

引用:景海波,周松阳,朱桂祥.清胰方对高脂血症性胰腺炎患者的临床疗效及免疫功能的影响[J].湖南中医杂志,2021,37(5):66-68.

清胰方对高脂血症性胰腺炎患者的临床疗效及免疫功能的影响

景海波,周松阳,朱桂祥

(南京中医药大学附属中西医结合医院,江苏 南京,210028)

[摘要] 目的:观察清胰方对高脂血症性胰腺炎(HLP)患者的临床疗效及免疫功能的影响。方法:将 80 例 HLP 患者随机分为治疗组和对照组,每组各 40 例。对照组予西医常规治疗,治疗组在对照组基础上加用清胰方治疗,疗程均为 7 d。比较 2 组治疗前后中医证候(腹胀腹痛、恶心呕吐、身热、大便不通、舌红、脉滑数)积分、急性生理与慢性健康(APACHE II)评分及实验室指标[三酰甘油(TG)、白细胞(WBC)、C 反应蛋白(CRP)、免疫球蛋白 G(IgG)、免疫球蛋白 M(IgM)、免疫球蛋白 A(IgA)]的变化。结果:2 组治疗前后中医证候积分、APACHE II 评分及 TG、WBC、CRP、IgG、IgM、IgA 水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:清胰方可以有效改善 HLP 患者的中医证候积分和 APACHE II 评分,降低炎症因子水平,调节机体免疫功能,提高临床疗效。

[关键词] 高脂血症性胰腺炎;中西医结合疗法;清胰方

[中图分类号] R269.575+.1 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.022

近年来,随着我国生活水平的提高以及饮食结构的改变,由脂质代谢紊乱所导致的高三酰甘油血症呈逐年递增趋势^[1],而由高三酰甘油血症诱发的急性胰腺炎也越来越多。流行病学调查显示,高脂血症性胰腺炎(hyperlipemic pancreatitis, HLP)约占胰腺炎的 2.3%~25.6%^[2]。调查显示,我国 HLP 的发病率已超过酒精性胰腺炎,仅次于胆源性胰腺炎,居第二位^[3]。其发病比较急骤、进展迅速,常累及其他器官而出现多脏器功能障碍、败血症等,危及患者生命^[4]。目前,本病的西医治疗措施主要是降脂、抗感染、抑制消化液分泌、改善循环、纠正血容量等,但是在用药安全性及预后方面存在不足。笔者采用科室协定方清胰方治疗 HLP 40 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 6 月至 2019 年 6 月本院收治的 HLP 患者 80 例,按照随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 40 例。治疗组中,男 29 例,女 11 例;年龄 33~67 岁,平均(46.5±7.2)岁;轻型 36 例,重型 4 例。对照组中,男 31 例,女 9 例;年龄 31~69 岁,平均(47.1±6.8)岁;轻型 35 例,重型 5 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。本研究已获

得我院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《实用重症医学》^[5]中相关诊断标准。1)临床表现:上腹痛并呈背部放射,同时伴有发热、恶心呕吐等;2)血淀粉酶和(或)脂肪酶超过正常值高限 3 倍以上;3)CT 或 MRI 提示有急性胰腺炎的特征性改变;4)三酰甘油(TG)水平 $> 11.3 \text{ mmol/L}$, 或 $5.65 \text{ mmol/L} < \text{TG} < 11.3 \text{ mmol/L}$ 但血清为脂血。符合上述前 3 项中任意 2 项+第 4 项即可确诊。

1.2.2 中医辨证标准 参照《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见》^[6]中腑实热结证的辨证标准拟定。主症:1)上腹部疼痛;2)存在痞满燥实征象;3)小便短赤;4)大便秘结。次症:1)口干舌燥;2)恶心呕吐;3)腹胀。舌脉:舌红、苔黄,脉滑数或洪大。主、次症中均有任意 1 项,结合舌脉即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;2)年龄 20~70 岁;3)近 3 个月未参加其他药物临床研究;4)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)其他类型胰腺炎或合并肠道肿瘤、肠梗阻等;2)严重心、肝、肾等其他系统疾病;3)妊娠期或哺乳期妇女;4)患有精神疾病或依从性差,无法积极配合治疗。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。参照《急性胰腺炎诊治指南(2014 版)》^[7]中的相关治疗原则给予对症支持治疗,包括禁食、胃肠减压、补液、抗感染、营养支持、抑制消化液分泌等措施。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用清胰方治疗。方药组成:大黄 15 g,茵陈 15 g,柴胡 10 g,黄芩 10 g,丹参 10 g,牡丹皮 10 g,白芍 10 g,木香 6 g,白术 10 g。每天 1 剂,煎煮 400 ml,分早晚温服。

