

# 重症急性胰腺炎患者行中西医结合内科治疗的临床疗效

程海岭

河北省邯郸市成安县中医院 成安 056700

**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2020年1月至2021年1月在本院收治的80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40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,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- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、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:经过诸多专家和学者不断研究与探索,发现中西医结合治疗重症急性胰腺炎有良好效果。现从中西医结合治疗重症急性胰腺炎方向进行分析,旨在探讨中西医结合治疗重症急性胰腺炎的进展情况。

**关键词:**重症急性胰腺炎;中西医结合;内科治疗;临床疗效

## 引言

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是一种与多器官功能障碍相关的炎症性疾病,病死率可达6%~8%,是世界范围内的严重健康问题<sup>[1]</sup>。重症急性胰腺炎的治疗一直是临床工作上的难点,因其发病急,伴随并发症和病死率较高<sup>[2]</sup>。重症急性胰腺炎加重的因素是体内大量细胞坏死及酶释放,突发全身感染或残余感染毒素至休克,化学性腹膜炎,腹膜大量渗出等,造成肠麻痹和电解质出现紊乱。有关资料表明,重症急性胰腺炎患者导致多器官功能衰竭的机率较高<sup>[3]</sup>。基于此,本文探究重症急性胰腺炎患者行中西医结合内科治疗的临床疗效,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2020年1月至2021年1月在本院收治的80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40例。常规组男20例,女20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30例,女10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)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 方法

通导解毒法是遵照陆拯教授“毒证四层辨证法”形成的一种疾病治疗方案患者入院以后,根据其病情进展,开展禁食、胃肠减压、分阶段营养支持、补液、抗感染、维持水电解质平衡等基础治疗,然后给予适量醋酸奥曲肽注射液、注射用生长抑素等药物静推治疗。在常规西药治疗的基础上,还应对重症急性胰腺炎患者实施通导解毒法治疗。灌肠方组成:生大黄20g,赤芍10g,桃仁10g,丹参10g,牡丹皮10g,厚朴10g,枳实10g,芒硝10g,虎杖10g,黄芩10g。每日取药1剂,加清水煎煮至200ml,给予患者保留灌肠30min。外敷方组成:生大黄30g,芒硝30g,生石膏100g,乳香15g,没药15g。取上述诸药研磨成细粉,并将其外敷于患者的阿是穴、胰腺体表投影等部位。经临床研究发现,疏导解毒方中主要包含了大黄、桃仁、丹参、赤芍、厚朴、枳实、牡丹皮等中草药,其中,大黄具有泻火解毒、清泄湿热、逐瘀通经的功效;桃仁具有疏通瘀滞、活血祛瘀的功效;牡丹皮丹参、赤芍等药物具有散瘀止痛、清热凉血的功效<sup>[4]</sup>。通过疏导解毒法开展保留灌肠治疗,能够有效减轻患者的胃肠负担,避免不良反应的发生;开展中药外敷治疗,能够将药物直接作用于病灶,取得良好的活血化瘀、清热解毒等疗效。常规西药与通导解毒

\*通讯作者:程海岭,1980年9月,男,汉族,成安县人,现就职于邯郸市成安县中医院,本科,研究方向:中西医结合内科

法合用，能够帮助重症急性胰腺炎患者速下湿热结瘀，改善病灶区域的微循环，消除炎症反应的同时，还能加速胃肠功能的恢复，促使患者获得确切的治疗效果<sup>[5]</sup>。

### 1.3 统计学方法

采用SPSS23.0对研究对象采集的数据进行分析处理，计量数据采用( $\bar{x} \pm s$ )表示；计数资料采用%表示，使用 $\chi^2$ 对数据进行校检； $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。

## 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	40	21	14	5	36(87.5)
观察组	40	25	17	1	39(97.5)
$\chi^2$					5.090
$P$					< 0.05

### 2.2 两组血清TNF- $\alpha$ 、IL-8、IL-10比较

两组治疗前血清TNF- $\alpha$ 、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- $\alpha$ 、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- $\alpha$ 、IL-8、IL-10比较(ng/L,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	TNF- $\alpha$		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	40	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	40	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
$t$		0.608	9.200	1.376	7.083	0.272	14.295
$P$		> 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	40	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	40	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
$t$		0.016	6.159	0.057	41.209	0.078	21.770	0.063	14.058
$P$		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

## 3 讨论

急性胰腺炎患者血浆suPA R水平增高的具体来源尚需进一步探讨。通过对患者的研究发现，提出中性粒细胞可能是危重病患者血浆suPA R的主要来源<sup>[6]</sup>。类风湿性关节炎的患者血浆中升高的suPA R可能同样来源于活化的中性粒细胞。然而，通过对肝硬化患者的研究指出，“非典型”单核细胞是肝硬化患者中血浆suPA R的主要细胞来源，与之对应的是，报道了未成熟的髓细胞是慢性肾病中血浆suPA R过度产生的主要来源，而过度产生的suPA R促进了蛋白尿肾病的发展。但本研究并未发现suPA R水平与中性粒细胞计数的相关性，分析其原因，首先急性胰腺炎作为一种炎症性疾病，多种免疫活性细胞参与其中，其血浆suPA R具体细胞来源尚不明确。其

次，suPA R主要来源于免疫活性细胞表面uPA R的裂解，其血浆水平可能主要受uPA R裂解程度而非细胞数目的影响<sup>[7]</sup>。最后，中性粒细胞的分布可分为循环池和边缘池，中性粒细胞计数仅反映了其循环池中的水平。进一步的基础研究有待开展，探讨影响uPA R激活或suPA R释放过程有可能作为一种新的(例如以中性粒细胞或单核细胞为靶点)治疗来改善SAP患者的病程<sup>[8]</sup>。

总之，中西医结合治疗重症急性胰腺炎患者，可有效使患者腹痛状态得到缓解，从而加快患者的康复。

### 结束语

综上所述，中西医结合治疗重症急性胰腺炎能够帮助患者明显改善不适症状，减少并发症，缩短病程的同时，还能提高治愈率，缓解病死率，俨然成为了我国治

疗胰腺炎的一大优势。今后,为了规范临床治疗,更好地恢复患者健康,还需对中西医结合治疗急性胰腺炎开展更加深入、科学的研究

#### 参考文献

[1]张丹,闫伟.重症急性胰腺炎患者行中西医结合内科治疗的临床疗效[J].中国药物经济学,2020,17(02):118-121.

[2]王利军.中西医结合内科治疗重症急性胰腺炎临床疗效观察分析[J].保健文汇,2020(12):218-219.

[3]张景利.重症急性胰腺炎中西医结合内科治疗的若干问题浅析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(04):176.

[4]刘阳.中西医结合治疗重症急性胰腺炎疗效观察[J].医学食疗与健康,2019(11):91+93.

[5]吴师贤,陈一斌.重症急性胰腺炎的中西医治疗进展[C]//第三十一届全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集.,2019:308.

[6]李娟.中西医结合治疗ICU重症急性胰腺炎的临床研究分析[J].内蒙古中医药,2018,37(09):69+80.

[7]门燕荣.中西医结合早期治疗重症急性胰腺炎30例疗效观察[J].河北中医,2018,40(01):83-87.

[8]黄付杰.中西医结合内科治疗重症急性胰腺炎临床疗效观察[J].求医问药(下半月),2018,9(10):285.