

中药泻下法治疗重症急性胰腺炎的临床观察

冯志松, 黄涛, 任权, 冯迎春, 黄旻, 廖娟

(川北医学院附属医院消化科, 四川南充 637000)

【摘要】 目的: 观察中医泻下疗法治疗重症急性胰腺炎(SAP)的临床疗效。方法: 95 例 SAP 患者被随机分为 A、B 和 C 组。A 组 32 例, 采用单纯西医治疗; B 组 32 例, 在 A 组西医治疗基础上胃管注入泻下中药, 每次注入后夹管 1 h, 中药组成: 柴胡、白芍、枳实、厚朴、黄芩, 重用生大黄和芒硝, 根据患者肠鸣音和大便情况调整剂量; C 组 31 例, 不行胃肠减压, 单纯按照 B 组的中药方剂进行口服。观察各组患者临床症状改善时间、平均住院时间、并发症发生率、手术中转率、病死率及治疗前与治疗 5 d 后的急性生理学及慢性健康状况评分系统 I (APACHE I) 的变化。结果: 与 A 组比较, B 组和 C 组开始排便、肠鸣音恢复、腹痛和腹胀缓解及平均住院时间均显著缩短 (P 均 < 0.05); 3 组死亡的 10 例患者中有 9 例患者死亡前无肠鸣音恢复和排便; A 组治疗 5 d 后的 APACHE I 评分、胰腺感染发生率和手术中转率显著高于 B 组和 C 组, 而低血钾的发生率显著低于 B 组和 C 组 (P 均 < 0.05); A 组急性呼吸窘迫综合征和急性肾功能衰竭的发生率以及病死率均高于 B 组和 C 组, 但差异无显著性; B 组和 C 组的上述指标差异也均无显著性 (P 均 > 0.05)。结论: 西医结合中医泻下法治疗 SAP 优于单纯的西医治疗, 并能迅速、有效地缓解腹痛和腹胀等局部症状, 无须进行胃肠减压; 肠鸣音和排便可能是判断 SAP 预后的重要临床指标。

【关键词】 胰腺炎, 急性, 重症; 中西医结合疗法; 胃肠减压; 泻下法

中图分类号: R285.6; R259 文献标识码: A 文章编号: 1008-9691(2007)01-0011-03

Clinical observation on diarrhea method (泻下疗法) of traditional Chinese medicine in treatment of severe acute pancreatitis FENG Zhi-song, HUANG Tao, REN Quan, FENG Ying-chun, HUANG Min, LIAO Juan. Department of Gastroenterology, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, Shichuan, China

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of the traditional Chinese medicine (TCM) which induces diarrhea method (泻下疗法) in treatment of severe acute pancreatitis (SAP). **Methods:** Ninety-five patients with SAP were randomly divided into three groups. A group ($n=32$) was treated by western medicine only. B group ($n=32$) was treated by combination of western medicine and TCM decoction administered via a gastric tube; the ingredients of the TCM consisted of radix bupleuri (柴胡), radix paeoniae alba (白芍), fructus aurantii immaturus (枳实), cortex magnoliae officinalis (厚朴), radix scutellariae (黄芩) and high doses of radix et rhizoma rhei (生大黄) and natrii sulfas (芒硝), after once perfusion the tube was nipped for 1 hour, and the dose of TCM was adjusted according to the condition of defecation and rugitus. C group ($n=31$) was treated the same as B group except gastrointestinal decompression. The time of clinical symptom improvement and average duration of hospitalization, incidence of complications, operability and mortality were observed in various groups. Acute physiology and chronic health evaluation I (APACHE I) scores were compared before the treatment and 5 days after treatment. **Results:** The time of beginning defecation, rugitus recovery, local symptom relief of abdominal pain and distension and average duration of hospitalization in A group was much longer than those in B and C group (all $P < 0.05$), and nine of the ten dead patients in the three groups didn't have defecation and rugitus recovery. Five days after treatment, the APACHE I scores, infection rate of pancreas and operability of A group were significantly higher, while the incidence of hypopotassemia was lower than those of B and C group (all $P < 0.05$). The incidences of acute respiratory distress syndrome (ARDS), acute renal failure and mortality of A group were higher than those of B and C group but not significantly (all $P > 0.05$). The comparisons of all the parameters between B and C group had no significant differences (all $P > 0.05$). **Conclusion:** The therapeutic effect of combination of western medicine and diarrhea method of TCM for treatment of SAP is superior to that of the western medicine alone, it can relieve the abdominal pain and distension rapidly and efficiently, and no gastrointestinal decompression is necessary when the combination method is adopted. The recovery of defecation and rugitus may be the important clinical signs of SAP improvement.

