

胰腺消炎汤对肝郁气滞型急性胰腺炎患者的临床疗效

杨 静, 田金媚, 田志颖, 焦可然, 陈玉梅*
(衡水市人民医院消化内科, 河北 衡水 053000)

摘要: **目的** 探讨胰腺消炎汤对肝郁气滞型急性胰腺炎患者的临床疗效。**方法** 156 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 78 例, 对照组采用常规治疗, 观察组在对照组基础上加用胰腺消炎汤, 疗程 14 d。检测临床疗效、中医证候评分、腹部胀痛缓解时间、血清淀粉酶活性恢复时间、血清指标 (CRP、IL-6)、肠黏膜功能指标 (I-FABP、D-乳酸、DAO)、并发症发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$), 腹部胀痛缓解时间、血清淀粉酶水平恢复时间更短 ($P<0.05$), 并发症发生率更低 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、CRP、IL-6、I-FABP、D-乳酸、DAO 降低 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。**结论** 胰腺消炎汤可安全有效地提高肝郁气滞型急性胰腺炎患者临床疗效, 减轻症状和炎症反应, 促进肠黏膜功能恢复。

关键词: 胰腺消炎汤; 常规治疗; 急性胰腺炎; 肝郁气滞; CRP; I-FABP; DAO

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2025)01-0345-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.01.058

急性胰腺炎是一种由酶原提前激活导致的疾病, 在临床上大多表现为上腹痛和胃肠道反应, 如恶心、呕吐等, 同时还可能伴随发热和血胰酶增高, 给患者带来严重不良感受^[1]。引发急性胰腺炎的因素较多, 包括不良饮食习惯、酗酒等, 但目前本病发病机制仍不明确^[2]。西医对急性胰腺炎主要采用对症治疗, 大多为抗生素, 从而发挥抑制胰腺分泌和抗感染的效果, 但效果并不理想, 容易出现腹胀等后遗症^[3-4]。中医将急性胰腺炎归属于“胃心痛”“心膈痛”“脾心痛”“结胸”范畴, 认为本病病位在于脾, 与肝胆联系紧密, 多因湿、热、瘀、毒蕴于中焦, 进而导致脾胃升降和肝胆疏泄功能失常^[5]。本研究探讨胰腺消炎汤对肝郁气滞型急性胰腺炎患者的临床疗效及对血清因子的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2018 年 9 月至 2022 年 8 月就诊于衡水市人民医院的 156 例急性胰腺炎患者, 随机分为对照组和观察组, 每组 78 例。其中, 对照组男性 42 例, 女性 36 例; 年龄 31~76 岁, 平均年龄 (55.10±12.09) 岁; 病理分型胆源性 58 例, 酒精性 11 例, 高血脂性 9 例, 而观察组男性 46 例, 女性 32 例; 年龄 28~71 岁, 平均年龄 (53.16±11.24) 岁; 病理分型胆源性 55 例, 酒精性 12 例, 高血脂性 11 例, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (2018-1-025)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 (急性胰腺炎) 符合《急性胰腺炎相应的

诊治指南》^[6] 标准, (1) 上腹部存在持续性急性腹痛, 同时有一定程度的腹膜炎体征; (2) 血清淀粉酶活性升高, 且在正常上限值的 3 倍以上; (3) 超声检查显示胰腺肿大且不均匀, 回声增强, 并存在一定程度的胰外浸润。

1.2.2 中医 (肝郁气滞型) 符合 2017 年版《急性胰腺炎相应的中医诊疗专家共识意见》^[7] 标准, 主证中上腹痛引及两胁, 腹胀得矢气则舒; 次证暖气, 呕吐恶心, 大便不畅、善太息; 舌淡而苔薄白, 脉弦紧或弦数。符合主证中的 2 项及次证中的 1 项, 结合舌脉即可辨证。

1.3 纳入、排除标准

1.3.1 纳入标准 (1) 符合“1.2”项下诊断标准; (2) 年龄 18~76 岁; (3) 发病时间 48 h 以内; (4) 患者及其家属了解本研究, 签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 (1) 合并恶性肿瘤或其他感染性疾病; (2) 存在严重胃肠道疾病或其他肝肾疾病; (3) 无法配合治疗; (4) 妊娠期、哺乳期妇女。

