

龙胆泻肝汤联合西医疗法治疗急性胰腺炎临床观察

任晓芳¹, 阮艳², 王敏³

1. 丽水市中心医院, 浙江 丽水 323000
2. 丽水至灵中医院, 浙江 丽水 323000
3. 丽水汪氏伤科医院, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察龙胆泻肝汤联合西医疗法治疗急性胰腺炎临床疗效。方法: 选取急性胰腺炎患者 110 例, 随机分为 2 组。对照组 51 例在常规治疗基础上给予乌司他丁静脉滴注; 观察组 59 例, 在对照组治疗基础上给予龙胆泻肝汤治疗。结果: 观察组痊愈率和总有效率均明显高于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。察组腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复时间、尿淀粉酶恢复时间、住院时间均短于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率明显低于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 龙胆泻肝汤联合西医治疗急性胰腺炎临床疗效显著, 能缩短治疗时间, 减少不良反应发生, 是一种安全有效的治疗方案。

[关键词] 急性胰腺炎; 龙胆泻肝汤; 乌司他丁; 不良反应

[中图分类号] R657.5+1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0115-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.055

急性胰腺炎是临床常见的急症之一, 是各种原因激活胰酶而对胰腺组织进行自我消化所致, 具有急性起病、病情进展快、并发症多的特点, 可导致多脏器功能衰竭, 死亡率极高^[1]。本研究在西医治疗基础上加用龙胆泻肝汤治疗急性胰腺炎患者, 取得较好临床效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 4 月—2014 年 6 月本院收治急性胰腺炎患者, 共 110 例, 随机分为 2 组。对照组 51 例, 观察组 59 例。2 组性别、年龄、病程、病情等比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 2 组一般资料比较

组别	n	性别[n(%)]		年龄(岁)	病情[n(%)]		病程(h)
		男	女		轻症	重症	
对照组	51	28(54.90)	23(45.10)	43.78±4.61	38(74.51)	13(25.49)	16.35±1.74
观察组	59	32(54.24)	27(45.76)	44.02±4.25	44(74.58)	15(25.42)	16.43±1.77
t/χ ² 值				0.723			0.163
P值				0.658			0.922

1.2 纳入标准 所有患者均因急性持续腹痛入院, 经影像学检查存在明显的急性胰腺炎表现, 且血清淀粉酶活性升高 > 3 倍; 发病时间 ≤ 72 h, 院外未给予治疗。所有患者均排除其他系统严重疾病者; 排除精神系统疾病者; 排除妊娠期或者哺乳

期女性; 排除其他原因引起腹膜炎者。

2 治疗方法

2.1 对照组 常规给予禁食、胃肠减压、补充血液容量、维持电解质和酸解平衡, 同时给予抗胆碱药物及 H₂ 受体阻滞剂。在此基础上给予乌司他丁(广东天普生化医药股份有限公司)治疗。轻症者以 5 万 U 乌司他丁溶于 250 mL 5% 葡萄糖溶液静脉滴注 2 h; 重症者乌司他丁用量为 10 万 U, 给药方法同轻症者。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予龙胆泻肝汤治疗。方药: 生地黄 20 g, 泽泻 12 g, 柴胡 10 g, 黄芩、栀子、木通、车前子各 9 g, 当归 8 g, 龙胆草、生甘草各 6 g。肝胆实火旺盛者去木通、车前子加用黄连; 湿盛而热轻者去黄芩、生地黄, 加用滑石、薏苡仁。每天 1 剂, 水煎煮 2 次, 取汤汁混匀后分早晚服用。

治疗 7 天统计疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2 组临床疗效, 2 组腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复时间、尿淀粉酶恢复时间、住院时间等, 2 组不良反应。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ² 检验; 等级资料采用秩和检验。

[收稿日期] 2014-10-21

[作者简介] 任晓芳 (1984-), 女, 中药师, 主要从事医院药事工作。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[2]拟定。痊愈：腹痛发热、恶心呕吐症状及腹肌紧张、上腹压痛反跳痛体征缓解，无休克及电解质紊乱，7天以内实验室检查血尿淀粉酶正常；显效：治疗7天上上述症状、体征缓解，无休克及电解质紊乱，血尿淀粉酶正常；好转：治疗7天患者症状和体征有好转，血尿淀粉酶水平有降低但没有恢复正常；无效：治疗病情无缓解甚至加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表2。观察组痊愈率和总有效率均高于对照组，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效
对照组	51	6(11.76)	15(29.41)	17(33.33)	12(23.53)	39(76.47)
观察组	59	25(42.37)	18(30.51)	10(16.95)	6(10.17)	53(89.83)
U值		9.157	1.024	7.228	8.016	7.568
P值		0.029	0.619	0.041	0.032	0.038

