

重症急性胰腺炎清创引流术后中西医结合治疗的临床观察

肖建平

奉节县健桥总医院, 重庆 404600

摘要：目的 观察清创引流术治疗重症急性胰腺炎(SAP)后开展中西医结合干预价值。方法 60例清创引流术治疗SAP患者就诊于2022年7月-2023年7月, 随机数字表分组。A组中西医结合治疗, B组西医治疗。对比疗效、中医证候积分、胰腺功能指标、免疫功能指标差异。结果 A组SAP疗效高于B组, $P < 0.05$; A组各项中医证候积分均低于B组, $P < 0.05$; A组葡萄糖(GLU)、胰蛋白酶原-2(TPS-2)、胰岛素(INS)、淀粉酶(AMY)等指标均优于B组, $P < 0.05$; A组免疫球蛋白(Ig)G、IgM等指标均高于B组, $P < 0.05$ 。结论 SAP患者接受清创引流术治疗, 可优化免疫功能、改善胰腺功能指标, 还可舒缓SAP病症, 高效可行。

关键词：重症急性胰腺炎; 清创引流术; 中西医结合治疗

Clinical Observation of Combined Treatment of Chinese and Western Medicine after Debridement and Drainage of Severe Acute Pancreatitis

Xiao Jianping

Fengjie Jianqiao General Hospital, Chongqing 404600

Abstract： Objective: To observe the value of carrying out combined treatment of Chinese and Western medicine intervention after debridement and drainage for severe acute pancreatitis (SAP). Methods 60 patients with SAP treated by debridement and drainage were diagnosed from July 2022 to July 2023, and grouped by randomized numerical table. Group A was treated with combination treatment of Chinese and Western medicine, and Group B was treated with Western medicine. The efficacy, Chinese medicine evidence points, pancreatic function indexes and immune function indexes differences were compared. Results: The efficacy of SAP in group A was higher than that in group B, $P < 0.05$; all the TCM points in group A were lower than that in group B, $P < 0.05$; the indexes of glucose (GLU), trypsinogen-2 (TPS-2), insulin (INS), and amylase (AMY) in group A were better than those in group B, $P < 0.05$; and the indexes of immunoglobulin (Ig) G and IgM in group A were higher than those in group B, $P < 0.05$. Conclusion: The treatment of SAP patients with debridement and drainage can optimize the immune function, improve the indexes of pancreatic function, and also relieve the SAP disease, which is efficient and feasible.

Keywords： severe acute pancreatitis; debridement and drainage; traditional Chinese and western medicine treatment

SAP是指合并局部并发症、全身并发症的胰腺炎, 是常见消化内科急性病变, 在胰腺炎发病率占比10-20%, 存在并发症率高、病死风险高等特征^[1]。发生SAP后, 可引发恶心呕吐、腹痛腹胀等病症, 甚至损伤肠道黏膜屏障, 致胰腺功能异常, 进而降低患者生存质量^[2]。目前临床多以清创引流术治疗SAP, 可舒缓SAP病症, 促使患者回归正常生活。但为缩短SAP患者病程, 术后需辅以药物治疗, 常规西药治疗副作用风险高, 需探讨联合用药方案^[3]。中医学理论中, SAP纳入“脾心痛”、“胰瘕”等范畴, 认为本病病机为肝胆失调、脾胃受损, 应以祛湿清热、通腑逐瘀方治疗^[4]。本文以2022年7月-2023年7月是收治60例清创引流术治疗SAP患者为样本探讨中西医结合方案效果。

一、资料和方法

(一) 资料

60例清创引流术治疗SAP患者就诊于2022年7月-2023年7月, 随机数字表分组。A组SAP患者基线资料对比B组, $P >$

0.05。如表1。

表1 清创引流术治疗SAP患者资料分析

组别	n	性别 (%)		年龄 (岁)		病程 (h)	
		男	女	区间	均值	区间	均值
A组	30	19 (63.33)	11 (36.67)	8-68	32.09 ± 1.42	8-71	14.29 ± 2.42

组别	n	性别 (%)		年龄 (岁)		病程 (h)	
		男	女	区间	均值	区间	均值
B组	30	18 (60.00)	12 (40.00)	9-72	32.11 ± 1.39	9-70	14.31 ± 2.39
χ^2/t	-	0.0705		0.0551		0.0322	
P	-	0.7906		0.9562		0.9744	

