

中西医结合治疗急性胰腺炎 30 例临床观察

郭森仁 黄伟荣 王施君

(福建中医药大学附属晋江中医院 晋江 362200)

摘要:目的:探讨加用大柴胡汤合大承气汤加减治疗急性胰腺炎的效果。方法:将 60 例急性胰腺炎患者随机分为中药组(加用大柴胡汤合大承气汤加减组)和对照组(未加用中药组)。观察两组治疗总有效率、腹痛缓解时间、首次排便时间、血淀粉酶恢复时间、平均住院天数及平均住院费用。结果:中药组总有效率、腹痛缓解时间、首次排便时间、血淀粉酶恢复时间、平均住院天数及平均住院费用均优于对照组($P<0.05$)。结论:加用大柴胡汤合大承气汤加减治疗急性胰腺炎,可更有效缓解患者腹部疼痛,促进肠功能恢复,提高总有效率,缩短病程,减少住院费用。

关键词:急性胰腺炎;大柴胡汤合大承气汤加减;中西医结合疗法

中图分类号:R657.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.011

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是一种常见的急腹症,是多种病因导致胰酶在胰腺内被激活后引起胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的炎症反应,临床以急性上腹痛、恶心、呕吐、发热和血胰酶增高等为特点,可分为轻症 AP(mild acute pancreatitis, MAP)和重症 AP(severe acute pancreatitis, SAP)。MAP 病程自限,预后良好,而 SAP 常继发多种并发症,病死率高,给患者的生命造成严重的威胁^[1]。20%~30%患者临床经过凶险,总体病死率为 5%~10%^[2]。本研究选取我院 60 例 AP 患者,旨在探讨在常规西医治疗的基础上加用大柴胡汤合大承气汤加减治疗 AP 的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月~2013 年 12 月我院消化内科及急诊科收治的属脾胃实热证 AP 患者 60 例,均符合 2003 年全国胰腺疾病学术大会上通过的《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》的临床诊断标准,以及《中医消化病诊疗指南》^[3]中急性胰腺炎的中医诊断标准。其中男 39 例,女 21 例,年龄 23~81 岁,MAP 43 例,SAP 17 例。将 60 例患者随机分为中药组和对照组各 30 例,两组患者年龄、性别、病情程度差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者给予常规基础治疗:常规禁食,补充血容量,纠正水电解质紊乱,抗感染,抑制胰腺分泌,制酸等。中药组患者在常规治疗基础上加用大柴胡汤合大承气汤加减:生大黄 10~30 g(后下)、芒硝 5~10 g(冲)、枳实 10 g、厚朴 10 g、柴胡 10 g、黄芩 10 g、黄连 10 g、赤芍 10 g、延胡索 10 g,水煎服,早晚各 1 次,另加该汤剂灌肠,1~2 次/d。

1.3 观察指标 观察两组患者腹痛缓解时间、首次排便时间、血淀粉酶恢复时间,以及总有效率、平均住院天数、平均住院费用。

1.4 疗效评定标准 参照中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床指导原则》中的“中药新药治疗胰腺炎的临床指导原则”制定^[4]。痊愈:7 d 内症状体征缓解,血、尿淀粉酶恢复正常;显效:7 d 内症状体征显著好转,血、尿淀粉酶恢复正常;有效:7 d 内症状体征减轻,血、尿淀粉酶有下降趋势;无效:7 d 内症状体征未减轻或恶化,血、尿淀粉酶未降低。

1.5 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件对数据进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以均数 $\pm$ 标准差($\bar{X}\pm S$)表示。 $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 中药组总有效率 90.0%,对照组总有效率 76.6%。中药组总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
中药组	30	18	5	4	3	90.0
对照组	30	15	3	5	7	76.7

2.2 两组相关指标恢复时间比较 中药组腹痛缓解时间、首次排便时间、血淀粉酶恢复时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组相关指标恢复时间比较 ($\bar{X}\pm S$) d				
组别	n	腹痛缓解时间	首次排便时间	血淀粉酶恢复时间
中药组	30	3.88 $\pm$ 2.24*	2.07 $\pm$ 1.25*	3.38 $\pm$ 2.32*
对照组	30	5.50 $\pm$ 2.53	3.07 $\pm$ 1.09	5.48 $\pm$ 3.81

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组平均住院天数及平均住院费用比较 中药组平均住院天数及平均住院费用均少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组平均住院天数及平均住院费用比较 ($\bar{X}\pm S$)			
组别	n	平均住院天数(d)	平均住院费用(元)
中药组	30	6.87 $\pm$ 2.53*	8 096.75 $\pm$ 3 607.89*
对照组	30	10.00 $\pm$ 5.26	13 762.11 $\pm$ 10 053.95

