

柴苓承气汤对急性重症胰腺炎的疗效观察及部分机制

冯 勇 谭冬梅 李 彬 蒲 静 王 娟

(四川省绵阳市中心医院中西医结合科, 绵阳, 621000)

摘要 目的:探究柴苓承气汤加减联合西医治疗急性重症胰腺炎的临床效果,并对其作用机制进行研究,以期丰富治疗方法,降低急性重症胰腺炎并发症,提高疗效。方法:选取2017年1月至2018年2月绵阳市中心医院收治的急性重症胰腺炎患者62例作为研究对象,按照就诊顺序编号,采用数字随机表法分为对照组和观察组,每组31例。对照组给予心电监护、禁食禁饮、胃肠减压、抑酸、维持内环境稳定、抗菌、抑制胰腺分泌和胰腺活性、止痛等治疗,观察组在对照组基础上加用柴苓承气汤加减治疗,且经胃管给药,均同时治疗2周。观察2组治疗前、治疗后血清淀粉酶、脂肪酶变化并比较;观察治疗前、治疗后在白细胞(WBC)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)、内毒素、白细胞介素-6(IL-6)变化并比较;观察治疗前、治疗后在免疫功能指标 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 情况并比较;治疗过程中进行不良反应观察并比较;治疗后进行疗效比较。结果:1)2组患者治疗前血淀粉酶、尿淀粉酶、脂肪酶比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后2组以上指标较治疗前显著下降,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗后观察组患者以上指标显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2)2组患者治疗前WBC、CRP、内毒素、IL-6指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后以上指标2组较治疗前均显著下降,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗后观察组患者以上指标显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。3)2组患者治疗前 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 2组较治疗前显著升高, $CD8^+$ 则显著下降,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗后观察组患者以上指标显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。4)完成治疗后观察组患者治愈率、总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。5)2组恶心呕吐、腹痛腹泻、头晕不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:柴苓承气汤能抑制急性重症胰腺炎血清淀粉酶和脂肪酶,抑制炎症反应,改善免疫力,提高疗效。

关键词 柴苓承气汤;急性重症胰腺炎;淀粉酶;炎症反应;免疫功能;淋巴细胞亚群;临床疗效;不良反应

Efficacy Observation and Partial Mechanism Exploration on Chaiqin Chengqi Decoction in Severe Acute Pancreatitis

Feng Yong, Tan Dongmei, Li Bin, Pu Jing, Wang Juan

(Department of Integrated Chinese and Western Medicine, Mianyang Central Hospital, Mianyang 621000, China)

Abstract Objective: To explore clinical efficacy of modified Chaiqin Chengqi Decoction combined with western medicine in severe acute pancreatitis, and to study its mechanism of action in order to enrich treatment methods, reduce complications of severe acute pancreatitis and improve the efficacy. **Methods:** A total of 62 patients with severe acute pancreatitis admitted to Mianyang Central Hospital from January 2017 to February 2018 were selected as subjects. They were numbered in order of treatment and divided into control group (31 cases) and observation group (31 cases) according to random number table method. The control group was given ECG monitoring, fasting, fasting water, gastrointestinal decompression, acid suppression, maintaining internal environment stability, antimicrobial, inhibiting pancreatic secretion and pancreatic activity, analgesia and other treatments. The observation group was given modified Chaiqin Chengqi Decoction on the treatment basis of the control group, and was given the medicine through gastric tube. They were treated for 2 weeks. Changes of serum amylase and lipase were observed and compared before and at the end of the treatment; and changes of WBC, CRP, endotoxin and IL-6 were observed and compared before and at the end of the treatment; indexes of immune function like $CD4^+$, $CD8^+$ and $CD4^+/CD8^+$ were observed and compared before and at the end of the treatment; adverse reactions during the treatment were observed and compared; and the efficacy at the end of the treatment was compared. **Results:** 1) There was no significant difference in the blood amylase, urine amylase and lipase between the 2 groups before the treatment ($P>0.05$). At the end of the treatment, the above indexes in the 2 groups were significantly lower than those before the treatment ($P<0.05$). At the end of the treatment, the above indexes in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$). 2) There was no significant difference in the WBC, CRP, endotoxin and IL-6 between the 2 groups before the treatment ($P>0.05$). At the end of the treatment, the above indexes in the 2 groups were significantly lower than those before the treatment ($P<0.05$). At the end of the treatment, the above indexes in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$). 3) There was no significant difference in the $CD4^+$, $CD8^+$ and $CD4^+/CD8^+$ between the 2 groups before the treatment ($P>0.05$). At the end of the treatment, the $CD4^+$ and $CD4^+/CD8^+$ in the 2 groups were significantly increased compared with those before the treatment, while the $CD8^+$ was significantly decreased ($P<0.05$). At the end of the treatment, the above indexes in the observation group were significantly better than those in the control group ($P<0.05$). 4) After the

