

· 药物与临床 ·

大黄牡丹汤加减综合治疗急性胰腺炎临床观察

杜燕青¹, 张家墉²

(1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳; 2. 陕西中医药大学附属医院, 陕西 咸阳)

摘要: 目的 探究大黄牡丹汤加减联合西医加保留灌肠治疗急性胰腺炎的临床效果。方法 选择我院 2016 年 6 月至 2017 年 12 月收治的 90 例急性胰腺炎患者, 随机分成对照组、治疗 I 组和治疗 II 组, 并分别用单纯西医、西医 + 大黄牡丹汤加减、西医 + 大黄牡丹汤加减 + 大黄牡丹汤保留灌肠三种方案治疗。期间对三组患者的治疗效果及相关指标进行比较。结果 治疗 I 组的治疗总有效率为 90.0%, 治疗 II 组为 93.3%, 而对照组为 80.0%。治疗组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 治疗组的白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶水平在三时间点均有所改善, 且优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 急性胰腺炎患者采用中西结合可以加快改善相关指标, 比单纯西医治疗效果明显改善。同时保留灌肠进行综合治疗, 其效果可以进一步加强。

关键词: 急性胰腺炎; 大黄牡丹汤; 西医; 保留灌肠; 综合治疗

中图分类号: R657.5¹ **文献标识码:** B **DOI:** 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.72.097

本文引用格式: 杜燕青, 张家墉. 大黄牡丹汤加减综合治疗急性胰腺炎临床观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(72):206-207.

0 引言

急性胰腺炎 (AP) 的发病率比较高, 在常见的消化系统疾病当中仅仅比急性阑尾炎低, 存在较多并发症、发病偏急, 病死率较高等特点, 其病理表现为各种诱因激活胰酶, 并导致胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的急性炎症反应, 目前尚无明确、具体的发病机制^[1]。而临床治疗则常规要求禁食以减少刺激消化液的分泌, 控制炎症因子与清除氧自由基来取得治疗效果^[2], 但效果不显著且起效相对较慢。而中药治疗以汤剂口服为主, 取得了一定效果, 所以近年来中西结合治疗更加为人所接受。而我们在此基础上采取大黄牡丹汤保留灌肠治疗进一步加强治疗。本文选择我院 2016 年 6 月至 2017 年 12 月收治的 90 例急性胰腺炎患者, 探究大黄牡丹汤加减联合西医加保留灌肠综合治疗急性胰腺炎的临床效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院 2016 年 6 月至 2017 年 12 月收治的 90 例急性胰腺炎患者以随机数字法分成对照组、治疗 I 组和治疗 II 组, 每组 30 人。对照组中男 22 例, 女 8 例, 年龄 28~62 岁, 平均 49.5 岁; 治疗 I 组中男 19 例, 女 11 例, 年龄 26~60 岁, 平均 50.5 岁; 治疗 II 组中男 23 例, 女 7 例, 年龄 25~65 岁, 平均 51.2 岁; 三组患者在年龄、性别、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①发病 48h 内入院治疗。②有血、尿淀粉酶及白细胞升高, 经过 B 超、CT 确诊; ③临床症状与《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》中的相关标准符合^[3]。排除标准: ①心、肝、肾等存在功能障碍; ②患有精神类疾病; ③诊断为缺血坏死型胰腺炎; ④意识、语言功能障碍者。

1.3 方法

对照组单纯西医方案进行治疗, 合理补液, 禁食水, 必要时持续胃肠减压, 使用合适的抗生素, 抑酸抑酶治疗。治疗组与对照组西医治疗方案相同, 另加用大黄牡丹汤加减方治疗, 该方包含以下药材: 生大黄 20g, 牡丹皮 9g, 桃仁 12g, 芒硝 10g, 冬瓜子 20g。加减方: 血瘀加赤芍 9g, 丹参 12g; 气滞加木香 6g, 枳壳 15g; 湿热加黄芩 15g, 龙胆草 12g; 以水煎煮上述药材, 浓缩为 400mL 的药汁, 日 1 剂, 分早晚经胃管注入, 夹闭胃管后 2 小时后再行胃肠减压。II 组则另外每日下午用 100mL 大黄牡丹汤保留灌肠 30 分钟。

根据《中国急性胰腺炎诊治指南(2013, 上海)》的疗效标准进行判定^[3]: (1) 显效: 症状消失, 影像学和尿淀粉酶水平

恢复正常; (2) 有效: 症状显著好转, 影像学和尿淀粉酶水平明显改善; (3) 无效: 症状体征无明显改变或加重, 影像学和尿淀粉酶水平无明显改变或恶化。治疗期间指标: 观察并且记录三组患者在 1d、3d、7d 的白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶的变化水平。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行处理。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 $n(%)$ 表示, 行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者治疗效果对比

