

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2015.04.05

大承气汤联合西医疗重急性胰腺炎的疗效 及其对肠黏膜屏蔽功能的影响

钟雄利, 谭小燕, 任伟旺, 许超贵

(广东省茂名市人民医院 消化二科, 广东 茂名 525000)

摘要: [目的] 考察大承气汤联合西医疗重急性胰腺炎(SAP)的疗效及其对肠黏膜屏蔽功能的影响。 [方法] 将入院治疗的 SAP 患者 80 例随机分为研究组和对照组, 每组各 40 例。对照组给予常规西医内科治疗, 研究组在此基础上给予大承气汤治疗, 比较 2 组患者治疗 1 周后症状和体征、腹内压力(IAP)、免疫球蛋白 A(IgA)、白细胞介素 6(IL-6)及二胺氧化酶(DAO)的变化。 [结果] 治疗 1 周后研究组阳性症状和阳性体征率分别为 40.0% 和 35.0%, 均显著低于对照组的 75.0% 和 70.0% ($P < 0.05$)。治疗前 2 组 IAP、DAO、IL-6 和 IgA 差异无统计学意义。治疗 1 周后, 2 组 IAP、DAO、IL-6 和 IgA 均显著降低 ($P < 0.05$), 但研究组 IAP、DAO、IL-6 和 IgA 均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。 [结论] 大承气汤联合西医可以有效改善 SAP 患者的临床症状, 有利于肠黏膜屏蔽功能恢复和调节炎症免疫反应, 具有临床应用价值。

关键词: 重症急性胰腺炎; 大承气汤; 肠黏膜; 屏蔽功能

中图分类号: R657.51 **文献标志码:** A **文章编号:** 1671-038X(2015)04-0242-03

Clinical effect of Dachengqi decoction combined with western medicine on intestinal barrier function in the treatment of severe acute pancreatitis

ZHONG Xiong-li, TAN Xiao-yan, REN Wei-wang, XU Chao-gui

(Department of Gastroenterology, The People Hospital of Mao Ming, Mao Ming 525000, China)

Corresponding author: ZHONG Xiong-li, E-mail: 64165142@qq.com

Abstract: [Objective] To evaluate the clinical efficacy of Dachengqi decoction combined with western medicine on intestinal barrier function in the treatment of severe acute pancreatitis(SAP). [Methods] A total of 80 patients with SAP were randomly divided into study group and control group, with 40 patients in each group. Patients in control group were treated by routine western medicine therapy. Patients in research group were treated by Dachengqi decoction. The symptoms and signs, abdominal pressure, DAO, IL-6, and IgA were compared between the two groups. [Results] After treatment for a week, the rate of positive symptoms and signs was 40.0% and 35.0% in research group, which was lower than that of 75.0% and 70.0% in control group ($P < 0.05$). Before treatment, IAP, DAO, IL-6, and IgA was no significant difference between the two groups. Which was all decreased in the two groups ($P < 0.05$). Which was lower in research group than that in control group ($P < 0.05$). [Conclusion] Dachengqi decoction combined with western medicine can effectively improve the clinical symptoms of patients with SAP, and which was conducive to recovery intestinal mucosa barrier function and regulate inflammatory immune response. It had clinical value.

Key words: severe acute pancreatitis; Dachengqi decoction; intestinal mucosa; barrier function

胰腺炎的发生机理尚不完全明确, 但患者常有胆道疾病史或过量饮酒史, 这是发病的重要诱因。

大部分胰腺炎为轻型胰腺炎或自限性胰腺炎, 然而约有 25% 的胰腺炎患者病情会进展为重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)^[1]。SAP 是指存在胰腺坏死或(和)多器官功能衰竭的胰腺疾病。其起病快、进展迅速、并发症多且病情复杂, 具有较

收稿日期: 2014-11-06

作者简介: 钟雄利, 主治医师, 本科, 研究方向: 消化内科

通讯作者: 钟雄利, E-mail: 64165142@qq.com

高的病死率^[2-3]。对于 SAP 的治疗包括手术治疗和药物治疗,由于手术治疗具有一定的风险且术后并发症多、恢复较慢且对患者生理状态具有较高要求,因此临床应用受限^[4]。西医药物治疗包括抑制胰腺分泌、抗炎、胃肠减压,然而单用药物治疗临床效果较差或治疗时间较长^[5]。已有研究证实中西医结合治疗 SAP 具有较好的临床疗效^[6-7],然而对于其作用机理的研究较少。因此,探讨大承气汤结合西医治疗 SAP 的疗效及其对肠黏膜屏障功能的影响,为中西医结合治疗提供一定的理论依据,具有重要意义。

