

[参考文献]

- [1] 郑奇志, 罗福如, 刘福松. 大黄治疗急性重症胰腺炎的疗效观察[J]. 中外医学研究, 2011, 24(21): 275-276.
- [2] 盛颖明, 邹晓平, 于成功, 等. 中药大黄辅助治疗重症急性胰腺炎的系统评价[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 11(7): 241-242.
- [3] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(3): 190-192.
- [4] 张声生, 李乾构, 李慧臻, 等. 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] 田伏洲, 黎冬暄. 急性胰腺炎重型化的预防[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(9): 525-527.
- [6] 张喜平, 石盛, 陈晔, 等. 中医通里攻下治疗急性胰腺炎的研究进展[J]. 世界华人消化杂志, 2009, 16(9): 957-991.
- [7] 徐伟松, 范辉, 刘玉峰, 等. 血必净对急性胰腺炎大鼠血清中 TNF- α 、IL-1 β 和 IL-6 浓度的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2012, 20(29): 2777-2781.
- [8] 陈亚峰, 奉典旭, 陈腾, 等. 大柴胡汤对急性坏死性胰腺炎大鼠胰腺水通道蛋白 1 的作用[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(5): 1438-1442.

(责任编辑: 马力)

柴芍承气汤鼻饲联合乌司他丁静脉滴注 治疗重症急性胰腺炎临床观察

吕益波

余姚市第四人民医院, 浙江 余姚 315470

[摘要] 目的: 观察柴芍承气汤鼻饲联合乌司他丁静脉滴注治疗重症急性胰腺炎临床疗效。方法: 选取 104 例重症急性胰腺炎患者, 随机分为 2 组, 各 52 例。对照组给予乌司他丁静脉滴注治疗; 治疗组在对照组治疗基础上给予柴芍承气汤中药汤剂鼻饲治疗。观察患者胃肠功能、临床症状、白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶、白细胞介素-6 (IL-6)、白细胞介素-8 (IL-8) 及 C-反应蛋白 (CRP) 改善情况; 临床疗效及不良反应。结果: 总有效率治疗组 90.4%, 对照组 73.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组腹痛恢复时间、腹胀恢复时间、排气时间、排便时间较对照组明显缩短, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶恢复至正常时间较对照组明显缩短, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组 IL-6、IL-8、CRP 水平均较治疗前有明显下降, 与治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组降低幅度尤为明显, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。不良反应发生率治疗组 7.7%, 对照组 17.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 柴芍承气汤鼻饲联合乌司他丁静脉滴注治疗重症急性胰腺炎临床疗效明显, 有效改善患者的胃肠功能, 抗炎作用显著, 不良反应发生率低。

[关键词] 重症急性胰腺炎; 柴芍承气汤; 鼻饲; 乌司他丁

[中图分类号] R657.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0074-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.034

胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是临床急诊外科常见的急腹症。患者以急性上腹痛、腹胀、恶心呕吐等为主要症状, 多发病急骤, 病情凶险, 常易产生休克和多种并发症, 死亡风险高达 20%~40%。少数患者虽经全力抢救脱离了生

命危险, 但多会产生胰腺功能不全等遗留病证, 严重影响患者的生活质量, 其所导致的腹腔内外多个器官功能损害及高病死率仍是临床目前需要解决的难题^[1]。在治疗方面, 以非手术为主的综合治疗成为近年来重症急性胰腺炎的主要治疗方式, 尤

[收稿日期] 2015-04-26

[作者简介] 吕益波 (1983-), 男, 住院医师, 研究方向: 呼吸内科。

其是中医多靶点、多途径的作用特点在保护肝脏等胰外器官方面具有明显优势。本院以柴芍承气汤鼻饲联合乌司他丁静脉滴注治疗重症急性胰腺炎,效果满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2012 年 4 月—2014 年 5 月本院重症急性胰腺炎患者,共 104 例,将患者随机分为 2 组,各 52 例。对照组男 32 例,女 20 例;年龄 25~69 岁,平均(43.2±4.5)岁;胆源性胰腺炎 23 例,高脂血症 11 例,酒精性 14 例,病因不明者 4 例。观察组男 34 例,女 18 例;年龄 24~73 岁,平均(44.7±3.6)岁;胆源性胰腺炎 20 例,高脂血症 14 例,酒精性 15 例,病因不明者 3 例。2 组性别、年龄、病因等经统计学处理,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择 参照《中国急性胰腺炎诊治指南(2013,上海)》^[2]确诊。排除标准:资料不全影响疗效及安全性判断的患者,治疗期间依从性差、中途退出治疗者,对治疗所用药物存在严重过敏反应者,存在严重精神障碍者,存在原发性胃肠功能障碍性疾病者。患者均签署知情同意书。

