

中西医结合救治重症急性胰腺炎 40 例疗效观察

黄弘, 高彩霞

中国医科大学附属第四医院, 辽宁 沈阳 110032

[摘要] 目的: 观察中药内服(胃管注入)、外敷配合西医综合疗法治疗重症急性胰腺炎(SAP)的临床疗效。方法: 将 80 例 SAP 随机分为 2 组各 40 例。对照组给予禁食、胃肠减压、补充血容量、纠正水电解质酸碱失衡、生长抑素、奥美拉唑、抗生素治疗等综合救治措施; 观察组在此基础上采用中药内服、外敷进行治疗。疗程均为 10 天, 记录腹痛、腹胀缓解、肠鸣音恢复及通气排便时间; 记急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多器官功能障碍综合征(MODS)发生情况和手术中转情况; 检测血清 D-乳酸、血清二胺氧化酶(DAO)水平、肿瘤坏死因子- α (TNF- α), 白细胞介素-6(IL-6)水平; 记录第 0、3、7 和 10 天急性生理学和慢性健康状况评分(APACHE II)。结果: 观察组腹痛、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间及首次排便时间均短于对照组($P < 0.01$)。观察组在第 3、7、10 天 APACHE II 评分均低于对照组($P < 0.01$)。ARDS、MODS 发生率观察组分别为 15.0%、12.5%, 对照组分别为 37.5%、35.0%, 2 组比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$); 观察组手术中转率为 10.0%, 对照组为 17.5%, 2 组比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗后观察组血清 D-乳酸、DAO、IL-6 和 TNF- α 水平低于对照组($P < 0.01$)。结论: 在西医常规综合治疗的基础上联合中药内服、外敷辅助治疗 SAP, 能保护肠道黏膜屏障功, 减轻全身炎症反应, 降低了 ARDS 和 MODS 的发生率, 临床疗效显著。

[关键词] 重症急性胰腺炎; 中西医结合疗法; 胃管注入; 外敷; 肠道黏膜屏障功能; 炎症因子

[中图分类号] R657.5^{*1} **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0112-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.054

重症急性胰腺炎(SAP)是外科最为凶险的急腹症之一, 病情凶险, 病变进展快, 并发症多, 死亡率高。SAP 早期出现严重的全身性炎症反应综合征(SIRS), 并引起多器官功能障碍综合征(MODS)的发生, 导致 SAP 死亡率居高不下。虽然现代医学在重要脏器功能的维护、药物的应用、营养方式的开展、手术时机和手术方式的选择等方面取得了长足的进步, 但是 SAP 的死亡率仍没有显著的改善。中医药治疗在改善症状、促进肠功能恢复、修复胰腺组织、减少并发症等方面有一定的疗效, 已成为 SAP 临床重要的辅助疗法之一, 除少数 SAP 病人需外科手术, 绝大部分病例基本上以中西医结合内科治疗为主^[1-2]。笔者在西医常规综合疗法的基础上, 采用中药内服(胃管注入)、外敷干预 SAP, 取得了较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 共纳入本院肝胆胰外科 2012 年 8 月—2014 年 3 月住院治疗的 SAP 患者 80 例, 采用随机数字表法分为 2 组各 40 例。对照组男 24 例, 女 16 例; 年龄 20~65 岁, 平均(40.4 ± 13.6)岁; 发病到入院时间 4~36 h, 平均(11.7 ± 10.8)h; 急性生理学和慢性健康状况评分(APACHE II)(16.8 ± 4.2)分。观察组男 22 例, 女 18 例; 年龄 21~62 岁, 平均

(42.7 ± 14.9)岁; 发病到入院时间 5~41 h, 平均(12.8 ± 9.9)h; APACHE II 评分(17.6 ± 5.2)分。2 组性别、年龄、病程及 APACHE II 评分等一般资料比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《重症急性胰腺炎诊治指南(2007)》^[3]制定。临床表现: 上腹部明显的压痛、反跳痛、肌紧张、腹胀、肠鸣音减弱或消失; 可以有腹部包块, 偶见腰部皮下瘀斑征和脐周皮下瘀斑征; 可以并发一个或多个脏器功能障碍, 也可伴有严重的代谢功能紊乱, 包括低钙血症; APACHE II 评分在 8 分或 8 分以上评分; Balthazar CT 分级系统 \geq II 级。

