

- (7): 44-55 .
- [2] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 738-743 .
- [3] 陈莹, 于磊, 万崇华, 等. 基于健康状况调查问卷的慢性胃炎患者生命质量评价及其影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2015, 18(10): 1153-1156 .
- [4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011·天津)[J]. 现代消化及介入诊疗, 2012, 17(3): 172-177.
- [5] 苑述刚. 阴虚气滞瘀血与慢性萎缩性胃炎的关系[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2003, 11(6): 293-294 .
- (责任编辑: 吴凌)

## 中西医结合治疗重症胰腺炎临床研究

李小青

常山县人民医院, 浙江 常山 324200

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗重症胰腺炎的疗效。方法: 将 82 例重症胰腺炎患者随机分为 A、B、C 组, 3 组均给予常规治疗, B 组加用注射用乌司他丁静脉滴注, C 组加用注射用乌司他丁静脉滴注联合生大黄煎液灌肠治疗。观察 3 组患者的临床疗效、腹痛缓解时间、肠功能恢复时间、肛门排气时间、排便恢复时间。并随时监测患者的血淀粉酶、尿淀粉酶、白细胞计数、肌酐、谷丙转氨酶水平, 治疗前后测定肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-6 (IL-6)、白细胞介素-8 (IL-8) 的水平。结果: C 组腹痛缓解时间、肠功能恢复时间、肛门排气时间、排便恢复时间均短于 A、B 组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。C 组血淀粉酶、尿淀粉酶、白细胞计数、肌酐、谷丙转氨酶改善情况均优于 A、B 组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。C 组 TNF- $\alpha$ 、IL-6、IL-8 改善情况均优于 A、B 组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 采用中西医结合治疗重症胰腺炎, 能明显提高疗效, 缩短症状缓解时间, 促进实验室指标恢复到正常水平。

[关键词] 重症胰腺炎; 中西医结合疗法; 注射用乌司他丁; 生大黄; 灌肠

[中图分类号] R657.5+1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0058-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.026

重症胰腺炎是临床较为常见的急腹症, 具有发病快、急、重之特点, 且病情复杂, 如不及时救治, 容易引起严重的并发症, 甚至器官衰竭, 全身感染而死亡。如何有效减轻患者的痛苦, 缩短病程, 降低转手术率和死亡率, 仍是该领域的研究热点。研究表明, 乌司他丁可以有效抑制胰酶分泌及肿瘤坏死因子释放, 对重症胰腺炎有良好的治疗作用<sup>[1-2]</sup>; 同时, 大黄在改善重症胰腺炎患者胃肠道功能方面有着重要的作用<sup>[3-4]</sup>。本研究对注射用乌司他丁静脉滴注联合生大黄煎液灌肠治疗重症胰腺炎的临床疗效进行了研究, 治疗结果较为满意, 现总结如下。

### 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《重症胰腺炎诊治指南》<sup>[5]</sup>、《急性胰腺炎的临床诊断及分级标准(1996 年第二次方案)》<sup>[6]</sup>和 1974 年

Ranson JHC 等<sup>[7]</sup>提出的评价胰腺炎严重程度的 11 项指标, 拟定重症胰腺炎临床诊断标准如下: 上腹部胀痛、肌紧张、肠鸣音减弱或消失、恶心呕吐; 动态增强 CT 显示腹部左侧有局部病变、胰液渗透, 腹部积液, 胰腺坏死或脓肿, 或二者兼而有之等病理改变; 或伴随肝、肾、肺、脑等 1 个或多个脏器功能障碍, 也可伴有严重的代谢功能紊乱。以上 3 项中, 满足至少 2 项即可诊断为重症胰腺炎。并经验血、验尿、B 超及 CT 检查。

1.2 纳入标准 符合重症胰腺炎的诊断标准; 患者及家属知情同意, 并签署知情同意书。

1.3 排除标准 血、尿淀粉酶未升高的重症胰腺炎患者; 妊娠期或哺乳期妇女; 其他原因致肝肾功能损害者。

[收稿日期] 2015-07-10

[作者简介] 李小青 (1970-), 男, 副主任医师, 主要从事重症监护室临床工作。

1.4 一般资料 筛选出2013年5月—2014年12月于本院急诊科就诊及重症监护室住院的82例重症胰腺炎患者。根据治疗方式分为A、B、C组。A组27例,男15例,女12例;年龄17~68岁,平均(47±0.5)岁;病程6~16h,平均(8.3±0.4)h。B组27例,男14例,女13例;年龄14~66岁,平均(42±0.9)岁;病程5~17h,平均(7.9±0.3)h。C组28例,男14例,女14例;年龄18~70岁,平均(44±0.4)岁;病程6~16h,平均(8±0.5)h。2组性别、年龄、病程、主要临床症状等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 A组 给予常规治疗,包括胃肠减压、禁食、抑酶、抗感染、营养支持、解痉止痛等措施。

