

● 临床研究 ●

中西医结合治疗重症急性胰腺炎 28 例临床疗效观察 *

龚建安¹ 高璟¹ 刘永存¹ 姜越¹ 吴跃锐¹ 刘叶²

(1 广东省佛山市顺德桂洲医院 佛山 528305; 2 广州中医药大学附属中医院 广东广州 510515)

摘要:目的:评估中西医结合治疗重症急性胰腺炎的临床疗效。方法:将自 2007 年 4 月~2010 年 12 月间我院的 51 例重症胰腺炎患者随机分为两组,对照组采用西医常规治疗方法,治疗组在对照组的基础之上给予中药方剂大柴胡汤加减。结果:在临床症状、体征的缓解、实验室检查结果的转变及住院时间等方面,治疗组明显优于对照组,两组疗效存在显著差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:中西医结合治疗重症急性胰腺炎疗效确切,且可缩短治疗时间,值得临床推广。

关键词:中西医结合疗法;重症急性胰腺炎;大柴胡汤

Abstract:Objective: To assess the efficacy of non-surgical methods of combined with integrated Chinese and western medicine in the treatment of severe acute pancreatitis (SAP). Methods: 51 Cases suffered SAP from April 2007 to December 2010 have been divided into two groups at random, the control group treated with standard method of western medicine, the experimental group treated combined with traditional Chinese medicine with Dachaihu-Tang based on the control group. Result: There is significantly difference of these two group at relief of symptoms and sign, the conversion of experimental examination, the length of stay in hospital has significantly shortened. Conclusion: The good clinical curative effects will be achieved to the patients suffered SAP treated integrated Chinese and western medicine and the methods is highly operably.

Key words: Integrated Chinese and western medicine; Severe acute pancreatitis (SAP); Dachaihu-Tang

中图分类号: R 576

文献标识码: B

doi: 10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.003

重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP) 具有发病急、病死率高等特点, 20 世纪 80 年代以前手术治疗急性重症胰腺炎一度非常盛行, 但死亡率很高, 达 40%~60%。后来国内外学者通过大量研究和临床观察, 逐渐认识到 SAP 时如果仅有胰腺坏死而无坏死组织的感染, 采用非手术治疗效果及愈后远好于采用手术者, 因此近年来国内外对 SAP 治疗已渐趋于以非手术治疗为主, 目前非手术治愈率已达 90% 左右, 但治疗疗程长, 费用昂贵, 且仍有一定的死亡率。国内中西医结合治疗 SAP 目前已取得令人可喜的成就, 已经体现出比单纯西医治疗更加有效的趋势。我院多科室合作, 于 2007 年 4 月~2010 年 12 月间共收治重症急性胰腺炎患者 63 例, 现将患者治疗情况汇报如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 我院自 2007 年 4 月~2010 年 12 月间共收治胰腺炎患者 318 例, 其中重症胰腺炎患者 63 例, 占 19.81%。将 63 例患者按照住院号单双号随机分为两组, 单号为治疗组有患者 35 例, 剔除死亡病例 2 例及转院病人 5 例剩余 28 例, 男性 16 例, 女性 12 例, 年龄 22~71 岁, 平均年龄 38.6 岁; 双号为对照组有患者 28 例, 剔除死亡病例 2 例及转院病人 3 例剩余 23 例, 其中男性 13 例, 女性 10 例, 年龄 27~82 岁, 平均年龄 40.8 岁。两组一般资料及病情差异无显著性 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 SAP 采用曼谷会议 SAP 的诊断标准^[1], 即指急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 的基

础上有以下之一者: (1) 有脏器功能障碍者; (2) Rason 评分 > 3 分; (3) 急性生理和慢性健康评价指标 II (acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II) 评分 > 8 分; (4) Balthazar CT 分级 II 级或 II 级以上; (5) 局部出现并发症。分期: 发病 3 d 以内为早期; 3~14 d 为中期; 14 d 以上为晚期。

