

中西医结合治疗急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻的临床观察

高敏 王微 符思

【摘要】 目的 观察在西医治疗基础上使用中药灌肠配合芒硝外敷治疗急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻的临床疗效。**方法** 将 70 例急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻患者随机分为治疗组和对照组各 35 人,2 组均给予常规西医治疗,治疗组加用中药灌肠配合芒硝外敷,疗程 7 天。观察腹痛症状、血淀粉酶、临床疗效及并发症,记录第一次排气排便、开放饮食和住院的时间。**结果** 治疗组第 3 天腹痛评分和血淀粉酶均较对照组低,差异有统计学意义($P=0.020, P=0.009$)。治疗组第一次排气排便时间、开放饮食时间、住院时间均较对照组短,差异有统计学意义($P=0.000, P=0.000, P=0.005, P=0.001$)。两组临床疗效及并发症比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 在西医治疗基础上使用中药灌肠配合芒硝外敷治疗急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻,能够更快地缓解患者腹痛症状及降低血淀粉酶水平,并且能够缩短患者第一次排气排便时间、开放饮食时间及住院时间。

【关键词】 急性胰腺炎; 麻痹性肠梗阻; 中医药; 灌肠; 外敷

【中图分类号】 R576 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.05.008

Clinical observation on the treatment of acute pancreatitis complicated with paralytic ileus by integrated traditional Chinese and western medicine GAO Min, WANG Wei, FU Si. Department of Gastroenterology, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China

Corresponding author: FU Si, E-mail: zryhygm@163.com

【Abstract】 Objective To observe the clinical treatment effect of integrated traditional Chinese (TCM enema and external application of mirabilite) and western medicine on acute pancreatitis complicated with paralytic ileus. **Methods** 70 patients with acute pancreatitis complicated with paralytic ileus were randomly divided into treatment group and control group, with 35 people in each group. Both groups received conventional western medicine treatment, and the treatment group received traditional Chinese medicine enema combined with external application of mirabilite in addition. The period of treatment was 7 days. The symptoms of abdominal pain, blood amylase level, clinical efficacy, and complications were observed. The first exhaust time, first defecation time, eating time, and hospitalization time were also recorded. **Results** On the third day of treatment, the amylase level and pain score of the treatment group were both lower than those of the control group, and the differences were statistically significant ($P=0.020, P=0.009$). In treatment group, the first exhaust time, the first defecation time, eating time, and hospitalization time were shorter than the control group, and the differences were statistically significant ($P=0.000, P=0.000, P=0.005, P=0.001$). Both the clinical efficacy and complications were not significantly different between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** The treatment of acute pancreatitis complicated with paralytic ileus with integrated traditional Chinese and western medicine, can quickly relieve pain symptoms of patients, decrease the serum amylase level, and can shorten the patient first exhaust defecation time, eating time and hospitalization time.

基金项目:国家中医药管理局“十二五”重点专科建设项目

作者单位:100029 北京,中日友好医院中医脾胃病(中医消化)科(高敏、王微、符思)

作者简介:高敏(1980-),女,博士,主治医师。研究方向:中西医结合治疗消化系统疾病。E-mail: zryhygm@163.com

通讯作者:符思(1957-),本科,主任医师,教授,硕士生导师。研究方向:中医药治疗消化系统疾病。E-mail: zryhyfs@163.com

【Key words】 Acute pancreatitis; Paralytic ileus; Traditional Chinese medicine; Enemata;

External use

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是指多种病因引起的胰酶激活,继以胰腺局部炎症反应为主要特征,伴或不伴有其他器官功能改变的疾病。AP 的发病率逐年提高,病死率在 5% ~ 10%。目前西医治 AP 已经比较规范,临床疗效良好,但是有一部分 AP 患者合并麻痹性肠梗阻后,肠道动力不能及时恢复,不利于胰腺炎的治疗,并且导致患者不能开放饮食,住院时间延长。笔者在西医治疗基础上使用中药灌肠配合外敷治疗急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻取得了良好的临床疗效,现汇报如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

患者来源为中日友好医院中医脾胃病(中医消化科)2013 年 1 月至 2014 年 6 月的住院患者,共 70 例,采用随机数字表法,随机分为治疗组和对照组,每组 35 例。其中治疗组男 29 例,女性 6 例,平均年龄(41.99 ± 14.071)岁,其中轻度 20 例、中度 13 例,重度 2 例;对照组男性 25 例,女性 10 例,平均年龄(40.75 ± 9.954)岁,其中轻度 22 例,中度 10 例,重度 3 例。两组患者性别、年龄、轻重程度经统计分析,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 西医诊断标准

