

# 大柴胡汤加减方治疗急性重症胰腺炎25例

梅礼强, 周世骥, 唐先斌, 岳红

梅礼强, 唐先斌, 岳红, 重庆市綦江县人民医院外科 重庆市 401400

周世骥, 重庆医科大学附属第二医院肝胆外科 重庆市 400010

作者贡献分布: 此课题由梅礼强、周世骥及岳红设计; 研究过程由梅礼强、周世骥、唐先斌及岳红共同完成; 研究所用分析工具由岳红提供; 数据分析由梅礼强、周世骥、唐先斌及岳红完成; 本论文写作由梅礼强、周世骥及岳红完成。

通讯作者: 岳红, 副主任医师, 401400, 重庆市綦江县, 重庆市綦江县人民医院外科. zhoushiji2002@163.com

电话: 023-63693521

收稿日期: 2010-11-05 修回日期: 2010-12-30

接受日期: 2011-01-06 在线出版日期: 2011-02-08

## Efficacy and safety of modified Dachaihu Decoction in the treatment of severe acute pancreatitis: an analysis of 25 cases

Li-Qiang Mei, Shi-Ji Zhou, Xian-Bing Tang, Hong Yue

Li-Qiang Mei, Xian-Bing Tang, Hong Yue, Department of Surgery, the People's Hospital of Qijiang County, Chongqing 401400, China

Shi-Ji Zhou, Department of Hepatobiliary Surgery, the Second Affiliated Hospital, Chongqing University of Medical Sciences, Chongqing 400010, China

Correspondence to: Hong Yue, Department of Surgery, the People's Hospital of Qijiang County, Chongqing 401400, China. zhoushiji2002@163.com

Received: 2010-11-05 Revised: 2010-12-30

Accepted: 2010-01-06 Published online: 2011-02-08

## Abstract

**AIM:** To evaluate the efficacy and safety of modified Dachaihu Decoction in the treatment of severe acute pancreatitis (SAP).

**METHODS:** Forty-seven SAP patients were randomly divided into two groups: patients undergoing conventional therapy alone ( $n = 22$ ) and those undergoing conventional therapy plus treatment with modified Dachaihu Decoction ( $n = 25$ ). The rate of complications, duration of hospital stay, and hospitalization cost were compared between the two groups. Therapeutic effect was assessed using the APACHE II system.

**RESULTS:** Of the patients undergoing treatment with modified Dachaihu Decoction, 23 sur-

vived and 2 died. In contrast, 5 died among the patients undergoing conventional therapy alone. The APACHE II score of surviving patients was significantly lower in patients undergoing treatment with modified Dachaihu Decoction than in those undergoing conventional therapy alone (all  $P < 0.05$ ). There were significant differences in the rate of complications, recovery time of blood amylase and white blood cells, duration of hospital stay, and hospitalization expense between the two groups (all  $P < 0.05$ ).

**CONCLUSION:** Treatment with modified Dachaihu Decoction can reduce hospital stay, hospitalization cost, and the rate of complications in patients with SAP.

**Key Words:** Severe acute pancreatitis; Traditional Chinese medicine; Efficacy; Safety

Mei LQ, Zhou SJ, Tang XB, Yue H. Efficacy and safety of modified Dachaihu Decoction in the treatment of severe acute pancreatitis: an analysis of 25 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2011; 19(4): 407-409

## 摘要

**目的:** 探讨大柴胡汤加减方对急性重症胰腺炎(SAP)预后的影响及安全性。

**方法:** SPA患者47例随机分为两组, 中药+常规治疗组25例, 常规治疗组22例。观察两组在并发症、继发感染、死亡率、住院时间和住院费用的差异; 临床疗效评估采用APACHE II评分系统。

**结果:** 中药+常规治疗组25例患者中, 存活23例, 死亡2例; 常规治疗组22例患者中, 存活17例, 死亡5例; APACHE II评分在中药+常规治疗组中下降显著, 与常规治疗组在各时间点比较均具有统计学意义(均 $P < 0.05$ ); 中药+常规治疗组在继发感染并发症、血淀粉酶及白细胞恢复正常时间、住院时间和费用上均少于常规治疗组, 有显著性差异(均 $P < 0.05$ )。

