

柴芍承气汤在急性胰腺炎治疗中的早期应用(附74例分析)

● 张闽光* 高天海 李劲亮 郑颖 李文科

摘要 目的:探讨中药方剂在急性胰腺炎治疗中的重要性及临床疗效。方法:通过对74例急性胰腺炎病人进行临床分析,比较生大黄粉组(对照组)与柴芍承气汤组(观察组)对急性胰腺炎临床症状的改善情况和临床治疗。按照入院时间段不同随机分为观察组和对照组,在西医规范治疗的基础上,对照组(35例)予生大黄粉治疗,观察组(39例)予柴芍承气汤治疗,在治疗过程中严密观察患者症状缓解率、首次大便时间、腹痛缓解时间、肠鸣音恢复率及血尿淀粉酶。结果:两组症状缓解率比较差异有显著性($P < 0.05$)、首次大便时间、腹痛缓解时间、肠鸣音恢复率比较差异有显著性($P < 0.01$),两组的临床总疗效差异无显著意义($P < 0.05$)。结论:早期应用泻下通腑的中药能促进急性胰腺炎胃肠道功能的恢复,减少感染及并发症的发生率,而中药汤剂较单方更能改善急性胰腺炎的消化道症状,促进肠鸣音恢复,减轻患者的痛苦。

关键词 急性胰腺炎 通腑 柴芍承气汤 生大黄粉

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是一种起病急,发展快,病情凶险,并发症多以及死亡率高的严重疾病,若诊治不及时,常引起多脏器功能衰竭(MODS)。胃肠道功能障碍是早期临床表现,肠道屏障功能障碍可导致肠源性内毒素血症及肠源性菌血症,被称为MODS的发动机^[1]。表现为腹痛、腹胀、恶心呕吐、大便不通等阳明腑实证,隶属中医“腹痛”范畴。因此,早期通腑治疗可减轻AP消化道症状,对恢复胃肠道功能有重要意义。现对于我科2005年1月~2009年6月急性胰腺炎病人74例进行疗效分析,探讨早期应用柴芍承气汤对AP临床症状改善的效果。

1 材料和方法

1.1 一般资料 本组74例,男43例,女31例。年龄19~78岁,平均49.1岁,其中55~69岁23人。平均

发病后入院时间(11.8 ± 2.3)h。急性胰腺炎诊断均符合中华医学会消化学会胰腺学组2004年制订的中国急性胰腺炎指南(草案)的临床诊断及分级标准^[2],其中重症急性胰腺炎(SAP)21例,轻型急性胰腺炎(MAP)53例。按照入院时间段不同随机分为治疗组和对照组,治疗组39例,男28例,女11例;平均年龄48.9岁;其中轻型急性胰腺炎28例,重症急性胰腺炎11例。对照组35例,男25例,女10例;平均年龄49.3岁;其中轻型急性胰腺炎26例,重症急性胰腺炎9例。两组年龄、性别及临床表现基本相似,无显著性差异,具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 临床资料 全部病例均有突发上中腹持续性剧痛、腹胀、恶心呕吐、大便不通、上腹或全腹压痛等表现,发病诱因:胆源性29例(39.18%),高甘油三酯16例(21.62%),饮酒25例(33.78%),暴饮暴食4例(5.41%)。全部均有血尿淀粉酶升高,白细胞总数增高($> 12.0 \times 10^9/L$)34例,血糖升高($> 11.1 \text{ mmol/L}$)26例,血清转氨酶升高17例,血钙降低($< 2 \text{ mmol/L}$)21例。腹部CT检查:A级4例,B级29例,C级21例,D级18例,E级2例。APACHEII评分8~12分20例,平均9.43分。有并存高血压病13例,糖尿病

* 作者简介 张闽光,男,副主任医师,福建省中西医结合学会消化病分会委员,泉州市医学会消化病分会常委、泉州市医学会消化内镜分会副主任委员。

• 作者单位 福建省泉州市中医院(362000)

8例。

1.3 治疗方法 所有患者均给予规范的胰腺炎的西医治疗方案:禁食、胃肠减压、维持水电解质平衡、抗感染(使用能通过血胰屏障的抗生素)、抑酸剂、生长抑素、营养支持等措施。在西医综合治疗的基础上,根据入院时煎煮中药汤剂的方便与否,治疗组加用柴芍承气汤[柴胡 10g、白芍 15g、黄芩 10g、枳实 15g、厚朴 10g、玄明粉 30g(冲)、生大黄 15g(后下)],每天 1 剂,水煎 200ml。分 2 次从胃管注入,对照组加用大黄粉 6g(本院自制,3g/包)加温开水 100ml 溶解经胃管注入,每日二次。若患者呕吐或腹胀明显或未留胃管者,则以同等剂量中药煎剂或生大黄粉高位保留灌肠,每日二次。二组均以大便次数为 3~5 次/d 为宜,灵活调节用药次数,疗程 7 天。比较两组病人的临床疗效、消化道症状缓解率、首次大便的时间及腹痛缓解时间、肠鸣音恢复率及并发症发生率。