4.3 2组腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复时间、尿淀粉酶恢复时间、住院时间比较 见表3。观察组腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复时间、尿淀粉酶恢复时间、住院时间均短于对照组，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复时间、尿淀粉酶恢复时间、住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	腹痛缓解(h)	血淀粉酶恢复(d)	尿淀粉酶恢复(d)	住院时间(d)
对照组	51	54.41±5.08	10.39±1.15	6.01±0.53	21.38±2.09
观察组	59	36.18±3.89	6.62±0.68	3.11±0.34	13.91±1.45
t值		2.395	2.021	1.966	1.735
P值		0.002	0.009	0.011	0.018

4.4 2组不良反应比较 对照组有9例(17.65%)出现不良反应，观察组3例(5.08%)出现不良反应。观察组不良反应发生率低于对照组，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

急性胰腺炎可由多种因素引起，是一种异常分解代谢所致的疾病，其机制复杂，涉及胰酶、氧自由基以及内毒素等多种因素，可以引起全身多脏器功能受损，由于病情进展迅速，可严重威胁患者身体健康^[1]。

乌司他丁提取自人尿，是一种广谱而高效的蛋白酶抑制剂^[2]，对于胰腺炎病程中的各种消化酶都有着广泛的抑制作用，同时可以稳定溶酶体膜，通过清除氧自由基而减少炎症介质的释放，从而阻止胰腺炎病情进展^[3]，发挥治疗作用。中医学理论认为，急性胰腺炎属于腹痛、肋痛的范畴，多由于饮食不节或者情志不畅而损伤肝脾致病^[4]。该病以肝失疏泄、脾失健运为基本病机，导致气机升降障碍，清不能升、浊不能降，气滞而湿阻，最终湿热于中焦蓄积而致病发^[5]。因此理气清热

是治疗该病的有效方法。龙胆泻肝汤最早记载于清代汪昂所著的《医方集解》中，具有清利肝经湿热的作用。其中的龙胆草味苦而性寒，在泻肝胆实火的同时可以清热燥湿^[6]，是此方的君药。在单纯使用乌司他丁进行治疗的患者中分别有2例和4例患者出现皮疹和瘙痒，而龙胆草对于湿疹瘙痒具有治疗作用，因此治疗组患者中仅有1例患者出现瘙痒，而无出现皮疹者。方中的黄芩可泻实火而除湿热，在现代药理学研究发现黄芩可抑制氧自由基的过氧化作用^[7]；栀子也可清热泻火，在现代药理学中发现其具有降低胰酶的作用，其所含京尼平苷可以降低胰淀粉酶活性，并减少膜脂的过氧化产物。泽泻利水、渗湿而泄热，在现代医学中认为高脂血症是引起急性胰腺炎的诱因之一，而泽泻中分离所得的泽泻醇具有明显的降血脂作用，因此可以从病因上治疗急性胰腺炎。木通和车前子也具有清热利湿的作用，且现代药理学认为车前子同时具有降低血脂的作用^[8]。肝主藏血，且上述药物多性寒，在清热的同时有可能损耗阴血，因此加用生地黄、当归达到滋阴养血的目的。柴胡引诸药入肝经，甘草调和诸药。在本研究中，在乌司他丁治疗基础上给予龙胆泻肝汤进行治疗的患者痊愈率和总有效率分别为42.37%和89.83%，疗效优于单纯西医治疗；观察组腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复时间、尿淀粉酶恢复时间、住院时间均短于对照组，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)；观察组不良反应发生率低于对照组，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。综上所述，龙胆泻肝汤联合西医治疗急性胰腺炎可以改善患者预后，缩短治疗时间，减少不良反应发生，是一种安全有效的治疗方案。

【参考文献】

- [1] 陈都, 陆士奇, 李军根, 等. 急性胰腺炎导致多器官功能障碍综合征的早期危险因素研究[J]. 中国急救医学, 2011, 31(10): 876-879.
- [2] 张杰伟, 曾仕平, 庄桂凤, 等. 复方丹参联合清胰汤、生长抑素治疗急性胰腺炎的疗效观察[J]. 重庆医学, 2012, 41(17): 1751-1753.
- [3] 王学军, 曾宪涛, 田钰, 等. 国内奥曲肽与乌司他丁联用治疗急性胰腺炎效果的Meta分析[J]. 中国循证医学杂志, 2011, 11(11): 1302-1312.
- [4] 姚怡然. 奥曲肽联合乌司他丁对老年急性胰腺炎患者血清肿瘤坏死因子 α 及白细胞介素2水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(12): 2520-2521.
- [5] 雷亿群, 张建平, 俞春钊, 等. 乌司他丁对急性胰腺炎患者炎症因子的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2012, 33(6): 900-901.
- [6] 刘伦扬, 李卿明, 魏天宁, 等. 中药辨证论治联合西药常规治疗急性胰腺炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(14): 260-262.