基金项目:四川省卫生厅科研课题立项(110544)

作者简介:冯勇(1980.07—),男,硕士,主治医师,研究方向:中西医结合消化内科, E-mail: ytfhkut@163.com

通信作者:李彬(1965.05—),男,大学本科,主任中医师,研究方向:中医临床治疗, E-mail: 1689025225@qq.com

treatment, the cure rate and total effective rate in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). 5) There was no significant difference in the incidence of nausea, vomiting, abdominal pain, diarrhea and dizziness between the 2 groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Chaikin Chengqi Decoction can inhibit serum amylase and lipase, inhibit inflammation response, improve immunity and improve efficacy in severe acute pancreatitis.

Key Words Chaikin Chengqi Decoction; Severe acute pancreatitis; Amylase; Inflammatory response; Immune function; Lymphocyte subgroup; Clinical efficacy; Adverse drug reaction incidence

中图分类号: R289.4; R576 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.11.025

急性重症胰腺炎是临床常见急腹症, 以急性上腹痛、恶心呕吐、发热和血清淀粉酶升高为主要表现, 是消化科常见的危急重症, 该疾病有起病急、变化快和病情凶险特点。近年来, 随着人民生活水平的升高, 饮食习惯的改变, 急性胰腺炎发病率居高不下。急性重症胰腺炎发病原因主要是乙醇性、胆源性、药源性等, 发病机制主要是胰腺自身消化, 白细胞过度激活引起炎症反应递质“瀑布”级联反应, 胰腺血液循环障碍, 肠道细菌移位等^[1]。因该疾病发病机制复杂, 在治疗上往往难以有统一标准, 往往以禁食、胃肠减压、抑酸、维持内环境稳定、抑制胰腺分泌等为主, 控制不理想, 往往出现全身炎症综合征和器官功能衰竭的严重并发症。报道称, 急性重症胰腺炎早期以中西医结合治疗为原则, 该方案能缩短疗程, 提高疗效^[2]。中医学将此病归属为“胃脘痛”“脾心痛”范畴, 因“腹胀胸满, 心尤痛甚, 痛如锥针刺其心, 心痛甚者, 脾心病也”。其病因为外感受外邪、跌扑损伤, 或酒食不节、虫石内积所致, 情志不舒造成腑气不通, 不通则痛, 出现腹痛、腹胀、恶心呕吐症状。中医理论认为急性期属脾胃实热, 临床治疗应配合疏肝理气、清热祛湿、活血化瘀、清利肝胆、解毒活血为基本原则, 药物上主要以大承气汤或此为基础的化裁汤药治疗。柴苓承气汤是在中医“益活清下”治疗思想下加用活血化瘀、行气止痛化裁而成, 以大黄、芒硝为主, 配合厚朴、黄芩、柴胡等中药。现代医学认为, 该方剂能清除肠道生物屏障, 能清除肠源性内毒素、抑制蛋白酶激活和肠道细菌移位, 清除血浆和组织内炎症反应递质和氧自由基, 阻断感染作用^[3]。本研究采用柴苓承气汤治疗急性重症胰腺炎并取得很好效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2018 年 2 月

