

•急危重症科专题

清胰通腑汤保留灌肠对重症急性胰腺炎患者血清炎性因子水平的影响

蒋 丹

(扬州市中医院重症医学科, 江苏 扬州 225002)

摘要: **目的** 研究清胰通腑汤保留灌肠对重症急性胰腺炎患者血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6)、C-反应蛋白 (CRP) 水平的影响。**方法** 按照随机数字表法, 将 2017 年 3 月至 2020 年 7 月于扬州市中医院进行治疗的 60 例重症急性胰腺炎患者分为对照组 (30 例, 胃肠减压、抑制胰酶及禁食等常规治疗) 与治疗组 (30 例, 在对照组的基础上加用清胰通腑汤保留灌肠治疗), 两组患者均持续治疗 1 周。比较两组患者治疗后临床疗效, 治疗前后尿淀粉酶 (UAMY), 血清脂肪酶 (LPS)、淀粉酶 (AMS)、TNF- α 、IL-6、CRP 水平。**结果** 治疗后, 治疗组患者临床总有效率高于对照组; 两组患者 UAMY, 血清 LPS、AMS、TNF- α 、CRP、IL-6 水平较治疗前均降低, 且治疗组低于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 清胰通腑汤保留灌肠治疗重症急性胰腺炎, 可有效缓解患者临床症状, 提高临床疗效, 抑制胰液与胰酶分泌, 降低炎性因子水平, 从而促进病情好转。

关键词: 重症急性胰腺炎; 清胰通腑汤; 灌肠; 炎性因子

中图分类号: R657.5+1

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.17.0025.03

作者简介: 蒋丹, 硕士研究生, 住院医师, 研究方向: 脾胃病与急重症。

高于常规组, 而 HR 水平低于常规组, 提示 ICU 感染性休克患者在常规治疗的基础上给予血必净药物进行治疗, 能够有效改善患者血流动力学指标, 恢复患者正常生理机能, 提高临床疗效, 促进患者病情恢复。

感染性休克患者因末梢灌注不足, 机体在缺氧条件下, 肌肉中葡萄糖经过无氧酵解生成丙酮酸, 而丙酮酸在肌肉中转换为 LAC, 从而使 LAC 水平升高; PCT 是一种用于严重细菌感染诊断与治疗监测的非创伤性临床指标, 其水平下降表明炎症反应的降低与感染灶的减少; CRP 是由肝细胞合成的一种急性期反应蛋白, 以糖蛋白形式存在于血液里, 健康人的血液中 CRP 水平极低, 感染或者组织损伤可引起急性炎症反应, 使其水平迅速升高^[8]。现代药理学研究表明, 红花中的红花黄色素 A 具有对抗细菌毒素, 降低内毒素水平的作用, 可改善休克时的微循环状态, 调节免疫功能, 抑制多种炎症介质释放, 保护血管内皮细胞; 丹参中丹参素可通过提升 MAP 水平, 降低感染性休克患者的血清 LAC 水平, 从而改善患者休克状态^[9-10]。本研究结果显示, 治疗后研究组患者血清 LAC、PCT、CRP 水平均低于常规组, 提示 ICU 感染性休克患者在常规治疗的基础上给予血必净药物进行治疗, 能够减轻炎症反应, 延缓或阻止病情进展。

综上, ICU 感染性休克患者在常规治疗的基础上给予血必净药物进行治疗, 能够有效改善患者血流动力学指标, 降低炎性因子水平, 从而提高临床疗效, 促进患者病情恢

复, 值得临床进一步推广。

参考文献

- [1] 刘玉明, 张丽华, 张亚丽, 等. 参芪扶正注射液联合血必净治疗感染性休克临床疗效分析 [J]. 西部中医药, 2019, 32(2): 5-8.
- [2] 高静, 刘磊, 王亮亮. 血必净联合乌司他丁治疗感染性休克临床观察 [J]. 安徽中医药大学学报, 2019, 38(4): 33-36.
- [3] 齐俊英, 田德英. 感染性疾病诊疗指南 [M]. 北京: 科学出版社, 2013: 59-66.
- [4] 方邦江. 中医急诊内科学 [M]. 北京: 科学出版社, 2010: 124-132.
- [5] 李波, 陈国兵, 葛利. 血必净对于感染性休克患者血清 TNF- α 及凝血功能的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(5): 977-979.
- [6] 崔颖, 戴琳琳. 参附注射液治疗感染性休克疗效及对血流动力学的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(19): 2120-2122.
- [7] 郑喜胜, 史进, 倪猛, 等. 血必净联合乌司他丁治疗感染性休克患者的临床疗效观察 [J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(4): 769-771.
- [8] 谢桥. 血必净注射液对感染性休克患者血流动力学及炎性因子的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(31): 3459-3461.
- [9] 张宇, 郑为超. 红花黄素抗炎作用机制研究概况 [J]. 江苏中医药, 2010, 42(9): 77-79.
- [10] 龚博, 朱彦, 樊官伟. 丹参素心血管药理作用研究进展 [J]. 天津中医药大学学报, 2015, 34(3): 188-192.