2.2 B组 在A组常规治疗的基础上,增加注射用乌司他丁(冻干)(广东天普生化医药股份有限公司),每次100000U溶于500mL 5%葡萄糖注射液静脉滴注,每次静脉滴注2h,每天2次,连续6天。

2.3 C组 在B组治疗基础上,取15g生大黄粉加入150mL温水中,煮沸20min,过滤,冷却至39~41℃,保留灌肠,每天2次,连续治疗6天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察3组患者的临床疗效、腹痛缓解时间、肠功能恢复时间、肛门排气时间、排便恢复时间。并随时监测患者的血淀粉酶、尿淀粉酶、白细胞计数、肌酐、谷丙转氨酶水平,同时采用酶联免疫吸附(ELISA)法测定肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)的水平。

3.2 统计学方法 所有数据用SPSS 17.0统计软件进行处理。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,3组间比较采用单因素方差分析,组间两两比较行 $t$ 检验。计数资料以率(%)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[8]拟定。治愈:主要症状、体征消失,病情缓解,血、尿淀粉酶及白细胞计数降至正常;显效:主要症状、体征明显改善,血、尿淀粉酶及白细胞计数接近正常范围或大致正常;有效:主要症状、体征有所改善,血、尿

淀粉酶及白细胞计数有所降低;无效:治疗前后比较,主要症状、体征没有改善,或病情恶化转手术,甚至死亡,血、尿淀粉酶及白细胞计数基本没有变化,或呈继续升高态势。

4.2 3组综合疗效比较 见表1。3组总有效率比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。C组总有效率高,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 3组综合疗效比较

组别	n	例(%)				总有效率(%)
		治愈	显效	有效	无效	
A组	27	9(33.3)	2(7.4)	4(14.8)	12(44.4)	55.6
B组	27	10(35.7)	5(18.5)	6(22.2)	7(22.2)	77.8
C组	28	13(46.4)	8(28.6)	5(17.9)	2(7.1)	92.9 <sup>②</sup>
$\chi^2$ 值		1.057	4.121	0.501	13.036	9.586
P值		0.321	0.044	0.777	0.000	0.015

与A组比较,① $P < 0.05$ ;与B组比较,② $P < 0.05$

4.3 3组临床症状指标恢复情况比较 见表2。3组各指标比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。C组腹痛缓解时间、肠功能恢复时间、肛门排气时间及排便恢复时间均短于A、B组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ );B组各指标情况均优于A组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 3组临床症状指标恢复情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	d			
		腹痛缓解时间	肠功能恢复时间	肛门排气时间	排便恢复时间
A组	27	5.1±2.3 <sup>③</sup>	4.3±2.0 <sup>③</sup>	4.5±2.3 <sup>③</sup>	6.8±2.5 <sup>③</sup>
B组	27	3.9±1.8 <sup>①</sup>	3.7±1.5 <sup>①</sup>	4.0±1.3 <sup>①</sup>	5.5±2.0 <sup>①</sup>
C组	28	2.7±1.4 <sup>③④</sup>	3.0±1.3 <sup>③④</sup>	3.3±0.9 <sup>③④</sup>	4.6±1.7 <sup>③④</sup>

与A组比较,① $P < 0.05$ ,② $P < 0.01$ ;与B组比较,③ $P < 0.05$ ,④ $P < 0.01$

4.4 3组治疗前后血淀粉酶、尿淀粉酶、白细胞计数、肌酐、谷丙转氨酶水平比较 见表3。治疗前,3组各指标比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,3组各指标均较治疗前改善,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ),且3组各指标分别比较,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。其中,C组血淀粉酶、尿淀粉酶、白细胞计数、肌酐、谷丙转氨酶改善情况均优于A、B组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ );B组各