1.4 治疗手段 对照组给予常规治疗, 包括生命体征、血氧饱和度、脉搏、血糖、尿量监测, 膀胱测压法检测腹腔内压, 禁食, 早期液体复苏, 肠胃减压, 预防感染, 保障电解质、水、酸碱平衡, 微泵输注方式以 2 mL/h 注入含 6 mg 生长抑素 (山东新时代药业有限公司, 国药准字 H20058250, 3 mg) 的 50 mL 0.9% 氯化钠溶液, 静脉注射含 40 mL 奥美拉唑钠 (山东裕欣药业有限公司, 国药准字 H20173120, 20 mg) 的 0.9% 氯化钠溶液 100 mL, 每天 2 次, 连续治疗 14 d; 观察组在对照组基础上加用胰腺消炎汤, 组方药材木香 15 g、柴胡 15 g、炒莱菔子 30 g、白芍

收稿日期: 2023-12-13

基金项目: 衡水市科技计划项目 (2018014008Z)

作者简介: 杨 静 (1985—), 女, 硕士, 主治医师, 从事胰腺炎、胃肠肝病研究

* 通信作者: 陈玉梅 (1981—), 女, 硕士, 副主任医师, 从事胰腺炎研究。E-mail: cym031900@163.com

15 g、姜半夏 10 g、生大黄 15 g、黄芩 15 g、蒲公英 30 g、薏苡仁 30 g、甘草 6 g，加 500 mL 水煎煮，每天 1 剂，分早晚经胃管注入，并夹管 1 h，连续治疗 14 d。

1.5 指标检测

1.5.1 中医证候评分 主证（腹痛、腹胀）和次证（恶心呕吐、暖气、善太息、大便不畅）按照轻度、中度、重度，分别计为 2、4、6 分和 1、2、3 分，分值越高，中医证候越严重。

1.5.2 血清指标 抽取 2 组患者空腹静脉血各 5 mL，4 000 r/min 离心 10 min，分离血清，采用酶联免疫吸附试验检测 C 反应蛋白（CRP）、白介素 6（IL-6）水平，相关试剂盒均购于江苏碧云天高新技术有限公司，所有操作严格按照说明书进行。

1.5.3 肠黏膜功能指标 抽取 2 组患者空腹静脉血各 5 mL，2 900 r/min 离心 12 min，取上清液，在-20℃下保存，采用酶联免疫吸附试验检测肠型脂肪酸结合蛋白（I-FABP）水平，酶学分光光度试验检测 D-乳酸水平，分光光度试验检测二胺氧化酶（DAO）水平，相关试剂盒均购于武汉博士德生物科技有限公司，所有操作严格按照说明书进行。

1.5.4 并发症发生率 记录 2 组患者并发症发生情况，包括胰周感染、腹腔大出血、腹腔间室综合征、胰腺假性囊肿等，计算其发生率。

1.5.5 腹部胀痛缓解时间、血清淀粉酶活性恢复时间 观察 2 组腹部胀痛情况，记录其缓解时间。于治疗前和治疗

第 1、3、5、7 天抽取 2 组患者空腹静脉血各 5 mL，采用酶联免疫试验检测血清淀粉酶活性，相关试剂盒购于法国生物梅里埃公司，并记录其恢复时间。

1.6 疗效评价 参照文献 [7] 报道，（1）治愈，血清淀粉酶活性在 3 d 内恢复正常，腹部胀痛消失；（2）显效，血清淀粉酶活性在 4~5 d 内恢复正常，腹部胀痛明显减轻；（3）有效，血清淀粉酶活性在 6~7 d 内恢复正常，腹部胀痛有所改善；（4）无效，血清淀粉活性和腹部胀痛未达到有效水平。总有效率 = [（治愈例数+显效例数+有效例数）/总例数] ×100%。

1.7 统计学分析 通过 SPSS 25.0 软件进行处理，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 *t* 检验；计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验。以 *P*<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候评分 治疗后，2 组中医证候评分降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 1。

表 1 2 组中医证候评分比较（分， $\bar{x}\pm s$ ，*n*=78）

组别	治疗前	治疗后
对照组	16.40±3.29	4.78±1.27 [*]
观察组	16.29±3.31	2.31±0.56 ^{*#}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

2.2 临床疗效 观察组总有效率高于对照组（*P*<0.05），见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较 [例（%），*n*=78]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	31(39.74)	16(20.51)	20(25.64)	11(14.10)	67(85.90)
观察组	49(62.82)	18(23.08)	8(10.26)	3(3.85)	75(96.15) [#]