表 1 2 组患者一般资料的比较

组别	例数	男/女	年龄/岁	发病至入院时间/h	发病原因		
					暴饮暴食	饮酒	不明原因
研究组	40	30/10	53.8±10.3	11.7±8.3	22	14	4
对照组	40	32/8	54.6±10.8	12.6±8.6	20	16	4

1.2 方法

2 组患者均采用内科常规治疗措施:①给予 24 h 重症监护,进行禁食、胃肠减压等治疗。②采取补液扩容措施,以达到保持有效的血容量、调节患者体内电解质平衡及酸碱平衡的治疗目的。③抑制胃酸和胰液的分泌。④静脉滴注硝基咪唑类、喹诺酮类抗生素进行抗感染治疗。⑤给予营养支持。研究组在常规西医治疗的基础上再进行中医治疗,加用大承气汤(生大黄 15 g、柴胡 15 g、黄芩 10 g、白芍 10 g、芒硝 10 g、厚朴 10 g、枳实 10 g),加水煎煮,熬汁至 150 ml,将其通过胃管注入研究组患者的体内,每日早晚各注入 1 次,每次 150 ml。自研究组患者住院 24 h 后开始给予,连续治疗 3 周。对照组:将 150 ml 的生理盐水经胃管注入体内。观察 2 组患者治疗前后的血常规、腹压和黏膜功能、临床症状及体征,于治疗 1 周后对 2 组患者的临床治疗效果进行综合判断。

1.3 检测方法

检测治疗前、治疗后 1 周 2 组患者的腹内压(IAP)、免疫球蛋白 A(IgA)、白细胞介素 6(IL-6)及二胺氧化酶(DAO)的水平。IAP 的检测采用膀胱压法:患者取仰卧位,使腹肌保持松弛,将传感器放于腋中线位置并调零,测量呼吸末压力的大小。IgA 及 IL-6 的水平采用 ELISA 法检测,DAO 采用分光光度法检测。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 16.0 软件分析,计数资料采用 χ^2 检

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2012 年 6 月~2014 年 6 月收治的 80 例 SAP 患者,均符合《中国重症急性胰腺炎诊治指南(草案)》(2003)中的诊断标准^[8],且均经增强 CT 扫描确诊。采用随机数字表法将其分为研究组和对照组,每组各 40 例。本研究方案取得我院伦理委员会批准,所有入选者本人或家属均对本研究知情且签署了知情同意书。2 组患者在性别、年龄、发病至入院时间、发病原因等方面差异均无统计学意义,具有可比性。见表 1。

验,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗后症状和体征比较

治疗 1 周后研究组阳性症状和阳性体征率分别为 40.0% 和 35.0%,均显著低于对照组的 75.0% 和 70.0% ($P<0.05$)。

2.2 2 组患者治疗前后 IAP 和 DAO 水平比较

治疗前 2 组患者的 IAP 和 DAO 差异无统计学意义。治疗 1 周后 2 组 IAP 和 DAO 水平均显著降低 ($P<0.05$),但研究组 IAP 和 DAO 水平均显著低于对照组 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后 IAP 和 DAO 水平比较

分组	例数	时间	水平比较		$\bar{x} \pm s$
			IAP/mmHg	DAO/(U·ml ⁻¹)	
研究组	40	治疗前	17.2±2.0		5.2±1.9
		治疗后	14.3±1.2 ¹⁾²⁾		3.8±1.0 ¹⁾²⁾
对照组	40	治疗前	17.3±1.8		5.1±1.8
		治疗后	15.0±1.3 ¹⁾		4.4±0.9 ¹⁾

与本组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组治疗后比较,²⁾ $P<0.05$ 。

2.3 2 组患者治疗前后 IL-6 和 IgA 水平的比较

治疗前 2 组患者的 IL-6 和 IgA 水平差异无统计学意义。治疗 1 周后 2 组 IL-6 和 IgA 水平均显著降低 ($P<0.05$),但研究组 IL-6 和 IgA 水平均显

著低于对照组($P < 0.05$),见表3。

表3 2组患者治疗前后 IL-6 和 IgA 水平比较

分组	例数	例数	IL-6/(ng · L ⁻¹)	IgA/(g · L ⁻¹)
研究组	40	治疗前	260.7 ± 59.2	4.1 ± 1.1
		治疗后	190.4 ± 32.5 ¹⁾²⁾	2.6 ± 0.6 ¹⁾²⁾
对照组	40	治疗前	261.6 ± 50.3	4.2 ± 1.2
		治疗后	222.3 ± 38.2 ¹⁾	3.2 ± 0.7 ¹⁾