重症急性胰腺炎是由于胰酶异常激活、炎性因子大量释放所致的全身性炎症反应和多器官功能障碍综合征,具有起病急、进展快、治疗效果及预后较差等特点,且感染风险较大,患者临床表现为恶心、持续腹部胀痛等,严重者甚至出现休克与腹膜炎,威胁患者生命健康。重症急性胰腺炎因发病机制复杂,临床治疗方面往往难以有统一的治疗标准,目前主要进行保守治疗(禁食、胃肠减压、抑酸、维持内环境稳定、抑制胰腺分泌等),但控制效果不理想,部分患者还可能会出现器官功能衰竭等严重并发症^[1]。重症急性胰腺炎在中医学可归属于“脾心痛”“腹痛”范畴,多因饮食不节、肥胖、情志不畅、素体亏虚及感受六淫邪气等发病。清胰通腑汤中含有大黄、枳实、白芍等药材,具有通腑泻浊、清热解毒、活血化瘀的功效,同时通过灌肠给药的方式,还可促进药物吸收^[2]。本研究旨在探讨清胰通腑汤保留灌肠对重症急性胰腺炎患者血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6)、C-反应蛋白 (CRP)水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照随机数字表法,将2017年3月至2020年7月于扬州市中医院进行治疗的重症急性胰腺炎患者60例分为对照组与治疗组,各30例。对照组患者中男性17例,女性13例;年龄27~53岁,平均(41.77±7.97)岁;病程1~19 h,平均(4.13±1.05)h。治疗组患者中男性14例,女性16例;年龄25~56岁,平均(42.03±7.01)岁;病程2~18 h,平均(4.32±1.03)h。两组患者一般资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。纳入标准:符合《急性胰腺炎诊治指南(2014)》^[3]《中医内科常见病诊疗指南:中医病证部分》^[4]中的相关诊断标准者;根据临床症状、体征、血清淀粉酶(AMS)及影像学检查确诊者;临床表现为持续性腹痛、恶心呕吐者等。排除标准:合并严重脏器功能障碍、精神疾病、心血管疾病、免疫系统疾病者等;患有恶性肿瘤者;对本研究药物具有强烈不良反应与耐受性较差者等。本研究经扬州市中医院医学伦理委员会批准,患者及家属对本研究知情并签署知情同意书。

1.2 方法 予以对照组患者肠胃减压、抗感染、抑制胰酶和胃酸分泌、改善微循环、维持酸碱及电解质平衡等常规治疗^[5]。治疗组患者在对照组的基础上加用清胰通腑汤保留灌肠治疗,其中药方组成:大黄、枳实、白芍、炒山药各15 g,厚朴、黄芩、黄连、延胡索各12 g,芒硝、木香各10 g,炙甘草6 g,水煎至200 mL,以100 mL保留灌肠30 min,早晚各1次,1剂/d。两组患者均持续治疗1周。

