临床疗效。方法:将56例确诊为急性轻症胰腺炎腑实热结证的患者随机分为2组,每组28例。治疗组在常规西医治疗的基础上加用通腑泄热中药,对照组只给予西医常规治疗。2组均治疗7d,7d后治疗组停用中药,2组未治愈的患者继续给予常规西医治疗,直至痊愈。观察并比较2组患者治疗7d后的临床疗效和症状量化积分改善情况,比较2组患者血清淀粉酶、脂肪酶、C反应蛋白(CRP)及白细胞计数等各项理化指标的恢复时间。结果:治疗7d后治疗组总有效率为96.43%,明显高于对照组的78.51% ($P<0.05$)。治疗组患者白细胞计数、CRP、血清淀粉酶、血清脂肪酶恢复正常时间明显少于对照组 ($P<0.05$)。2组患者治疗后症状量化积分均较治疗前明显降低 ($P<0.05$),其中治疗组改善更为明显 ($P<0.05$)。结论:通腑泄热中药可明显促进急性轻症胰腺炎患者临床症状和体征的缓解,加快血清淀粉酶、脂肪酶、CRP及白细胞计数等各项理化指标的恢复,明显提高疗效。

关键词 通腑泄热 急性轻症胰腺炎 中西医结合疗法 腑实热结 中药复方 血清淀粉酶 血清脂肪酶

中图分类号 R544.160.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)06-0033-03

急性胰腺炎(Acute Pancreatitis, AP)是指多种病因导致胰腺组织自身消化所致的胰腺水肿、出血及坏死等炎症损伤,临床上以急性上腹痛及血清淀粉酶、血清脂肪酶升高为特点。根据病情的轻重,急性胰腺炎可分为轻症胰腺炎(MAP)和重症胰腺炎(SAP)^{[1]439}。随着人民生活水平的提高,急性胰腺炎的发病率呈逐年上升趋势。目前现代医学治疗本病尚无特效方法,主要以禁食、胃肠减压、抑制胰腺分泌、抗炎、静脉营养支持等对症治疗为主。近年来,我们在西医常规治疗的基础上配合中药辨证治疗急性胰腺炎,获得了满意的疗效。现收集2013年9月至2014年8月期间于我院住院治疗的急性轻症胰腺炎腑实热结证患者56例进行回顾性分析,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为2013年9月1日至2014年8月31日在我院消化内科及外科住院治疗的急性轻症胰腺炎患者。将应用中药治疗并符合纳入标准的病例纳入治疗组,选取同期住院治疗,符合纳入标准且年龄、性别、病程、病因、临床症状量化积分方面与治疗组相当的病例纳入对照组。治疗组纳入28例:男16例,女12例;年龄25~60岁,平均年龄(40.55±9.05)岁;病程1~7d,平均病程(3.31±1.39)d;其中胆源性胰腺炎9例,酒精性胰腺炎4

例,高脂血症性胰腺炎8例,暴饮暴食性胰腺炎4例,妊娠期胰腺炎3例(均为剖宫产术后患者);中医证候评分(23.10±0.82)分。对照组28例:男15例,女13例;年龄25~60岁,平均年龄(39.83±9.17)岁;病程1~7d,平均病程(3.73±1.67)d;其中胆源性胰腺炎8例,酒精性胰腺炎6例,高脂血症性胰腺炎6例,暴饮暴食性胰腺炎5例,妊娠期胰腺炎3例(均为剖宫产术后患者);中医证候评分(22.79±1.08)分。2组患者年龄、性别、病程、病因、中医症状量化积分等一般情况比较均无统计学差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断与分级标准 西医诊断参照《中国急性胰腺炎诊治指南》(2013,上海)^[2]中急性轻症胰腺炎的诊断标准(临床上符合以下3项中的2项):(1)符合AP的腹痛(突发、急性、持续、剧烈的上腹部疼痛,常向背部放射);(2)血清淀粉酶和(或)脂肪酶活性至少>3倍正常上限值;(3)增强CT/MR或腹部超声呈AP影像学改变。中医诊断参照《急性胰腺炎中医诊疗规范专家共识意见》^{[3]1827}中急性胰腺炎腑实热结证诊断标准。主症:(1)腹痛剧烈,甚至从心下至少腹痛满不可近;(2)有痞满燥实坚征象。次症:(1)恶心呕吐;(2)日晡潮热;(3)口干口渴;(4)小便短赤;(5)舌质红,苔黄厚腻或燥;(6)脉洪大或滑数。主症2项加次症2项即可诊断。