绵阳市中心医院收治的急性重症胰腺炎患者 62 例作为研究对象, 按照就诊顺序编号, 采用数字随机表法将患者分为对照组和观察组, 每组 31 例。2 组患者性别、年龄、病程、腹痛时间、Ranson 评分、APACHE II 评分、CT 评分、中医证型比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。本研究由医院伦理委员会批准, 批件号: 2017 年(伦)审第 3 号。

1.2 诊断标准 西医标准参考中华医学会消化病学分会胰腺疾病提出的标准, 即急性胰腺炎伴有脏器功能衰竭, 或出现坏死、脓肿等局部并发症者, 体征为腹部明显压痛、反跳痛, 肌肉紧张, 肠鸣音亢进等, 可有腹部包块, 可并发一个或多个脏器功能衰竭, 伴有严重代谢紊乱, 其中 Ranson 评分、 >3 分, APACHE II 评分 >12 分。中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》, 表现为胃脘痞满、腹部胀满, 呃逆嗳气, 纳呆便秘, 得肠气后觉舒, 脉弦。肝郁气滞为胸胁持续胀痛, 呃逆呕吐, 大便不通, 腹胀结痛, 舌淡红, 苔薄黄。脾胃实热证为脘腹坚满, 痞胀疼痛拒按, 时有呕吐, 身热烦躁, 大便燥结, 舌红, 苔黄燥。肝胆湿热证为脘胁胀痛, 口苦恶心, 身目发黄, 伴疲倦, 大便秘结, 小便色黄。舌暗红, 苔黄厚。气阴耗竭证为腹大硬满, 剧痛难忍, 气息微弱, 四肢厥冷, 苔有裂纹, 脉细弱^[4-5]。

1.3 纳入标准 1) 符合以上诊断标准者; 2) 年龄 18 ~ 70 岁; 3) 发病 72 h 内入院治疗者; 4) 患者签署了知情同意书^[6]。

1.4 排除标准 1) 不能配合治疗者; 2) 慢性胰腺炎急性发作者; 3) 不能接受空肠插管及早期肠内营养不足者; 4) 存在药物过敏史者; 5) 因机械、麻醉、低钾等造成肠麻痹者; 6) 合并严重内科疾病者。

1.5 剔除与脱落标准 1) 无法按照既定治疗方案治疗者; 2) 无法获得完整随访者。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, h)	腹痛时间 ($\bar{x} \pm s$, h)	Ranson 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	APACHE II 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	CT 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	中医证型(例)			
	男	女							肝郁气滞	脾胃实热	肝胆湿热	气阴耗竭
对照组($n=31$)	12	19	51.23 $\pm$ 4.78	2.56 $\pm$ 1.52	2.12 $\pm$ 0.89	4.78 $\pm$ 1.57	12.86 $\pm$ 3.27	4.67 $\pm$ 1.47	8	10	10	3
观察组($n=31$)	11	20	51.25 $\pm$ 4.76	2.54 $\pm$ 1.51	2.11 $\pm$ 0.86	4.79 $\pm$ 1.56	12.89 $\pm$ 3.29	4.68 $\pm$ 1.49	7	11	11	2

1.6 治疗方法 对照组入院后立即予如下处理:

