

凉膈散联合西医综合疗法对急性胰腺炎的疗效观察^{*}

江苏省常熟市第一人民医院 许春阳 叶宏伟 陈波 高宇 李琪^{*}, 常熟 215500

摘要 目的:探讨在急性中度重症和重症急性胰腺炎治疗中使用凉膈散中西医结合治疗的价值。方法:选择中度重症和重症急性胰腺炎 63 例,随机将其分为治疗组 32 例和对照组 31 例,治疗组在西医综合治疗的基础上加用凉膈散汤剂口服以及灌肠,对照组给予西医综合治疗。记录患者腹痛缓解时间、开放肠内营养时间,1 周后复查患者腹部 CT 影像学变化,比较 2 组患者治疗后第 1、3、7、10 d 血淀粉酶、白细胞总数、C 反应蛋白水平,比较 2 组患者治疗 1 周后腹内高压、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、急性肾损伤(AKI)并发症的发生率及入住 ICU 天数。结果:治疗组在临床综合疗效、实验室指标、并发症等方面均优于对照组(均 $P < 0.05$)。结论:凉膈散联合西医综合治疗对 ICU 中度重症和重症急性胰腺炎的临床疗效满意,可缩短患者病程及治疗费用,减少并发症的发生。

关键词 凉膈散; ICU; 急性胰腺炎; 中西医结合

中图分类号 R576 文献标识码 A DOI 10.11768/nkjwzzzz20180109

Efficacy of Liangge San combined with western medicine in the treatment of acute pancreatitis XU Chun-yang, YE Hong-wei, CHEN Bo, GAO Yu, LI Qi^{*}. Changshu First People's Hospital, Changshu 215500, China

Abstract Objectives: To investigate the efficacy of Liangge San combined with western medicine in the treatment of moderate and severe acute pancreatitis. Methods: A total of 64 patients with moderate and severe acute pancreatitis were randomly assigned into two groups: 32 cases in treatment group and 31 cases in control group. The treatment group received the same level of western medical therapy as the control group plus oral administration and colocolysis of Liangge San. The changes of serum amylase levels, white blood cell count and C reactive protein were compared at 1st, 3rd, 7th and 10th day after treatment between two groups. The relief of abdominal pain, the application of enteral nutrition, and the changes of CT abdominal images after treatment for 7 days were recorded. The incidence of intra-abdominal hypertension, ARDS, AKI and length of ICU stay after one week of treatment were noted and compared between two groups. Results: The treatment group was superior to control group in terms of laboratory test results, therapeutic effects and incidence of complications with significant differences ($P < 0.05$). Conclusions: The results indicate that the application of Liangge San with western medical treatment is of positive effect, which can shorten the disease duration, reduce medical cost, and decrease the incidence of complications.

Key words Liangge San; Acute pancreatitis; Intensive care medicine; Combination of Chinese traditional and Western medicine

中度重症急性胰腺炎(mild severe acute pancreatitis, MSAP)和重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是临床上常见的危重急腹症,病理复杂,病情变化快,常合并有多器官功能障碍。祖国医学对 MSAP 和 SAP 具有丰富认识及治疗经验,将其归于“胃脘痛”、“腹痛”等范畴^[1]。本文探讨急性胰腺炎中西医结合治疗的临床疗效,报道如下。

资料与方法

一般资料 选择 2013 年 1 月~2016 年 12 月江苏省常熟市第一人民医院重症医学科收治的 MSAP

和 SAP 患者 63 例(男 38,女 25),年龄 29~74 岁,平均 (50.2 ± 17.1) 岁。急性生理与慢性健康状况(APACHE II)评分 (10.9 ± 6.7) 分^[2]。诱发因素:胆源性 27 例;饮食不节 17 例;高脂血症 12 例;慢性胰腺炎 5 例;不明原因 2 例。按照随机数字表法分为治疗组 32 例、对照组 31 例。2 组患者在年龄、性别、APACHE II 评分等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。本研究通过医院医学伦理会审查。

纳入、排除标准 纳入标准:①符合 2013 年美国胃肠病学会急性胰腺炎治疗指南中重度重症胰腺炎(MSAP/SAP)的诊断标准^[3];②APACHE II 评分 ≥ 8 分;③ Ranson 评分 ≥ 3 分;④CT 严重指数评分(MCTSI) ≥ 4 分。排除标准:①伴有胃肠穿孔、肠梗

^{*}基金项目:苏州市临床重点病种专项项目(No:LCZX201319)

^{*}通信作者:李琪, E-mail:68761189@qq.com

表1 2组患者基本情况比较

组别	例	性别(例)		年龄(岁)	APACHE II 评分(分)	MSAP (例)	SAP (例)	腹腔高压 (例)	ARDS (例)	AKI (例)
		男	女							
治疗组	32	20	12	48.2±6.9	11.1±7.3	11	21	25	29	23
对照组	31	18	13	52.6±7.7	10.3±6.1	13	18	24	27	21