2 治疗方法

2 组均给予胃肠减压、禁食、营养支持、抗感染、维持酸碱平衡等基础治疗。

2.1 对照组 在基础治疗上给予乌司他丁(广东天普生化医药股份有限公司)1 支溶于 250 mL 10% 葡萄糖溶液中静脉滴注治疗,12 h 1 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上给予柴芍承气汤加减方经胃管鼻饲治疗,方药组成:柴胡、黄芩、厚朴、枳实、冬瓜仁、薏苡仁各 15 g,炒白芍 30 g,生大黄(后入)12 g,玄明粉(冲服)、连翘各 8 g,刘寄奴、马鞭草各 10 g,甘草 6 g。水煎去渣取汁 350 mL,分 2 次从鼻饲胃管内注入,12 h 1 次,夹管 2 h,保持大便每天 2~3 次,每天 1 剂,7 天为 1 疗程,共治疗 2 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察治疗后 2 组腹痛、腹胀、排气、排便等胃肠功能的改善情况,观察主要症状的消失时间;观察 2 组患者的白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶的恢复情况;观察治疗前后 2 组急性炎症指标白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)及 C-反应蛋白(CRP)的变化情况;临床疗效及不良反应发生率。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件分析处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料用 Ridit 分析

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《急性胰腺炎的临床诊断及分级标准》^[3]。治愈:急性胰腺炎患者临床症状在 3 天内明显缓解,1 周内完全消失,血淀粉酶和尿淀粉酶均恢复正常;有效:治疗 1 周

内临床症状明显改善,2 周内临床症状完全消失,血淀粉酶和尿淀粉酶均接近正常;无效:治疗 2 周无明显变化,甚至病情有恶化征象。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 90.4%,对照组 73.1%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	52	27	20	5	90.4
对照组	52	13	25	14	73.1

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2 组胃肠功能恢复时间比较 见表 2。治疗组腹痛恢复时间、腹胀恢复时间、排气时间、排便时间较对照组明显缩短,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	腹痛恢复时间	腹胀恢复时间	排气时间	排便时间
治疗组	52	4.36±2.17	2.55±1.74	2.47±1.32	1.72±0.45
对照组	52	8.52±2.28	6.38±2.19	3.45±1.21	3.82±1.13
t 值		2.316	1.752	0.594	1.037
P 值		0.034	0.049	0.027	0.015

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2 组白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶恢复至正常时间比较 见表 3。治疗组白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶恢复至正常时间较对照组明显缩短,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	腹痛恢复时间	腹胀恢复时间	排气时间	排便时间
治疗组	52	4.36±2.17	2.55±1.74	2.47±1.32	1.72±0.45
对照组	52	8.52±2.28	6.38±2.19	3.45±1.21	3.82±1.13
t 值		2.316	1.752	0.594	1.037
P 值		0.034	0.049	0.027	0.015

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.5 2 组急性炎症因子变化比较 见表 4。治疗后 2 组 IL-6、IL-8、CRP 水平均较治疗前有明显下降,与治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组降低幅度尤为明显,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.6 2 组不良反应比较 见表 5。不良反应均以恶心呕吐胃肠不适为主,不良反应发生率治疗组 7.7%,对照组 17.3%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

急性胰腺炎属于临床上病情极为凶险的外科急腹症,是由多种病因引起的以胰酶激活和胰腺组织自身消化为特征的疾

表 4 2 组急性炎症因子变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时 间	IL-6(pg/mL)	IL-8(pg/mL)	CRP(mg/L)
治疗组	52	治疗前	62.34 ± 20.55	95.44 ± 11.26	200.61 ± 21.46
		治疗后	20.42 ± 13.42	63.32 ± 8.92	92.74 ± 13.27
对照组	52	治疗前	60.75 ± 22.31	93.17 ± 10.72	196.54 ± 23.81
		治疗后	37.53 ± 15.47	88.56 ± 9.45	126.65 ± 17.83
t 值			7.536	9.275	11.412
P 值			0.041	0.027	0.032

