

〔文章编号〕 1007-0893.2023.11-0032-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.11.009

清胰汤治疗重症急性胰腺炎患者的临床疗效

吴智水 龙正敏

(锦屏县人民医院, 贵州 锦屏 556799)

〔摘要〕 目的: 探究清胰汤治疗重症急性胰腺炎患者的临床疗效。方法: 选取锦屏县人民医院 2019 年 12 月至 2022 年 12 月期间收治的 88 例重症急性胰腺炎患者纳入本研究中, 根据不同治疗方式分为对照组与观察组, 各 44 例。观察组患者采用清胰汤联合常规西医治疗, 对照组患者采用常规西医治疗。比较两组患者各项指标。结果: 观察组患者各项症状改善时间比对照组更短, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的治疗总有效率比对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者血清胃肠激素活动性肠肽(VIP)、微管相关蛋白 1 轻链 3(MAP1-LC3)、髓样细胞触发受体-1 (TREM-1) 水平以及急性生理与慢性健康 (APACHEII) 评分均比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者全血白细胞 (WBC)、血清 C 反应蛋白 (CRP)、血淀粉酶 (AMS) 水平比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者不良反应发生率比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对重症急性胰腺炎患者实施清胰汤治疗, 能够提高治疗效果。

〔关键词〕 重症急性胰腺炎; 清胰汤; 生长抑素

〔中图分类号〕 R 657.5⁺1 〔文献标识码〕 B

重症急性胰腺炎的发生和发展均十分迅速, 且近年来的发生率不断升高, 导致临床治疗难度增加。中医学认为, 重症急性胰腺炎属于“腹痛”“胃脘痛”“胁痛”等范畴, 其发生机制与肝胆不利、脾胃运化失司、湿热蕴结中焦存在密切关联性, 进而导致脉络瘀滞、腑气不通^[1]。目前临床对于该疾病的治疗方法尚未明确, 一般是选择连续性肾脏替代疗法、生长抑素治疗, 从而使患者的预后得到改善, 但副作用较多, 导致疗效不佳。而在中医治疗中, 清胰汤由大黄、黄芩、北柴胡等药物组成, 作为清热解毒、泻实通腑的要药, 但目前临床尚无该药物治疗重症急性胰腺炎的报道^[2]。本研究目的在于探究清胰汤治疗对重症急性胰腺炎患者不良反应及效果的影响, 具体内容报道如下。

1 资料与方法

1.1 基线资料

选取锦屏县人民医院 2019 年 12 月至 2022 年 12 月期间收治的 88 例重症急性胰腺炎患者纳入本研究中, 根据不同治疗方式分为对照组与观察组, 各 44 例。观察组男性 33 例, 女性 11 例; 年龄 26~69 岁, 平均年龄 (47.52 ± 2.88) 岁; 病程 2~19 h, 平均病程 (10.56 ± 2.13) h。对照组男性 32 例, 女性 12 例; 年龄 27~69 岁, 平均年龄 (47.85 ± 2.05) 岁; 病程 3~19 h, 平均病程 (10.89 ± 2.08) h。两组患者一般资料比较, 差异均无统

计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究获得医院伦理委员会的批准 (批号为 20190326)。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合重症急性胰腺炎的诊断标准^[3]; (2) 无其他消化道疾病; (3) 患者和家属知晓本研究内容; (4) 无中药禁忌证。

1.2.2 排除标准 (1) 免疫功能低下; (2) 存在酒精或药物依赖; (3) 伴有严重的躯体疾病。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用生长抑素 (湖北亿禾佳医药有限公司, 国药准字 H20067476) 治疗, 将 6 mg 的生长抑素溶于 0.9% 氯化钠注射液 (50 mL) 中, 行微泵注射, $2 \text{ mL} \cdot \text{h}^{-1}$, 每日 1 次。治疗 7 d 为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。

