

## 中西医结合治疗急性胰腺炎的临床观察

李春雷, 邹盛海, 李忠志

(新疆博尔塔拉蒙古自治州人民医院, 新疆 博乐 833400)

急性胰腺炎(AP)是较为危重的急腹症之一,患者腹痛明显,如不能及时有效地进行治疗,病情进展有可能导致并发症的发生,尤其是重症急性胰腺炎(SAP),病死率较高。AP病因复杂,其中以胆源性、高脂血症、酗酒、暴饮暴食等所致居多,还有少数由肿瘤(壶腹部周围癌、胰腺癌)、感染、壶腹乳头括约肌功能不良、先天性胰腺发育异常、自身免疫、外伤、医源性等原因所致,另有部分患者病因不明<sup>[1]</sup>。临床上积极寻找病因并及时予以科学治疗尤为重要。现将2011年4月至2014年4月本院收治的AP患者治疗情况报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料:**采用前瞻性研究方法,选择97例在本院治疗的AP患者,诊断符合“重症急性胰腺炎中西医结合诊治常规(草案)”<sup>[2]</sup>。按随机数字表法将患者分为治疗组和对照组。治疗组47例中男性28例,女性19例;年龄19~71岁,平均41.7岁;病程6~28h,平均13.6h;病因为胆源性11例,高脂血症36例;其中有9例为重症患者。对照组50例中男性29例,女性21例;年龄21~72岁,平均42.3岁;病程8~33h,平均14.2h;病因为胆源性13例,高脂血症37例;其中有11例为重症患者。两组性别、年龄、病程等一般资料均衡,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$ ),有可比性。

本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委员会批准,取得患者或家属的知情同意。

**1.2 诊断依据:**根据“2011年急性胰腺炎诊治指南”,结合患者的症状(上腹部疼痛)、体征(上腹部压痛,部分有腹膜炎体征)、实验室检查(血常规、血淀粉酶、尿淀粉酶、生化等)及影像学检查(超声、CT等)予以确诊。

**1.3 治疗方法:**两组均给予持续胃肠减压、禁食水、抑酸(奥美拉唑等药物)、抑酶(奥曲肽)、抑制消化液分泌(乌司他丁等)、抗炎、肠外营养支持、维持水和电解质平衡等治疗。高脂血症性胰腺炎者积极控制血脂,三酰甘油(TG) $>11.3$  mmol/L者给予低分子肝素、胰岛素等以增加脂蛋白酶的活性,加速乳糜微粒的降解<sup>[3]</sup>。

治疗组在对照组基础上加用中药复方丹参注射液;大黄10g,芒硝5g溶于200mL温水保留灌肠,每日1~3次,每日自行排便1~2次后停药;麝香0.3~1.0g贴脐,每3d更换1次;上腹部外敷芒硝或消炎散合剂(由芙蓉叶60g,泽兰叶60g,黄芩30g,黄连30g,黄柏30g,冰片2g,黄酒500g组成);呕吐得以控制后,先抽空胃液,再经胃管内注入柴芩承气汤50mL〔由柴胡15g,黄芩15g,厚朴15g,枳实

15g,生大黄15g(后下),芒硝20g(冲服)组成,将每剂中药煎成300mL,夹闭胃管,每小时1次,每日8次,具体各药用量视病情加减<sup>[4]</sup>,自行排便后逐步停药。

**1.4 疗效判定标准:**症状、体征基本消失,血、尿淀粉酶恢复正常,影像学检查如超声、CT等显示胰腺形态基本恢复正常为治愈;症状、体征明显减轻,血、尿淀粉酶接近正常,超声、CT等检查示胰腺形态较前明显好转为好转;症状、体征无明显减轻,生化指标、影像学检查未见明显好转,或者患者停止内科保守治疗改为手术,或者死亡等为无效。

**1.5 观察指标:**观察两组临床疗效和住院时间。

**1.6 统计学处理:**采用SPSS 17.0统计软件处理数据,计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,用 $t$ 检验;计数资料以率或例表示,用 $\chi^2$ 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

表1结果显示,治疗组治愈率和总有效率均较对照组明显升高,住院时间较对照组明显缩短(均 $P<0.05$ )。

表1 两组临床疗效和住院时间比较

组别	例数 (例)	临床疗效(例)			总有效率 [% (例)]	住院时间 (d, $\bar{x}\pm s$ )
		治愈	好转	无效		
对照组	50	29	12	9	82.00 (41)	17.3 $\pm$ 3.2
治疗组	47	41	4	2	91.48 (43) <sup>a</sup>	11.7 $\pm$ 2.3 <sup>a</sup>