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

表 5 2 组不良反应率比较

组别	n	肝肾损害	恶心呕吐	低氧血症	腹腔囊肿	发生率(%)
治疗组	52	1	3	0	0	7.7
对照组	52	2	5	1	1	17.3

与对照组比较, ① $P < 0.05$

病。急性胰腺炎病情进展过程中, 炎症细胞被过度激活, 参与机体的免疫炎症反应, 如 IL-6、IL-8 及 CRP 等, 这些早期促炎因子, 除直接导致组织炎症损伤外还促进其他细胞因子释放, 能加重肝脏的炎症损伤, 是临床急性炎症指标^[4-5]。有统计显示, 约 20%~30% 的急性胰腺炎患者会发展成为重症胰腺炎, 且由其引发的败血症、肝肾损害、多器官功能障碍、感染等已经成为导致患者死亡的重要原因^[6]。因此, 重症急性胰腺炎的防治是临床工作研究的重点。现代医学认为, 其发病机制尚不明确, 但是酗酒和胆道疾病是临床上引发重症急性胰腺炎的两大重要因素^[7]。近年来, 中西医结合非手术疗法论治重症急性胰腺炎收效显著。现代医学治疗此病的非手术疗法多以药物对症治疗为主, 如本研究所用西药乌司他丁是一种从人体尿液中提取的高效广谱的蛋白酶抑制剂, 是一种可以对重症急性胰腺炎的发生、发展等环节产生抑制作用的酸性糖蛋白, 临床应用能稳定胰腺分泌, 抑制糖类及脂类水解酶的活性, 避免胰腺组织的自身溶解和破坏, 有效抑制细胞因子和炎症介质的释放, 能提高术后机体的免疫力, 有一定的脑保护作用。临床应用具有不良反应少、价格低廉, 易于接受等优点。相比而言, 中药在调节机体炎症反应、增强肠黏膜屏障功能、减少并发症等方面有良效, 能显著降低 SAP 的并发症、手术率及死亡率^[8]。

中医学认为, 实热内蕴、津液耗伤、热瘀互结是重症急性胰腺炎患者发病的关键病机。患者多因腑气壅滞不通、脾气不升、浊阴不降所致, 为“阳明腑实证”, 故治之宜攻下通里, 凉血解毒。笔者采用柴芍承气汤从鼻饲胃管内注入, 柴芍承气汤由柴胡、黄芩、白芍、枳实、厚朴、玄明粉、生大黄等组方, 方中柴胡疏泄肝胆气机, 有行气解郁之效; 白芍养血柔肝, 又可敛阴缓急, 有缓急止痛之效; 枳实、厚朴为行气宽中、降逆和胃要药, 有利于患者胃肠功能的恢复; 黄芩清热利

湿, 有抗感染之功; 玄明粉有清肠燥积热之功; 生大黄为方中主药, 为性味苦寒之品, 气味重浊, 有泄热通肠之效。实验研究表明, 中药大黄及其提取物治疗重症急性胰腺炎具有多途径、多靶点的特点, 其能有效抑制胰酶的分泌、促进胃肠蠕动、加速胆汁排泄、保护胃肠黏膜屏障、抗炎、抗氧化、保护小肠细胞、降低肠壁通透性、减少重症急性胰腺炎各种炎症细胞及细胞因子和炎症递质的激活和释放, 并对多器官起保护作用, 在某种程度上能有效阻断 SAP 的病理进展过程^[9]。方中加入冬瓜仁可利湿排脓、散结消痈; 刘寄奴、马鞭草可活血通络、利湿解毒止痛; 薏苡仁可健脾除湿; 连翘为解毒消疮之要药, 有防感染之功; 甘草调和诸药, 和中缓急。众药配伍, 共奏行气和中, 解毒缓急之功。因药品多苦寒, 结合重症急性胰腺炎患者的病情特点, 将汤剂鼻饲能充分利于药物吸收, 而且减少胃肠刺激, 是临床的有效途径。

综上所述, 柴芍承气汤鼻饲联合乌司他丁静脉滴注治疗重症急性胰腺炎, 能有效改善患者的胃肠功能, 利于缓解患者的临床症状, 能降低炎症因子水平, 减轻患者机体的炎症反应, 降低副作用的发生率, 突出中西医结合论治急重症疾病的优势与特色, 值得临床广泛运用。

[参考文献]

- [1] 苗建军, 周伟, 尚培中. 重症急性胰腺炎临床救治研究进展[J]. 临床误诊误治, 2013, 26(12): 97.
- [2] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组, 《中华胰腺病杂志》编辑委员会, 《中华消化杂志》编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013, 上海)[J]. 中国实用内科杂志, 2013, 33(7): 530-534.
- [3] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J]. 中华外科杂志, 1997, 35(12): 773.
- [4] 吴丽, 蔡宝昌. 重症急性胰腺炎肝损伤机制及中医药治疗的研究进展[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(4): 393-395.
- [5] 许文捷, 朱培庭, 高炬, 等. 早期肠内营养联合锦红汤对重症急性胰腺炎患者血浆中炎症介质的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2014, 20(4): 346-347.
- [6] Wang X, Xu Y, Qiao Y, et al. An evidence-based proposal for predicting organ failure in severe acute pancreatitis[J]. Pancreas, 2013, 42(8): 1255-1261.
- [7] 何熙国, 周琮凯. 183 例急性胰腺炎发病危险因素回顾分析[J]. 中国医药导刊, 2014, 16(5): 813.
- [8] 王振东, 杨国红. 重症急性胰腺炎中医临床研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(S1): 101-103.
- [9] 胡铭洋, 彭燕. 大黄治疗重症急性胰腺炎的研究进展[J]. 现代消化及介入诊疗, 2013, 18(5): 305-309.

(责任编辑: 马力)