1.3 纳入标准 ①符合上述 SAP 诊断标准; ②发病 72 h 内入院者; ③年龄不超过 65 岁者; ④取得患者或家属知情同意。

1.4 排除标准 ①有外科手术指征, 需要紧急手术者; ②爆发性重症急性胰腺炎患者; ③有急、慢性肠道疾病如急性胃肠炎、溃疡性结肠炎等; ④已存在严重脏器功能障碍。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医综合救治措施: 包括禁食、胃肠减压、补充血容量、纠正水电解质酸碱失衡、镇痛、营养支持、预防

[收稿日期] 2014-09-17

[作者简介] 黄弘 (1973-), 女, 主管护师, 主要从事普外科临床护理工作。

控制感染等处理, 并采用注射用奥美拉唑钠(江苏赛康药业股份有限公司, 批号 B1408061), 40 mg, 每 12 h 静脉滴注 1 次; 注射用生长抑素(青岛国大生物制药股份有限公司, 批号 H20043838), 0.25 mg/h, 静脉泵入。

2.2 观察组 西医综合救治措施同对照组, 并加用中药内服、外敷治疗。①中药内服方: 生大黄(后下)10~15 g, 丹参、枳实、厚朴、茵陈、肿节风各 15 g, 芦荟、白芍、车前草各 20 g, 金钱草 30 g, 半夏 12 g, 木香、芒硝(冲服)、川楝子、甘草各 10 g。加减: 因饮酒诱发者可加葛根、紫苏叶各 15 g; 因过食油腻所诱发加山楂、莱菔子各 15 g; 因虫积所致者加使君子、南瓜子、雷丸、槟榔各 10 g。每天 1 剂, 水煎 2 次, 取汁约 600~700 mL, 分次胃管注入。②中药外敷方: 大黄、芒硝、半夏、红藤、黄柏。上药等量打细粉备用, 每次取 100 g 药粉醋调敷于胰腺体表投影区和局部炎性包块处, 每次外敷 3 h, 每天 2 次。

中药胃管注入及外敷注意事项: 注意鼻饲中胃管注药量及夹管时间, 夹管时间过后应及时接胃肠减压, 注入的药液温度要合适, 患者呕吐、腹胀严重者, 应减少每次胃管注入量, 夹管时间相应缩短, 以每天大便 2~3 次为宜。外敷中药醋调和匀应先加热, 平摊于薄膜上, 厚薄适中, 操作要精细, 以减轻患者的不适; 并做好与患者的沟通工作; 对出现红疹、瘙痒等过敏现象, 或有丘疹、皮肤奇痒、局部肿胀, 应立即停药作对症处理。

2 组疗程均为 10 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①肠麻痹缓解时间: 记录腹痛、腹胀缓解、肠鸣音恢复及通气排便时间; ②记急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、MODS 发生情况和手术中转情况; ③治疗前、治疗后 7 天采用分光光度法检测血清 D-乳酸和血清二胺氧化酶(DAO)水平; 采用酶联免疫吸附法检测血清肿瘤坏死因子-α(TNF-α), 白细胞介素-6(IL-6); ④记录第 0、3、7 和 10 天 APACHE II 评分。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计分析软件, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 比较采用 *t* 检验; 等级资料比较采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组肠麻痹缓解时间比较 见表 1。观察组腹痛、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间及首次排便时间均短于对照组, 差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表 1 2 组肠麻痹缓解时间比较($\bar{x} \pm s$)^d

组别	n	腹痛缓解	腹胀缓解	肠鸣音恢复	首次排便
对照组	40	4.4±1.5	6.3±2.5	4.7±1.8	2.9±1.3
观察组	40	2.8±1.4 ^①	3.8±1.7 ^①	2.8±1.6 ^①	1.2±0.8 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.2 2 组不同时点 APACHE II 评分比较 见表 2。治疗后第