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$

### 3 讨论

**3.1 西医在AP治疗中的作用:**西医一般认为,各种诱发因素使胰酶通过不同方式在胰腺被激活,将对周围组织及胰腺产生自身消化,胰腺周围水肿、渗出,使有毒物质吸收入血而造成全身器官损伤<sup>[5]</sup>。病因治疗尤为重要,如胆源性胰腺炎多由胆道结石所致,手术取出胆道内结石,解除胆道梗阻,对于疾病的转归作用明显。西药在AP治疗中的应用也得到广泛认可,如生长抑素和其类似物八肽(奥曲肽)具有抑制胰液和胰酶分泌、抑制胰酶合成的作用,能减轻腹痛,减少局部并发症,缩短住院时间<sup>[6]</sup>。乌司他丁有抑制水解酶的作用,可减少胰液分泌,稳定溶酶体膜,减轻全身炎症反应,在胰腺炎治疗中有积极作用<sup>[7]</sup>。

**3.2 中医学在AP治疗中的作用:**中医认为,AP属于腹痛、腹脘痛、胁痛等范畴,其发病机制是湿热积滞、气滞血瘀,治疗主要是通里攻下、清热泻火<sup>[8]</sup>。国内报道中药用于西医疗疗存在困难的SAP时疗效显著<sup>[9]</sup>。在SAP早期采用中西医结合治疗,能明显改善患者的临床症状,减少并发症和病死率,缩短病程,降低住院费用,提高治愈率<sup>[10]</sup>。目前,在西医常规治疗基础上加用中药口服或与灌肠相结合的中西医结合治疗已成为中国中西医结合学会外科专业委员会、中华医

学会胰腺外科学组推荐的治疗方案<sup>[11]</sup>。现代医学的发展有助于我们从科学的角度加深认识中药对 AP 治疗中的作用。如丹参注射液通过改善微循环障碍,清除氧自由基,调整脂溶性炎症介质的代谢,阻止钙流入及钙超载等作用在 AP 的治疗过程中发挥重要作用<sup>[12]</sup>。大承气汤方中大黄通里攻下,芒硝软坚散结,枳实下气化滞、宽肠消胀,厚朴消痞除满,诸药结合具有较强的消炎利胆、解除肠麻痹、促进肠蠕动、清除肠内有毒物质的作用,可全面抑制胰蛋白酶、胰淀粉酶、胰脂肪酶的活性<sup>[13]</sup>。中药柴芍承气汤由大黄、柴胡、芒硝、白芍、枳实、厚朴、黄芩组成,方中大黄、枳实、厚朴等有清理肠道的作用,可明显促进肠蠕动,改善胃肠黏膜微循环和肠麻痹,防止菌毒移位,促进肠黏膜血液循环<sup>[14]</sup>;柴胡具有抑制胰酶分泌、降低胆道压力、松弛奥迪(Oddi)括约肌的作用<sup>[15]</sup>;黄芩、芒硝清热、利湿,可降低血中 TG 与胆固醇,抑制肠道细菌移位,降低内毒素,从而预防弥散性血管内凝血(DIC)<sup>[16]</sup>。柴芍承气汤通过下调胰腺核转录因子-κB(NF-κB)的活化来减轻 AP 的炎症反应,改善胰腺的病理损害<sup>[17]</sup>。研究发现,与单纯西医治疗比较,采用中西医结合方法治疗可使患者的腹痛、腹胀明显缓解,腹部压痛缓解时间及肠鸣音恢复时间均明显缩短<sup>[18]</sup>。

**3.3 AP 的非保守治疗:**在多数情况下,AP 可经保守治疗而愈,尤其是结合中西医结合治疗。但有时保守治疗效果差,需及时进行手术治疗<sup>[19]</sup>。手术指征:①保守治疗效果差,病情加重;②怀疑有消化道穿孔、急性绞窄性肠梗阻、阑尾穿孔等其他急腹症;③胰腺坏死感染,胰周脓肿形成;④胆源性胰腺炎并发急性梗阻性化脓性胆管炎;⑤爆发性胰腺炎经过 24 h 保守治疗病情无明显好转,多器官功能障碍不能纠正;⑥胰腺炎出现其他并发症如腹腔大出血、肠穿孔、肠瘘或胰腺假性囊肿形成。