注:ARDS:成人呼吸窘迫综合征;ARI 急性肾损伤

阻、化脓性胆囊炎等及其他原因需急诊外科手术患者;②妊娠或哺乳期妇女;③治疗期间自动转院、出院、放弃治疗及不愿接受治疗者;④持续休克无法纠正,血液动力学极不稳定,需大剂量血管活性药物患者;⑤持续意识障碍患者。

方法 对照组患者常规予重症监护,采取胃肠减压和禁食,补液抗休克,抑制胰液及胃液分泌,抗感染等治疗,同时维持酸碱及水电解质平衡,肠外营养支持,及其他对症治疗^[4,5]。治疗组在对照组治疗基础上,增加中医药物治疗:连翘 15 g,栀子、竹叶、薄荷叶、黄芩各 10 g,大黄、玄明粉各 9 g,甘草 6 g,上述药物 1 剂/d,加水煎煮成 400 mL,分成 2 份各 200 mL,1 份行胃管注入,1 份行保留灌肠,1 次/d,疗程 10 d。

疗效判断

1. 记录患者腹痛消失时间[数字疼痛分级法(numerical rating scale, NRS)疼痛评分<4分],肠内营养开放时间(开放肠内营养标准^[6]:①血液动力学稳定,停用血管活性药物或小剂量维持;②全身炎症反应综合征症状改善^[7]: $T < 38^{\circ}\text{C}$, $\text{HR} < 90$ 次/min, $R < 20$ 次/min, $\text{WBC} < 12 \times 10^9/\text{L}$;③腹痛腹胀明显缓解,肠道功能有所恢复:腹内压<12 mmHg, NRS 疼痛评分<4分,肛门排气排便;④尿淀粉酶恢复正常范围,血淀粉酶下降>50%,CT影像学检查评分情况(1周后复查腹部CT),记录患者ICU入住天数。

2. 动态监测治疗后第1、3、7、10 d血淀粉酶及炎症因子(白细胞总数、C反应蛋白)的变化。

3. 监测治疗7 d后患者是否出现腹腔高压(达到II级腹内高压>15 mmHg)^[8]、是否出现轻度以上成人呼吸窘迫综合征(氧合指数<300 mmHg)^[9]、是否出现急性肾损伤(2012 KDIGO 标准)^[10]。

统计学处理 采用 SPSS16.0 统计学软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结果

疗效 治疗组患者腹痛缓解时间更短,更早开

放肠内营养支持,1周后,复查腹部CT评分恢复更佳,住ICU天数更短($P < 0.05$),见表2。

表2 2组患者疗效比较

组别	例	腹痛缓解时间 (d)	开放肠内 营养时间 (d)	MCTSI 评分≤4分 (例)	住ICU 天数 (d)
治疗组	32	3.9±0.6*	7.5±1.9*	21*	10.7±3.7*
对照组	31	6.4±1.2	11.3±2.7	13	14.8±6.2

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

实验室指标比较 治疗后,治疗组血淀粉酶与炎症指标均明显低于对照组(均 $P < 0.05$),见表3~5。

表3 2组患者血淀粉酶水平 (U/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例	第1天	第3天	第7天	第10天
治疗组	32	513.9±51.1	377.9±38.1*	177.9±27.1*	113.5±19.6*
对照组	31	508.2±42.6	493.6±52.6	319.7±48.2	238.3±26.1

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

表4 2组患者白细胞计数 ($\times 10^9/\text{L}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例	第1天	第3天	第7天	第10天
治疗组	32	13.7±4.3	14.9±2.7	11.6±3.2*	8.1±1.6*
对照组	31	14.2±4.3	15.3±4.3	13.1±3.5	11.7±2.9

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

表5 2组患者C反应蛋白水平 (mg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例	第1天	第3天	第7天	第10天
治疗组	32	98.7±17.5	112.7±19.5	69.6±23.7*	27.9±16.1*
对照组	31	96.4±21.6	129.3±24.1	98.4±26.9	49.7±17.5

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

并发症 7 d后治疗组患者出现腹腔高压、成人呼吸窘迫综合征、急性肾损伤的几率更低(均 $P < 0.05$),见表6。

表6 2组患者并发症比较 (例)

组别	例	腹内高压	ARDS	AKI
治疗组	32	11*	15*	12*
对照组	31	23	21	17

注:ARDS 成人呼吸窘迫综合征;AKI 急性肾损伤;与对照组比较,* $P < 0.05$

讨 论

2013 美国胃肠病学会颁布最新急性胰腺炎临床治疗指南,采用了“亚特兰大共识”修订版的 3 分类法:轻症急性胰腺炎(MAP)、中度重症急性胰腺炎(MSAP)、重症急性胰腺炎(SAP)。治疗上更注重患者早期的病情评估,以便制定更加个体化的治疗策略,预防 MSAP 重症化转变,对降低 SAP 的发病率和病死率具有现实意义。但是单一学科的管理模式对患者的治疗往往不能统筹兼顾,常常还需要应用到机械通气、循环维持、肾脏替代治疗、营养支持、感染控制、手术引流、内镜治疗等多种复杂的技术及多学科的协同合作^[11]。结合重症胰腺炎患者处于高分解高代谢的生理状态,疾病过程中又持续受到炎性渗出等病理特点的影响,总结归纳出“六腑以通为用”的治疗原则,以此来达到治病求本、调理虚实的效果^[12]。