【Key words】 severe acute pancreatitis; integrated traditional Chinese and Western medicine; gastrointestinal decompression; diarrhea method

重症急性胰腺炎(SAP)是临床常见的急危重症,病情凶险,病死率高,发病机制复杂。近年来的研究表明,肠道功能衰竭以及由此形成的“第二次打击”是SAP发病的重要环节,纠正肠道功能衰竭、恢复肠道功能是SAP治疗的关键措施之一^[1]。常规的西医治疗结合胃肠减压对纠正肠道功能衰竭、恢复肠道功能作用有限。以生大黄和芒硝为主的中药配方具有很强的泻下作用,可使患者腹胀迅速缓解,肠道功能得以有效恢复。因此,我们采用中药泻下法结合西医方案治疗SAP患者,观察其疗效,同时进一步了解胃肠减压在治疗中的作用,报告如下。

1 对象和方法

1.1 临床资料:选择2000年1月—2005年12月我院收治的SAP患者95例,均符合SAP的诊断标准:Ranson预后指标 ≥ 3 分;急性生理学与健康状况评分系统I(APACHE I)评分 ≥ 8 分;Balthazar CT严重指数 $\geq 7\sim 10$ 分。入院时有意识障碍和少数须外科手术的患者除外。其中男41例,女54例;年龄8~86岁,平均46岁。

1.2 分组与治疗:将95例SAP患者按照随机原则分为3组。A组32例,采用单纯西医治疗,除进行监护、禁食、胃肠减压、补液、营养支持、监测和补充电解质等措施外,还使用奥曲肽、低分子右旋糖酐、丹参注射液、奥美拉唑、血浆或白蛋白以及防治感染等措施。B组32例,采用中药泻下结合西医治疗,即在A组西医治疗的基础上加中药胃管注入,每次注入后夹管1h。中药组成:柴胡、白芍、枳实、厚朴、黄芩,重用生大黄和芒硝,剂量根据患者肠鸣音和大便情况进行调整,一般以每日4~5次稀便为度,生大黄和芒硝最大剂量可达100g,服中药24h后仍无大便,肠鸣音仍弱者加用50~100g生大黄,沸水冲泡后每日2~3次灌肠,直到大便次数每日4~5次为止。C组31例,不行胃肠减压,单纯按照B组的中药方剂口服。

1.3 观察指标:观察患者治疗后开始排便时间、腹痛和腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间;主要并发症发生率、手术中转率、病死率;平均住院时间以及治疗前和治疗5d后的APACHE I评分。

1.4 统计学方法:采用SPSS1010软件进行统计学分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用方差分析;计数资料用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

作者简介:冯志松(1964-),男(汉族),四川省人,医学硕士,副教授,主任医师(Email: fengzhisong@medmail.com.cn)。

2 结果

2.1 各组患者临床症状改善时间及平均住院时间的比较(表1):与A组比较,B组和C组开始排便、肠鸣音恢复、腹痛和腹胀缓解及平均住院时间均显著缩短(P 均 <0.05);B组和C组间比较差异均无显著性(P 均 >0.05)。

表1 各组患者临床症状改善时间及平均住院时间的比较($\bar{x}\pm s$)

Table 1 Comparison of improvement time of clinical symptoms and average duration of hospitalization in each group($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数(例) | 开始排便时间 | 肠鸣音恢复时间 | 腹痛和腹胀缓解时间 | 平均住院时间 |
|----|-------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| A组 | 32 | 5.29 \pm 1.46 | 4.33 \pm 1.41 | 7.29 \pm 2.35 | 28.63 \pm 5.96 |
| B组 | 32 | 2.56 \pm 1.96* | 2.13 \pm 1.94* | 4.45 \pm 2.31* | 19.20 \pm 3.73* |
| C组 | 31 | 2.78 \pm 1.41* | 2.31 \pm 1.31* | 4.84 \pm 1.88* | 17.21 \pm 3.32* |