参照《中国胰腺炎诊治指南(2013 年,上海)》^[1]制定。(1)与 AP 符合的腹痛(急性、突发、持续、剧烈的上腹部疼痛,常向背部放射);(2)血清淀粉酶和(或)脂肪酶活性至少 > 3 倍正常上限值;(3)增强 CT/MRI 或腹部超声呈 AP 影像学改变。临床上符合以上 3 项特征中的 2 项,并有腹胀,排气排便停止,伴或不伴恶心呕吐,肠鸣音减弱或消失,即可诊断为 AP 合并麻痹性肠梗阻。

1.3 中医证候诊断标准

参照《中医消化病诊疗指南》制定^[2]。腑实热结证:主症:(1)腹痛剧烈,由上腹而至脐腹,甚则从心下至少腹痛满不可近;(2)有痞满燥实坚征象;(3)大便秘结;(4)舌红,苔黄厚腻或燥。次症:(1)腹胀;(2)恶心呕吐;(3)口干渴;(4)尿短赤;(5)日晡潮热;(6)脉洪数或弦数。主症 2 项加次症 2 项可诊断。

1.4 纳入标准

年龄在 20 岁 ~ 75 岁,符合西医 AP 合并麻痹

性肠梗阻的诊断标准及中医腑实热结证的诊断标准。

1.5 排除标准

(1)合并有严重心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病;(2)精神病患者;(3)妊娠期、哺乳期妇女;(4)未按规定用药。

1.6 方法

两组患者均给予一级护理,禁食水,持续心电图血压血氧饱和度监测,注射用奥美拉唑 40 mg 静脉点滴每日 2 次抑酸,注射用生长抑素 6 mg/24h 持续静脉泵入抑制胰酶分泌,并给予补液及营养支持治疗。恶心呕吐剧烈患者给予胃肠减压。每日复查血常规、C 反应蛋白、胰功能、肝肾功能、快速 C 反应蛋白、血钙。

治疗组在上述西医治疗基础上给予中药灌肠,方药组成为大柴胡汤合大承气汤加减:柴胡 10 g、生大黄 10 g、枳实 20 g、厚朴 20 g、芒硝 6 g、白芍 30 g、炙甘草 10 g、黄芩 10 g、清半夏 10 g、丹参 10 g,由中日友好医院煎药室提供,每天 1 剂,浓煎 200 mL,灌肠。同时用带拉链的布袋装芒硝 200 ~ 300 g 外敷腹部,每 6 ~ 8 小时更换一次,疗程 10 天。

1.7 观察指标

(1)腹痛程度 VAS(Visual Analog Scales)评分;(2)血淀粉酶(Serum amylase, AMY);(3)第一次排气时间;(4)第一次排便的时间;(5)开放饮食的时间;(6)住院时间。

1.8 临床疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》制定^[3]:(1)临床痊愈:3 天内症状、体征缓解,7 天内消失,血、尿淀粉酶正常。(2)显效:7 天内症状、体征显著好转,血、尿淀粉酶恢复正常;(3)有效:7 天内症状、体征减轻,血、尿淀粉酶有下降趋势;(4)无效:7 天内症状体征未减轻或恶化,血、尿淀粉酶未降低。

1.9 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行统计分析,计量资料均以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,各组患者腹痛评分、血淀粉酶、第一次排气时间、第一次排便时间、开放饮食时间、住院时间经正态检验, P 值均 > 0.05,即服从正态分布,故组间比较的计量资料采用 t 检验,计数资料构成比采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者腹痛评分、血淀粉酶比较

治疗第 3 天, 治疗组腹痛评分为 (2.40 ± 1.288) , 对照组腹痛评分为 (3.23 ± 1.610) , 两组经正态检验, $P=0.146 > 0.05$, $P=0.602 > 0.05$, 均符合正态分布, 因此采用两组独立样本 t 检验, 差异有统计学意义 ($P=0.020$), 见表 1。治疗第 3 天, 治疗组血淀粉酶为 (157.40 ± 61.692) , 对照组为 (209.97 ± 96.794) , 两组经正态检验, $P=0.679 > 0.05$, $P=0.905 > 0.05$, 均符合正态分布, 因此采用两组独立样本 t 检验, 差异有统计学意义 ($P=0.009$), 见表 1。

表 1 两组患者腹痛评分、血淀粉酶比较($\bar{x} \pm s$)

