

通胰方结合西医治疗的疗效观察

曹慧萍¹ 牛鹏飞²

汉滨区第三人民医院 陕西 安康 725018

摘要:目的:探讨中西医结合内科治疗重症急性胰腺炎患者的临床效果。方法:选取2019年10月至2021年10月收治的88例重症急性胰腺炎患者作为研究对象,按随机数字表法分为常规组与观察组,各44例。常规组给予常规内科治疗,观察组在常规组基础上加用通胰汤治疗,比较两组治疗有效率、血清炎症介质指标、实验室指标。结果:观察组治疗有效率高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者治疗后肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-8 (IL-8)、白细胞介素-10 (IL-10) 低于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者治疗后乳酸脱氢酶 (LDH) 高于常规组, C反应蛋白 (CRP)、白细胞计数 (WBC)、血淀粉酶 (S-Amy) 低于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:重症急性胰腺炎实施中西医结合内科治疗能够取得理想临床疗效,有助于改善患者LDH、CRP、WBC、S-Amy等指标,减轻炎症反应。

关键词:重症急性胰腺炎; 中西医结合; 内科; 疗效; 炎症介质; 血淀粉酶

急性胰腺炎 (AP) 是临床上常见的急腹症之一,由于多种病因导致胰腺内胰酶被激活,从而引起胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的一种炎症反应^[1],其中重症急性胰腺炎 (SAP) 并发症多,常继发感染、腹膜炎和休克等,死亡率高,有起病急、变化迅速、病情凶险等特征^[2]。通导解毒法是根据陆拯“毒证四层辨证法”建立的^[3]。我院用中西医结合方法治疗重症急性胰腺炎取得较好效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年10月至2021年10月收治的88例重症急性胰腺炎患者作为研究对象,按随机数字表法分为常规组与观察组,各44例。常规组男25例,女19例;年龄28~69岁,平均(46.38±4.35)岁;发病至就诊时间2~14h,平均(5.37±0.69)h。观察组男26例,女18例;年龄29~68岁,平均(46.41±4.29)岁;发病至就诊时间2~13h,平均(5.39±0.57)h。两组患者性别、年龄、发病至就诊时间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。具有可比性。

纳入标准:

1) 经临床检查、实验室检查等确诊,符合重症急性胰腺炎诊断标准^[2];

2) 接受药物治疗;

3) 精神状态和认知功能良好;

4) 签署了知情同意书。

排除标准:

1) 胰腺癌或慢性胰腺炎;

2) 接受手术治疗;

3) 合并免疫系统疾病;

4) 合并肝、脑、心等基础疾病;

5) 肝肾器官严重合并症;

6) 对研究药物过敏或严重过敏体质。

1.2 治疗方法

常规组给予常规内科治疗,控制饮水量,持续胃肠道减压,抗痉挛等;通过腺苷抑制剂控制胰腺的分泌,减少胰液的分泌量;给予患者营养补充,维持基本血容量,纠正酸碱电解质平衡等。连续治疗7d。观察组在常规组基础上加用通胰汤治疗,方剂组成:大黄30g,法半夏10g,川楝子6g,白芍10g,茵陈30g,黄芩10g,栀子6g,陈皮10g,艾蒿30g,桃子仁10g。上述药水煎至200ml,嘱患者口服,1剂/d,3次/d,连续治疗7d。同时用鸡蛋清调和成黏稠状,于患者上腹胰腺部位涂抹,用糊剂外敷,连续治疗7d。

1.3 临床评价

1) 疗效判定标准:患者临床症状明显好转, C反应蛋白 (CRP)、白细胞计数 (WBC)、血淀粉酶 (S-Amy)、乳酸脱氢酶 (LDH) 等指标接近正常数值为显效;患者症状有所缓解,相关指标有所好转趋势为有效;治疗后症状无明显好转甚至出现加重情况为无效^[3]。治疗有效率(%) = 显效例数+有效例数/总例数×100%。2) 采集患者清晨空腹静脉血3ml,离心后提取血清,用酶联免疫吸附试验法检验患者血清炎症介质指

标, 主要包括肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-8 (IL-8)、白细胞介素-10 (IL-10)。3) 检测患者实验室指标, 包括LDH、CRP、WBC、S-Amy。

1.4 统计学分析

采用SPSS23.0统计软件进行数据分析, 计量资料以 $\bar{x}+s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组治疗有效率高于常规组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者临床疗效比较

