

分析中西医结合治疗重症急性胰腺炎2271例

黄萍, 李永红, 黄宗文, 薛平, 郭佳, 游真, 何馥倩

黄萍, 四川省卫生学校 四川省成都市 610100
李永红, 四川大学华西基础与法医学院 四川省成都市 610041
黄宗文, 薛平, 郭佳, 游真, 何馥倩, 四川大学华西医院中西医结合科 四川省成都市 610041
通讯作者: 黄宗文, 610041, 四川省成都市外南国学巷37号, 四川大学华西医院中西医结合科.
huangzongwen@medmail.com.cn
收稿日期: 2007-06-11 修回日期: 2007-10-29

Integrated Chinese and Western medicine in the treatment of severe acute pancreatitis: an analysis of 2271 cases

Ping Huang, Yong-Hong Li, Zong-Wen Huang,
Ping Xue, Jia Guo, Zhen You, Fu-Qian He

Ping Huang, Sichuan Province Health School, Chengdu 610100, Sichuan Province, China
Yong-Hong Li, School of West China Basic Medicine and Forensics, Sichuan University, Chengdu 610041, Sichuan Province, China
Zong-Wen Huang, Ping-Xue, Jia Guo, Zhen You, Fu-Qian He, Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, Sichuan Province, China
Correspondence to: Zong-Wen Huang, Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, West China Hospital, Sichuan University, 37 Wainan Guoxue Lane, Chengdu 610041, Sichuan Province, China. huangzongwen@medmail.com.cn
Received: 2007-06-11 Revised: 2007-10-29

Abstract

AIM: To assess the efficacy of non-surgical methods of combined with integrated traditional Chinese and Western medicine on severe acute pancreatitis (SAP), guided by the theory of febrile disease.

METHODS: The inherent factors and characteristics of successful treatment of severe acute pancreatitis were analyzed by reviewing its three-stage treatment with integrated traditional Chinese and Western medicine.

RESULTS: Along with constant improvements after treatment with traditional Chinese and Western medicine, the success rate of non-

surgical treatment for severe acute pancreatitis has increased. The mortality rate has decreased significantly in the three stages (40.52%, 17.17% and 10.36%), as has the surgery rate (40.52%, 17.17% and 10.36%). In particular, the fatality rate dropped to about 10%. New breakthroughs were made in the pathogenesis and treatment theory and technology of SAP.

CONCLUSION: The fever theory of traditional Chinese and Western medicine for SAP methods by "Yi-Huo-Qing-Xia" is highly operable.

Key Words: Traditional Chinese medicine; Severe acute pancreatitis; Yi-Huo-Qing-Xia

Huang P, Li YH, Huang ZW, Xue P, Guo J, You Z, He FQ. Integrated Chinese and Western medicine in the treatment of severe acute pancreatitis: an analysis of 2271 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2007; 15(33): 3549-3552

摘要

目的: 评估在中医热病理论指导下, 中西医结合非手术治疗重症急性胰腺炎的疗效和方法。

方法: 通过对华西医院中西医结合治疗重症急性胰腺炎三个阶段的回顾, 分析其成功的内在因素和诊治特点。

结果: 随着中西医结合的不断完善, 重症胰腺炎非手术治疗率不断提高, 三个阶段的并发症, 病死率(40.52%, 17.17%, 10.36%)和手术率(40.52%, 17.17%, 10.36%)均明显下降。

结论: 中医热病理论较好地诠释了以益活清下为主的中西医结合治疗重症急性胰腺炎方法有很强的可操作性。

关键词: 中西医结合; 重症急性胰腺炎; 益活清下

黄萍, 李永红, 黄宗文, 薛平, 郭佳, 游真, 何馥倩. 分析中西医结合治疗重症急性胰腺炎2271例. *世界华人消化杂志* 2007;15(33):3549-3552
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/3549.asp>

0 引言

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)

背景资料

随着生活水平的提高, 胰腺炎的发病率越来越高, 尤其是急性重症胰腺炎, 严重威胁到患者的健康和安全. 寻找有效的诊治经验加以推广势在必行.