与本组治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

重症急性胰腺炎(SAP)起病迅速,病情进展快,虽然人们对SAP的认识不断深入和治疗手段的不断进步,其病死率仍然高达10%~30%^[2-3]。由于手术治疗适应证较少且术后不良反应较多,所以临床应用较少。因此,合理的药物治疗手段对于SAP的治疗效果具有重要的意义。SAP患者的病死率与胰腺炎导致的腹内高压和全身性严重反应密切相关^[9],腹内压影响SAP患者生理功能的机制可能有以下4个方面^[10]:①降低肠系膜动脉灌注;②直接压迫肠系膜静脉导致静脉高压;③导致肠道缺血坏死;④破坏肠系膜的氧化还原状态。由高腹内压导致的肠道黏膜损伤会增加内毒素的通透性和肠内细菌的转移,进而释放更多的炎性递质^[11]。可见降低腹内压力是治疗SAP的关键步骤之一。

通过组间比较可知研究组显著优于对照组,提示中西医结合治疗SAP疗效确切且见效更快。研究证实,2组患者开始治疗1周后腹内压力和血清DAO水平均显著降低,提示2种治疗方案均可显著改善患者的腹内压力和黏膜功能,而研究组各时段内的腹内压力和黏膜功能水平显著优于对照组。其原因是大承气汤中的大黄不仅可以促进患者的肠道蠕动和功能恢复,还可以改善患者的肠麻痹现象,同时方中的柴胡和枳实具有加速小肠蠕动,清热下火的功效^[12],因此可以更好的改善患者的腹内压,进而改善了患者的肠黏膜屏蔽功能。大承气汤方中的大黄还具有抑制SAP患者胰白酶、胃蛋白酶等多种损伤肠黏膜的生理活性水平,从而达到改善SAP患者腹内压和黏膜屏蔽功能水平。研究证实,研究组患者的血清IL-6和IgA水平显著低于对照组,提示在SAP患者的治疗中加用大承气汤可以显著改善患者的炎症水平和免疫水平,其原因是:①大承气汤可有效改善SAP患者的腹内压力和黏膜屏蔽功能,

使内毒素通透性降低且肠内细菌无法转移至肠外;②大黄本身具有抑制炎症反应的作用^[13]。由于IgA主要来自肠黏膜,因此血清IgA不仅可以作为患者体内免疫水平的指标,还可以作为肠黏膜通透性的检测指标。

综上所述,大承气汤联合西医可以有效改善SAP患者的临床症状,有利于肠黏膜屏蔽功能恢复和调节炎症免疫反应,临床疗效显著。

参考文献

- [1] 邢正云, 顾伟, 吴丽芳. 连续血液净化疗法在重症急性胰腺炎中的应用[J]. 安徽医学, 2011, 32(3):314-316.
- [2] 陈凡, 戴义娟, 洪瑞玲, 等. C反应蛋白及血细胞比容检测在预测重症急性胰腺炎中的临床价值[J]. 安徽医学, 2011, 32(6):733-735.
- [3] TALUKDAR R, VEGE S S. Early management of severe acute pancreatitis[J]. Current Gastroenterology Reports, 2011, 13:123-130.
- [4] BRISINDA G, VANELLA S, CROCCO A, et al. Severe acute pancreatitis: advances and insights in assessment of severity and management[J]. European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 2011, 23:541-551.
- [5] WITTAU M, MAYER B, SCHEELE J, et al. Systematic review and meta-analysis of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis[J]. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2011, 46:261-270.
- [6] 李贺, 项和平. 急性重症胰腺炎治疗进展[J]. 安徽医学, 2010, 31(11):1381-1382.
- [7] 张大鹏, 崔乃强, 李岩, 等. 重症急性胰腺炎中西医结合治疗自然病程观察[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2011, 17(3):235-239.
- [8] 张圣道, 雷若庆. 重症急性胰腺炎诊治指南[J]. 中华外科杂志, 2007, 45(11):727-729.
- [9] KE L, NI H, SUN J, et al. Risk factors and outcome of intra-abdominal hypertension in patients with severe acute pancreatitis[J]. World Journal of Surgery, 2012, 36:171-178.
- [10] 程君涛, 李小毅, 冯智, 等. 腹内高压对肠黏膜氧化还原状态的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2009, 17(26):2673-2678.
- [11] 马安新. 重症急性胰腺炎肠屏障功能障碍的相关研究[J]. 医学理论与实践, 2014, 27(16):2165-2166.
- [12] 邹劲林, 李振东, 袁琦文. 大承气汤联合针灸治疗对腹部手术后肠道功能恢复的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(3):152-154.
- [13] 余秀文, 杨润芝. 大黄对重症急性胰腺炎患者血清IL-15、IL-18影响的研究[J]. 安徽医学, 2013, 34(3):285-287.