组别	例数	显效(例)	有效(例)	无效(例)	治疗有效[例(%)]
常规组	44	21	14	9	35(79.55)
观察组	44	25	17	2	42(95.45)
χ^2 值					5.090
P 值					<0.05

2.2 两组血清

TNF- α 、IL-8、IL-10比较两组治疗前血清TNF- α 、IL-8、IL-10比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者治疗后TNF- α 、IL-8、IL-10低于常规组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者血清 TNF- α 、IL-8、IL-10 比较(ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF- α		IL-8		IL-10	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	44	423.25 \pm 39.17	382.35 \pm 37.28	652.36 \pm 37.24	516.28 \pm 41.27	182.47 \pm 15.28	123.92 \pm 12.47
观察组	44	418.36 \pm 36.12	311.28 \pm 35.15	641.24 \pm 38.55	453.16 \pm 42.32	181.58 \pm 15.39	90.33 \pm 9.35
t 值		0.608	9.200	1.376	7.083	0.272	14.295
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组LDH、CRP、WBC、S-Amy比较

两组治疗前LDH、CRP、WBC、S-Amy比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者治疗后LDH高于

常规组, CRP、WBC、S-Amy低于常规组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者 LDH、CRP、WBC、S-Amy 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LDH(U/L)		CRP(mg/L)		WBC($\times 10^9/L$)		S-Amy(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	44	95.42 \pm 14.39	142.57 \pm 19.48	124.45 \pm 10.57	50.26 \pm 5.74	32.48 \pm 7.15	18.58 \pm 3.24	428.43 \pm 62.42	331.49 \pm 50.17
观察组	44	95.37 \pm 14.26	174.54 \pm 28.39	124.32 \pm 10.68	8.75 \pm 3.42	32.36 \pm 7.24	6.97 \pm 1.42	427.58 \pm 62.37	201.26 \pm 35.48
t 值		0.016	6.159	0.057	41.209	0.078	21.770	0.063	14.058
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

重症急性胰腺炎是临床较为常见的急腹症类型, 发病机制极其复杂, 如高蛋白与高脂食物刺激胆囊收缩素 (CCK) 释放, 激活胰蛋白酶并在细胞内释放溶酶体酶, 引起胰腺自身消化; 胆泥、胆固醇结晶、微小结石等对胰管或胆胰管共同通路造成阻塞, 导致胆汁反流或胰管梗阻等, 上述多项致病因素联合造成胰腺腺泡损伤, 释放多种炎症介质及激活的胰酶, 产生氧自由基, 使得胰腺血管通透性增加, 进而导致重症急性胰腺炎的发生。该病病理变化复杂, 且患者预后效果不佳。炎症介质的释放在重症急性胰腺炎的发生、发展中发挥着重要作用, 在胰腺组织分泌消化酶的过程中, 患者会出现过度炎症反应, 全身炎症反应综合征会导致急性胰腺炎

患者发生胰腺坏死情况, 并产生大量毒素, 导致患者各项器官功能恶化, 增加了死亡风险^[4]。因此, 尽早诊治、早期治疗对于减轻患者临床症状和改善患者预后有着重要作用。在临床中发现, 西医内科常规治疗能有效减轻病情, 但结合中医药治疗能明显提高重症急性胰腺炎治疗有效率并降低死亡风险。

重症急性胰腺炎发病原因相对较为复杂, 西医治疗中没有专门治疗重症急性胰腺炎的方法。从临床角度而言, 主要以控制炎症、抑制消化酶和胰岛素的分泌、胃肠减压、输液等为主, 以减轻患者临床症状, 但疗效并不理想。目前, 专家们普遍认可对重症急性胰腺炎的临床治疗, 大多是有关中西医结合治疗的可取性和部分患者在不得不开展外科手术时的必要性^[5]。祖国医学认为,

重症急性胰腺炎属“腹部疼痛”“肋部疼痛”等范畴，发病原因主要在于食物聚集、体气停滞、瘀伤内脏等问题。通过中药制剂治疗能有效提高患者胃肠蠕动能力，抑制患者病情的进展。通过不同中药的搭配与结合，能清除患者肠道燥热实积，减轻肠管压力，联合西医内科治疗能提高整体治疗的有效性。