注:与A组比较:* $P<0.05$

2.2 各组治疗前后APACHE I评分变化(表2):3组患者治疗前APACHE I评分差异均无显著性(P 均 >0.05)。治疗5d后,B组和C组APACHE I评分均显著低于A组(P 均 <0.05);B组和C组比较APACHE I评分差异无显著性($P>0.05$)。

表2 各组患者治疗前及治疗5d后APACHE I评分的比较($\bar{x}\pm s$)

Table 2 Comparison of APACHE I scores before treatment and 5 days after treatment

| 组别 | 例数(例) | 治疗前 | 治疗5d后 |
|----|-------|------------------|------------------|
| A组 | 32 | 11.06 \pm 1.66 | 8.81 \pm 7.35 |
| B组 | 32 | 10.81 \pm 1.79 | 3.17 \pm 2.42* |
| C组 | 31 | 11.10 \pm 1.87 | 3.66 \pm 2.28* |

注:与A组比较:* $P<0.05$

2.3 各组患者并发症发生率的比较(表3):在治疗过程中,B组和C组均未发生胰腺感染,显著低于A组;但低血钾的发生率明显高于A组,差异均有显著性(P 均 <0.05)。而3组间急性呼吸窘迫综合征(ARDS)及急性肾功能衰竭(ARF)的发生率差异均无显著性(P 均 >0.05)。

表3 各组患者并发症发生率的比较

Table 3 Comparison of incidence of complications in each group

| 组别 | 例数(例) | 胰腺感染 | ARDS | ARF | 低血钾 |
|----|-------|----------|----------|----------|------------|
| A组 | 32 | 5(15.62) | 8(25.00) | 6(18.75) | 2(6.25) |
| B组 | 32 | 0(0)* | 3(9.38) | 2(6.25) | 20(62.50)* |
| C组 | 31 | 0(0)* | 2(6.45) | 2(6.45) | 17(54.84)* |

注:与A组比较:* $P<0.05$

2.4 各组患者手术中转率和病死率的比较(表4):与A组比较,B组和C组手术中转率均显著降低

(P 均 < 0.05)。而 3 组间病死率比较差异均无显著性(P 均 > 0.05)。

表 4 各组患者手术中转率及病死率的比较

Table 4 Comparison of operability and mortality in each group 例(%)

| 组别 | 例数(例) | 手术中转率 | 病死率 |
|-----|-------|----------|----------|
| A 组 | 32 | 7(21.88) | 6(18.75) |
| B 组 | 32 | 2(6.25)* | 2(6.25) |
| C 组 | 31 | 1(3.22)* | 2(6.45) |

注:与 A 组比较: * $P < 0.05$

3 讨论

SAP 病情凶险,临床上常有高度腹胀、肠鸣音显著减弱或消失等肠道功能衰竭的表现,有研究表明,急性胰腺炎尤其是 SAP 患者结肠全段的结肠传输时间(CTT)较正常对照显著延长^[2,3]。病理情况下的肠道蠕动减缓甚至阻滞,可导致细菌过度生长,产生过量的内毒素和某些损伤肠黏膜屏障的酶,引起肠道细菌移位和内毒素血症^[4]。本研究结果表明,重用大黄和芒硝的中药配方具有强烈的泻下作用,可有效促进肠道蠕动,改善肠道功能,纠正肠道功能衰竭,排出肠道积粪,显著缩短开始排便时间和肠鸣音恢复时间,对维持肠道正常菌群的稳定,有效防止肠道细菌移位和内毒素血症有重要作用,并且中药泻下疗法能有效减少胰腺感染的发生率。本研究中用中药治疗的两组中无一例发生胰腺感染,显著低于单纯西药组。