1.3 纳入标准 (1)符合急性轻症胰腺炎的西医诊断标准和急性胰腺炎腑实热结证中医诊断标准;(2)AP的分级诊断满足以下情况之一:无脏器衰竭,无局部或全身并发症,Ranson评分<3分,急性生理功能和慢性健康状况评分系统(APACHE)II评分<8分,AP严重程度床边指数(BISAP)评分<3分,修正CT严重指数(MCTSI)评分<4分。

1.4 排除标准 (1)临床诊断达到《中国急性胰腺炎诊治指南》(2013,上海)^[2]重症急性胰腺炎标准者;(2)年龄大于60岁或小于25岁的患者;(3)合并有恶性肿瘤、严重心脏病、肾功能衰竭、自身免疫性疾病等其他重大疾病者;(4)怀孕或需要哺乳的患者;(5)对多种药物过敏及不配合治疗的患者;(6)治疗未达到疗程者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规治疗方法,包括禁食,胃肠减压,纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡失调,肠外营养支持,应用生长抑素或其类似物抑制胰腺分泌,应用质子泵抑制剂抑制胃酸分泌,胆源性胰腺炎或伴感染的患者给予抗生素。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上给予通腑泄热中药加减(颗粒剂由北京康仁堂生产)口服、胃管注入或空肠给药(用药后夹闭胃管或空肠引流管30min),每剂含生药量:大黄20g,黄芩20g,枳实15g,厚朴15g,柴胡10g。随证化裁:发热较重者加金银花10g、连翘10g、栀子10g;大便燥结者加芒硝10g;腹胀较重者加莱菔子10g、砂仁10g;呕吐较重者加生姜15g、法半夏10g;腹痛较重者加白芍20g、延胡索10g;用药后排便通畅时将大黄调整为9g,排便稀便较多者方中去掉大黄。每日1剂,分2次给药。

2组疗程均为7d,7d后治疗组停用中药,2组未治愈患者继续给予除中药外的其他治疗,直至痊愈。

3 疗效观察

3.1 观察指标 分别统计2组

患者治疗前及治疗第7日腹痛、腹胀、发热、恶心呕吐、排便情况、舌象、脉象、腹部体征、血常规、C反应蛋白(CRP)、血清淀粉酶、血清脂肪酶、腹部B超或CT。分别统计2组患者血常规、CRP、血清淀粉酶、血清脂肪酶恢复正常的时间。

3.2 疗效判定标准 参照《急性胰腺炎中医诊疗规范专家共识意见》^[3]^[1828]拟定。痊愈:7d内症状体征消失,且实验室指标(血清淀粉酶、CT或B超检查)恢复正常;显效:7d内症状及体征消失,实验室指标明显改善;有效:7d内症状及体征好转,实验室指标改

善;无效:7d内临床症状及体征无改变或加重;死亡:病情恶化,进而死亡。

3.3 临床症状量化积分标准 参照《急性胰腺炎中医诊疗规范专家共识意见》^[3]^[1829]拟定。所有症状都分为无、轻、中、重四级,主症(①腹痛剧烈,甚至从心下至少腹痛满不可近;②有痞满燥实坚征象)分别记0、2、4、6分,次症(①恶心呕吐;②日晡潮热;③口干口渴;④小便短赤)分别记0、1、2、3分。2组患者在治疗前后均进行临床症状量化积分评价,分数越高,症状越重。