1.3.2 观察组 在对照组基础上采用清胰汤治疗, 组方: 黄芩、木香、大黄、枳壳、厚朴、砂仁、虎杖、北柴胡各 10 g, 白芍、丹参各 15 g, 黄连 6 g, 金银花 20 g。对于湿热重者, 加用栀子 5 g、茵陈 5 g; 对于恶心呕吐者, 加用旋覆花 10 g、竹茹 10 g; 对于热重者, 加用知母 5 g、生石膏 5 g; 对于食积者, 加用神曲 5 g、鸡内金 5 g、莱菔子 5 g。以上药物均用水煎煮, 每日 1 剂, 取汁 400 mL, 于早晚分别给药, 直至温度合适后, 经患者鼻空肠管给药。治疗 7 d 为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。

〔收稿日期〕 2023-04-26

〔作者简介〕 吴智水, 男, 主治医师, 主要研究方向是外科学。

1.4 观察指标

(1) 症状改善时间。(2) 治疗效果, 治疗后患者的腹胀和腹痛症状均完全消失, 且经过检查, 结果提示患者的淀粉酶 (amylase, AMS) 指标恢复至正常水平, 且患者的胰腺肿大和渗出情况均消失, 表示治疗痊愈; 治疗后患者的症状明显改善, AMS 水平恢复至正常值, 患者的胰腺异常情况基本消失, 表示治疗显效; 治疗后患者的症状有所改善, AMS 水平下降, 影像学结果提示明显恢复, 表示治疗有效; 治疗后患者各项指标情况未达到上述的标准, 表示治疗无效^[4]。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。(3) 疾病相关因子及急性生理与慢性健康评分 (acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II) 评分, 在治疗前后, 抽取两组患者的 3 mL 空腹静脉血, 离心操作后, 选择酶联免疫吸附法对各项指标进行检测, 如血清胃肠激素活动性肠肽 (vasoactive intestinal peptide, VIP)、微管相关蛋白 1 轻链 3 (microtubule-associated protein 1 light chain 3, MAP1-LC3)、髓样细胞触发受体-1 (soluble triggering receptor expressed on myeloid cell 1, TREM-1); 并采用 APACHE II 评分评估患者治疗前、后的疾病严重程度, 最低得分 0 分、最高得分 71 分, 得分越低, 则表示患者的疾病严重程度越低。(4) 炎症因子水平^[5], 于治疗前后对两组患者空腹静脉血进行采集, 每次抽取 3 mL, 选择血细胞分析仪 (型号为 BK-300A 型) 对全血白细胞 (white blood cell, WBC) 进行检测; 对于血清 C 反应蛋白 (C-reaction protein, CRP)、血清 AMS 选择酶联免疫吸附法进行测定。(5) 观察记录治疗期间不良反应发生率。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$

表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者症状改善时间比较

观察组患者各项症状改善时间比对照组更短, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者症状改善时间比较 ($n = 44, \bar{x} \pm s, d$)

组别	肛门排便恢复时间	腹痛消失时间	腹胀消失时间	发热消失时间	肠鸣音恢复时间
对照组	6.52 ± 1.05	6.09 ± 1.51	7.52 ± 1.02	4.85 ± 1.02	6.82 ± 1.08
观察组	4.22 ± 1.85 ^a	4.41 ± 1.02 ^a	4.05 ± 1.41 ^a	3.22 ± 1.12 ^a	4.52 ± 1.85 ^a

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者的治疗总有效率比对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗总有效率比较 ($n = 44, n(\%)$)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	20(45.45)	5(11.36)	10(22.73)	9(20.45)	79.55
观察组	32(72.73)	10(22.73)	1(2.27)	1(2.27)	97.73 ^b

注: 与对照组比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后疾病相关因子及 APACHE II 评分比较

治疗前两组患者的血清 VIP、MAP1-LC3、TREM-1 水平以及 APACHE II 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后观察组患者血清 VIP、MAP1-LC3、TREM-1 水平以及 APACHE II 评分均比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后疾病相关因子及 APACHE II 评分比较 ($n = 44, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	VIP/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	MAP1-LC3/ $\text{ng} \cdot \text{mL}^{-1}$	TREM-1/ $\text{ng} \cdot \text{mL}^{-1}$	APACHE II/分
对照组	治疗前	8.66 ± 2.45	0.87 ± 0.03	8.83 ± 1.13	13.53 ± 1.53
	治疗后	5.25 ± 1.71	0.62 ± 0.08	7.85 ± 1.08	7.52 ± 1.85
观察组	治疗前	8.65 ± 2.44	0.86 ± 0.02	8.82 ± 1.12	13.52 ± 1.55
	治疗后	3.25 ± 1.02 ^c	0.25 ± 0.01 ^c	5.21 ± 1.41 ^c	5.21 ± 1.02 ^c