1.4 疗效评定标准

1.4.1 临床疗效评定标准 参照中华人民共和国卫生部制订发布的《中药新药临床指导原则》中“中药新药治疗急性胰腺炎的临床指导原则”的临床疗效判定制定^[3]:(1)临床痊愈:3 天内症状、体征缓解,7 天内消失,血尿淀粉酶恢复正常;(2)显效:7 天内症状体征显著好转,血尿淀粉酶恢复正常;(3)有效:7 天内症状体征减轻,血尿淀粉酶有下降趋势;(4)无效:7 天内症状体征未减轻或恶化,血尿淀粉酶未降低。

1.4.2 单项症状疗效评定标准 (1)显效:治疗 3 天内腹痛、腹胀、呕吐完全消失,大便溏软,次数每日 4~5 次,肠鸣音 2~4 次/分;有效:治疗 3~6 天内症状明显改善,大便溏软次数每日 2~3 次,肠鸣音 1~2 次/分;无效:治疗 7 天内症状无明显变化,大便干结或每日大便少于 2 次,未闻及肠鸣音。显效+有效=总有效率。

1.5 统计学处理 将所得资料采用 SPSS11.0 统计软件处理,计量数据采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,数据间的比较采用 *t* 检验分析,计数数据用百分率表示,数据间的比较采用 Ridit 检验。 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

2.1 临床疗效比较 观察组总有效率为 94.9%,对照组为 85.7%,组间比较经 Ridit 检验有显著性差异($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者疗效比较(n,%)

n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组 39	10(25.6)	18(46.2)	9(23.1)	2(5.1)	37(94.9)
对照组 35	4(11.4)	12(34.3)	14(40.0)	5(14.3)	31(85.7)

2.2 单项症状疗效比较 对腹痛、腹胀的疗效,组间比较经 Ridit 检验有非常显著性差异($P < 0.01$);对呕吐的疗效组间比较经 Ridit 检验有显著性差异($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组单项症状疗效比较(n,%)

n	显效	有效	无效	总有效
腹痛				
观察组 39	22(56.4)	16(41.0)	1(2.6)	36(97.4)#
对照组 35	11(31.4)	18(51.4)	6(17.1)	29(82.9)
腹胀				
观察组 39	21(53.8)	16(41.1)	2(5.1)	37(94.9)#
对照组 35	10(28.6)	17(48.6)	8(22.9)	28(77.1)
呕吐				
观察组 31	25(80.6)	6(19.4)	0	31(100)
对照组 28	15(53.6)	11(39.3)	2(7.1)	26(92.9)

2.3 肠鸣音恢复比较 观察组 39 例,治疗 3 天内肠鸣音恢复 24 例(61.5%),6 天内 39 例均肠鸣音恢复;对照组 35 例,治疗 3 天内肠鸣音恢复 10 例(28.6%),6 天内肠鸣音明显恢复 28(80.0%);两组差异显著($P < 0.01$)。

2.4 首次大便的时间及腹痛缓解时间比较 观察组首次大便的时间及腹痛缓解时间明显低于对照组($P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组首次大便的时间及腹痛缓解时间

n	两组首次大便时间(h)	腹痛缓解时间(d)
观察组 39	18.21 ± 2.11	2.16 ± 0.19
对照组 35	42.97 ± 3.64	3.63 ± 0.35

2.5 感染及并发症发生率 观察组感染发生率为 12.8%,其中 2 例合并肺部感染,1 例合并腹腔感染、腹膜炎,2 例合并肠道霉菌感染;并发症发生率为 7.7%,其中假性囊肿例 1 例、肾前性肾功能不全 1 例、低血压 1 例。对照组感染发生率为 17.1%,其中 1 例合并肺部感染,1 例合并腹腔感染、腹膜炎,4 例合并肠道霉菌感染;并发症发生率为 8.6%,其中假性囊