注：与对照组比较，[#]*P*<0.05。

2.3 腹部胀痛缓解时间、血清淀粉酶活性恢复时间 观察组腹部胀痛缓解时间、血清淀粉酶活性恢复时间短于对照组（*P*<0.05），见表 3。

2.4 血清指标 治疗后，2 组 CRP、IL-6 水平降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 4。

表 3 2 组腹部胀痛缓解时间、血清淀粉酶活性恢复时间比较（ $\bar{x}\pm s$ ，*n*=78）

组别	腹部胀痛缓解时间/d	血清淀粉酶活性恢复时间/d
对照组	5.26±1.21	6.25±1.36
观察组	3.19±0.77 [#]	4.37±0.93 [#]

注：与对照组比较，[#]*P*<0.05。

表 4 2 组血清指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ，*n*=78）

组别	CRP/(mg·L ⁻¹)		IL-6/(ng·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	23.16±4.09	14.39±1.51 [*]	72.95±11.24	31.06±7.41 [*]
观察组	22.16±3.87	8.59±1.03 ^{*#}	75.36±12.29	26.49±6.33 ^{*#}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

2.5 肠黏膜功能指标 治疗后，2 组 I-FABP、D-乳酸、DAO 水平降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 5。

表 5 2 组肠黏膜功能指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ，*n*=78）

组别	I-FABP/(ng·mL ⁻¹)		D-乳酸/(EU·mL ⁻¹)		DAO/(mg·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	434.16±102.17	193.64±37.98 [*]	4.23±0.49	3.26±0.45 [*]	3.64±0.71	2.98±0.42 [*]
观察组	425.69±98.36	135.46±26.79 ^{*#}	4.16±0.56	2.79±0.39 ^{*#}	3.58±0.56	2.68±0.35 ^{*#}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

2.6 并发症发生率 观察组并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$), 见表 6。

表 6 2 组并发症发生率比较 [例 (%), $n=78$]

组别	胰周感染	腹腔大出血	腹腔间室综合征	胰腺假性囊肿	总发生
对照组	9(11.54)	1(1.28)	9(11.54)	4(5.13)	23(29.49)
观察组	6(7.69)	0(0)	2(2.56)	4(5.13)	12(15.38) [#]

注: 与对照组比较, [#] $P<0.05$ 。

3 讨论

保守治疗是急性胰腺炎的主要治疗手段, 通过减轻患者体内炎症反应的剧烈程度, 保护组织脏器功能, 从而达到减轻机体症状、改善患者预后的目的^[8-9], 其中奥美拉唑钠、生长抑素常用于减轻本病症状和预后, 但效果不理想^[10-11]。近年来研究显示, 中医在急性胰腺炎的治疗中取得了较大进步。刘艳莉等^[12]报道, 加味小柴胡汤能缓解患者炎症反应, 改善肠黏膜屏障功能; 吴锦萍等^[13]发现, 大陷胸汤能通过调节多种信号通路来达到治疗急性胰腺炎的作用; 李君秋等^[14]研究表明, 大承气汤治疗急性胰腺炎效果较好。

中医认为, 治疗急性胰腺炎当以通腑泄热和通里攻下为主, 遵循“六腑以通为用”原则。本研究发现, 观察组总有效率高于对照组, 表明胰腺消炎汤中的组方药材能疏通胀气, 清腑泄热, 消除腹胀便秘、恶心呕吐等症状^[15]。现代药理研究显示, 柴胡有效成分柴胡皂苷 D 存在免疫调节、抗炎方面的作用; 生大黄能抑制巨噬细胞过度激活和血小板聚集, 进而达到抗菌消炎作用; 炒莱菔子也有较强抗菌活性^[16-18]; 本研究发现, 观察组腹部胀痛缓解时间和血清淀粉酶活性恢复时间均短于对照组, 可能是因为胰腺消炎汤中多种中药均有抗炎、抗菌作用, 对机体炎症反应有较强抑制作用, 进而促进肠道功能恢复, 缩短腹部胀痛时间。另外, 治疗后 2 组中医证候评分和炎症因子 IL-6、CRP 水平降低, 以观察组更明显, 提示该方对于机体炎症反应有较强的抑制作用, 可减轻临床症状。