- [7] 徐霞. 大柴胡汤及其加减方治疗急性胰腺炎临床随机对照试验的 Meta 分析[J]. 甘肃中医, 2011, 24(5): 15-17.
- [8] 刘静, 傅杰, 丁舸, 等. 龙胆草在方剂中的配伍意义探析[J]. 中医研究, 2011, 24(4): 18-20.
- [9] 仝艳, 李晓飞, 王宪岭, 等. 柴胡 - 黄芩药对主要成分与环氧酶 - 2 的相互作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(15): 99-103.
- [10] 郑秀棉, 杨莉, 王峥涛, 等. 车前子的化学成分与药理活性研究进展[J]. 中药材, 2013, 36(7): 1190-1196.
- (责任编辑: 马力)

中西医结合治疗高脂血症性急性胰腺炎 40 例临床观察

吴秀美

广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗高脂血症性急性胰腺炎的临床疗效。方法: 将 78 例高脂血症性急性胰腺炎患者随机分为治 2 组, 对照组 38 例采用西医常规治疗; 治疗组 40 例在对照组基础上加用鼻饲大柴胡汤、复方大黄灌肠液保留灌肠及芒硝外敷腹部。观察 2 组患者血淀粉酶 (AMS)、C-反应蛋白 (CRP) 复常时间, 腹痛、腹胀缓解时间, 第 1 次排气或排便时间, 住院时间, 并判定疗效。结果: 总有效率治疗组为 95%, 对照组为 78.9%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组腹痛、腹胀缓解时间、排气或排便时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后血 AMS、CRP 复常时间及住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗高脂血症性急性胰腺炎疗效显著。

[关键词] 急性胰腺炎; 高脂血症; 大柴胡汤; 复方大黄灌肠液; 芒硝

[中图分类号] R657.5+1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 04-0117-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.056

急性胰腺炎是临床常见急腹症, 临床上以轻症急性胰腺炎多见, 但少数为重症急性胰腺炎, 病情重且常并发多脏器功能损害^[1]。在我国胆源性急性胰腺炎、暴饮暴食及高脂血症性急性胰腺炎多见。近年来, 笔者采用中西医结合治疗高脂血症性急性胰腺炎(HLP), 取得了一定疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为 2009 年 1 月—2013 年 4 月本院住院的患者共 78 例。入选病例随机分为对照组 38 例和治疗组 40 例。治疗组男 32 例, 女 8 例; 年龄(44.3 ± 12.6)岁; 轻症 35 例, 重症 5 例。对照组男 30 例, 女 8 例; 年龄(43.5 ± 13.1)岁; 轻症 33 例, 重症 5 例。2 组患者在性别、年龄、程度分级等方面无显著性差异($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 2004 年中华医学会消化病分会制定的《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》^[2]中急性胰腺炎诊断及《中国成人血脂异常防治指南》^[3]中高脂血症诊断标准。

1.3 排除标准 消化道穿孔、胆管及胰腺占位者; 合并有严重心、脑血管、肺、肝、肾疾病及功能不全者; 无法合作者; 正在参与其他临床药物试验者。

2 治疗方法

2.1 对照组 常规给予禁食、胃肠减压, 补充电解质, 抑酶, 保护胃黏膜, 降脂及营养支持等治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用鼻饲大柴胡汤及复方大黄灌肠液(大黄、槐花为主)200 mL 加温水 100 mL 保留灌肠, 每天 1 次; 另取芒硝 500 g, 持续 24 h 外敷腹部。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察患者临床症状缓解情况及腹痛、腹胀缓解时间、胃肠道功能恢复(以肠鸣音出现及肛门排气或排便)时间; 血淀粉酶(AMS)、C-反应蛋白(CRP)恢复时间。

3.2 统计学方法 计量资料采用 t 检验, 等级计数资料采用参比差值法。

[收稿日期] 2014-08-27

[作者简介] 吴秀美 (1967-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合消化内科。