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

AP 的发病机制是一个复杂、多因素参与的病理生理过程，可波及临近组织和其他脏器系统，至今尚未完全阐明。中医学认为，AP 多因感受六淫之邪、饮食不节、情志失畅、胆石、虫积、创伤等因素致湿、热、瘀、毒蕴结中焦，腑气不通，故而腹痛。临床以腹痛最为常见，以上腹部多见。归属于中医学的“腹痛”等范畴^[1]。《内经》有“通则不痛，六腑以通为用”的原则，《金匱要略》中有“按心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤”的记载，故治疗上以通导为大法。大承气汤、大柴胡汤均是《伤寒论》的经典方剂。大柴胡汤主治少阳阳明合病主方，主要功能是和解少阳，通里泄热。大承气汤具有通里攻下、峻下热结之功效，主治阳明腑实证。大柴胡汤合大承气汤加减符合中医治疗脾胃实热证 AP 的清热通腑攻下原则。林茂华^[5]和彭惠平等^[6]报道，联合大承气汤和大柴胡汤治疗 SAP，可以明显增强肠道蠕动功能，缩短胃肠道功能恢复时间，可较快控制病情，缓解症状。本院联合二方适当加减，其中生大黄泻下攻积、泻火解毒、凉血祛瘀，芒硝泻下攻积、软坚

散结、清热润燥，二药相须为用，峻下热结；厚朴下气除满，枳实消痞破结，二药配伍行积滞、消胀满；柴胡疏肝理气泄热；黄芩、黄连清热燥湿，泻火解毒；延胡索、赤芍行气活血止痛。全方共奏清热解毒、行气止痛、祛瘀通腑之效。

本研究结果显示，在常规治疗基础上加大柴胡汤合大承气汤加减治疗 AP 疗效显著，且能够缩短患者临床症状持续时间、血淀粉酶恢复正常时间及住院时间，促进胃肠道功能恢复，减少治疗费用，与对照组比较，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，值得临床应用及进一步研究。

参考文献

[1]陆再英,钟南山.内科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2009.469
[2]中华医学会消化病分会胰腺病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J].中华内科杂志,2004,3(3):236-238
[3]李乾构. 中医消化病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006.175-178
[4]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则((第一辑)[S]. 北京:中国医药科技出版社,1993.142-144
[5]林茂华,李强,黎民稀,等.中西医结合治疗重症急性胰腺炎临床观察[J].中山大学学报,2007,28(z1):165
[6]彭惠平,徐进康,吴坚芳,等.中西医结合治疗重症急性胰腺炎的临床研究及经验总结 [J]. 中国中医基础医学杂志,2007,13(12): 933,940

(收稿日期: 2014-02-10)

芒针结合隔药灸治疗背肌筋膜炎临床研究

刘宝国 张国芳 王丽

(湖北省十堰市武当山特区医院针灸科 十堰 442714)

摘要:目的:观察芒针配合隔药灸治疗背肌筋膜炎的临床疗效。方法:将 115 例背肌筋膜炎患者随机分为治疗组 60 例和对照组 55 例,治疗组采用芒针配合隔药灸治疗,对照组采用口服药物配合红外线治疗,治疗 3 个疗程后进行疗效评定。结果:治疗组显效率 38.3%,总有效率 93.3%;对照组显效率 12.7%,总有效率 76.4%;治疗组显效率及总有效率明显优于对照组,两组比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:两组治疗方法均有效,但芒针配合隔药灸疗效更优,操作简单,无毒副作用,值得临床应用。

关键词:背肌筋膜炎;芒针疗法;隔药灸

中图分类号:R686.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.012

肌筋膜炎亦称纤维炎，是一种临床综合征，其中背肌筋膜炎最为常见，是引起颈肩腰背痛的主要原因之一。笔者临床上应用芒针配合隔药灸治疗背肌筋膜炎疗效颇佳，现报道如下，希望对临床有所帮助。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 4 月~2013 年 10 月武当山特区医院门诊及住院部患者 115 例，男 73 例，女 42 例；年龄最小 14 岁，最大 65 岁，平均年龄 27.6 岁；病程最短 4 个月，最长 11 年，平均 6.3 年；血沉 (ESR) 增快 21 例，类风湿因子 (RF) 弱阳性 14 例，脊柱 X 线片异常 17 例。115 例患者随机分为治疗组 60 例和对照组 55 例。

1.2 诊断及纳入标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]：(1) 本病多见于成年人和长期坐站不良体位

且肌肉缺乏锻炼者，起病可急可缓，风寒湿邪、急慢性肌肉损伤为常见病因。(2) 颈肩腰背部肌肉不同程度疼痛、僵硬、沉重、酸胀、重滞感，劳累及寒冷刺激可加重反复发作，痛甚伴有肌痉挛，活动受限。(3) 查体：局部肌肉紧张，患处有明显压痛，性质多为定位模糊的隐性酸痛和钝痛，有固定的压痛点和激痛点(区)，一般激痛点好发于斜方肌、肩胛提肌、菱形肌、竖脊肌、冈上肌、冈下肌，腰部肌筋区以腰椎两侧筋及第三腰椎横棘突的病变损伤为常见。压痛局限，并非沿着神经分布，并且不具有感觉障碍或反射改变，还可因局部活动而增加疼痛。部分患者在疼痛部位能触及条索状、结节的筋束和筋结，可一个或多个。(4) 实验室检查：除少数患者血沉加快外，多数化验及 X 线片无特殊。

1.3 排除标准 (1) 合并有其他严重器质性疾病