组别	腹痛评分(分)	AMY(IU/L)
治疗组		
治疗前($n=35$)	8.20 ± 0.964	512.74 ± 87.313
第 3 天($n=35$)	2.40 ± 1.288^{ab}	157.40 ± 61.692^{ab}
第 5 天($n=35$)	1.40 ± 1.241	86.94 ± 13.469
对照组		
治疗前($n=35$)	8.29 ± 1.100	546.63 ± 118.751
第 3 天($n=35$)	3.23 ± 1.610	209.97 ± 96.794
第 5 天($n=35$)	1.71 ± 0.926	91.57 ± 16.405

注:与治疗组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组第 3 天比较,^b $P < 0.05$

2.2 两组患者第一次排气时间、第一次排便时间、开放饮食时间及住院时间比较

治疗组第一次排气时间为 (2.31 ± 1.301) 天, 对照组第一次排气时间为 (3.71 ± 1.655) 天, 两组经正态检验, $P=0.346 > 0.05$, $P=0.091 > 0.05$, 均符合正态分布, 因此采用两组独立样本 t 检验, 差异有统计学意义, $P=0.000$; 治疗组第一次排便时间为 (2.71 ± 0.926) 天, 对照组第一次排便时间为 (3.94 ± 1.282) 天, 两组经正态检验, $P=0.065 > 0.05$, $P=0.235 > 0.05$, 均符合正态分布, 因此采用两组独立样本 t 检验, 差异有统计学意义, $P=$

0.000 ; 治疗组开放饮食时间为 (6.26 ± 1.540) 天, 对照组开放饮食时间为 (7.31 ± 1.471) 天, 两组经正态检验, $P=0.225 > 0.05$, $P=0.345 > 0.05$, 均符合正态分布, 因此采用两组独立样本 t 检验, 差异有统计学意义, $P=0.005$; 治疗组住院时间为 (11.40 ± 1.355) 天, 对照组住院时间为 (12.89 ± 2.125) 天, 两组经正态检验, $P=0.180 > 0.05$, $P=0.229 > 0.05$, 均符合正态分布, 因此采用两组独立样本 t 检验, 差异有统计学意义, $P=0.001$, 见表 2。

2.3 两组患者临床疗效比较

治疗组有效率为 97.1%, 对照组有效率为 94.3%, 两组比较经 χ^2 检验, 差异无统计学意义, $\chi^2=1.061$, $P=0.303$, 见表 3。

表 3 两组患者临床疗效比较

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	15	10	9	1	97.1%
对照组	11	13	8	3	94.3%

2.4 两组患者出现胰腺坏死、假性囊肿、ARDS 比较

治疗后治疗组并发症的发生率为 5.7%, 对照组为 8.6%, 两组比较经 χ^2 检验, 差异无统计学意义, $\chi^2=0.215$, $P=0.643$, 见表 4。

表 4 两组患者出现胰腺坏死、假性囊肿、ARDS 比较

组别	胰腺坏死	假性囊肿	ARDS	合计
治疗组	1	1	0	2
对照组	2	0	1	3

2.5 安全性指标

两组患者均未出现不良反应。

3 讨论

由于胃肠道和胰腺生理解剖位置相邻, 当 AP 患者胰腺肿胀渗出后, 胃肠道往往是最先受累以及最容易受累的器官, 最常见的并发症就是麻痹性肠

表 2 两组患者第一次排气时间、第一次排便时间、开放饮食时间、住院时间比较($\bar{x} \pm s$, 天)

组别	第一次排气时间	第一次排便时间	开放饮食时间	住院时间
治疗组($n=35$)	2.31 ± 1.301^a	2.71 ± 0.926^a	6.26 ± 1.540^a	11.40 ± 1.355^a
对照组($n=35$)	3.71 ± 1.655	3.94 ± 1.282	7.31 ± 1.471	12.89 ± 2.125

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

梗阻。AP 早期,大量炎性因子释放、局部缺氧以及神经反射障碍导致肠道组织水肿、平滑肌蠕动无力、大量消化液和气体在肠道内积聚^[4],导致麻痹性肠梗阻的发生,表现为腹胀腹痛、恶心呕吐、排便排气消失。麻痹性肠梗阻的危害主要有三个方面:首先,麻痹性肠梗阻时,肠道细菌移位至胰腺,直接加重胰腺损伤;其次,肠道细菌内毒素进入体循环,促使全身炎症反应综合征的发生,对胰腺构成“二次打击”;第三,麻痹性肠梗阻时腹腔压力升高,容易导致成人呼吸窘迫综合征等脏器功能衰竭。所以,促使患者尽早排气排便、肠道功能恢复,不仅能够减轻患者痛苦,还能够有利于胰腺功能的进一步恢复,降低脏器功能衰竭的发生率,对治疗急性胰腺炎有重要意义。