研发前沿
华西医院在长达27年的研究历程中,在外科、重症监护科、影像放射科、ICU等众多科室为支撑和保障下,运用中西医结合治疗重症胰腺炎,独创了益活清下理论体系,强调辨证与辨病相结合,进一步降低了死亡率(10.36%)。

发病急、病死率高,被称为外科21世纪最后待攻克的一个堡垒。华西医院多个科室精诚合作,27年来不断探索与研究,从早期手术治疗到中西医结合非手术治疗,取得了可喜的成就。本文归纳分析该院中西医结合治疗重症急性胰腺炎的诊治特点,结合近年胰腺炎发病机制理论的新进展,展望该领域基础和临床的发展趋势。

1 材料和方法

1.1 材料 华西医院从1980/2006-12, 27年间共收治急性胰腺炎患者共9996例,其中重症胰腺炎2271例,比例为22.72%;男1121例、女1150例;中位年龄49.5(14-85)岁。

1.2 方法

1.2.1 诊断标准: SAP采用曼谷会议SAP的诊断标准^[1], SAP是指在急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)的基础上有以下之一者: (1)有脏器功能障碍; (2)Rason评分>3分; (3)急性生理和慢性健康评价指标II(acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II)评分>8分; (4)Balthazar CT分级II级或II级以上; (5)出现局部并发症。

1.2.2 分期: 发病3 d以内为早期, 3-14 d为中期, 14 d以上为晚期。

1.2.3 分阶段: 27年三个阶段, 第I阶段: 1980-1990年用早期手术治疗, 以胰床引流术、开放式填塞引流术为主(1980年代后期手术术式为经后上腰腹膜后引流术); 中后期配合清热通下的中医疗法^[2]。第II阶段: 1991-1993年, 该阶段采用早期接受抗休克和以柴芩承气汤及丹参、生脉注射液为主体的益活清下疗法为主的非手术治疗, 短期症状无缓解或炎症过度反应综合征、腹部体征明显及重要器官损害的患者则强调早期中转手术。第III阶段: 1994-2006年该阶段用早期接受抗休克和以柴芩承气汤及丹参、生脉注射液为主体的益活清下疗法为主的非手术治疗为早期治疗的主要手段, 强调重症监护作为防治多器官功能衰竭的重要保障, 外科穿刺引流术及在超声或CT引导下的小切口引流术为辅, 尽量避免剖腹引流手术, 确需剖腹引流术患者据其全身情况、坏死感染的部位和范围决定相应术式。

统计学处理 数据采用SPSS11.0统计软件, 采用 χ^2 检验分析所得结果, $P<0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

2.1 并发症 三个阶段的并发症发生率, 第I阶段

并发休克、早期重要器官功能障碍、感染及其导致的多器官功能障碍发生率在早中晚三个时段的发生率都高于30%。第II阶段并发症休克、感染及其导致的多器官功能障碍明显下降, 但早期重要器官功能障碍无明显变化。第III阶段各并发症在三个时段均大幅下降(表1)。

2.2 病死率 据表2统计可以看出, 第I阶段病死率高达40.52%, 第II阶段为17.17%, 第III阶段为10.36%(表1)。

2.3 手术率和手术与病程的关系 第I阶段的手术率高达77.59%, 以早期手术为主, 3 d内手术(47例)为52.22%。第II阶段手术率为54.54%, 3 d内手术率为35.18%。第III阶段手术率19.07%, 大幅下降, 3 d内手术者仅占6.12%(表2)。