1) 心电监护, 入院后立即予心电监护, 监测生命体征, 发现器官功能衰竭及时处理; 2) 禁食禁饮, 腹胀明显胃肠减压; 3) 抑酸, 给予 0.9% 氯化钠注射液 250 mL 加入兰索拉唑(河南省许昌华仁制药有限公司, 国药准字 H20066247) 40 mg 静脉滴注, 1 次/d; 4) 维持内环境稳定, 根据液体丢失量和生理需要量进行扩容等处理, 血糖升高则胰岛素微泵, 并监测血糖; 5) 抗菌药物应用, 予注射用哌拉西林钠他唑巴坦钠(湖北威尔曼制药股份有限公司, 国药准字 H20073598), 1.5 g 加入 0.9% 氯化钠注射液 100 mL 静脉滴注, 6 h/次, 预防感染; 6) 抑制胰腺分泌和胰腺活性, 予以注射用生长抑素(深圳翰宇药业股份有限公司, 国药准字 H20064372), 750 μ g 加入 0.9% 氯化钠 50 mL 微泵泵入, 以 2 mL/h 持续泵入, 直至腹痛腹胀症状缓解为止。7) 止痛, 予以双氯芬酸钠栓 50 mg 纳肛, 疼痛明显加曲马多 100 mg 肌肉注射, 1 次/d。观察组在以上基础上加用柴芩承气汤加减。药物组成有柴胡、黄芩、大黄(后下)、枳实、厚朴各 15 g, 芒硝(冲服) 30 g, 并予辨证加减, 热盛加金银花、连翘各 10 g; 肝郁气滞证加陈皮、川芎、香附、芍药各 10 g; 脾胃实热证白术、远志、木香、酸枣仁各 10 g; 肝胆湿热证加龙胆草、车前子、生地黄各 10 g; 气阴耗竭加当归、熟地黄、人参、肉苁蓉各 10 g; 呕吐者加竹茹、代赭石各 10 g; 食积者加莱菔子、焦三仙各 10 g; 黄疸明显加茵陈、栀子、金钱草各 10 g。以上取汁 400 mL, 分 3 次经胃管进入, 夹管 2 h。均连续治疗 2 周。中药材购自本院药剂科审定批准的中药配方颗粒供应商, 由医院制剂室统一煎煮制袋由护士给药。

1.7 观察指标 观察 2 组治疗前、治疗后血清淀粉酶、脂肪酶变化并比较; 观察治疗前、治疗后在白细胞(WBC)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、内毒素、白细胞介素-6(IL-6)变化并比较; 观察治疗前、治疗后在免疫功能指标 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 情况并比较; 治疗过程中进行不良反应观察并比较; 治疗后进行疗效比较^[7]。

血清淀粉酶、尿淀粉酶、脂肪酶检测: 观察治疗前、治疗后在血清淀粉酶、脂肪酶变化并比较。空腹抽取静脉血, 置于抗凝管中, 使用免疫吸附法进行检测, 相关操作过程严格按照说明书进行。美谷分子仪器(上海)有限公司的 SpectraMax i3x 多功能酶标仪, 南京德铁生产的 HBS-4008 自动洗板机, 尿淀粉酶则取患者晨起中段尿, 采用贝克曼 iricell 尿液分

析仪检测仪进行检测。

白细胞等指标评价: 观察治疗前、治疗后 WBC、CRP、内毒素、IL-6 变化并比较^[8], 空腹抽取静脉血, 放置抗凝管中, 3 000 r/min 离心, 采用酶联免疫吸附法检测血清 CRP、内毒素、IL-6 水平变化并比较, 采用贝克曼库尔特生产的 AU5800 全自动生化分析仪进行 WBC 检测。

免疫功能检测: 观察治疗前、治疗后 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 变化情况并比较。空腹抽取静脉血, 离心后取上层清液, 采用放射免疫分析法检测 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 。相关操作严格说明书进行。

药物不良反应监测收集: 治疗过程中进行血液分析、尿液分析、肝肾功能、心电图等安全性指标进行观察, 观察是否出现恶心呕吐、腹痛腹泻、头晕等症状, 比较 2 组不良反应发生率情况。

1.8 疗效判定标准 参照中国中医药管理局制定的《中医病症诊断疗效标准》进行。评价指标有以下三项: 1) 主要症状如腹痛、腹胀、恶心呕吐、发热等; 2) 体征如上腹压痛及反跳痛, 腹肌紧张; 3) 实验室检查如血清淀粉酶、脂肪酶、血常规等。治愈为 1 周内以上三项均恢复正常; 显效为 1 周内临床表现明显缓解, 实验室检查恢复正常; 有效为临床表现有所缓解, 实验室检查逐步下降, 1 周内未恢复; 无效为未达到以上标准者^[9]。治疗有效率 = 治愈率 + 显效率 + 有效率。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析, 计数资料用百分率表示, 行 χ^2 检验。计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 本研究所有数据均符合正态分布, 用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者血淀粉酶、尿淀粉酶、脂肪酶比较 2 组患者治疗前血淀粉酶、尿淀粉酶、脂肪酶比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗后 2 组以上指标较治疗前显著下降, 差异无统计学意义($P < 0.05$), 治疗后观察组患者以上指标显著低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 2 组患者炎症指标比较 2 组患者治疗前 WBC、CRP、内毒素、IL-6 指标比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗后以上指标 2 组较治疗前显著下降, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗后观察组患者以上指标显著低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者血淀粉酶、尿淀粉酶、脂肪酶比较($\bar{x} \pm s$, U/dL)