1.3 治疗方法 对照组予西医常规治疗: 胃肠减压, 抑制胰腺外分泌, 抗炎补液治疗等。治疗组在上述基础上, 给予中药方剂以大柴胡汤 (柴胡 15 g, 大黄 15 g, 黄芩 10 g, 白芍 10 g, 半夏 6 g, 生姜 6 g, 枳实 10 g, 大枣 4 枚) 为主方进行加减: 肝郁气滞加木香、延胡索、川楝子、郁金等; 瘀血阻络加桃仁、赤芍、牡丹皮、川芎等; 湿热壅盛加茵陈、栀子、黄连、黄柏、芒硝等。用法: 将上述中药煎至 400 mL 备用; 先行胃肠减压后, 经胃管注入中药 100 mL, 夹管 2 h, 再行胃肠减压 4~6 h 后, 再次给药 100 mL, 每 6~8 小时给药 1 次。同时, 上述药液亦可保留灌肠, 每日 1~2 次。15 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效标准^[2] 显效: 7 d 内腹痛缓解, 理化检查恢复正常; 有效: 8~14 d 腹痛缓解, 理化检查正常; 无效: 14 d 后症状、体征及理化检查无缓解。

1.5 统计学方法 分类资料用 χ^2 检验, 两样本均数比较用 t 检验或 Wilcoxon 秩和检验, 自身前后比较用配对 t 检验或配对 Wilcoxon 秩和检验。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。治疗组 28 例, 临床痊愈 24 例, 好转 3 例, 无效 1 例, 总有效率

* 基金项目: 广东省佛山市医疗卫生科研计划课题 (项目号: 20100409)

96.43%;对照组 23 例,痊愈 13 例,好转 5 例,无效 5 例,总有效率 78.26%。两组间比较具有显著性差异 ($P<0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	28	24(85.71)	3(10.71)	1(3.57)	27(96.43)*
对照组	23	13(56.52)	5(21.74)	5(21.74)	18(78.26)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 主要临床症状、体征缓解时间比较 见表 2。治疗组临床症状及体征:腹痛、体温、恶心呕吐缓解时间均低于对照组,两组间比较差异有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表 2 两组临床症状、体征缓解时间比较 ($\bar{X}\pm S$) d

组别	n	腹痛	体温	恶心呕吐
治疗组	28	1.49± 0.57 ^a	2.21± 0.50 ^a	2.95± 0.47*
对照组	23	2.63± 1.01	3.62± 0.68	3.33± 0.68

注:与对照组比较,* $P<0.05$,^a $P<0.01$ 。

2.3 血淀粉酶、血白细胞恢复正常及住院时间比较 见表 3。治疗组血淀粉酶、白细胞恢复正常时间及住院时间均少于对照组,两组间比较差异有显著性 ($P<0.01$)。

表 3 两组血淀粉酶、白细胞恢复正常时间及住院时间比较 ($\bar{X}\pm S$) d

组别	n	血淀粉酶恢复正常时间	白细胞恢复正常时间	住院时间
治疗组	28	2.23± 0.25 ^a	2.52± 0.26 ^a	14.77± 5.37 ^a
对照组	23	3.80± 0.41	4.45± 0.77	19.97± 7.18

注:与对照组比较,* $P<0.01$ 。

3 讨论

SAP 的发病机制一直是胰腺疾病学者们积极研究的问题,除了传统提出的胰酶的激活和自身消化理论、共同通道学说以外,近年来提出了很多学说来尝试阐明 SAP 的发病机制^[3]。如白细胞过度激活学说认为炎症反应介质在急性胰腺炎时受胰酶的刺激,对炎性刺激出现“瀑布样”反应,导致机体细胞因子网络失衡并且并发全身炎症反应综合征(SIRS)^[4],导致胰腺以及胰腺以外的组织、器官对过度炎症反应所造成的损伤、出血、坏死是 AP 发展为 SAP 的主要原因;又如菌群易位学说^[5]认为肠黏膜屏障的破坏是 AP 发病过程中的早期事件;胰腺微循环障碍学说^[6]认为胰腺小叶的灶性坏死是 SAP 病变的形态学基础,后来实验验证微循环障碍贯穿于 AP 发展为 SAP 的整个过程,是水肿性胰腺炎向出血性胰腺炎转化的重要原因。