3 讨论

除传统的“胰酶的激活与自身消化”理论及“共同通道学说”外, 近10年发展了以下学说: (1)白细胞过度激活: 多种细胞因子和炎症递质级联反应学说。促炎细胞因子反应与抗炎细胞因子反应在AP的早期便发挥了作用。AP急性反应期在胰酶的刺激下, 单核-巨噬细胞系统异常激活, 释放大促炎细胞因子(如TNF, IL-6等)进入胰腺组织和血液循环, 引发其他炎症递质产生“瀑布样”连锁放大反应, 导致机体细胞因子网络失衡, 并发全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS)^[3]。因此, 促炎细胞因子的过度释放是AP时胰腺局部出血、坏死和远处脏器损伤的中心环节, 也是AP早期死亡的主要原因之一^[4]。(2)肠道细菌移居-胰腺组织继发感染学说: 重症急性胰腺炎胃肠道损伤在SAP的病理生理过程中起关键性作用。胃肠蠕动减弱或消失, 肠道内细菌和毒素排泄障碍, 肠道内细菌过度生长繁殖, 造成菌群失调, 引起细菌易位和毒素的吸收。肠运动抑制将导致肠内容物停滞, 菌群失调和细菌上移导致细菌更易于黏附在肠上皮表面进而穿透上皮进入体内^[5]。肠内容物推进停止和细菌发酵产气可增加肠内压力增加, 导致黏膜血流减少和黏膜破损, 最终破坏黏膜的屏障功能, 因此肠道微生态和胃肠动力的改变是AP发病过程中的早期事件。(3)胰腺微循环障碍学说: 上世纪九十年代华西医院周总光 *et al* 揭示了胰腺微循环的独特结构, 提出胰腺小叶内动脉属终动脉的特点是胰腺对缺血高度敏感及AP时胰腺小叶内灶性坏死的形态学基础^[6]。后来的实验结果印证胰腺微循

表 1 SAP并发症发生率和病死率比较(%)

阶段	<3 d	3-14 d	>14 d	Total
并发症	31.89(37/116)	37.38(40/107)	37.50(33/88)	
	19.19(19/99)	36.08(35/97)	18.18(16/88)	
	4.52(93/2056)	18.01(266/2038)	12.02(227/1895)	
病死率	2.76(9/116)	17.76(19/107)	21.59(19/88)	40.52(47/116)
	2.02(2/99)	9.28(9/97)	6.82(6/88)	17.17(17/99)
	0.88(18/2056)	7.02(143/2038)	2.70(52/1895)	10.36(213/2056)

应用要点

以整体观、辨证观和热病观为指导,以热病理理论概括重症急性胰腺炎的病机证治,正确使用益活清下法为主的中西医结合疗法,有效阻断其病机发展,控制胰腺及胰周器官的炎症,防治多器官功能衰竭和胰周脓肿等并发症的发生和发展。

环障碍作用的一种持续损伤机制贯穿于AP发展的整个过程,是水肿性胰腺炎向出血性胰腺炎转化的重要因素,该学说为中药的活血化瘀法提供了佐证。

在传统中西医结合治疗的基础上,我们进一步完善和发展了诊疗方法和理念。中西医结合科黄宗文教授将重症急性胰腺炎的诊断治疗归纳为“早、准、狠、稳”,这一精髓贯穿SAP的诊治全过程。在诊断上综合运用了Ranson、APACHE-II、Balthazar等评分系统。

在实践中提出了以下理念: (1)辩证动态看待血清淀粉酶的变化。 (2)重视影像学检查结果,尤其是CT检查。CT被公认为是目前诊断SAP的金标准,动态增强CT扫描是目前急性胰腺炎诊断、分期、严重度分级及并发症诊断最准确的影像学方法,宋彬 *et al*^[7]评价其总敏感性为87%,对胰腺坏死的发现率为90%,特别是通过对胰腺实质和胰周坏死的定性和定量分析可判断其预后。 (3)胰腺坏死程度与病情轻重不完全成正相关。治疗理念的突破: (1)将液体复苏视为早期治疗的关键措施,中心静脉压、尿量的变化作为观察补液疗效的重要指标。 (2)补液中强调恢复电解质和血糖的平衡,其中控制血糖的原则是宜高不宜低,控制范围在<11 mmol/L,以6-9 mmol/L最佳。 (3)选择穿透血-胰屏障较好的抗生素如: 氟喹诺酮、三代头孢+甲硝唑(替硝唑)、泰能等,最好根据药敏试验选择。 (4)在营养支持上早期使用TPN(全胃肠外营养),待肠道功能恢复后尽早给予肠内营养。