2 组疗程均为 7 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候积分。参照《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[8]中有关标准,观察腹胀腹痛、恶心呕吐、身热、大便不通、舌红、脉滑数等症状,采用 4 级评分法,按无、轻、中、重程度分别计为 0、1、2、3 分。2)急性生理与慢性健康(APACHE II)评分。总分 71 分,分值越高提示病情越重^[9]。3)实验室指标。抽取治疗前后患者空腹静脉血 5 ml,测定 TG、白细胞(WBC)、C 反应蛋白(CRP)水平。采用流式细胞分析仪测定免疫球蛋白 G(IgG)、免疫球蛋白 M(IgM)、免疫球蛋

白 A(IgA)水平。

3.2 统计学方法 应用 SPSS 20.0 统计软件对数据进行分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 *t* 检验。*P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组治疗前后中医证候积分、APACHE II 评分比较 2 组中医证候积分、APACHE II 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组治疗前后中医证候积分、APACHE II 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	中医证候积分	APACHE II 评分
治疗组	40	治疗前	14.02±3.31	23.08±4.64
		治疗后	6.33±1.58 ^{ab}	10.46±3.66 ^{ab}
对照组	40	治疗前	13.96±3.28	22.83±4.37
		治疗后	9.17±1.95 ^a	15.32±3.71 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^b*P*<0.05。

3.3.2 2 组治疗前后实验室指标水平比较 2 组 TG、WBC、CRP、IgG、IgM、IgA 水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后实验室指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	TG(mmol/L)	WBC(10 ⁹ /L)	CRP(mg/L)	IgG(g/L)	IgM(g/L)	IgA(g/L)
治疗组	40	治疗前	13.62±3.88	17.14±3.77	98.76±23.65	14.66±4.42	2.29±0.85	2.91±0.57
		治疗后	2.48±1.29 ^{ab}	7.35±2.45 ^{ab}	11.92±4.78 ^{ab}	24.32±2.91 ^{ab}	4.18±0.68 ^{ab}	4.57±0.65 ^{ab}
对照组	40	治疗前	13.50±3.72	16.93±3.98	95.15±22.72	14.53±4.27	2.31±0.83	2.97±0.53
		治疗后	5.17±1.33 ^a	10.62±2.39 ^a	26.32±5.23 ^a	19.92±2.13 ^a	3.61±0.55 ^a	3.82±0.61 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^b*P*<0.05。

4 讨 论

HLP 从本质上来说是多种炎症因子参与级联炎症反应所致。HLP 患者炎症细胞异常激活后造成胰腺细胞凋亡,导致病情快速恶化,其免疫功能障碍也是导致病情进展并持续加重的重要原因。因此,如何有效、快速地改善机体炎症状态、恢复免疫功能对于 HLP 的治疗至关重要。中医古籍中并无 HLP 病名,根据其临床症状归属于“腹痛”“胁痛”“脾心痛”等范畴。诸多医家认为本病以湿热蕴肠、痰瘀互结为基本病机,脏腑湿热为发病根本,饮食不调为主要诱发因素。本研究使用的清胰方可清热化痰、行气止痛。方中茵陈、黄芩清热燥湿,功在祛除痰湿之邪;丹参、牡丹皮活血祛瘀,功在祛除瘀热之邪;大黄泻热化痰止痛,助丹参、牡丹皮行气散瘀;柴胡、白芍、木香相伍行气止痛,助上药泻热

祛瘀;白术燥湿止泻、补中扶正。诸药相伍,补中有泻、泻中寓补,相辅相成,标本兼治。现代研究证实,大黄素可以有效降低 TG、调节血液流变、改善血液黏稠度;白芍具有抗菌、调节免疫的作用;黄芩苷可以抑制肠道细菌、减少细胞因子与活性物质^[10-11]。

本观察结果显示,在西医常规治疗的基础上加服清胰方可有效改善 HLP 患者的中医证候积分和 APACHE II 评分,纠正炎症状态,提高免疫功能。但是其具体作用机制尚需要进一步的动物实验和临床研究。

参考文献

[1] 左丽婷,陈建,张海蓉.高脂血症性胰腺炎的研究进展[J].中国全科医学,2017,20(9):1141-1146.
[2] 郑亚民,李嘉,李昂,等.急性胰腺炎病因学变化趋势和对策的研究进展[J].医学研究杂志,2011,40(4):140-143.