对 MSAP 和 SAP,本文在西医综合治疗的基础上给予凉膈散鼻饲灌肠治疗,主要由大黄、连翘、黄芩、薄荷、竹叶、栀子、玄明粉、甘草等组成。治宜清上泻下并举,通腹泄热。重用连翘,清热解毒,清消上焦无形之邪热;黄芩清泄胸膈肺热;栀子清利三焦,引热下行;大黄、玄明粉泻火通便,以荡有形之热于中;薄荷、竹叶外散内清,清散郁热于上;甘草益胃生津润燥,以缓硝、黄之峻下之力。诸药合用,清上泻下并行,使郁热分消走泄^[13]。遵循中医“腑以通为用”治疗重症胰腺炎的理念,采取生津、清热、通里、攻下的治疗方法,使患者获得更加明显的临床疗效。此外,凉膈散中多种中药含有大量蒽醌类、鞣质类、黄酮类、苷类化合物等化学成分,具有防止胰酶及其降解产物侵入脏器细胞,降低机体内毒素;提高血浆渗透压,促进炎性渗出吸收;降低血液粘稠度,改善微循环;保护肠黏膜屏障,消除氧自由基,减少多脏器功能损伤或衰竭的作用。也为凉膈散治疗重症胰腺炎提供丰富的药理依据^[14]。

本组研究中,治疗组患者腹痛缓解时间、开放肠内营养时间均明显早于对照组,提示凉膈散可显著恢复胃肠功能,稳定肠道微生态。药理依据也指出凉膈散能够明显减少胰周渗出,加快腹腔炎性物质吸收等治疗优点,本文治疗组 CT 影像学分级明显低于对照组得以体现。治疗组第 7、10 d 的血淀粉

酶、白细胞计数、C 反应蛋白水平较对照组有明显差异,表明了凉膈散具有促进胰腺恢复、抑制炎性因子释放的作用。病程中治疗组患者出现腹内高压的情况明显低于对照组,更加说明“腑以通为用”这一治疗原则的正确性。中医基础理论中阐述,肺于大肠相表里,如大肠实热,腑气不通,大肠传导功能失常可导致肺气失于宣降。凉膈散能通其腑气,使大便通畅,则不治肺而喘自平^[15];故治疗组患者发生 ARDS 的病例数较对照组明显减少。可见,使用中西医结合疗法治疗 MSAP 和 SAP 较单纯西医综合治疗效果更加显著,能改善脏器功能,减少并发症的发生,可缩短患者住 ICU 天数及病程。

参 考 文 献

- 1 伍瑞麟,伍劲松,伍长虹.辨证分型治疗急性胰腺炎体会[J].河南中医,2005,(5):31-31.
- 2 刘波,单南兵.ICU 危重患者 APACHE II 评分变化率和临床预后的关系[J].内科急危重症杂志,2017,22(2):142-144.
- 3 赵铭,江小云,邓宏等.生长抑素联合前列地尔治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J].内科急危重症杂志,2016,21(3):210-212.
- 4 孙备,苏维宏.2013 年美国胃肠病学会《急性胰腺炎治疗指南》解读[J].中国实用外科杂志,2013(9):768-772.
- 5 徐采平,郝德坤,沈广平.中西医结合治疗急性重症胰腺炎的临床分析[J].中医药导报,2015,(4):53-55.
- 6 郑才国,许建新,赵文涛,任晓娟,王永高.微生态肠内营养支持在急性重症胰腺炎患者中应用分析[J].临床医学研究与实践,2016,(6):43.
- 7 MS Rangelfrausto, D Pittet, M Costigan, T Hwang, CS Davis. The natural history of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS). A prospective study[J]. Jama, 1995, 273(2):117-123.
- 8 江利冰,张茂,马岳峰.腹腔高压和腹腔间隔室综合征诊疗指南(2013 版)[J].中华急诊医学杂志,2013,22(8):839-841.
- 9 ADT Force, VM Ranieri, GD Rubenfeld, et al. Acute respiratory distress syndrome the berlin definition the berlin definition of ARDS[J]. Jama, 2012, 307(23):2526-2533.
- 10 A Khwaja. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury [J]. Nephron Clinical Practice, 2012, 120(4):179-184.
- 11 李维勤,童智慧.1033 例重症急性胰腺炎治疗经验总结[J].中华外科杂志,2009,47(19):1472-1475.
- 12 唐玲玲,孙敏娟,嵇征鸿.中医“腑以通为用”治疗急性胰腺炎的疗效观察[J].中国社区医师,2014,30(31):74-76.
- 13 邓中甲.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2002.102.
- 14 夏俊梅,汪和明,黄艳春,等.丹参与大黄对重症急性胰腺炎患者 APACHE II 评分和 CRP 影响[J].现代中医药,2012,32(4):41.
- 15 周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003.270-276

(2017-05-15 收稿 2017-06-23 修回)