注: VIP — 胃肠激素活动性肠肽; MAP1-LC3 — 微管相关蛋白 1 轻链 3; TREM-1 — 髓样细胞触发受体-1; APACHE II — 急性生理与慢性健康评分。

与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后全血白细胞及血清炎症因子水平比较

治疗前两组患者全血白细胞及血清炎症因子水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后观察组患者全血 WBC、血清 CRP、血清 AMS 水平比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.5 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者不良反应发生率比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 4 两组患者治疗前后全血白细胞及血清炎症因子水平比较 ($n = 44, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	WBC/ $\times 10^9 \cdot \text{L}^{-1}$	CRP/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	AMS/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	16.86 ± 2.12	1.97 ± 0.23	458.58 ± 12.83
	治疗后	12.08 ± 1.71	1.28 ± 0.01	96.52 ± 2.74
观察组	治疗前	16.85 ± 2.11	1.96 ± 0.22	457.52 ± 12.85
	治疗后	9.52 ± 1.02 ^d	0.48 ± 0.05 ^d	42.52 ± 2.01 ^d

注: WBC — 白细胞; CRP — C 反应蛋白; AMS — 淀粉酶。与对照组治疗后比较, ^d $P < 0.05$ 。

表5 两组患者不良反应发生率比较 (n=44, 例)

组别	恶心	呕吐	肝肾功能异常	总发生/%
对照组	8	2	2	27.27
观察组	1	0	0	2.27 ^c

注: 与对照组比较, ^c $P < 0.05$ 。

3 讨论

重症急性胰腺炎的病情十分凶险, 并且发病机制十分复杂, 而该疾病主要是由于多种因素所引起的胰酶活化, 进而导致胰腺腺泡受到损伤, 将活性酶激活单核-巨噬细胞系统进行释放, 使得体内释放大量的炎症因子和介质。当肠道屏障功能失调以及机体出现微循环障碍时, 易导致内毒素和肠道菌群出现易位, 导致内毒素血症的发生, 而内毒素再度激活巨噬细胞和中性粒细胞, 使得全身炎症反应综合征发生率升高。而在我国中医中, 重症急性胰腺炎的病机与肝邪气滞、脾胃积热相关, 在治疗方面应以通里攻下、清热解毒作为关键, 对于重症急性胰腺炎来说能产生一定疗效^[6-8]。

清胰汤主要以大黄作为主要成分, 并配以枳壳、厚朴、砂仁、虎杖、北柴胡等药物, 大黄作为治疗重症急性胰腺炎的主药, 其作用机制具有多面性, 比如能够促进肠蠕动, 还能将人体肠内的有毒物质进行清除, 具有抗内毒素、抗炎的作用, 能够对胰酶产生抑制, 产生松弛括约肌的目的, 从而使胰腺自身及其他脏器的损害得以减轻; 而北柴胡则能够产生镇静、解热、抗炎、降低血脂、解热、镇痛的作用, 以此发挥保肝利胆的功效; 厚朴和枳壳能够对胃肠平滑肌的收缩产生抑制, 对于肠管痉挛起到缓解的作用; 另外黄芩、砂仁、白芍能够发挥抗病毒、抗菌、保肝利胆的功效; 丹参、虎杖能凉血消痈、活血散瘀, 诸药合用, 共奏理气止痛、清热利湿之功。对于湿热较重者, 加用栀子和茵陈, 能够清湿热, 还具有消退黄疸的作用; 而对于伴有恶心呕吐者, 加用竹茹、旋覆花, 具有除烦止呕、清热化痰之功; 对于热重者, 加用知母、石膏, 能够产生清热泻火的功效; 对于食积者, 加用神曲、鸡内金、莱菔子, 则能够产生降气化痰、消食除胀的功效, 诸药合用, 达到清热解毒、疏肝理气之功, 能使患者临床症状得到改善^[9]。