SAP 肠道功能衰竭可导致肠道细菌移位和内毒素血症,并进一步激活网状内皮系统产生大量炎症介质,放大炎症反应,最终发生全身炎症反应综合征(SIRS)甚至多器官功能衰竭(MOF)^[5],形成“第二次打击”。而中西医结合泻下疗法能有效纠正肠道功能衰竭,阻断“第二次打击”,同时中药配方中重用生大黄可抑制核转录因子- κ B(NF- κ B)活化,下调细胞因子表达,减轻 SAP 的炎症反应^[6]。吴建新等^[7]研究表明,SAP 大鼠术后 3~6 h 胰腺组织血流下降趋势明显,3 h 降低更为突出,而大黄素可有效阻遏胰腺组织血流降低的趋势,且给予大黄素治疗组大鼠的生存率明显高于非治疗组,同时腹水量、血清酶低于非治疗组,病理损害亦较轻。提示重用生大黄的中药配合可使 SAP 早期组织缺血得到改善,较

单纯西医治疗更为有效。中西治疗的两组患者在腹痛和腹胀缓解时间、治疗 5 d 后的 APACHE II 评分、手术中转率、平均住院时间均显著优于单纯西医治疗组,且 ARDS 和 ARF 的发生率及病死率也均低于单纯西医组,但差异无显著性,可能与病例数偏少有关,有待进一步观察。我们还观察到 3 组患者共死亡 10 例,其中 9 例死亡前均出现高度腹胀、无肠鸣音恢复和自主排便,进一步说明恢复肠道功能、阻断“第二次打击”是治疗 SAP 的重要环节。同时肠鸣音和自主排便的恢复是判断疗效和预后的重要临床征象。需要指出的是中西医结合泻下疗法可能导致电解质紊乱,如低钾血症,本研究中 B 组和 C 组低血钾的发生率分别高达 62.50% 和 54.84%,显著高于 A 组的 6.25%。因此,用中西医结合泻下疗法治疗 SAP 一定要密切监测电解质。

SAP 常有高度腹胀,以胃肠减压作为传统的治疗方法目前仍然被广泛采用,但亦有认为胃肠减压易致水、电解质紊乱不宜采用^[8]。本研究中我们观察到是否使用胃肠减压在开始排便时间、腹痛和腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间、平均住院时间、治疗 5 d 后的 APACHE II 评分、并发症发生率、手术中转率以及病死率等差异均无显著性(P 均 > 0.05);且不用胃肠减压可减轻患者痛苦,患者易于接受。

参考文献:

- [1]王兴鹏.重视肠道衰竭在重症急性胰腺炎发病中的作用[J].中华杂志,2002,22(1):5-6.
- [2]徐敏,王兴鹏,袁耀宗,等.急性胰腺炎患者胃肠动力的变化及其机制研究[J].中华急诊医学杂志,2002,12(5):327-330.
- [3]Chen C Y, Lu C L, Chang F Y, et al. Endothelin-1 is a candidate mediating intestinal dysmotility in patients with acute pancreatitis[J]. Dig Dis Sci, 1999, 44(5):922-926.
- [4]王兴鹏.现代胃肠病学高级进修教程[M].上海:上海科学技术文献出版社,2001:47-58.
- [5]董军,张淑文,王宝恩.肠功能障碍与多器官功能障碍综合征[J].中国危重病急救医学,2005,17(12):764-767.
- [6]刘瑞林,刘牧林,马良龙.大黄素对重症胰腺炎大鼠核转录因子- κ B 表达变化的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2005,12(4):230-232.
- [7]吴建新,徐家裕,袁耀宗.大黄素与施他宁对重症胰腺炎胰缺血的治疗作用及机制[J].中国危重病急救医学,1997,9(7):405-408.
- [8]巫协宁.重症急性胰腺炎治疗指南[J].胃肠病学,2002,7(4):232-233.

(收稿日期:2006-09-03 修回日期:2006-10-17)

(本文编辑:李银平)

欢迎订阅《中国危重病急救医学》杂志

中华医学会和天津市天和医院主办,全国各地邮局订阅,邮发代号:6-58

刊社地址:天津市和平区睦南道 122 号天和医院内 邮编:300050