“益活清下”法是在中医热病观理论指导下创立的,其内容包括益气救阴、活血化瘀、清热解毒、通里攻下法^[8]。SAP辨证分型为肝郁气滞、肝胆湿热、脾胃实热、蛔虫上扰等四型,分别以大柴胡汤、大柴胡汤合龙胆泻肝汤、柴芩承气汤、大柴胡汤合乌梅汤结合上述分期加

表 2 三个阶段SAP的手术率和手术与病程的关系

阶段	n	手术例数			手术率 (%)
		<3 d	3-14 d	>14 d	
	116	47	25	18	77.5(90/116)
	99	19	17	18	54.54(54/99)
	2056	24	57	311	19.07(392/2056)

减化裁治疗。上述汤剂采用*po*、胃管注入和灌肠等手段治疗。加用代表中医益气救阴、活血化瘀法的中药针剂生脉注射液、丹参注射液或灯盏细辛注射液给予静脉滴注。肠麻痹明显者以新斯的明穴位注射两侧足三里。病程初期胰周蜂窝织炎明显者,在体表肿胀处每日1-2次外敷行气活血止痛的外敷中药六合丹(大黄、黄柏、白芨等七味药)^[9]。“益活清下”法的关键是通里攻下,其中柴芩承气汤为主要方剂^[10]。

必须加紧对以下热点和难点的研究, (1)爆发性胰腺炎的治疗: FAP是SAP中的极重类型,早期ARDS、肾功能衰竭及休克的发生率极高,明显高于SAP,是当前临床工作的难点,其发生的机制尚有待于研究,如能及时、准确的识别FAP,正确掌握其早期和晚期的病理生理特点及其病死原因,有针对性的治疗,有望降低FAP及SAP的死亡率^[11]。 (2)胰性脑病的治疗。 (3)并发真菌感染的处理。 (4)液体复苏中晶体与胶体的比例关系。 (5)怎样恰当处理疼痛问题。 (6)怎样解决腹内高压综合征的问题。 (7)激素的应用指征和时机,尤其防止其使用引起消化道出血的副作用^[12]。

不难看出华西医院以中西医结合治疗重症胰腺炎,迄今27年,尤其是近10年,成就显著。在大量病例研究基础上成功地降低了并发症发生率、中转手术率和死亡率。其病例数量之多,病死率之低,属国际领先水平^[13-18]。中医热病理论