3.4 统计学方法 采用SPSS16.0统计软件分析,所有资料均用($\bar{x} \pm s$)表示,组间计量资料比较用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验和相关Ridit检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.5 治疗结果

3.5.1 2组患者临床疗效比较 见表1。

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	死亡	总有效率(%)
治疗组	28	10	13	4	1	0	96.43*
对照组	28	5	12	5	6	0	78.51

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.5.2 2组患者治疗前后症状量化积分比较 见表2。

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	28	23.10±0.82	5.72±2.13**
对照组	28	22.79±1.08	9.69±3.86#

注:#与本组治疗前比较, $P < 0.05$;*与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

3.5.3 2组患者白细胞计数、CRP、血清淀粉酶、血清脂肪酶恢复正常时间比较 见表3。

组别	例数	白细胞计数恢复时间	CRP恢复时间	血清淀粉酶恢复时间	血清脂肪酶恢复时间
治疗组	28	4.17±1.13 [†]	5.55±1.40*	5.55±1.29*	3.75±1.12*
对照组	28	6.93±1.14	7.27±0.70	3.34±0.94	7.28±2.36

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

急性胰腺炎是由于胆道疾病、暴饮暴食、胰管阻塞、酒精、手术与创伤、代谢疾病、十二指肠疾病等病因引起胰管内高压,腺泡细胞内钙离子水平明显上升,大量活化的胰酶消化胰腺自身,损伤腺泡细胞,激活炎症反应,产生炎症介质,增加血管的通透性,导致大量的炎症渗出。胰腺微循环障碍使胰腺出血、坏死。在炎症过程中众多因素可以正反馈的方式相互作用,使炎症向全身扩展,并出现多器官炎症损伤及功能障碍。在治疗方面,现代医学尚

缺乏特效的治疗方法,主要运用禁食、抑制胃酸、胃肠减压等方法抑制胰液分泌,予液体复苏、监护、血液净化、肠功能维护等器官支持,镇痛,内镜治疗,抗炎等方法为主。

中医学认为,急性胰腺炎属“腹痛”“脾心痛”“胰瘵”范畴。中医古代文献中有大量关于本病的记载,《灵枢·厥病篇》记载:“腹胀胸满,心尤痛甚,胃心痛也……痛如以锥针刺其心,心痛甚者,脾心痛也。”该描述的症状与急性胰腺炎较为符合。据《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》记载:“病者腹满,按之不痛为虚,痛者为实,可下之。舌黄未下着,下之黄自去。”指出该病属里、实、热证,基本治疗方法为下法。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》记载:“太阳病,重发汗而复下之,不大便五六日,舌上燥而渴,日晡所小有潮热,从心下至少腹硬满而痛,不可近者,大陷胸汤主之。”指出该病水热互结证的临床表现及治疗主方“大陷胸汤”等等。本病多由于情志不畅、饮食不节、暴怒伤肝、蛔虫扰窜等引发,病机为热、湿、瘀、毒蕴结于中焦而致肝失疏泄及脾胃升降传导功能障碍,不通则痛。在临床上分为初期、进展期、恢复期。在初期及进展期,邪热聚于少阳、阳明两经,出现少阳阳明合病或阳明腑实证、热结腑实证、结胸里实证等证型,因这一时期邪正交争剧烈,故临床症状较重,病情复杂,易于发生变证,病死率较高^[4-6]。这一时期是病情转归的关键,针对这一时期的病机,中医主要以疏肝利胆、清热解毒利湿、泻下通腑、活血化瘀、泄热逐水等为主要治则,运用清热剂、和解剂、攻下剂等治疗为主。在这一时期,表现为腑实热结证的病例较多。通腑泄热中药以东汉张仲景《金匱要略》中的名方大柴胡汤加减化裁而得^[7]。方中柴胡、黄芩和解少阳,清少阳之郁热;大黄入阳明,荡涤肠胃,泻下通腑;枳实、厚朴消痞破结,行气散满。发热较重者加金银花、连翘、栀子等加强清热之功;大便燥结者加芒硝软坚润燥,与大黄相须为用;腹胀较重者加莱菔子、砂仁增强行气功效;呕吐较重者加生姜、法半夏止呕;腹痛较重者加白芍、延胡索缓急止痛。诸药合用,共奏和解少阳、泄热通腑之功。现代药理研究证明,柴胡及其有效成分柴胡皂苷有抗炎作用,并且其抗炎作用与促进肾上腺皮质系统的功能有关^[8],还具有镇痛、镇静、保肝、利胆、降血脂、兴奋肠平滑肌、抑制胃酸分泌、抑制胰蛋白酶、抗溃疡、抗微生物及促进免疫功能等作用;黄芩煎剂体外对革兰氏阳性菌及革兰氏阴性菌均有抑制作用^[9];黄芩苷、黄芩苷元对急、慢性炎症有抑制作用,并能降低毛细血管通透性,减少炎症介质释放;大黄能促进肠蠕动、促进排便、抗细菌