3、7、10 天 2 组 APACHE II 评分均呈下降趋势($P < 0.01$), 观察组在第 3、7、10 天 APACHE II 评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表 2 2 组不同时点 APACHE II 评分比较($\bar{x} \pm s$)^分

组别	n	第 0 天	第 3 天	第 7 天	第 10 天
对照组	40	16.8±4.2	13.3±3.5 ^①	10.4±2.5 ^①	8.9±2.0 ^①
观察组	40	17.6±5.2	10.2±2.6 ^{②③}	8.5±1.7 ^{②③}	7.2±1.4 ^{②③}

与同组前一时点比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ② $P < 0.01$

4.3 2 组 ARDS、MODS 和中转手术情况比较 见表 3。ARDS、MODS 发生率观察组分别为 15.0%、12.5%, 对照组分别为 37.5%、35.0%, 2 组比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。观察组手术中转率为 10.0%, 对照组为 17.5%, 2 组比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$)。

表 3 2 组 ARDS、MODS 和中转手术情况比较 例(%)

组别	n	ARDS	MODS	中转手术
对照组	40	15(37.5)	14(35.0)	7(17.5)
观察组	40	6(15.0) ^①	5(12.5) ^①	4(10.0)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后血清 D-乳酸、DAO、IL-6 和 TNF-α 水平比较 见表 4。治疗后 7 天 2 组血清 D-乳酸、DAO、IL-6 和 TNF-α 水平均较治疗前显著降低($P < 0.01$); 观察组血清 D-乳酸、DAO、IL-6 和 TNF-α 水平低于对照组($P < 0.01$)。

表 4 2 组治疗前后血清 D-乳酸、DAO、IL-6 和 TNF-α 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	IL-6(μg/L)	D-乳酸(μg/L)	DAO(U/L)	TNF-α(μg/L)
对照组	40	治疗前	78.6±10.7	11.9±1.4	16.9±2.8	126.5±23.7
		治疗后	64.9±8.5 ^①	8.5±1.3 ^①	13.6±2.4 ^①	93.6±19.2 ^①
观察组	40	治疗前	80.6±9.2	11.5±1.5	17.3±3.1	131.9±27.6
		治疗后	54.7±6.8 ^{②③}	6.8±1.2 ^{②③}	9.7±1.8 ^{②③}	75.4±13.3 ^{②③}

与同组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

SAP 临床表现多为腹痛、呕吐、便秘、黄疸等症状, 归属于中医学脾心痛、结胸、厥脱、阳明腑实证等范畴。病因主要与胆道疾患(包括创伤)、过量饮酒、暴饮暴食、高脂血症及情志等因素有关, 病位在脾、胃、肝、胆, 并涉及心、肺、肾、脑、肠, 有学者将 SAP 分为初期(结胸里实期、全身炎症反应期)、进展期(热毒炽盛期、全身感染期)和恢复期(邪去正虚期), 急性胰腺炎病性以里、实、热证为主, 以湿、热、瘀、毒蕴结中焦而致脾胃升降传导失司, 肝失疏泄为中心^[4-5]。

由于 SAP 起病急、进展快、病情凶险、病死率高, 其病

情复杂,目前尚缺乏阻断和改变重症急性胰腺炎本身炎症发展过程的特异性治疗方法和手段⁶,目前以内科治疗为主的多种综合措施进行救治。

本组内服方中以大黄、芒硝、芦荟、枳实、厚朴、木香通腑泻热、行气消滞;茵陈清热利湿、退黄;白芍柔肝止痛;车前草、金钱草清热利湿;法半夏、肿节风消肿散结;川楝子疏肝行气止痛;丹参凉血活血散瘀;甘草解毒。全方共奏通腑泻热、利湿解毒、行气消滞、活血止痛之功。外敷方中大黄泻火凉血、芒硝泻热软坚、清火消肿;黄柏清热解暑;法半夏消肿散结;红藤活血通络、败毒散瘀。诸药合用,共奏泻火解毒、通络散结之功。治疗后观察组腹痛、腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间及首次排便时间均短于对照组,提示了中药内服和外敷能改善患者肠麻痹,促进胃肠功能的恢复;观察组ARDS、MODS发生率均低于对照组,也提示了中医药的联合应用,可控制ARDS、MODS的发生,控制了SAP病情发展、恶化。