研究表明, 当机体发生肠上皮细胞损伤或急性肠缺血时, I-FABP 水平会急剧升高; 当急性胰腺炎发生时, 患者会出现一定程度的血容量降低, 同时还会诱导血管收缩, 进而引发肠缺血^[19]; D-乳酸作为肠道细菌的一种代谢产物, 在肠黏膜受损时分泌量会上升, 并且其血清水平也能反应肠黏膜受损程度^[20]。本研究发现, 观察组 I-FABP、D-乳酸、DAO 水平低于对照组, 提示胰腺消炎汤能促进肠黏膜功能恢复, 可能是因为方中柴胡等中药具有抗炎、免疫调节作用; 观察组并发症发生率也低于对照组, 提示胰腺消炎汤可使病情恢复速度更快, 降低疾病继续发展、恶化的风险。

综上所述, 胰腺消炎汤可提高急性胰腺炎患者临床疗效, 减轻炎症反应, 促进肠黏膜功能恢复, 具有一定临床应用价值。

参考文献:

[1] 李幼生. 抗生素在重症急性胰腺炎治疗中的合理应用: 争议与进展[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(30): 2346-2348.

[2] Li W, Ou L, Fu Y, *et al*. Risk factors for concomitant infectious pancreatic necrosis in patients with severe acute pancreatitis; a systematic review and meta-analysis [J]. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*, 2022, 46(5): 101901.

[3] Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M, *et al*. ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis[J]. *Clin Nutr*, 2020, 39(3): 612-631.

[4] 陈美如, 张丽贤, 张莉. 低分子肝素联合奥曲肽对高脂血症性急性胰腺炎的治疗效果及对患者血脂的影响[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(24): 5547-5551.

[5] 赵哲, 胡仕祥, 管俊芳, 等. 基于关联规则和虚拟筛选技术的中医药治疗急性胰腺炎用药规律分析及活性成分预测[J]. 中药药理与临床, 2021, 37(4): 213-219.

[6] 王兴鹏, 李兆申, 袁耀宗, 等. 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.

[7] 张声生, 李慧臻. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(9): 4085-4088.

[8] Schepers N J, Hallensleben N D L, Besseling M G, *et al*. Urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography with sphincterotomy versus conservative treatment in predicted severe acute gallstone pancreatitis (APEC): a multicentre randomised controlled trial[J]. *Lancet*, 2020, 396(10245): 167-176.

[9] 陈法喜, 丁自超, 张建峰, 等. 多学科非手术诊治重症急性胰腺炎合并多发消化道瘘[J]. 医学研究生学报, 2021, 34(8): 853-855.

[10] 刘敏. 醋酸奥曲肽注射液联合注射用奥美拉唑钠治疗急性胰腺炎的效果分析[J]. 中国实用医药, 2021, 16(18): 149-151.

[11] 陈琴芳. 芒硝外敷联合生长抑素在急性胰腺炎患者护理中的应用效果[J]. 沈阳药科大学学报, 2021, 38(S1): 101.

[12] 刘艳莉, 杨媛媛, 吴楚珍. 加味小柴胡汤对老年急性重症胰腺炎炎症因子及肠道黏膜屏障功能的影响[J]. 贵州师范大学学报(自然科学版), 2023, 41(1): 105-109.

[13] 吴锦萍, 余娜, 陈晓碟, 等. 大陷胸汤治疗急性胰腺炎的网络药理学和分子对接研究[J]. 免疫学杂志, 2022, 38(9): 737-744; 752.

[14] 李君秋, 肖铁刚, 曹红燕, 等. 大承气汤治疗急性胰腺炎的临床疗效观察与分析[J]. 中华危重病急救医学, 2022, 34(1): 91-94.

[15] 张敏, 张丹, 屈冲, 等. 自拟胰腺消炎汤联合西药治疗急性胰腺炎临床疗效及不良反应观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 17(2): 84-85.

[16] 胡乃华. 综合脂质组学和转录组学研究揭示柴胡皂苷 A 和 D 对非酒精性脂肪肝的治疗作用[J]. 天然产物研究与开发, 2022, 34(2): 262.

- [17] 葛 旭, 王国兴. 生大黄保留灌肠联合乌司他丁对脓毒症合并 MODS 患者免疫内稳态及炎症水平的影响[J]. 医学综述, 2022, 28(9): 1795-1800.
- [18] 高 磊, 张 茜, 盛华刚, 等. 炒莱菔子中萝卜苷、芥子碱硫酸盐在肠道菌群体外代谢的研究[J]. 中成药, 2022, 44(7): 2396-2400.
- [19] De-Madaria E, Buxbaum J L, Maisonneuve P, et al. Aggressive or moderate fluid resuscitation in acute pancreatitis[J]. *N Engl J Med*, 2022, 387(11): 989-1000.
- [20] 赵铮铮, 吴露霞, 虞哲科, 等. 果胶铋联合铝碳酸镁对小肠黏膜损伤患者肠黏膜屏障功能、肠道菌群的影响[J]. 中国医师杂志, 2023, 25(5): 756-759.