同行评价
本文样本量较大,
数据可靠, 具有较
强的临床参考价
值。

很好地诠释了以益活清下为主的中西医结合
治疗重症急性胰腺炎方法有很强的可操作性,
与现代医学的新技术相得益彰, 互补性强。

4 参考文献

- 1 Toouli J, Brooke-Smith M, Bassi C, Carr-Locke D, Telford J, Freeny P, Imrie C, Tandon R. Guidelines for the management of acute pancreatitis. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17 Suppl: S15-S39
- 2 刘续宝, 蒋俊明, 黄宗文, 田伯乐, 胡伟明, 夏庆, 陈光远, 李全生, 袁朝新, 罗传新, 严律南, 张肇达. 中西医结合治疗重症急性炎的临床研究(附1376例报告). *四川大学学报(医学版)* 2004; 35: 204-2082
- 3 Makhija R, Kingsnorth AN. Cytokine storm in acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2002; 9: 401-410
- 4 Wereszczynska-Siemiatkowska U, Dabrowski A, Siemiatkowski A, Mroczko B, Laszewicz W, Gabryelewicz A. Serum profiles of E-selectin, interleukin-10, and interleukin-6 and oxidative stress parameters in patients with acute pancreatitis and nonpancreatic acute abdominal pain. *Pancreas* 2003; 26: 144-152
- 5 吴承堂, 黎沾良, 黄祥成, 齐德林. 中药清胰汤及双歧杆菌合剂对急性坏死性胰腺炎肠道细菌移位影响的比较研究. *世界华人消化杂志* 1999; 7: 525-528
- 6 周总光, 程中, 舒晔. 胰腺微循环障碍与急性胰腺炎. *中华实用外科杂志* 1999; 19: 522-525
- 7 宋彬, 徐隽. 急性胰腺炎的CT评价. *中国普外基础与临床杂志* 2003; 10: 623-628
- 8 蒋俊明, 张瑞明, 黄宗文, 杨学海, 邹才华, 齐桂芬, 罗云, 迟焕海. 益活清下法治疗重症急性胰腺炎-附32例报告. *中国中西医结合外科杂志* 1994; 1: 9-12
- 9 张肇达. 急性胰腺炎. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 126
- 10 黄宗文, 夏庆, 陈光远, 唐文富, 谢守勇, 赵健蕾, 蒋俊明. 早期应用柴苓承气汤治疗重症急性胰腺炎临床疗效分析. *成都中医药大学学报* 2003; 26: 25
- 11 Fölsch UR, Nitsche R, Lüdtke R, Hilgers RA, Creutzfeldt W. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis. *N Engl J Med* 1997; 336: 237-242
- 12 薛平, 黄宗文, 张鸿彦, 郭佳, 赵建蕾, 郑晓梅. 暴发性胰腺炎67例. *世界华人消化杂志* 2005; 13: 680-681
- 13 Cavallini G, Frulloni L, Bassi C, Gabbriellini A, Castoldi L, Costamagna G, De Rai P, Di Carlo V, Falconi M, Pezzilli R, Uomo G. Prospective multicentre survey on acute pancreatitis in Italy (ProInf-AISP): results on 1005 patients. *Dig Liver Dis* 2004; 36: 205-211
- 14 Maraví-Poma E, Gener J, Alvarez-Lerma F, Olaechea P, Blanco A, Domínguez-Muñoz JE; Spanish Group for the Study of Septic Complications in Severe Acute Pancreatitis. Early antibiotic treatment (prophylaxis) of septic complications in severe acute necrotizing pancreatitis: a prospective, randomized, multicenter study comparing two regimens with imipenem-cilastatin. *Intensive Care Med* 2003; 29: 1974-1980
- 15 Luiten EJ, Hop WC, Lange JF, Bruining HA. Controlled clinical trial of selective decontamination for the treatment of severe acute pancreatitis. *Ann Surg* 1995; 222: 57-65
- 16 Fagniez PL, Pezet D, Millat B, Cherqui D, Dziri C, Létoublon C, Jaeck D, Rotman N. Surgical treatment of severe acute pancreatitis. Results of a prospective multicenter study of the Associations of Research in Surgery. *Gastroenterol Clin Biol* 1994; 18: 932-937
- 17 金世龙, 张天迹, 顾红光, 王仁云, 廖维健. 急性重症胰腺炎的致死性并发症分析. *第三军医大学学报* 2002; 24: 450-452
- 18 张代成, 王秉均, 康迎新. 271例重症胰腺炎手术治疗时机和指征研究. *兰州医学院学报* 2002; 28: 38-39

编辑 程剑侠 电编 何基才

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2007年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

世界华人消化杂志关于作者署名的声明

本刊讯 世界华人消化杂志要求所有署名人写清楚自己对文章的贡献. 第一方面是直接参与, 包括: (1)酝酿和设计实验, (2)采集数据, (3)分析/解释数据. 第二方面是文章撰写, 包括: (1)起草文章, (2)对文章的知识性内容作批评性审阅. 第三方面是工作支持, 包括: (1)统计分析, (2)获取研究经费, (3)行政、技术或材料支持, (4)指导, (5)支持性贡献. 每个人必须在第一至第三方面至少具备一条, 才能成为文章的署名作者. 世界华人消化杂志不设置共同第一作者和共同通信作者.