**结论:** 大柴胡汤加减治疗SAP疗效确切, 可明显减少并发症, 降低病死率, 缩短住院时间, 节省医疗费用。

## ■背景资料

急性重症胰腺炎(SAP)是外科常见急腹症之一, 具有起病急、病因复杂, 可累及多脏器, 病情凶险, 并发症多, 病死率高等特点。中医药辅助治疗SAP已逐渐成为治疗SAP的一个重要策略。

## ■同行评议者

许玲, 副教授, 中国人民解放军第二军医大学长征医院中医科

## ■研发前沿

目前对中医中药治疗急性重症胰腺炎的具体作用机制、剂型及药物配伍等方面已成为研究的热点。

**关键词:** 急性重症胰腺炎; 中药; 疗效; 安全性

梅礼强, 周世骥, 唐先斌, 岳红. 大柴胡汤加减治疗急性重症胰腺炎25例. 世界华人消化杂志 2011; 19(4): 407-409  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/19/407.asp>

## 0 引言

急性重症胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是外科常见急腹症之一, 具有起病急、病因复杂, 可累及多脏器, 病情凶险, 并发症多, 病死率高等特点. 中医中药辅助治疗SAP已逐渐成为治疗SAP的一个重要的策略. 本文就大柴胡汤加减方治疗SAP在疗效及安全性方面进行探讨.

## 1 材料和方法

**1.1 材料** 选自重庆市綦江县人民医院外科2007-01/2009-11收治并确诊的47例采取非手术治疗的SAP患者. 按随机数字表法将47例患者分成两组, 中药+常规治疗组25例, 其中男19例、女6例, 年龄34-61(平均 $43.5 \pm 11.1$ )岁; 常规治疗组22例, 其中男15例、女7例, 年龄29-63(平均 $41.8 \pm 12.2$ )岁. 所有病例均符合2001年中华医学会外科学会“SAP临床诊断标准”腹部CT提示有胰腺坏死, APACHE II评分 $\geq 8$ 分<sup>[1]</sup>.

### 1.2 方法

**1.2.1 中医中药治疗:** 所有患者均进行持续胃肠减压, 按照中药配方: 柴胡15 g, 黄芩10 g, 木香10 g, 玄胡20 g, 白芍15 g, 生大黄(后下)15 g, 芒硝(冲服)9 g, 进行配伍, 水煎成500 mL, 从胃管中注入熬制好的中药4次/d, 80-100 mL/次, 然后夹闭胃管30 min后开放.

**1.2.2 临床疗效评估:** 采用APACHE II评分判断患者整体病情的变化. 治疗前、后每24 h动态进行APACHE II评分, 动态观察病情变化. 常规使用心电监护仪持续监测血压、心率、血氧饱和度. 准确记录每小时出入量, 定时监测电解质、血糖、血气分析、血常规、淀粉酶等临床指标的变化.

**1.2.3 预后指标的观察:** 观察给予中药治疗前后患者出现的并发症、白细胞、淀粉酶恢复正常的时间、平均住院时间及住院费用等.

**统计学处理** 各组数据使用SPSS13.0统计软件进行分析, 计量资料采用 $\text{mean} \pm \text{SD}$ 表示, 采用 $t$ -test分析进行组间比较, 计数资料采用Chi-square test, 显著性水准为 $\alpha = 0.05$ .

## 2 结果

**2.1 临床疗效评估** 中药+常规治疗组25例患者

中, 存活23例, 死亡2例; 常规治疗组22例患者中, 存活17例, 死亡5例. 中药+常规治疗组在行中医中药前APACHE II评分为 $11.37 \pm 4.57$ . 中药开始治疗后24、48和72 h分别降至 $10.3 \pm 3.5$ 、 $9.16 \pm 3.16$ 和 $8.0 \pm 3.1$ , 与治疗前比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 常规治疗组治疗前及治疗后24、48及72 h APACHE II评分分别为 $12.7 \pm 3.71$ 、 $11.8 \pm 3.23$ 、 $11.1 \pm 3.70$ 和 $10.5 \pm 4.05$ , 变化无统计学意义(均 $P > 0.05$ ); 两组间在治疗后同一时间点APACHE II评分进行比较, 中药+常规治疗组较常规治疗组APACHE II评分明显下降, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ , 表1).