肠黏膜屏障的破坏,甚至肠道衰竭在SAP的发病当中起着非常重要的作用;细菌迁移引起继发感染,使得内毒素迅速进入体循环而将白细胞激活后释放出大量炎症介质,促进多器官功能衰竭的发生,造成SAP的二次打击,“白细胞过度激活”导致炎症因子瀑布样级联效应,引发SIRS和多器官功能衰竭⁷⁻⁸。因此,尽早使肠道功能得以恢复,减轻炎症损伤是救治SAP患者的重要措施。本组资料显示治疗后观察组D-乳酸、DAO低于对照组,提示中药内服、外敷对SAP肠道黏膜屏障功具有一定的保护功能;而治疗后观察组IL-6、TNF-α水平低于对照组,提示中药干预有助于减轻全身炎症反应,减轻炎症所致肠黏膜损伤。这些机制均是有利于控制SAP病情发展、恶化的。

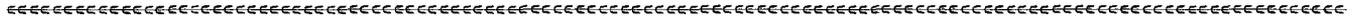
综上,在西医常规综合治疗的基础上,采用中药内服、外敷辅助治疗SAP能保护肠道黏膜屏障功,减轻全身炎症反应,

降低了ARDS、MODS的发生率,改善了患者肠麻痹,控制了病情发展、恶化,这对于SAP救治有利的。中药胃管注入及外敷,临床均由护理人员进行操作,熟练掌握操作技巧,对本病的治疗有一定的促进作用。

[参考文献]

- [1] 舒道,董京文,杨海峰,等.通腑清胰方辅助治疗重症胰腺炎的疗效及对肠黏膜屏障功能的保护作用[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(21):280-284.
- [2] 郑晓华,冷凯,曾鹏飞.清胰承气汤内服结合双柏散结散外敷治疗重症急性胰腺炎40例[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(20):281-284.
- [3] 中华医学会外科分会胰腺外科学组.重症急性胰腺炎诊治指南[J].中华外科杂志,2007,45(11):727.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会.急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J].中华中医药杂志,2013,28(6):1826-1831.
- [5] 中国中西医结合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].中国中西医结合外科杂志,2007,13(3):232-239.
- [6] 朱生樑,黄天生,王高峰.重症急性胰腺炎中医辨证治疗现状与展望[J].时珍国医国药,2008,19(11):2811-2812.
- [7] 张红雷.重症急性胰腺炎并发肠黏膜屏障功能障碍的研究进展[J].现代医药卫生,2012,28(5):728-730.
- [8] 孙备,董承刚,王刚,等.重症急性胰腺炎死亡的高危因素分析[J].中华外科杂志,2007,45(23):1619-1621.

(责任编辑:冯天保)



·书讯·1.《中医临床常见症状术语规范》由广州中医药大学黎敬波教授主编,中国医药科技出版社出版。临床中要提高临床诊断效率,保障治疗水平的发挥,就必须从全面收集和准确分析症状入手。该书系统整理了临床常见症状2000余条,对常见症状术语进行了解释和规范,本书能对临床医师合理、准确使用症状术语提供帮助,也可以供中医科学研究和学生学习参考。每本15元(含包装邮寄费),欲购者请汇款至广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科,邮政编码:510006,并在汇款单附言栏注明书名、数量。

2.《〈内经〉临证温课与辅导》由广州中医药大学黎敬波教授编著,人民卫生出版社出版。本书针对目前中医经典教学与临床实践相脱节的问题,力图贴近临床,深度挖掘《内经》临证思想,以指导解决临床实际问题。本书的特点是精简、实用和归真,书中引用原文较广泛,是对本科学习经文的扩展,书中对原文的解释尽量精简,点到即止。全书与疾病及诊治的相关内容较多,分析解释也尽量做到联系实际,实用与归真并重是本书的特点。每本35元(含包装邮寄费),欲购者请汇款至广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学《新中医》编辑部发行科,邮政编码:510006。