AP 属于中医“胰瘕”、“腹痛”等范畴,合并麻痹性肠梗阻后,患者综合表现为腹痛,腹胀,大便不通,发热,舌红,苔黄或腻等症状,符合“阳明腑实证”,病位在肠,故治疗应以通腑泄热为法,予中药灌肠治疗。方中柴胡味辛、苦,性微寒,归肝、胆、肺经,疏肝理气止痛;生大黄、枳实、厚朴,泄阳明热结,行气消痞;芒硝软坚泄热,润燥通便,与大黄相须为用;白芍、甘草缓急止痛;半夏和胃降逆止呕;丹参活血化瘀。诸药合用,故奏通腑泄热,理气止痛之效。同时给予芒硝外敷腹部,以促进胰腺渗出液体和腹腔积液的吸收,减轻肠壁水肿。

虽然国外有研究显示通过鼻胃管给予肠内营养与鼻空肠管一样安全^[5-6],但是目前通过口服或胃管鼻饲治疗 AP 的安全性仍有争议,对于空肠管鼻饲中药的方法虽然得到大部分学者认同的,但是留置空肠管需要胃镜协助,操作相对复杂,并且材料费用较高。本研究使用中药灌肠及外敷治疗,安全性高,操作简单易行,费用较低。

本研究结果显示,治疗组患者第 3 天的腹痛评分为 2.40 ± 1.288 ,对照组为 3.23 ± 1.610 ,2 组比较,差异有统计学意义($P=0.020$),第 5 天的疼痛评分比较,差异无统计学意义。提示,在治疗第 5 天,2 种方法均能明显止痛,而且效果相当;但是在治疗第 3 天,在西医治疗基础上使用中药灌肠配合芒硝外敷治疗 AP,能够较单纯使用西药更好的控制腹痛,说明此方法止痛的速度较单纯西药治疗快。同时,治疗组患者第 3 天 AMY 水平也较对照组低,差异有统计学意义, ($P=0.009$),提示治疗组能够较快的

控制腹痛的原因可能与其能够较快降低 AMY 有关。治疗第 7 天,两组的临床疗效比较,差异并没有统计学意义($P=0.303$);但是治疗组患者第一次排气排便的时间、开放饮食的时间和住院时间较对照组短,由此说明虽然第 7 天观察两组的临床疗效相当,但是,治疗组患者肠道功能恢复较对照组快,开放饮食较对照组早,从而能够尽快减轻患者痛苦,缩短住院时间,降低医疗费用。有研究显示,排便时间对重症急性胰腺炎的发展、预后有重大影响^[7],但是两组患者的胰腺坏死及 ARDS 的发生率比较,差异无统计学意义($P=0.643$),其原因可以通过扩大样本量及延长观察时间进一步研究。

总之,使用中药灌肠配合外敷治疗急性胰腺炎合并麻痹性肠梗阻,能够更快降低 AMY、缓解患者腹痛;并且能够促进患者肠道功能恢复、缩短开放饮食的时间、降低住院天数,从而减轻患者痛苦、降低医疗费用,不仅安全性高,而且简单易操作。未来可以扩大样本量,进一步观察此方法是否有降低 AP 并发病、改善凝血功能等作用。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,中华胰腺病杂志编辑委员会,中华消化杂志编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013 年,上海)[J]. 中华消化杂志,2013,33(4): 217-222.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 中医消化病诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:177
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第一辑)[S]. 北京:中华人民共和国卫生部制定发布,1993: 142-144.
- [4] 彭淑牖,刘颖斌. 重症急性胰腺炎并发肠梗阻的原因和处理[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(9):537-538.
- [5] EATOCK F C, CHONG P, MENEZES N, et al. A randomized study of early nasogastric versus nasojejunal feeding in severe acute pancreatitis[J]. The American Journal of Gastroenterology, 2005, 100(2): 432-439.
- [6] KUMAR A, SINGH N, PRAKASH S, et al. Early enteral nutrition in severe acute pancreatitis: a prospective randomized controlled trial comparing nasojejunal and nasogastric routes[J]. Journal of Clinical Gastroenterology, 2006, 40(5): 431-434.
- [7] 陈辉,王科闯. 排便时间对急性重症胰腺炎预后的影响[J]. 甘肃中医, 2009, 22(2):28-29.

(收稿日期:2015-04-06)

(本文编辑:蒲晓田)