引用:许可依,龙衍,王智浩,唐建清. 中药保留灌肠联合脐敷治疗癌性不完全性肠梗阻 30 例[J]. 湖南中医杂志,2021,37(5):68-70.

中药保留灌肠联合脐敷 治疗癌性不完全性肠梗阻 30 例

许可依¹,龙 衍¹,王智浩¹,唐建清²

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南省中医药研究院附属医院,湖南 长沙,410006)

[摘要] 目的:观察中药保留灌肠联合脐敷治疗癌性不完全性肠梗阻的临床疗效。方法:将 60 例癌性不完全性肠梗阻患者随机分为 2 组,对照组 30 例采用西医常规治疗,治疗组 30 例在对照组的基础上加中药保留灌肠联合脐敷治疗,疗程均为 7 d。观察 2 组综合疗效及排气、排便、腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状的改善情况,并进行评分。结果:总有效率治疗组为 90.0%(27/30),高于对照组的 66.7%(20/30),差异有统计学意义($P<0.05$);2 组治疗后中医证候积分均较治疗前下降,且治疗组下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:中药保留灌肠联合脐敷治疗可有效改善癌性不完全性肠梗阻的临床症状,提高治疗效果。

[关键词] 癌性不完全性肠梗阻;中西医结合疗法;中药保留灌肠;脐敷

[中图分类号] R259.742 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.023

癌性肠梗阻即原发性或转移性恶性肿瘤导致的肠道梗阻,是恶性肿瘤的常见并发症,在癌症患者中的发生率约为 3%~6%^[1],平均生存期<4 个月^[2]。其中,不完全性肠梗阻的总病死率为 8%~13%,且目前尚无以阻止其形成的方法^[3]。不完全性肠梗阻作为肠梗阻的初始阶段,可进一步转变为完全性肠梗阻,并出现电解质紊乱、酸碱失衡、循环血容量减少、细菌毒素入血、感染、中毒等一系列严重症状,病情严重时引起多器官功能衰竭,最终导致休克、死亡。

中医学认为,恶性肠梗阻以“痛”“呕”“胀”

“闭”四大症为特点,属于“关格”“肠结”“积聚”“腹痛”“肠痹”等范畴。目前,中医药在辅助治疗癌性不完全性肠梗阻方面被证实有效,但治疗方法单一,存在一定的局限性,难以在临床中得到广泛推广。唐建清主任医师应用中药保留灌肠联合脐敷治疗癌性不完全性肠梗阻 30 例,效果较佳,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2020 年 1~8 月于湖南省中医药研究院附属医院住院的癌性不完全性肠梗阻患者 60 例。将其随机分为治疗组与对照组,每组

第一作者:许可依,女,2018 级硕士研究生,医师,研究方向:中西医结合防治恶性肿瘤

通讯作者:唐建清,男,主任医师,研究方向:中西医结合防治恶性肿瘤,E-mail:13874988901@163.com

[3] 张娜. 近 10 年急性胰腺炎病因变化特点的 Meta 分析[D]. 太原:山西医科大学,2016.

[4] 王晓涛,杨春伟,王长友,等. 胰岛素联合血浆置换治疗急性高脂血症性胰腺炎对症状改善、APACHE II 及炎症因子的影响[J]. 中国临床研究,2016,29(11):1513-1515.

[5] 刘大为. 实用重症医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:669.

[6] 中华中医药学会脾胃病分会. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J]. 中华中医药杂志,2013,28(6):1827-1831.

[7] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 急性胰腺炎诊治指南(2014 版)[J]. 中国消化外科杂志,2015,14(1):1-5.

[8] 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.

[9] KNAUS WA, DRAPER EA, WAGNER DP, et al. APACHE II: a severity of diseases classification system[J]. Crit Care Med, 1985, 13(10):818-829.

[10] 杜梨,袁斌,张百霞,等. 基于“中药作用机理辅助解析系统”的大黄抗高血脂作用机制研究[J]. 中国中医杂志,2015,40(19):3703-3708.

[11] 杨国红,朱沛文,王晓. 中医辨证四联疗法治疗急性胰腺炎的临床疗效及对血清炎症因子的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志,2015,22(5):499-503.

(收稿日期:2020-11-14)