肿2例、成人呼吸窘迫综合征(ARDS)1例。无论是感染发生率或并发症发生率两组比较均无显著性差异($P>0.05$)。

3 讨论

急性胰腺炎起病急骤,若早期未得到及时有效的治疗,病情极易恶化。目前认为胰腺炎的发病机制与胰酶的激活、酶血症、大量细胞因子和炎性介质的产生,引起过强的炎症反应和异常的免疫反应密切相关^[4],从而引起肠道运动减弱甚至发生麻痹性肠梗阻,继发肠道细菌过度生长和肠黏膜屏障破坏,引起内毒素血症,并可导致继发细菌感染,甚至加重胰腺炎及出现并发症。近年来的研究发现炎性介质和微循环障碍在轻型胰腺炎向重症胰腺炎演变过程中具有重要的作用,根据中医“六腑以通为用”的理论,通过中药的泻下作用排除大量毒性物质和肠道内细菌,可以减轻病人的腹胀,缓解病人的呼吸困难及缺氧程度;同时也能改善肠道血液循环,增加组织灌流,促进肠蠕动^[5],因而从理论上阻断了炎症介质的“二次打击”,促进肠道微循环的改善,延缓AP的病情发展,提高AP的治疗效果。

循证医学研究已证明,中西医结合治疗急性胰腺炎具有良好的临床疗效,大量文献报道,西药加柴芍承气汤治疗急性胰腺炎疗效优于单纯西药组^[6],而早期应用生大黄对急性胰腺炎具有良好的疗效^[7],本研究发现,二者虽均为行之有效的中药^[2],但观察组的临床疗效优于对照组,且观察组患者首次排便时间、腹痛、腹胀缓解及消失时间和肠鸣音恢复正常时间明显短于对照组,说明柴芍承气汤泻下通腑的作用明显强于生大黄粉,更能较早缓解患者腹痛、腹胀等“腹腔

室膈综合征”的症状,促进肠道蠕动功能的恢复,减轻肠道屏障功能损害,减少细菌移位及内毒素血症,从而减少感染机会,降低了促炎因子“第2次打击”概率。现代药理研究证实:大黄中的番泻甙类、大黄素、大黄酚等多种成分有泻下、利胆、抗菌、抑制胰酶活性、促进肠蠕动的作用^[8];柴胡中的黄酮、柴胡皂甙具有利胆、镇痛、抗炎作用;黄芩、枳实、半夏也分别有抗菌、利胆、增强胃肠蠕动、止呕等药理作用,且柴胡皂甙、黄芩素有抗炎性渗出作用,还有明显的利胆和缓解oddi氏括约肌痉挛的作用,且将胰外分泌液及时排入肠腔中,起到内引流作用,这对解除胰液和胆汁的瘀滞有积极意义,同时本方中大量芒硝能协同增强大黄的通腑泻浊的作用。

参考文献

- [1]王兴鹏,蒋海飙.重症胰腺炎多器官功能衰竭的防治[J].第1届上海国际胰腺疾病论坛资料汇编,2004;26-27.
- [2]中华医学会消化病学分会胰腺病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J].胰腺病学,2004;4(1):35.
- [3]郑筱萸主编.《中药新药临床研究指导原则—中药新药治疗急性胰腺炎的临床研究指导原则》第一辑[M].北京:中国医药科技出版社,143.
- [4]齐清会.中西医结合治疗重症胰腺炎的体会[J].中国中西医结合杂志,2001;21(1):5-6.
- [5]梁俊雄,翁书和,陈镜合.通里攻下法防治多脏器功能障碍的研究进展[J].广州中医药大学学报,2004;20(1):86.
- [6]任权,冯志松,黄涛,等.中西医结合治疗重症急性胰腺炎20例临床观察[J].上海中医药杂志,2003;37(11):22-23.
- [7]鲍世韵,余小舫,刘嘉标,等.大黄和早期肠内营养对重症胰腺炎病程的影响[J].中国现代医学杂志,2001;11(11):14-15.
- [8]乔洪利,连永红.大黄牡丹汤灌肠治疗急性胰腺炎I临床观察[J].中国中医急症,2003;12(4):326.

医话选录

运气说

运气之说,拘牵不通,固为有识者所不信。然其大指,在详举六气有许多变幻,寒中有热,热中有寒,邪正交错,蕃变纷纭,莫可纪极。一以明人之病源,一以例人之病情耳。明人之病源者,言人感六气而生病,欲人细推所感之气,其中有无夹杂他气,当兼治也。例人之病情者,天地之气变幻无定,则人身之气亦变幻无定,而病情不可以一律拘也。如冬月固属寒气司令,然亦有客热加临,故冬月亦有温时,所谓非时之暖也。人于冬月病外感,则未知为感寒而病欤?抑感非时之温而病欤?是其源所当察也。寒气在上,则阳伏地中,故土上凛烈,而井泉温暖。以验人身,则外感于寒,而内郁为热也,是其情之有可例也。此言运气者之大指。取其大者,略其烦碎,弃其纰谬,而实物理验于人身,是在善读书者耳。

(《医编·卷之一·杂症》)