组别	血淀粉酶	血脂肪酶	尿淀粉酶
对照组($n=31$)			
治疗前	1 246.85 $\pm$ 312.45	2 515.64 $\pm$ 188.93	1 249.57 $\pm$ 314.24
治疗后	79.57 $\pm$ 13.55 *	153.24 $\pm$ 13.57 *	163.23 $\pm$ 12.57 *
观察组($n=31$)			
治疗前	1 247.11 $\pm$ 313.12	2 516.12 $\pm$ 189.68	1 251.56 $\pm$ 315.12
治疗后	57.84 $\pm$ 9.67 * Δ	92.45 $\pm$ 10.24 * Δ	121.35 $\pm$ 9.43 * Δ

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

表 3 2 组患者炎症指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	WBC($\times 10^9/L$)	CRP(mg/L)	内毒素(pg/mL)	IL-6(pg/mL)
对照组($n=31$)				
治疗前	16.75 $\pm$ 4.24	21.68 $\pm$ 4.67	2.17 $\pm$ 0.08	82.54 $\pm$ 10.46
治疗后	10.34 $\pm$ 2.14 *	9.35 $\pm$ 1.46 *	0.86 $\pm$ 0.04 *	51.42 $\pm$ 8.46 *
观察组($n=31$)				
治疗前	16.78 $\pm$ 4.25	22.12 $\pm$ 4.69	2.19 $\pm$ 0.09	82.57 $\pm$ 11.12
治疗后	7.82 $\pm$ 1.02 * Δ	5.62 $\pm$ 1.05 * Δ	0.57 $\pm$ 0.02 * Δ	34.64 $\pm$ 5.92 * Δ

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

2.3 2 组患者免疫功能指标比较 2 组患者治疗前 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 2 组较治疗前显著升高,CD8⁺ 则显著下降,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗后观察组患者以上指标显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者免疫功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组($n=31$)			
治疗前	36.13 $\pm$ 3.15	34.61 $\pm$ 2.89	1.04 $\pm$ 1.01
治疗后	40.12 $\pm$ 3.67 *	30.46 $\pm$ 2.34 *	1.56 $\pm$ 1.14 *
观察组($n=31$)			
治疗前	36.15 $\pm$ 3.16	34.58 $\pm$ 2.91	1.05 $\pm$ 1.02
治疗后	46.95 $\pm$ 3.84 * Δ	27.68 $\pm$ 2.14 * Δ	1.74 $\pm$ 1.37 * Δ

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

2.4 2 组患者疗效比较 完成治疗后观察组患者治愈率、治疗有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 2 组患者疗效比较

组别	治愈率(%)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	治疗有效率(%)
对照组($n=31$)	22.58	9	8	7	77.42
观察组($n=31$)	41.93 *	10	5	3	90.32 *

注:与对照组比较, * $P<0.05$

2.5 2 组患者药物不良反应比较 2 组患者不良反应发生率上比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 6。

表 6 2 组患者药物不良反应比较[例(%)]

组别	恶心呕吐	腹痛腹泻	头晕	不良反应
对照组($n=31$)	3(9.68)	3(9.68)	2(6.45)	8(25.81)
观察组($n=31$)	2(6.45)	2(6.45)	2(6.45)	6(19.35)