表3 3组治疗前后血淀粉酶、尿淀粉酶、白细胞计数、肌酐、谷丙转氨酶水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	血淀粉酶(U/L)	尿淀粉酶(U/L)	白细胞计数( $\times 10^9/L$ )	肌酐( $\mu\text{mol/L}$ )	谷丙转氨酶(U/L)
A组 (n=27)	治疗前	1025±187	4003±1884	17.0±2.3	77.9±10.5	137.5±11.9
	治疗后	278±72 <sup>④</sup>	2075±732 <sup>④</sup>	11.7±2.6 <sup>④</sup>	147.1±11.8 <sup>④</sup>	101.3±11.4 <sup>④</sup>
B组 (n=27)	治疗前	1129±218	3891±1917	16.9±4.1	78.7±10.0	139.0±10.6
	治疗后	121±54 <sup>②</sup>	1103±489 <sup>②</sup>	7.4±2.3 <sup>②</sup>	209.6±9.5 <sup>②</sup>	60.9±11.8 <sup>②</sup>
C组 (n=28)	治疗前	1069±201	4134±1793	17.1±3.9	76.9±10.9	136.8±12.1
	治疗后	60.0±32.1 <sup>②④</sup>	532±213 <sup>②⑤</sup>	3.9±2.2 <sup>②④</sup>	289.1±7.5 <sup>③⑤</sup>	40.0±8.6 <sup>③⑤</sup>

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与A组治疗后比较,② $P < 0.05$ ,③ $P < 0.01$ ;与B组治疗后比较,④ $P < 0.05$ ,⑤ $P < 0.01$

指标情况均优于 A 组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.5 3 组治疗前后 TNF- $\alpha$ 、IL-6、IL-8 水平比较 见表 4。治疗前, 3 组各指标比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 3 组各指标均较治疗前改善, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ), 且 3 组各指标分别比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。其中, C 组 TNF- $\alpha$ 、IL-6、IL-8 改善情况均优于 A、B 组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); B 组各指标情况均优于 A 组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 4 3 组治疗前后 TNF- $\alpha$ 、IL-6、IL-8 水平比较( $\bar{x} \pm s$ ) ng/L

组别	时 间	TNF- $\alpha$	IL-6	IL-8
A 组 (n=27)	治疗前	18.8 $\pm$ 3.6	125.6 $\pm$ 18.3	145.3 $\pm$ 35.6
	治疗后	15.5 $\pm$ 6.8 <sup>①②</sup>	100.3 $\pm$ 23.1 <sup>①③</sup>	113.2 $\pm$ 28.7 <sup>①③</sup>
B 组 (n=27)	治疗前	19.1 $\pm$ 3.3	123.7 $\pm$ 25.8	141.8 $\pm$ 30.0
	治疗后	12.1 $\pm$ 4.7 <sup>①②</sup>	80.1 $\pm$ 19.6 <sup>①②</sup>	90.3 $\pm$ 11.7 <sup>①②</sup>
C 组 (n=28)	治疗前	18.5 $\pm$ 4.0	128.4 $\pm$ 22.3	148.1 $\pm$ 32.6
	治疗后	7.9 $\pm$ 2.1 <sup>①②③</sup>	56.2 $\pm$ 18.9 <sup>①②③</sup>	62.2 $\pm$ 10.8 <sup>①②③</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与 A 组治疗后比较, ② $P < 0.05$ ; 与 B 组治疗后比较, ③ $P < 0.05$

## 5 讨论

重症胰腺炎是由于胰腺异常病变导致胰酶被激活, 胰腺外分泌增加, 胰管内压力升高、胰泡被迫开裂, 使得富有大量胰酶的胰液外渗, 引起急性自身消化性炎症, 导致胰腺弥漫性出血和组织坏死。异常激活的胰酶在损伤胰腺组织的同时, 还激活了胰腺内释放炎症介质的炎症细胞, 大量炎症介质及有毒物质进入血液循环, 激活体内其他部位的炎症细胞, 这一系列连锁反应, 继而引起全身剧烈的炎症反应, 甚至多器官衰竭。研究表明, 重症胰腺炎发作时, 血浆 TNF- $\alpha$ 、IL-6、IL-8 等细胞因子水平明显升高, 提示重症胰腺炎的发病过程可能与细胞因子有关<sup>[9]</sup>。因此, 对于重症胰腺炎的治疗, 在抑制胰酶释放、发挥活性的同时, 防止 TNF- $\alpha$ 、IL-6、IL-8 等细胞因子在全身的炎症发展也同样重要。