本研究结果显示, 观察组患者的各项症状改善时间和对照组进行比较, 明显缩短, 且疾病相关因子水平及 APACHEII 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明通过采用清胰汤治疗, 能够取得较好的疗效。对于重症急性胰腺炎来说, 其胰腺可分泌大量的 AMS, 从而对周围细胞造成损伤, 使得组织感染的风险明显增加, 导致机体出现较多的炎症反应, 促使机体产生大量的 CRP, 对于 WBC 也具有诱导作用, 对于自噬相关基因 MAP1-LC3 产生刺激作用, 将炎症反应所

介导的因子 TREM-1 进行释放, 从而对人体肠黏膜造成损伤, 对于 VIP 的释放也具有一定刺激作用, 同时通过患者肠道受损部位, 使得患者的肠道菌群出现位移情况, 导致患者的病情不断加重。

在本研究中, 观察组的血清炎症因子水平均低于对照组, 说明清胰汤治疗的疗效显著, 主要与该药物能够对机体疾病相关因子水平进行调节、对于炎症反应进行抑制具有密切关联性。北柴胡中含有大量的黄酮类、皂苷类物质, 可以对人体产生免疫调节的作用, 还具有一系列的药理作用, 比如解热、抗炎、保肝等; 而在白芍中, 其含有大量的芍药苷、芍药内脂苷, 以上成分能够发挥减毒增效的功效, 还能对机体多种抑炎因子的分泌产生促进作用, 对多种炎症因子的分泌产生抑制作用; 而在黄芩中, 其黄芩甙、黄芩甙元能对机体肥大细胞脱颗粒产生抑制作用, 还能缓解肠道受炎症因子刺激所形成的缺血、缺氧状态, 松弛人体平滑肌, 使得 VIP 水平得以下降。两组患者在不良反应方面比较, 观察组患者的所占比更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明清胰汤治疗安全性较高。

综上所述, 清胰汤治疗对重症急性胰腺炎患者治疗效果具有明显的提升作用, 且能够减轻机体炎症状态, 治疗安全性较高。

〔参考文献〕

- (1) 姚红梅, 付新新, 路璐, 等. 清胰汤灌肠联合盐酸氨溴索治疗重症急性胰腺炎相关性肺损伤的临床观察 (J). 中国中医急症, 2021, 30(7): 1257-1260.
- (2) 喻翩, 刘妍, 万莹. 柴胡清胰汤联合中药保留灌肠治疗急性胰腺炎 (湿热内蕴型) 疗效及对患者血清炎症因子和胃肠道功能的影响 (J). 四川中医, 2022, 40(10): 107-110.
- (3) 中华中医药学会脾胃病分会. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见 (2017) (J). 临床肝胆病杂志, 2017, 33(11): 2052-2057.
- (4) 洪美琳, 张翠柳. 清胰汤合大承气汤加减治疗对重症急性胰腺炎患者炎症应激、肠黏膜功能及免疫功能的影响 (J). 四川中医, 2021, 39(8): 86-89.
- (5) 张建茹, 张英, 张雨, 等. 清胰汤加减治疗重症急性胰腺炎疗效研究 (J). 陕西中医, 2022, 43(9): 1230-1233.
- (6) 史玉洁, 刘静雅, 孙光源. 清胰汤联合中药外治法对重症急性胰腺炎患者胃肠功能指标、胰腺功能指标的影响 (J). 中国中医急症, 2021, 30(8): 1450-1453.
- (7) 刘嘉斌. 通腑逐瘀汤保留灌肠温度对急性重症胰腺炎患者腹胀腹痛、排便改善效果及血清 AMS、LPS 的影响 (J). 四川中医, 2022, 40(12): 219-221.
- (8) 史世更, 尤芳芳, 尤文苹. 清胰汤加减治疗急性胰腺炎 (肝胆湿热证) 患者疗效观察 (J). 中国中医急症, 2022, 31(6): 1029-1031.
- (9) 沈丽, 闵琼, 卞艳芳, 等. 清胰汤治疗胰腺炎的网络药理学研究 (J). 中国医药导刊, 2022, 24(1): 68-75.