**2.2 中医中药治疗并发症** 出现恶心者2例、腹泻者3例、腹痛者1例、无腹胀者, 未见药物过敏、肝损害等其他并发症.

**2.3 其他指标检测** 中药+常规治疗组在并发症、血淀粉酶及白细胞恢复正常时间、住院时间和费用上均少于常规治疗组(均 $P < 0.05$ ), 在统计学上有显著性差异; 在死亡率方面, 两组比较无统计学意义( $P > 0.05$ , 表2).

## 3 讨论

SAP为一全身性的炎性反应、胰腺弥漫性出血和组织坏死为特征的急性炎症. 本病起病急, 病情进展快, 发病机制复杂, 治疗方法上虽在不断改进, 但病死率仍高达40%左右<sup>[2,3]</sup>. 近年来, “个体化治疗”已成共识. 大量的临床资料显示, 早期非手术治疗SAP, 并发症的发生率及死亡率均低于手术组<sup>[4-6]</sup>. 在降低SAP并发症及死亡率方面, 大量的临床资料显示传统的中医中药治疗SAP能很好改善患者的预后<sup>[7-9]</sup>.

SAP病程早期往往具有中医阳明腑实证的特点, 属里实热证, 临床常采用通里攻下法治疗<sup>[10]</sup>. 有效的通里攻下可促进肠蠕动, 减少腹胀, 改善心肺功能. 对肠源性内毒素有直接清除作用. 对肠机械屏障、免疫屏障和生物屏障有保护作用. 我们所采用的方剂出自《伤寒论》中大柴胡汤加减的处方, 大柴胡汤是一张治疗急腹症的有效经典方剂. 大柴胡汤配合西医治疗胰腺炎的临床报道较多, 且疗效满意. 杨丹等<sup>[11]</sup>用大柴胡汤加减加以禁食等常规对症支持治疗急性胰腺炎64例, 其总有效率为90.6%, 与西药对照组比较, 虽无差异性, 但在改善症状、体征方面明显优于对照组. 林景松<sup>[12]</sup>报道用大柴胡汤保留灌肠, 在不使用抗生素及抑制胃酸分泌和胰液分泌的药物的情况下, 酌情配合禁食, 胃肠减压及输液支持疗法治疗急性水肿型胰腺炎

## ■相关报道

杨丹等用大柴胡汤加减加以禁食等常规对症支持治疗急性胰腺炎64例, 其总有效率为90.6%, 与西药对照组比较, 虽无差异性, 但在改善症状、体征方面明显优于对照组.

表 1 两组患者APACHE II 评分比较 (分)

分组	治疗前	24 h	48 h	72 h
常规治疗组	12.70 ± 3.71	11.8 ± 3.23	11.10 ± 3.70	10.5 ± 4.05
中药+常规治疗组	11.37 ± 4.57	10.3 ± 3.50 <sup>a</sup>	9.16 ± 3.16 <sup>a</sup>	8.0 ± 3.10 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>P<0.05 vs 常规治疗组。

表 2 两组患者各项指标比较

分组	并发症	死亡	血淀粉酶恢复正常(d)	白细胞恢复正常(d)	平均住院费用(万元)	平均住院时间(d)
常规治疗组	11	5	7.1 ± 1.6	6.8 ± 1.8	3.65 ± 0.95	23 ± 6
中药+常规治疗组	5 <sup>a</sup>	2	4.1 ± 1.1 <sup>a</sup>	5.7 ± 0.9 <sup>a</sup>	2.23 ± 0.77 <sup>a</sup>	19 ± 8 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>P<0.05 vs 常规治疗组。

23例, 其总有效率为95.6%, 优于单纯西医治疗。张继良等<sup>[13]</sup>用大柴胡汤随症状轻重加减药量, 再配合控制饮食、营养支持等疗法治疗急性胰腺炎52例, 其疗效与先前文献报道的相似。