**3.4 中西医结合治疗 AP 的前景展望:**近年来,笔者所在地区的 AP 病例呈逐年增多趋势,而随着医学的进展,AP 的病死亡率明显下降,治疗手段的多样化、规范化,对疾病的良性转归功不可没。在本地区,暴饮暴食、高脂血症所致 AP 较多,对其治疗曾有人提倡“五联疗法”,即除常规治疗外,加血液净化、降血脂药物、低分子肝素、胰岛素、腹部外敷芒硝等<sup>[20]</sup>。在西医治疗的基础上结合中医中药治疗,能取得更好的临床效果,如使用方剂柴芍承气汤等治疗高脂血症性 SAP 效果满意<sup>[21]</sup>。另外,许多胰腺炎患者病情常常反复发作,中西医结合治疗在一定程度上也减轻了长期使用奥曲肽、抗菌药物等所产生的不良反应。AP 的治疗是综合性的,西医保守治疗、中西医结合治疗、手术治疗等都应该根据具体情况因病施治。而现代中医中药的发展也必将为 AP 的治疗提供更多一层保障。

参考文献

- [1] Blumgart LH. Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas (肝胆胰外科学)[M]. 黄洁夫,译.北京:人民卫生出版社,2010:690-697.
- [2] 中国中西医结合学会普通外科专业委员会.重症急性胰腺炎中西医结合诊治常规(草案)[J].中国危重病急救医学,2007,19(8):448-451.
- [3] 杨镇.胰腺外科学图解[M].上海:上海科学技术出版社,2009:53.
- [4] 蒋俊明,张瑞明,黄宗文,等.益活清下法治疗重症急性胰腺炎——附 32 例报告[J].中国中西医结合外科杂志,1994,1(1):9-11.
- [5] 姚玮艳,袁耀宗.急性胰腺炎发病机制的新进展[J].现代实用医学,2005,17(9):525-527.
- [6] 叶任高,陆再英.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004:466-472.
- [7] 黄延年,陈思文,汤志威,等.乌司他丁与奥曲肽联合治疗急性胰腺炎的疗效观察[J].中国医院药学杂志,2006,26(11):1391-1393.
- [8] 王少言,孟宪萌.自拟清胰汤联合西医治疗急性胰腺炎对照临床观察[J].实用中医内科杂志,2012,26(7):57-58.
- [9] 夏亮,陈军贤,谢齐贵,等.中药联合早期肠内营养在治疗重症急性胰腺炎中的作用[J].中国中西医结合急救杂志,2014,21(1):14-17.
- [10] 王晓,张照兰,杨国红,等.重症急性胰腺炎早期中医药干预综合治疗方案的临床观察[J].中国中西医结合急救杂志,2010,17(3):169-171.
- [11] 孔颖泽,倪红飞,周新宇,等.急性胰腺炎辨证分型及中西医结合治疗疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,2012,19(1):46-47.
- [12] 高传长.丹参及其主要成分在冠心病及胰腺炎等疾病中的治病机制[J].中国中西医结合杂志,2010,30(11):1222-1226.
- [13] 姜长贵.大承气汤治疗急性胰腺炎 32 例[J].中国危重病急救医学,2010,22(4):249.
- [14] 凌颖,陈劲松,曹丽鹏,等.柴芍承气汤对重症急性胰腺炎患者炎症介质的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2013,20(3):138-141.
- [15] 周重楚,周秋丽,王本祥.北柴胡和大叶柴胡药理作用的比较[J].药学通报,1979,14(6):252-254.
- [16] 鲍兵.大承气汤对重症急性胰腺炎细胞因子水平的影响[J].中国急救医学,2006,26(1):66-67.
- [17] 李永红,黄宗文,薛平,等.柴芍承气汤对急性坏死性胰腺炎大鼠胰腺核因子-κB 活化的影响[J].中西医结合学报,2008,6(2):180-184.
- [18] 陈大舜,易法银,邓常青,等.健脾消导中药对消化道功能影响的初步筛选研究[J].湖南中医学院学报,1996,16(2):41-43.
- [19] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2013:581.
- [20] 毛恩强,汤耀卿,张圣道.高脂血症性重症急性胰腺炎规范化治疗方案的探讨[J].中国实用外科杂志,2003,23(9):542-545.
- [21] 薛平,邓力晖,张肇达,等.早期益活清下法治疗高脂血症性重症急性胰腺炎的临床研究[J].中西医结合学报,2008,6(3):262-265.

(收稿日期:2014-06-16)(本文编辑:李银平)

欢迎订阅《中华危重病急救医学》杂志 CN 12-1430/R  
2013 年《中国危重病急救医学》更名为《中华危重病急救医学》

中文核心期刊 中国科技论文统计源期刊 中华医学会主办  
全国各地邮局订阅,邮发代号:6-58 定价:每期 14 元 全年 168 元  
2014 年以前的刊物可在本刊社邮购部购买,电话:022-23197150