乌司他丁作为一种广谱蛋白酶抑制剂, 是从健康成年男子的新鲜尿液中分离纯化而得的酸性糖蛋白, 可抑制多种蛋白酶如胰蛋白酶、脂肪酶、淀粉酶、透明质酸酶、纤溶酶等<sup>[10]</sup>。其合成主要在肝脏进行, 代谢产物主要以尿液的形式由肾脏排出, 其在体内分解代谢产生的低分子量成分仍具有很强的抑酶活性<sup>[11]</sup>。但长期单纯使用乌司他丁治疗重症胰腺炎, 易产生耐药性及不良反应, 且短期应用效果明显低于联合用药<sup>[12]</sup>。

大黄, 又名将军、火参, 性苦寒, 归胃、肝、大肠经, 具有泻热通肠、清利湿热、泻火解毒、凉血祛瘀等功效。中医学认为, 重症胰腺炎属于胃脘痛、胸胁痛、腹痛范畴, 多由饮食不节、过食肥腻、情志不畅、外邪侵袭等导致肝、胆、脾、胃、肠功能障碍, 而使胰脏受累成疾。大量研究表明, 大黄对于重症胰腺炎引起的积滞腹痛、肠痛腹痛疗效显著。现代中药

化学及药理学研究表明, 大黄中含有蒽醌类化合物, 具有致泻、抗菌、止血和保护胃肠道黏膜的作用; 大黄能抑制胰腺腺泡分泌胰酶, 且在不影响胰蛋白酶原激活过程的同时, 显著抑制胰蛋白酶活性<sup>[13]</sup>; 其含有的番泻苷具有明显的导滞作用, 可以促进肠道积气、积液排空, 抑制胰腺外分泌, 减少尿素合成, 加快肌酐和尿素的排出, 防止肾、肠、脑、肺等发生并发症器官衰竭; 大黄酸、大黄素和芦荟大黄素可以抑制肠道内细菌繁殖, 促进胃肠黏膜的血液循环, 减少自由基的产生, 保护胃肠黏膜屏障, 减少菌群移位, 降低毒素吸收, 这一作用可能是通过拮抗 TNF- $\alpha$ 、IL-6、IL-8 等细胞炎症因子实现的<sup>[14]</sup>; 大黄酚具有止血的作用, 能够降低毛细血管的通透性, 抑制腹膜内液体外渗, 有效改善腹腔积水导致的休克症状; 大黄还能抑制血小板聚集, 改善微循环障碍及有效防止血栓的形成, 从而显著改善胰腺的血流情况; 除此之外, 生大黄还具有攻积导泻、消炎凉血、活血利胆退黄的作用, 其作用在大肠, 可使远段结肠的张力增加, 蠕动加快, 并对多种不同细菌有不同程度的抑制作用, 防止肠道细菌移位, 预防胰腺感染。因此, 选择灌肠法要比口服作用更好。

本次研究采用静脉滴注注射用乌司他丁联合中药生大黄煎液灌肠来治疗重症胰腺炎, 取得了较满意的疗效。结果显示, C 组疗法在缓解腹痛与恢复肠功能、排气、排便上, 与 A、B 组相比, 起效更迅速; 同时, C 组谷丙转氨酶、肌酐等指标恢复正常水平的情况优于其他 2 组, 提示与注射用乌司他丁相比, 灌肠生大黄煎液在保护肝肾功能方面疗效尤其显著; 另外, 大黄能够抑制细胞炎症因子的释放, 从而阻断病情发作时的全身炎症反应恶性循环, 防止病情恶化<sup>[15]</sup>。重症胰腺炎迄今仍是较为棘手的疾病, 其预后与早期治疗方法的选择密切相关, 实践表明, 联合应用注射用乌司他丁静脉滴注和生大黄煎液灌肠是治疗重症胰腺炎一种较理想的治疗方法。