《素问·刺热》云：“脾胃病者，……，热蒸则腰痛不可俯仰，腹满泄。”其病位主要在胰，涉及肝、胆、脾、胃、肠。多因外邪侵袭、暴饮暴食、胆道石阻、蛔虫上扰、情志不畅，致气机郁滞、肝胆失疏、脾胃失调而发病^[10-12]。起病急骤、病情重笃、多变证，符合中医“毒”之特性。陆拯建立了“毒证四层辨证法”，将毒证分为“浮层、动层、沉层、伏层”。认为浮层是邪浅病轻的阶段，动层是邪盛病重的阶段，沉层是毒邪深入脏腑、血分而正不胜邪的阶段，伏层是毒邪伏于内却无明显外候、为隐患阶段。SAP多处于动层或沉层，多为瘀热夹毒证。病机为腑气不通、瘀毒内蕴，治当通导肠腑，化瘀解毒，扶正祛邪。通导解毒方中重用生大黄为君药，大黄味苦性寒，可涤肠攻积，清泄湿热，破瘀解毒，一专多能；桃仁味甘，性平，活血祛瘀，以助大黄通瘀滞；川楝子、白芍缓急止痛，法半夏、茵陈清热利湿，黄芩、栀子清有形湿热，加强清热作用，陈皮理气燥湿，艾蒿缓和诸药之寒，全方达涤荡肠腑，攻下除湿，清热解毒，化瘀止痛之效。另外，中药粉末调糊直接固定于胰腺体表投影区，能直达病灶，亦可发挥清热解毒、活血化瘀等效果。两者合用，使湿热结瘀速下，痛遂利减。现代药学研究发现大黄可抑制与急性胰腺炎发病有关的多种胰酶，如胰蛋白酶、胰弹性蛋白酶、胰糜蛋白酶、胰激肽释放酶、胰脂肪酶等的作用；降低奥狄括约肌张力，增强肠蠕动、推进能力，有利于及时地将被激活的胰酶和被消化的坏死组织所产生的毒物尽快排出；有抗厌氧菌作用。而诸药合用，可改善局部微循环，促进炎症消失，加速肠功能恢复，可快速改善症状和体征，达到治疗效果。

本研究结果表明，观察组治疗有效率高于常规组，

治疗后TNF- α 、IL-8、IL-10低于常规组，CRP、WBC、S-Amy低于常规组，LDH高于常规组。说明中西医结合内科治疗重症急性胰腺炎相比常规内科单独治疗可显著提高临床疗效，在改善实验室指标、减轻炎症反应等方面效果显著。王伟等^[8]的研究证实，经中西医结合对重症急性胰腺炎疾病治疗，能够有效提高患者机体免疫力、提升综合疗效，说明在改善胰腺疾病方面，中西医结合治疗具有积极作用效果。

综上所述，越来越多临床医生去使用中西医结合内科治疗方法应治疗重症急性胰腺炎中，相比单独开展常规西医内科治疗症状体征改善快，各种相关酶类及炎性指标下降快，临床疗效更好，减少了病人的痛苦，虽然本研究受到样本量较少、观察随访时间较短等因素影响，在中西医结合内科治疗重症急性胰腺炎的过程中，也不能确定联合用药的具体协同作用，无法完全排除实验室指标、血清炎症介质指标结果受样本量小所造成的误差影响等，但笔者曾于学生期间调查成都市重症胰腺炎的救治，其中四川大学附属华西医院及成都中医药大学附属中医院使用中西医结合方法救治重症胰腺炎已取得了显著疗效。未来可继续多做此项研究，再结合其他中医方法，如针灸等，争取使更多的病人获益。

参考文献

- [1]周雪珂,刘春燕,刘鸿雁.中西医结合治疗重症急性胰腺炎的研究进展[J].四川中医,2021,39(5):217-219.
- [2]黄伟.中西医结合治疗重症急性胰腺炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2019,35(6):717-718.
- [3]李珍,高峰,喻松霞,等.中西医结合早期治疗急性重症胰腺炎临床对照观察研究[J].中国中西医结合外科杂志,2019,25(4):464-468.
- [4]谢冬.用中西医结合疗法治疗重症急性胰腺炎的效果研究[J].当代医药论丛,2019,17(12):229-230.
- [5]李冉.中西医结合治疗重症急性胰腺炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2020,36(3):313-314.
- [6]边宁宁.ICU重症急性胰腺炎患者中西医结合治疗效果分析[J].中国现代药物应用,2019,13(10):148-151.