中医认为 SAP 属中医学的“腹痛”、“胰瘴”等

范畴,多为里实热证,其主要病机为中焦湿热、气滞血瘀、热盛腑实。大柴胡汤出自东汉张仲景所创《伤寒论》,本方和解枢机,疏通升降,上下分消,通里泻实,用于邪实之急重症属少阳阳明病者,可收到良好效果。中西医结合治疗是我国的特色,已成为重症急性胰腺炎非手术治疗方案中的重要组成部分。现代医学研究发现,大柴胡汤具有广泛的药理作用,具有明显的利胆和降低括约肌张力的作用,有助于炎症、感染的消退;能明显降低血清谷丙转氨酶(GPT)、谷草转氨酶(GOT)、肿瘤坏死因子(TNF- α)和淀粉酶水平;明显提高胆汁中胆汁酸含量,降低胆红素,保护胃黏膜;调整小肠运动紊乱及调节免疫等作用^[6]。同时可以有效减轻 SAP 模型大鼠胰腺、肺和肠壁组织的毛细血管渗漏,改善胰腺微循环,减轻胰腺组织病变程度,降低血清淀粉酶水平,从而减少并发症和病死率^[7]。

本研究中,在疗效及临床症状、体征的缓解时间、血淀粉酶及白细胞恢复正常的时间等方面,中西医结合治疗组均优于传统治疗对照组,在治疗重症急性胰腺炎方面表现出了明显的优势。通过辨证论治,病证相符的中药复方在治疗时能起到针对病灶的主靶点和针对全身治疗的副靶点有机协同,通过抑制细胞因子和炎性介质的产生,控制全身炎症反应,缩短患者的治疗时间,降低病死率,是一种经济有效的 SAP 治疗方法,值得临床上推广。

参考文献

[1]Toouli,Brooke-Smith M,Bassi C,et al.Guidelines for the management of acute pancreatitis [J].J gastroenterol Hepatol,2002,17 (suppl): S15-S39

[2]Mulder C,Scheltens P,Visser JJ,et al.Genetic and biochemical markers for Alzheimer's disease:recent developments [J].Ann Clin Biochem,2000,37(5):593-607

[3]黄天生,朱生梁.重症急性胰腺炎中西医结合治疗探讨[J].陕西中医,2007,28(9):1 207-1 208

[4]Makhija R, Kingsnorth AN.Cytokine storm in acute pancreatitis[J].J Hepatobiliary Pancreat Surg,2002,9:401-410

[5]黄萍,李永红,黄宗文,等.分析中西医结合治疗重症急性胰腺炎 2 271 例[J].世界华人消化杂志,2007,15(33):3 549-3 552

[6]柳红芳,白晓菊.大柴胡汤临床应用和药理作用关系的分析[J].中成药,2001,23(7):521

[7]奉典旭,陈亚峰,陈腾.大柴胡汤对急性坏死性胰腺炎大鼠模型的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2009,15(3):301

(收稿日期:2011-02-24)

邮购信息

本刊存有自 2001 年创刊以来的《实用中西医结合临床》合订本。定价为:2002 年合订本(含 2001 年创刊号)85 元;2003、2004、2005、2006、2007、2008、2009、2010 年合订本,每本各 75 元。以上均含邮费,需要者请直接与本刊发行部联

系。地址:江西省南昌市文教路 529 号,江西省中医药研究院院内。邮编:330046。联系电话:0791-8525621,8528704,传真:0791-8528704。联系人:刘丹,E-mail:szxl@chinajournal.net.cn,jxnc5621@tom.com。