本方剂以大黄作为主药, 药理研究证明, 大黄有增强肠蠕动、清除肠内毒物、改善微循环、解除奥迪氏括约肌痉挛降低胆胰管压力作用, 此外, 大黄对胰蛋白酶、胰淀粉及胰脂肪酶活性具有全面抑制作用<sup>[14]</sup>。辅以芒硝、黄芩, 加强清热通便之力, 再佐以白芍、玄胡, 行气消胀止痛。不仅能较快地缓解临床症状, 而且能改善胰腺血液循环, 促进坏死组织及炎症吸收; 能促进肠蠕动, 减少肠道菌群移位, 防治肠源性感染, 减少内毒素吸收, 维持肠道内环境的稳定。从而减少肠道功能衰竭及其继发的全身炎症反应和多脏器功能衰竭。文中所报告的辅以中药治疗SAP在促进患者预后有明显的功效, 能缓解患者的腹痛、腹胀、降低死亡率, 缩短住院时间, 节省医疗费用等。

在给予中药治疗时机及安全性方面, 在发生SAP时, 胰腺对促胰液素和胆囊收缩素等促进胰腺外分泌酶的反应常明显下降。因此, 胰腺分泌可能下降或受到抑制。近年有人对2例曾行胰管外引流的志愿者进行观察, 口服清胰汤既不增加, 也不减少胰腺的分泌<sup>[15]</sup>。故认为不必担心中药口服或胃管注入会增加胰腺的外分泌, 临床采用中西医结合的方法应该是安全的。我们所采用早期给予中药辅助治疗胰腺炎中可见, 早期给予中药治疗并未加重胰腺炎的症状, 相反在配伍的中药能明显抑制促胰液酶的释放, 对胰腺外分泌起着抑制作用。

中药在SAP治疗中的应用, 使SAP的并发症的发生率、死亡率等明显下降。中药相对西药而言具有价格便宜、多靶点作用、不良反应少等诸多优势, 用于治疗AP有很好的前景, 值得进一步推广。

#### 4 参考文献

- 1 张圣道. 重症急性胰腺炎诊治原则草案. 中华外科杂志 2001; 39: 963-964
- 2 张雷, 熊建琼, 李晓武, 尹昌林. 早期实施血液灌流治疗重症胰腺炎疗效观察. 实用临床医药杂志 2007; 11: 65-67
- 3 Harper SJ, Cheslyn-Curtis S. Acute pancreatitis. *Ann Clin Biochem* 2010 [Epub ahead of print]
- 4 刘胜利, 陈峰, 杨德同, 王尔慧, 汤文浩, 李国强. 重症急性胰腺炎的非手术治疗. 中国普通外科杂志 1999; 8: 172-174
- 5 唐斌, 蒋传成, 黄汉民, 杨传宏, 舒远猛. 重症急性胰腺炎早期非手术治疗的再认识. 肝胆胰外科杂志 2002; 14: 209-210
- 6 李国津, 余加和, 沈德荣. 重症急性胰腺炎的非手术治疗. 韶关学院学报 2007; 28: 96-98
- 7 张敏, 朱德增. 中药治疗重症急性胰腺炎的规律. 世界华人消化杂志 2007; 15: 2945-2948
- 8 张喜平, 王英. 中药治疗急性胰腺炎的主要机制与作用的实验研究进展. 世界华人消化杂志 2006; 14: 412-416
- 9 戴建忠, 范辉. 丹红对大鼠重症急性胰腺炎相关性心肌损害的防治作用. 世界华人消化杂志 2009; 17: 969-975
- 10 汪浩, 郑海文, 赵之青, 陈佩. 中药治疗重症急性胰腺炎的临床疗效观察. 海南医学院学报 2009; 15: 440-442
- 11 杨丹, 杨莉云. 大柴胡汤治疗急性胰腺炎64例. 陕西中医 2003; 24: 781-782
- 12 林景松. 大柴胡汤保留灌肠治疗急性水肿型胰腺炎23例. 现代中西医结合杂志 2003; 12: 698-699
- 13 张继良, 王东君. 大柴胡汤治疗急性胰腺炎52例. 陕西中医 2006; 27: 31
- 14 关兴. 中药治疗急性胰腺炎机制的实验和临床研究进展. 贵阳医学院学报 2009; 31: 80-83
- 15 田伏州, 黎冬暄. 急性胰腺炎重型化的预防. 中国实用外科杂志 1999; 19: 527

#### ■应用要点

本文通过传统的中医中药联合西医非手术治疗SAP, 对探讨SAP的发病机制, 提高临床救治水平, 具有重要的理论指导和临床应用价值。

#### ■同行评价

本文具有一定的临床参考价值, 但新颖性一般。