## [参考文献]

- [1] 陈健, 黄莹, 王磊, 等. 乌司他丁对急性重症胰腺炎患者血清 ZO-1、occludin、IL-18 水平影响的多中心研究[J]. 中国生化药物杂志, 2014, 34(5): 186-187.
- [2] 李梁, 郑立君. 乌司他丁治疗急性重症胰腺炎的 meta 分析[J]. 同济大学学报: 医学版, 2013, 12(1): 62-68.
- [3] 夏彬, 向进见. 大黄对重症急性胰腺炎胃肠功能恢复的作用[J]. 医药导报, 2005, 12(24): 1136.
- [4] 刘丽艳, 顾留根, 李玉明. 急性胰腺炎肠屏障功能损害病情监测及治疗进展[J]. 中国微循环, 2007, 11(6): 407-409.
- [5] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症胰腺炎诊治指南[J]. 中华外科杂志, 2007, 45(11): 727-729.
- [6] 中华医学会外科学分会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准(1996 年第二次方案)[J]. 中华外科杂志,

- 1997, 35(12): 773-775.
- [7] Ranson JHC, Rifkind KM, Roses DF, et al. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis [J]. Surg Gynecol Obstet, 1974, 139(1): 69-81.
- [8] Cavaillon JM, Aïb-Conquy M, Fitting C, et al. Cytokine cascade in sepsis [J]. Scand J Infect Dis, 2003, 35(9): 535-544.
- [9] Abcouwer SF, Norman J, Fink G, et al. Tissue-specific regulation of glutamine synthetase gene expression in acute pancreatitis is confirmed by using interleukin-1 receptor knockout mice [J]. Surgery, 1996, 120(2): 255-263.
- [10] 顾瑞香, 刘学敏. 乌司他丁治疗急性胰腺炎的疗效分析[J]. 临床合理用药, 2010, 3(2): 34-35.
- [11] 张廷伟. 乌司他丁的药理作用及临床应用进展[J]. 中国药房, 2007, 18(35): 2788-2789.
- [12] 冯永航, 高川. 评价与分析复方大承气汤联合西药治疗重症胰腺炎疗效与安全性[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(2): 331-333.
- [13] 杨文修, 陈学群, 余亦, 等. 清胰汤治疗急性胰腺炎作用机理(一)——大黄和大黄素对胰酶活性及酶分泌的作用[C]//国际传统医药大会论文摘要汇编. 2000: 317.
- [14] 刘鹏程. 中西医结合治疗急性胰腺炎 146 例疗效观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(2): 308-310.
- [15] 石燕燕, 李树才. 中药大黄辅助治疗重症急性胰腺炎的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2015, 13(4): 220-221.

(责任编辑: 吴凌)

## 肠胃舒缓汤联合西药治疗急性肠胃炎 43 例疗效观察

金鑫

诸暨浣纱初级中学医务室, 浙江 诸暨 311800

[摘要] 目的: 观察肠胃舒缓汤联合西药治疗急性肠胃炎的临床疗效。方法: 将 86 例急性肠胃炎患者随机分为 2 组各 43 例。对照组给予西医常规治疗; 观察组在对照组的基础上给予肠胃舒缓汤治疗。2 组均治疗 2 疗程。结果: 总有效率观察组 95.3%, 对照组 76.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组腹痛、胀气、腹泻、呕吐等改善情况明显优于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 肠胃舒缓汤联合西药治疗急性肠胃炎的效果显著, 可有效改善临床症状。

[关键词] 急性肠胃炎; 肠胃舒缓汤; 中西医结合疗法

[中图分类号] R573.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0061-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.027

急性肠胃炎是发生于胃肠黏膜的一种急性炎症, 临床症状主要表现为腹痛、腹泻、恶心、呕吐、发热等, 该病常见于夏秋季节, 饮食不当或食用的食物被细菌污染等是导致急性肠胃炎发生的主要病因, 近年来, 中西医结合治疗的方式越来越受到关注<sup>[1]</sup>。笔者采用肠胃舒缓汤联合西药治疗急性肠胃炎, 收到较好的疗效。现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月—2014 年 1 月本校医务室

收治的急性肠胃炎患者 86 例, 随机分为 2 组各 43 例。对照组男 24 例, 女 19 例; 年龄 13~52 岁, 平均(24.6±3.1)岁; 病程 5~13 h, 平均(6.2±2.3)h。观察组男 25 例, 女 18 例; 年龄 12~54 岁, 平均(25.4±4.2)岁; 病程 4~12 h, 平均(5.8±2.5)h。2 组年龄、性别、病程比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 病例选择 入选患者均符合《急性肠胃炎的诊疗防治》<sup>[2]</sup> 诊断标准, 以腹泻、腹痛、呕吐等为主要症状。

[收稿日期] 2015-06-26

[作者简介] 金鑫 (1964-), 女, 主治医师, 主要从事学生保健工作。