

• 经验交流 •

# 生大黄对急性胰腺炎补体变化的影响及疗效观察

尚愷杰, 黎红光, 黄 岚, 陈光兰, 朱雅碧

(温州医学院附属第六医院, 浙江省丽水市人民医院消化内科, 浙江 丽水 323000)

【关键词】 胰腺炎, 急性; 大黄; 补体

中图分类号: R285.6; R576 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2008)05-0306-01

2004 年 3 月—2007 年 6 月, 对急性胰腺炎(AP)患者加用大黄辅助治疗, 取得较好疗效, 报告如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料: 42 例住院患者均符合 AP 诊断标准。其中男 25 例, 女 17 例; 年龄 25~82 岁, 平均 43.5 岁; 胆源性 28 例, 酒精性 10 例, 其他原因 4 例; 发病时间 3~72 h, 平均 16 h; 轻型 32 例, 重型 10 例。将患者按随机原则分为治疗组(24 例)和对照组(18 例)。两组性别、年龄、病因、病情等比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 有可比性。

1.2 治疗方法: 两组患者均采用禁食、胃肠减压、抑制胃酸分泌、改善胰腺微循环、抗休克、维持水和电解质平衡、营养支持、有效抗生素应用等综合治疗, 同时给予生长抑素 250~500  $\mu\text{g/h}$  或奥曲肽 0.025~0.033  $\text{mg/h}$  持续静脉微量泵注入。治疗组在常规治疗基础上加入生大黄治疗(单味生大黄粉 10~30 g 用沸水冲至 150 ml, 放置温后口服或胃管内注入, 每日 2~3 次, 2~9 d 不等)。

1.3 检测方法: 待临床症状缓解、淀粉酶恢复至正常参考值范围时, 取外周静脉血用速率散射比浊法检测补体 C3、C4, 试剂由美国 Beckman 公司提供。

1.4 统计学处理: 所有数据用均数士标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较用  $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组患者临床表现(表 1): 治疗组腹胀、腹痛、腹膜炎体征缓解时间较对照组明显缩短( $P$  均  $< 0.01$ ), 尤以腹胀减轻更加明显。

2.2 两组患者补体的变化(表 1): 两组患者治疗后补体 C3、C4 水平均下降, 且

作者简介: 尚愷杰(1977-), 男(汉族), 浙江省人, 医学硕士, 主治医师, Email: shangxingjie@yahoo.com.cn.

表 1 两组患者症状、体征缓解时间及血清补体 C3、C4 结果分析( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	缓解时间(d)			C3 (g/L)	C4 (g/L)
		腹胀	腹痛	腹膜炎体征		
对照组	18	4.1 $\pm$ 2.1	10.8 $\pm$ 3.3	10.1 $\pm$ 4.3	0.86 $\pm$ 0.14	0.25 $\pm$ 0.06
治疗组	24	2.6 $\pm$ 1.5 <sup>b</sup>	5.7 $\pm$ 2.6 <sup>b</sup>	7.6 $\pm$ 4.5 <sup>b</sup>	0.84 $\pm$ 0.11	0.22 $\pm$ 0.05 <sup>a</sup>

注: 与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ , <sup>b</sup> $P < 0.01$

治疗组 C4 较对照组下降更为明显, 两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3 讨论

胃肠功能衰竭是 AP 治疗中的难点, 常发生在其他脏器衰竭前, 并对 AP 病理生理过程的发展与转归有重要影响。胃肠道免疫屏障减弱, 为肠源性感染的发生奠定了基础。研究发现, 重症急性胰腺炎(SAP)时全身各脏器中胃肠道最易受损, 临床上最早以腹胀为突出表现, 随之发生应激性胃肠黏膜病变伴大量出血和中毒性肠麻痹。由于胃肠黏膜屏障破坏, 肠内细菌和毒素移位, 导致全身白细胞系统持续激活, 引起全身炎症反应综合征(SIRS), 失控的全身炎症反应是多器官功能衰竭发生发展的主要病理基础, 而胃肠功能衰竭还可能是促发全身炎症反应的主要病理环节<sup>[1]</sup>。故恢复肠功能是临床救治 SAP 的一个重要措施。

本研究结果显示, 治疗组 AP 患者腹胀、腹痛、腹膜、腹膜炎体征缓解时间较对照组显著改善, 尤以腹胀减轻时间缩短更加明显, 腹膜炎体征缓解时间较对照组缩短, 提示胃肠道蠕动功能恢复加快。大黄在 AP 治疗方面发挥了重要的作用, 这可能与大黄及其药物成分阻断 SAP 患者早期胃肠道菌群移位, 保护胃肠黏膜屏障, 抑制肠道内细菌过度繁殖和肠道内毒素吸收<sup>[2]</sup>, 控制内源性感染, 维持肠道内菌群的生态平衡, 改善肠道黏膜的血液灌流量, 降低血管通透性, 减少局部渗出, 促进炎症吸收, 增加肠张力, 促进肠蠕动, 消除肠麻痹, 有助于胆汁、胰液引流通畅和胆道炎症控制<sup>[3]</sup>, 松

弛奥迪括约肌, 消除胆源性胰腺炎的病因等有关。

补体系统作为非特异性免疫系统中极为重要的组成部分之一, 当受到激活后各成分按一定顺序呈现连续酶促反应, 参与机体的防御功能和自稳状态。本研究结果还显示, 治疗组 C3、C4 较对照组均降低, 并在 SIRS 与多器官功能障碍综合征(MODS)发生中起重要作用。提示大黄具有免疫调节作用, 其主要的机制可能为大黄能抑制炎症介质的释放, 防止肠道细菌移位, 调节免疫, 补体有拮抗作用相关。然而补体低于正常水平, 应考虑是否也与 AP 患者常规使用生长抑素, 胰酶或内毒素对免疫系统的直接抑制作用及脾脏负性作用等相关。

综上所述, 本资料说明, 在常规治疗的同时辅以生大黄治疗, 对改善 SAP 患者的症状、体征, 抑制补体免疫调节等方面都有较好的疗效。

### 参考文献

[1] 陈德昌, 杨兴易, 景炳文, 等. 大黄对多器官功能障碍综合征治疗作用的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9(1): 6-8.

[2] 陈德昌, 景炳文, 杨兴易, 等. 大黄对危重症患者胃肠道的保护作用[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12(2): 87-90.

[3] 鲍世韵, 余小舫, 刘嘉林, 等. 大黄和早期肠内营养对重症胰腺炎病程的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2001, 11(11): 14-15.

(收稿日期: 2008-07-29)

修回日期: 2008-08-10)

(本文编辑: 李银平)