感染、抑制肠道细菌的移位和毒素性溃疡等,并有良好的止血、保肝等作用^[10-11];厚朴有效成分厚朴酚具有抑制胃酸分泌、抗菌、镇静等功能^[12];枳实能加强平滑肌的收缩强度和持续时间,对消化产生一定的促进作用^[13];大黄、枳实、厚朴三味药均具有促进胃肠动力的作用,且复方应用效果更佳^[14]。

本研究结果表明,在单纯西医治疗的基础上给予通腑泄热方加减口服、胃管注入或空肠给药,可明显促进急性非重症胰腺炎患者临床症状和体征的缓解,加快血淀粉酶、脂肪酶、CRP及白细胞计数等各项理化指标的恢复,改善患者症状量化积分,疗效可靠。今后我们将通过临床及实验研究进一步探索通腑泄热中药治疗急性胰腺炎的作用机制。

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013.
- [2] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,中华胰腺杂志编辑委员会,中华消化杂志编辑委员会.中国急性胰腺炎诊治指南(2013,上海)[J].中华消化杂志,2013,33(4):219.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会.急性胰腺炎中医诊疗规范专家共识意见[J].中华中医药杂志,2013,28(6).
- [4] 吴勉华,王新月.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:214.
- [5] 丁赛丹.急性胰腺炎中医证型的文献分析[J].湖北中医杂志,2010,32(3):34.
- [6] 杨晋翔,韩海啸,张学智,等.急性胰腺炎的中医药研究现状及思路[J].北京中医药,2008,27(5):348.
- [7] 谢明.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2002:176.
- [8] 牛向荣.柴胡药理作用研究概述[J].中国药师,2009,12(9):1310.
- [9] 辛文好,宋俊科,何国荣,等.黄芩素和黄芩苷的药理作用及机制研究进展[J].中国新药杂志,2013,22(6):647.
- [10] 姜良富.大黄对重症急性胰腺炎的影响及细菌移位研究[J].中国医药导报,2010,7(3):24.
- [11] 张保国,梁晓夏,刘庆芳.大承气汤现代药效学研究[J].中成药,2009,31(9):1427.
- [12] 张勇,唐方.厚朴酚药理作用的最新研究进展[J].中国中药杂志,2012,37(23):3526.
- [13] 徐欢,陈海芳,介磊,等.枳实、枳壳的化学成分及胃肠动力研究概述[J].江西中医学院学报,2009,21(1):48.
- [14] 苏文娟,黄熙,秦峰,等.大鼠灌胃厚朴及厚朴三物汤后和厚朴酚的药动学比较[J].中药材,2008,31(2):255.

第一作者:聂晶晶(1983—),女,医学硕士,医师,主要从事中西医结合治疗消化系统、心血管系统疾病的治疗及研究。

通讯作者:陈苏宁,医学硕士,主任医师。chensn@sj-hospital.org

收稿日期:2016-02-16

编辑:吴宁