清金化痰方对铜绿假单胞菌定植支气管扩张症患者的临床疗效

金 健, 王 倩, 王芹丹, 楼 佳
(义乌市第二人民医院呼吸内科, 浙江 义乌 322000)

摘要: **目的** 探究清金化痰方对铜绿假单胞菌定植支气管扩张症患者的临床疗效。**方法** 102 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 51 例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上给予清金化痰方, 疗程 14 d。检测临床疗效、肺功能指标 (FEV1、FEV1/FVC)、血常规 (WBC、hs-CRP、NEU)、细胞因子 (TNF- α 、IL-6、IL-8)、MMP-9、MCP-1 变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组肺功能指标升高 ($P<0.05$), 血常规、细胞因子、MMP-9、MCP-1 降低 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。**结论** 清金化痰方可改善铜绿假单胞菌定植支气管扩张症患者肺功能, 减轻炎症反应, 降低 MMP-9、MCP-1 水平。

关键词: 清金化痰方; 常规治疗; 支气管扩张症; 铜绿假单胞菌

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2025)01-0348-03
doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.01.059

支气管扩张症是一种炎症性、慢性支气管病变, 临床表现以慢性咳嗽、咳嗽及复发性感染为主, 在炎症刺激下支气管黏膜及周围肺组织出现破坏、增生, 逐渐出现肺纤维化, 并且影像学可见支气管管腔不可逆扩张^[1-2]。细菌定植是支气管扩张症常见病因, 以铜绿假单胞菌多见, 也是导致支气管扩张症病情加重、肺功能下降以及病死风险增加的独立危险因素, 故及时有效地清除该病因对治疗支气管扩张症尤为关键^[3-4]。

目前, 西医治疗铜绿假单胞菌定植主要采用大环内酯类药物, 效果良好, 但长期应用带来的菌群失调、细菌耐药、不良反应等问题不容忽视^[5]。研究表明, 中医治疗铜绿假单胞菌定植支气管扩张症安全有效^[6], 认为本病以虚证为主, 常兼痰热, 临床症状有咳嗽、咯血、口干、黄脓痰、便干等。清金化痰方具有清痰热、抗菌功效, 并可调节炎症因子, 改善咳嗽、咯痰等症状, 具有独特的优势, 故本研究探讨该方对治疗铜绿假单胞菌定植支气管扩张症患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020 年 3 月至 2022 年 3 月收治于义乌市第二人民医院的 102 例铜绿假单胞菌定植支气管扩张症患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 51 例。其中, 对照组男性 32 例, 女性 19 例; 年龄 24~74 岁, 平均

年龄 (55.67 $\pm$ 8.27) 岁; 病程 1~6 年, 平均病程 (3.27 $\pm$ 0.89) 年, 而观察组男性 31 例, 女性 20 例; 年龄 27~73 岁, 平均年龄 (56.31 $\pm$ 7.83) 岁; 病程 1~7 年, 平均病程 (3.34 $\pm$ 0.74) 年, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 (支气管扩张症)

参照《成人支气管扩张症诊治专家共识 (2012 版)》^[7] 标准, 痰液培养显示有铜绿假单胞菌。

1.2.2 中医 (肺热脾虚证)

包括咳痰, 咳嗽, 食少纳呆, 体倦乏力, 痰色黄或白, 腹胀, 自汗, 气短, 面色黄; 舌淡, 舌边有齿痕, 苔白腻, 脉弦滑无力^[8]。

1.3 纳入标准

①辨证为肺热脾虚证; ②伴铜绿假单胞菌定植; ③患者了解本研究, 签署知情同意书。

1.4 排除标准

①由于肺间质纤维化、肺结核等疾病诱发的支气管扩张症; ②对本研究药物过敏; ③肝肾功能严重异常; ④严重精神疾病; ⑤恶性肿瘤。

1.5 治疗手段

1.5.1 对照组

给予常规治疗, 包括口服盐酸氨溴索片 (山东裕欣药业有限公司, 国药准字 H20163194), 每天 3 次, 每次 30 mg; 静脉滴注盐酸左氧氟沙星注射液 (扬子江药业集团有限公司, 国药准字 H19990324), 每天 1 次,