(二) 纳排标准

纳入标准：①出现恶心呕吐、胸脘满闷、腹部胀痛等病症；②接受清创引流术治疗；③知情同意；④无胰腺肿瘤。

排除标准：①凝血功能正常；②免疫功能正常；③肾功能正常；④消化系统出血、穿孔。

(三) 治疗方法

清创引流术后，均予以胃肠减压、给氧、禁食等干预。

A组中西医结合治疗：(1) 中医清胰汤治疗：柴胡、厚朴、枳实、黄芩、延胡索、炒白芍各10g；木香5g；生大黄、黄连、芒硝各3g。上述诸药水煎取300ml汁液，早晚温服。用药14d。(2) 西医静脉注射乌司他丁(生产厂家：广东天普生化医药股份有限公司；国药准字：H19990134；规格型号：2ml, 10万单位)，剂量10万，置入浓度5%葡萄糖溶液500ml中混匀，3次/d。

B组西医治疗，方案同A组。

(四) 观察指标

疗效：恶心呕吐、腹胀腹痛消失，CT复查胰腺大小正常，进食无脂半流食后血淀粉酶指标正常，记显效；恶心呕吐、腹胀腹痛减轻，CT复查胰腺缩小，食用无脂半流食后血淀粉酶指标下降，但未达正常，记有效；腹部病症无改善、CT复查胰腺大小无变化，记无效。

证候评分：依无(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(3分)

表3 SAP患者中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	恶心呕吐(分)		胸脘腹胀(分)		剧烈腹痛(分)		便溏不爽(分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组(n=30)	2.42 ± 0.26	0.74 ± 0.16	2.48 ± 0.28	0.71 ± 0.19	2.51 ± 0.29	0.68 ± 0.19	2.53 ± 0.33	0.69 ± 0.21
B组(n=30)	2.44 ± 0.27	1.35 ± 0.19	2.49 ± 0.29	1.37 ± 0.21	2.53 ± 0.27	1.37 ± 0.22	2.55 ± 0.34	1.38 ± 0.26
t	0.2922	13.4508	0.1359	12.7649	0.2765	13.0011	0.2312	11.3079
P	0.7711	0.0000	0.8924	0.0000	0.7832	0.0000	0.8180	0.0000

(三) SAP患者胰腺功能比较

治疗后，A组GLU、TPS-2、INS、AMY等指标均优于B组，P < 0.05。如表4。

表4 SAP患者胰腺功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	GLU (pg/nL)		TPS-2 (ng/ml)		INS (mU/L)		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
A组(n=30)	192.44 ± 8.15	85.09 ± 3.43	63.52 ± 4.19	9.31 ± 1.36	4.06 ± 0.57	6.81 ± 0.84	135.36 ± 6.42	64.84 ± 4.36
B组(n=30)	192.49 ± 8.13	116.84 ± 6.11	63.55 ± 4.22	19.52 ± 2.89	4.09 ± 0.59	5.31 ± 0.73	135.39 ± 6.39	88.36 ± 5.41
t	0.2922	13.4508	0.1359	12.7649	0.2765	13.0011	0.2312	11.3079
P	0.7711	0.0000	0.8924	0.0000	0.7832	0.0000	0.8180	0.0000

(四) SAP患者免疫功能比较

治疗后，A组IgG、IgM等指标均高于B组，P < 0.05。如表5。

标准评估各病症程度，包括恶心呕吐、胸脘腹胀、剧烈腹痛、便溏不爽等。

胰腺功能：叮嘱SAP患者晨起抽取5ml空腹静脉血，以酶联免疫吸附法检测GLU、TPS-2、INS、AMY等指标。

免疫功能：叮嘱SAP患者晨起抽取5ml空腹静脉血，以比浊法检测IgG、IgA指标。

(五) 统计学研究

SPSS 21.0处理数据，计数数据(χ^2 检验)%描述，计量数据(t检验) $\bar{x} \pm s$ 描述。具备统计差异，P < 0.05。

二、结果

(一) SAP患者疗效比较

A组SAP患者疗效较B组高，P < 0.05。如表2。

表2 SAP患者疗效比较 (n, %)