治疗 I 组的治疗总有效率为 90.0%, 治疗 II 组的总有效率为 93.3%, 而对照组的治疗总有效率为 80.0%。治疗组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。总有效率 = 显效率 + 有效率。见表 1。

表 1 三组患者治疗效果对比 [$n(%)$]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	15 (50.0%)	8 (26.7%)	7 (23.3%)	15 (76.7%)
治疗 I 组	30	19 (63.3%)	8 (26.7%)	3 (10.0%)	17 (90.0%)
治疗 II 组	30	22 (73.3%)	6 (15.0%)	2 (6.70%)	18 (93.3%)

2.2 三组检测指标水平对比

在治疗前, 三组患者白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶水平相比无统计学意义 ($P > 0.05$)。在治疗后, 三组患者白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶水平在 1d、3d、7d 三个时间点较治疗前均有改善, 优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 三组患者各项治疗指标的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别		白细胞 ($\times 10^9/L$)	血淀粉酶 (U/L)	尿淀粉酶 (U/L)
对照组	第 1d	11.41 ± 2.47	351.22 ± 133.57	837.44 ± 549.57
	第 3d	8.13 ± 2.07	266.61 ± 106.89	626.42 ± 412.65
	第 7d	5.52 ± 2.14	183.49 ± 101.08	473.08 ± 247.40
	第 1d	10.34 ± 2.49	349.57 ± 148.78	851.47 ± 544.26
治疗 I 组	第 3d	7.98 ± 2.41	235.07 ± 91.20	499.64 ± 383.91
	第 7d	5.08 ± 2.13	138.56 ± 81.72	316.49 ± 179.14
	第 1d	10.49 ± 2.51	348.67 ± 142.82	845.55 ± 534.43
	第 3d	7.55 ± 2.26	167.06 ± 91.20	457.64 ± 373.81
治疗 II 组	第 7d	4.15 ± 2.13	106.56 ± 76.32	221.49 ± 152.54

3 讨论

急性胰腺炎 (AP) 存在多种导致发病的原因, 主要原因

有情志不畅,饮食不节,过食肥甘厚味,肝气犯胃致脾失健运,通降失调,郁而化热,腑气不通,湿热内蕴中焦最终导致发为本病^[4]。在中医学当中并没有与之相对应的具体病名,主要是结合临床症状及体征,可以将其归属到“腹痛”“胃脘痛”等范畴,在中医看来,急性胰腺炎发生发展的关键在于“毒”和“瘀”的结合,其中“毒”为最基本的病机,而“瘀”为该疾病演变的必然流程,如果要对急性胰腺炎进行有效治疗,必须做到“清热解毒”与“化瘀攻下”二者兼有^[5]。

大黄牡丹汤出于张仲景的《金匱要略》,具有泻热破瘀、散结消肿^[6]的功效是中医治疗急性胰腺炎的名方。包含上述两个功能,临幊上经常应用的经验方。大黄牡丹汤中大黄、牡丹皮的主要功效为凉血逐瘀;另外,桃仁能活血化瘀、改善循环;冬瓜仁、芒硝能通利大便、导毒排脓^[7]。现代药理学相关研究表明^[8],大黄牡丹汤可以提高急性胰腺炎动物模型胰腺当中一氧化氮含量,加速诱导胰腺泡细胞的凋亡,酶原物质从胰泡细胞内转向胰泡细胞外,而使急性胰腺炎的损伤减小。根据以往研究大黄牡丹汤发现,其可降低促炎症和炎症因子水平,提高抗炎症因子水平从而发挥治疗机制^[9]。

急性胰腺炎的治疗基本手段为禁止饮食,通过进食从而减轻对胰腺的刺激,采用中药保留灌肠既能够通过中药跟肠道黏膜的接触进一步发挥治疗作用,还能够避免刺激胰腺加重病情^[9]。

本实验的相关结果表明中西结合治疗AP有着明显优势,同时结合保留灌肠治疗AP的疗效确切。治疗总有效率有所提升,治疗组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。在治疗后,三组患者白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶水平较治疗前均

有改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。这一结论与众多文献报道^[10]相符,说明中西医结合治疗急性胰腺炎能快速、有效地发挥治疗作用。在基础上治法加用中医多途径给药可增强临床疗效,值得进行推广、研究。