3 讨论

急性重症胰腺炎死亡率高,因胰蛋白酶大量活化,消化胰腺组织同时进入血液循环,作用在不同细胞上释放出大量血管活性物质,导致胰腺坏死,炎症反应和血管弥漫性损伤,血管张力出现变化,而这些变化会造成心血管等脏器功能异常^[10]。

中医认为,急性重症胰腺炎病机为阳明腑实证,即痞满燥实证,表现为心下闷塞坚硬、胸胁胀痛、肠有燥结、腹中硬满、疼痛拒按、大便不通^[11]。柴芩承气汤系由张仲景《伤寒论》中的经典名方大承气汤发展而来,其具有通里攻下、破痞除满、清热解毒、凉血活血作用。通里攻下能减少肠道菌群移位,防止肠源性感染,能减少内毒素吸收,维持肠道内稳定^[12],同时能降低腹腔内间隔综合征,能促进膈肌运动,促进呼吸功能恢复,能清空胃肠道,减少食糜刺激胆胰,利于胰腺炎性反应分泌。有报道称,柴芩承气汤能解除 Odd 括约肌痉挛,改善微循环,且有抗凝、抗血栓作用^[13]。柴胡性苦辛,归肝胆经,具有疏肝解郁、升举阳气;现代药理学称,柴胡有解热、抗炎、镇痛作用;其有效成分柴胡皂苷对感染等有确切疗效,其抗炎作用能通过降低毛细血管通透性,抑制白细胞游走,抑制肉芽组织增生,对中枢神经系统有明显抑制作用^[14]。黄芩性苦寒,归肺、脾胃经,具有

清热解毒、养阴退热作用;现代药理学称,黄芩能影响花生四烯代谢,抑制 IL-6、CRP 等生成,能减轻炎性反应递质扩张血管,增强血管通透性,且有白细胞趋化作用。大黄苦寒,具有清热凉血、攻积荡陈、清热泻火、逐瘀通经作用;现代药理学称,大黄有抗炎作用,能抑制胰腺分泌,改善胰腺微循环,能保护胃黏膜机械屏障,能增加肠蠕动,减少肠道内细胞和内毒素移位,减少全身炎性反应^[15]。枳实具有破气消积作用,现代医学证实该药物能调节平滑肌活动,能抑制血小板聚集,降低红细胞聚集,有抗炎、抗变态反应作用。厚朴辛温,能下气宽中,消积除满,现代医学证实该药物能抑制血小板聚集,松弛血管平滑肌,抗菌抗病毒,且有一定镇痛作用。芒硝具有消肿、泻下攻积、润燥软坚作用,且能增强大黄泻下导滞作用,其主要成分水硫酸钠能刺激肠道蠕动,抑菌,消肿利尿作用,促进肠道吸收,减少细菌移位,抑制炎性反应^[16]。

本研究结果显示,生长抑素加用柴芩承气汤治疗急性重症胰腺炎患者,完成既定治疗疗程后,患者血淀粉酶、尿淀粉酶、脂肪酶下降幅度明显高于仅采用生长抑素治疗的患者。奥曲肽能促进胰腺分泌素及其活性物质分泌,能减少脏器损伤,是治疗胰腺炎经典药物,结合柴芩承气汤通腑泻下、涤荡胃肠积滞,促使肠内细菌和毒素排出体外,减少内毒素分泌的能效^[17],提升了生长抑素改善患者消化酶系统改善效果。同时在 WBC、hs-CRP、内毒素、IL-6 上也明显下降,这和柴芩承气汤能清除氧自由基,抑制炎性物质分泌,对线粒体损伤有保护作用有关^[18]。有报道称,CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 是临床上常见的免疫指标,CD4⁺/CD8⁺ 比值能准确反映机体免疫功能^[19],本研究结果显示,加用柴芩承气汤后以上指标均得到显著改善,这说明辅助中药能提高免疫功能,这可能和改善胰腺缺血和微循环,胃肠蠕动功能增强,患者食欲增强,故抵抗力提高有关。且本研究中给药为经胃管进入,血药浓度高,无静脉给药首关效应,可和西药产生协同作用。故在治愈率和治疗有效率上显著提高,另外在恶心呕吐、腹痛腹泻、头晕等不良反应上无明显升高,这说明安全性高。