组别	显效	有效	无效	有效率
A组 (n=30)	19 (63.33)	10 (33.33)	1 (3.33)	29 (96.67)
B组 (n=30)	12 (40.00)	12 (40.00)	6 (20.00)	24 (80.00)
χ^2	-	-	-	4.0431
P	-	-	-	0.0444

(二) SAP患者中医证候积分比较

治疗后，A组各项中医证候积分均低于B组，P < 0.05。如表3。

表5 SAP患者免疫功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	IgG (g/L)		IgM (g/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A组 (n=30)	11.88 ± 1.21	21.11 ± 1.43	2.03 ± 0.41	3.39 ± 0.58
B组 (n=30)	11.87 ± 1.23	16.18 ± 1.36	2.02 ± 0.44	2.31 ± 0.51
t	0.0317	13.6830	0.0911	7.6591
P	0.9748	0.0000	0.9277	0.0000

三、讨论

SAP与饮食、酗酒、胆道病变等多因素有关,属于急腹症^[6]。发生SAP初期,渗出液大量聚集在腹腔、腹膜间隙、小网膜囊区域,可致血管活性物质、胰酶激活,进而损伤胰腺细胞,诱发胰腺局部炎症,甚至合并多器官衰竭、腹腔高压、全身炎症反应综合征等病症^[6-7]。此外,SAP患者腹腔积液过多,可进一步提升胰腺外周压力,致胰腺微循环受阻,进而诱发血管栓塞,增加胰腺组织死亡速度^[8-9]。目前临床多以清创引流术治疗SAP,尽早清除胰腺坏死组织,并对腹腔积液引流,能够解除腹腔高压状态,恢复局部微循环,进而规避、纠正脏器衰竭,有利于延缓SAP进展^[10]。但为促进SAP患者术后转归,需辅以药物治疗干预。乌司他丁是常用西药,能够改善胰腺功能,但长期用药可刺激胃肠道,引发胃肠不适病症,故探讨安全高效药物仍为临床研究重点^[11-12]。

中医学者基于SAP患者病症,将本病纳入“脾心痛”、“胰瘕”等范畴,认为本病引发急性肺损伤符合“肺与大肠相表里”

观点,发病后实热壅滞,温热之邪上行,灼伤肺脉,致气化失司,引发痰多、气促等病症;热毒在大肠区域汇聚,致大肠传导受损,影响肺气运行,久之肺失宣降致肺气郁闭,气不下行,诱发大便秘结^[13-14]。本文选用清胰汤治疗SAP,方中木香配伍柴胡,可疏肝、调气;白芍可柔肝缓急,还可活血、理气、疏肝;延胡索可活血、理气;黄连配伍黄芩,可清肝胆之热;芒硝配伍大黄,可泻热;厚朴配伍枳实,可止痛、理气^[15-16]。上述诸药合用,可共奏祛瘀活血、清热解毒、通里攻下之功,使肠道、胆道壅滞解除。

结合本文数据分析,A组SAP患者疗效较B组高,P < 0.05。提示中西医结合方案可增强SAP管控效果。分析原因,SAP病机主要为腑气不畅,故应重视行气导滞、通腑泄热治疗,本文在西药基础上,应用清胰汤治疗,可疏肝利胆、清热解毒,还可通里攻下,改善胰腺区域血液微循环^[17]。另一组数据表明,A组各项中医证候积分均低于B组,P < 0.05。分析原因,联合中药治疗,清胰汤方中厚朴配伍枳实、白芍,可活血、理气,芒硝配伍大黄可泻热通腑,故各证候水平降低^[18]。另一组数据表明,A组GLU、TPS-2、INS、AMY等指标均优于B组,P < 0.05。分析原因,中药清胰汤可强化肠道黏膜屏障,具有通里泻下、攻积导滞、止痛行气之功,可优化胰腺功能^[19]。最后一组数据表明,A组IgG、IgM等指标均高于B组,P < 0.05。分析原因,中西医联合给药,可抑制体内炎症因子表达,还可激活巨噬细胞,诱导全身性Ig反应,进而延缓胰腺炎进展,促进患者转归^[20]。

综上所述,SAP患者接受中西医结合治疗,能够恢复胰腺功能、减轻不良病症、增强机体免疫力,具备推广价值。

参考文献:

- [1] 郑日辉, 陈国忠, 唐曦平, 等. 清解化攻汤结合西医常规治疗重症急性胰腺炎早期合并胆石症(胆总管结石)临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2022, 44(2):145-149.
- [2] 丁晓娟, 王法明, 黄飞波, 等. 通腑解毒汤联合中药保留灌肠辅助治疗重症急性胰腺炎效果观察[J]. 中国乡村医药, 2021, 28(11):18-19.
- [3] 刘妍君. 通腑解毒汤联合中药保留灌肠及乌司他丁治疗重症急性胰腺炎疗效及对CRP、HMGB1、SOD的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(19):2138-2141.
- [4] 哈虹, 哈良, 张庆清. 水飞蓟素对重症急性胰腺炎大鼠肠道损伤及PI3K/Akt和NF- κ B信号通路影响[J]. 世界华人消化杂志, 2021, 29(14):765-774.
- [5] 秦百君, 唐曦平, 杨昕, 等. 清解化攻方调节重症急性胰腺炎模型大鼠肠道菌群及对肠黏膜屏障的影响[J]. 中国药房, 2022, 33(15):1825-1832.
- [6] 栗浩, 文谦, 胡航琦, 等. 电针足三里对牛磺胆酸钠诱导的重症急性胰腺炎大鼠炎症反应及小肠SIgA表达的影响[J]. 中国中医急症, 2022, 31(2):213-217.
- [7] 聂永春, 苏晓芳, 李明月, 等. 栀子与早期肠内营养对重症急性胰腺炎大鼠肠黏膜屏障的保护作用[J]. 护理研究, 2023, 37(8):1357-1363.
- [8] 傅超, 赵贤宝, 马云, 等. 清胰利胆方对重症急性胰腺炎大鼠炎症因子、肠黏膜屏障功能和肺泡巨噬细胞凋亡的影响[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(11):790-791.
- [9] 孙权宇, 鞠剑峰, 符禹玄, 等. 丁酸对重症急性胰腺炎大鼠肠黏膜机械屏障的影响[J]. 中国处方药, 2023, 21(4):32-35.
- [10] 姬斌, 毛颖婕, 冯欣, 等. 山柰酚对重症急性胰腺炎大鼠肠黏膜屏障变化及免疫功能的影响[J]. 中国免疫学杂志, 2023, 39(9):1841-1845.
- [11] 唐义爽, 周秉舵, 孔婧, 等. 大承气汤对重症急性胰腺炎大鼠肠屏障及肠淋巴组织炎症因子的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(2):218-223.
- [12] 刘汉俊. 胆源性急性胰腺炎患者普外手术治疗的最佳时机及治疗效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(14):50-52.
- [13] 谷艳芹. 中西医结合护理干预腹腔镜治疗胆源性急性胰腺炎术后临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020(2):214-217.
- [14] 韩智君, 穆扎帕·依来提, 迪米拉·阿里根, 等. 肠内外免疫营养对重症急性胰腺炎大鼠机体免疫功能的影响[J]. 中华灾害救援医学, 2021, 9(12):1399-1404.
- [15] 李霞, 庄伟, 马冲, 等. 丙氨酰谷氨酰胺辅助乌司他丁治疗重症急性胰腺炎肺损伤的效果及对肺功能、炎症反应、免疫功能的影响[J]. 中国医药导报, 2022, 19(7):92-95.
- [16] 杨静, 焦可然, 王丽华, 等. 腹炎消方辅助治疗对重症急性胰腺炎患者炎症反应及免疫功能的影响[J]. 河北中医, 2023, 45(10):1618-1622.
- [17] 刘洪波. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎的疗效及对肠黏膜屏障功能及氧化应激状态的影响[J]. 系统医学, 2021, 6(16):8-11.
- [18] 陈紫兰, 巫苏晓. 清胰汤联合乌司他丁治疗重症急性胰腺炎的疗效及其对患者免疫功能的影响[J]. 天津中医药, 2023, 40(3):291-296.
- [19] 王伟, 涂华, 张林菲, 等. 中西医结合治疗对急性重症胰腺炎机体免疫功能的影响[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(7):244-247.
- [20] 石毓灵, 李光耀, 梁祖建. 多种针刺疗法治疗带状疱疹外上髁炎的贝叶斯网状Meta分析[J]. 中国组织工程研究, 2020, 24(23):3756-3763.