参考文献

- 张春燕,杨云生,孙刚,等.急性胰腺炎病因回顾分析[J].胃肠病学和肝病学杂志,2009,18(45):441-443.
- 刘长青.急性胰腺炎的非手术治疗进展[J].光明中医,2016,31(7):1044-1047.
- 中华医学学会消化病学分会胰腺疾病学组,《中华胰腺病杂志》编辑委员会.《中华消化杂志》编辑委员会.中国急性胰腺炎诊治指南(2013,上海)[J].中国实用内科杂志,2013,33(7):530-535.
- 廖双武,陈光辉.中西医结合治疗急性胰腺炎临床观察[J].中国中医急症,2015,24(12):2273-2274.
- 周健,高淳,唐学典.大黄牡丹汤加减治疗急性胰腺炎对机体炎症和应激反应的影响[J].中医药信息,2017,34(1):62-66.
- 张卫红.大黄牡丹皮汤治疗重症急性胰腺炎疗效观察[J].陕西中医,2015,36(10):1363-1364.
- 杨晗,李宁,赵婧,等.中西医结合治疗急性胰腺炎临床观察[J].河南中医,2009,29(9):903-905.
- 张延英,汪永锋,张艳霞,等.大黄牡丹汤组方对急性胰腺炎大鼠胰腺细胞凋亡的影响[J].吉林中医药,2014,34(10):982-984.
- 邢佑美.大黄牡丹汤保留灌肠治疗急性胰腺炎的临床效果分析[J].中国中医急症,2016,25(8):1634-1635.
- 李夏.中医多途径给药对重症急性胰腺炎常规疗法的增效作用分析[J].中医临床研究,2015,(3):68-69.

(上接第 205 页)

3 体会

肛隐窝炎又称肛窦炎,常常并发肛乳头肥大,同时也是诱发肛门直肠疾病的重要因素。其主要表现为肛门部下坠、胀痛、肛门潮湿、肛门里灼热感等。由于在祖国医学里没肛隐窝炎或肛窦炎的专有名称,但根据其临床表现可归于“脏毒”、“肠风”。主要是由饮食偏嗜,嗜食辛辣炙搏;或因虫结骚扰;或湿热内生,下注所致;或因大便干燥,用力努责,或粪便夹杂夹异物,破损染毒而成。目前医治本病的方法较多,主要以中药保留灌肠及中药熏洗治疗,治疗方式多样化。对肛隐窝炎的治疗采取肤痔清软膏结合吲哚美辛三七冰片栓医治本病也取得了不错的疗效。肤痔清软膏源于贵州苗医,其主要由野菊花、苦参、紫花地丁、金果榄等 15 味药材组成,不仅有清热解毒消肿,除湿止痒的功效,而且其柔软、滑润、无板硬黏着不好的感觉,起效迅速的特点,可迅速消炎、止痒、止痛等功效^[4]。吲哚美辛三七冰片栓主要由吲哚美辛、三七、冰片等组成,其中吲哚美辛具有镇痛和消炎作用。该栓剂经直肠给药,直肠黏膜可直接吸收进入血液循环,从而减少对胃肠道的刺激,同时又具备用药剂量小、起效快、作用强、使用便利等优势。但在使用该药物时要注意其所诱发的不良反应,陈志高^[5]等人通过对吲哚美辛栓致不良反应文献的病例进行分析得出吲哚美辛栓可引起胃肠道反应、血压升高,诱发哮喘或过敏反应及神经系统反应如意识模糊、头痛等。因此在施药前必须详细讯问患者过敏史、疾病史。三七

具有止血又能散瘀而止痛的功效,经当代技术药理研究^[6]得出三七含有多种成分,其中三七皂苷药理作用包含抗炎、抗肿瘤、提高免疫力、保护心血管。冰片具有清热止痛的功效,是中医外科常用药之一,其可经皮肤、口腔黏膜、鼻黏膜、直肠等部位吸收。经现代药理研究发现冰片抗感染、抗炎效果确切,而其止痛效果主要是经过 TRPM8 途径实现^[7]。故临幊上对于肛隐窝炎的治疗采用诸药协同相互作用,具有非常好的临床疗效。本观察结果显示,肤痔清软膏联合吲哚美辛三七冰片栓医治肛隐窝炎疗效显著,且方便易用。

参考文献

- 吴军,王波.中西医临床外科学[M].中国医药科技出版社,2012.514-516.
- 中华中医药学会.中医肛肠科常见病诊疗指南[S].中国中医药出版社,2012:18.
- 国家中医药管理局.ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京出版社,1994:132-133.
- 王兰英,张鹤鸣.肤痔清软膏治疗肛门疾病 148 例[J].湖南中医杂志,2007,23(3):52-53.
- 陈志高,屈伟.35 例吲哚美辛栓不良反应的文献分析[J].中国新药杂志,2018,27(1):115-118.
- 杨娟,袁一怔,尉广飞.三七植物化学成分及药理作用研究进展[J].世界科学技术-中医药现代化,2017,19(10):1641-1647.
- 张厉元,李元文,林欢儿.中药冰片的商品种类与现代药理学研究进展[J].世界中医药,2018,13(4):1025-1029.