总之,柴芩承气汤以整体观、辨证论治为基础,有效干扰急性重症胰腺炎病情演变,能显著缓解胰腺炎症状,抑制胰腺分泌和消化,能抑制炎性反应,

减少炎性反应“瀑布效应”,是治疗急性重症胰腺炎重要补充,其能改善预后,且安全性高,具有不可替代趋势。

参考文献

- [1] 陈健. 柴芩承气汤治疗急性重症胰腺炎的临床体会[J]. 系统医学, 2017, 2(11): 127-129.
- [2] 方水秀, 骆勇. 芒硝塌渍联合柴芩承气汤治疗急性重症胰腺炎的临床研究[J]. 饮食保健, 2017, 4(7): 98-99.
- [3] 张卫红. 柴芩承气汤配合西药治疗重症急性胰腺炎并发肠功能障碍的疗效观察[J]. 陕西中医, 2015, 7(11): 1448-1449.
- [4] 路璐, 于洪海, 姚红梅等. 柴芩承气汤对重症急性胰腺炎免疫功能的影响[J]. 吉林中医药, 2016, 36(8): 784-786.
- [5] 党琳, 张晓芹, 刘芳, 等. 柴芩承气汤对重症急性胰腺炎并发肝损伤大鼠的治疗作用及其机制[J]. 中国应用生理学杂志, 2017, 33(6): 550-554, 后插 6.
- [6] 朱林, 陈亚忠. 早期肠内营养联合柴芩承气汤治疗重症急性胰腺炎的临床观察[J]. 世界中医药, 2017, 12(12): 3020-3022, 3026.
- [7] 刘建. 柴芩承气汤联合大黄芒硝外敷治疗急性胰腺炎临床疗效分析[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(23): 47-48.
- [8] 白首振. 柴芩承气汤联合常规西医疗法治疗急性胰腺炎并发肠功能障碍 32 例[J]. 中医研究, 2017, 30(3): 38-40.
- [9] 李红, 刘俊保, 姜艳梅. 柴芩承气汤治疗重症急性胰腺炎[J]. 中医学报, 2018, 33(12): 2454-2457.
- [10] 杨永宏, 王先兵, 唐娟, 等. 柴芩承气汤联合生长抑素治疗轻症急性胰腺炎疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(23): 134-135.
- [11] 张海燕. 柴芩承气汤治疗急性胰腺炎的临床疗效及安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(21): 36-37.
- [12] 高翔. 柴芩承气汤辅助治疗急性胰腺炎疗效观察[J]. 乐山师范学院学报, 2016, 31(8): 137-140.
- [13] 陈浩. 分析中西医结合治疗重症急性胰腺炎临床效果[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(14): 67.
- [14] 王惠霞. 柴芩承气汤佐治急性胰腺炎并发肠功能障碍 55 例疗效观察[J]. 国医论坛, 2016, 1(3): 43-44.
- [15] 孟丽. 早期应用柴芩承气汤治疗重症急性胰腺炎的效果观察[J]. 母婴世界, 2015, 2(4): 192-192, 193.
- [16] 戴蕾, 罗灵和, 江巧丽, 等. 加味柴芩承气汤联合穴位贴敷治疗急性胰腺炎的临床观察[J]. 中国现代医生, 2018, 56(13): 115-117, 122.
- [17] 闫凤. 清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎患者的有效性观察[J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(1): 20-22.
- [18] 任金涛, 康焰, 崔勇, 等. 大柴胡汤联合连续血液净化治疗急性重症胰腺炎疗效及对血清生化指标、免疫功能与炎症因子的影响研究[J]. 陕西中医, 2018, 39(2): 154-156.
- [19] 付瑜. 中药灌肠联合西药治疗急性重症胰腺炎临床研究[J]. 中医学报, 2017, 32(11): 2095-2098.

(2018-11-30 收稿 责任编辑: 杨觉雄)