1.3 观察指标 ①临床疗效。参照《中医内科常见病诊

疗指南:中医病证部分》^[4],其中显效:患者临床症状(腹痛、腹胀、恶心呕吐等)、临床体征(上腹压痛、反跳痛、腹肌紧张等)消失,肠鸣音 >4 次/min,腹内压 <12 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa);有效:患者上述症状、体征有所缓解,肠鸣音2~4次/min,腹内压12~16 mmHg;无效:患者上述症状、体征无缓解甚至加重,肠鸣音 <2 次/min,腹内压 >16 mmHg。临床总有效率=显效率+有效率。②脂肪酶(LPS)、淀粉酶(AMS)、尿淀粉酶(UAMY)水平。分别抽取两组患者治疗前后空腹静脉血4 mL,以3 000 r/min转速离心10 min取血清,采用酶联免疫吸附实验法测定血清LPS、AMS水平;留取患者清晨尿液,以碘-淀粉比色法测定患者UAMY水平。③炎性因子水平。血液采集、血清制备与检测方法同②,检测血清TNF- α 、IL-6、CRP水平。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗后治疗组患者临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	12(40.00)	6(20.00)	12(40.00)	18(60.00)
治疗组	30	19(63.33)	10(33.33)	1(3.33)	29(96.67)
χ^2 值					11.882
P 值					<0.05

2.2 UAMY与血清LPS、AMS水平 治疗后两组患者UAMY与血清LPS、AMS水平较治疗前均降低,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表2。

2.3 炎性因子水平 治疗后两组患者血清TNF- α 、CRP、IL-6水平较治疗前均降低,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表3。

3 讨论

胰腺炎会使患者机体处于基础代谢快、能量消耗高的状态,临床研究证实,患者机体内能量、蛋白质消耗量显著提升,易引起水、电解质失衡,导致代谢紊乱^[6]。目前,在临床治疗中,对胰腺炎患者炎症反应的控制、胃肠道功能的改善均是治疗重症急性胰腺炎的重点,该方式虽可在一定程度上缓解患者症状,但其疗效仍有待提高^[7]。

中医认为,重症急性胰腺炎多因情志不舒、暴饮暴食、外邪侵袭所致,基本病机是腑气不通,是湿热邪毒滞于肠腑形成阳明,腑实证瘀毒互结证,故应以清热解毒、祛瘀通腑泄下治疗为主。清胰通腑汤中芒硝可泻下通便、润燥

表 2 两组患者 UAMY 与血清 LPS、AMS 水平比较 ($\bar{x} \pm s$, U/L)

组别	例数	UAMY		LPS		AMS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	2 048.52±168.16	398.51±62.38*	958.23±57.38	164.52±25.37*	1 340.94±146.46	206.24±34.61*
治疗组	30	2 055.18±175.34	223.43±43.35*	965.64±65.27	94.74±15.86*	1 330.37±109.62	121.27±22.35*
<i>t</i> 值		0.150	12.624	0.467	12.774	0.316	11.296
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，**P*<0.05。UAMY：尿淀粉酶；LPS：脂肪酶；AMS：淀粉酶。

表 3 两组患者血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF- α (ng/mL)		CRP(mg/L)		IL-6(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	169.85±19.37	49.81±9.79*	99.53±10.34	75.34±8.83*	132.45±14.96	43.65±8.62*
治疗组	30	168.05±18.54	24.38±7.05*	97.86±10.57	45.60±7.10*	133.56±13.27	22.37±6.15*
<i>t</i> 值		0.368	11.545	0.619	14.377	0.304	11.007
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，**P*<0.05。TNF- α ：肿瘤坏死因子- α ；CRP：C-反应蛋白；IL-6：白细胞介素-6。

软坚、清热消痞；大黄可清热泻火、解毒、通便、活血；厚朴可燥湿化痰、降气消痞；木香具有行气止痛、健脾消食之功效；枳实具有行气散结、宣肺止咳之功效；黄芩与黄连可清热燥湿、泻火解毒；延胡索、白芍可活血止痛；炒山药可健脾补肺、益胃补肾；炙甘草可补气健脾，以上诸药合用，共奏清热除湿、祛瘀通腑之功效。保留灌肠法通过将药物注入肠道，使肠黏膜吸收药物，可减轻机体损耗^[8]。LPS、UAMY、AMS 作为临床检验重症急性胰腺炎的重要指标，其水平升高表明患者胰酶、胰液分泌加重，使病情恶化。本研究结果显示，治疗后治疗组患者临床总有效率高于对照组，而血清 LPS、UAMY、AMS 水平均低于对照组，提示清胰通腑汤保留灌肠治疗重症急性胰腺炎，可提高临床疗效，抑制胰液胰酶分泌，从而促进病情恢复。

在重症急性胰腺炎发生时，TNF- α 水平会异常升高，其还可促使其他细胞因子产生，伤害胰腺或胰腺外的其他组织器官；CRP、IL-6 作为促炎因子，当重症急性胰腺炎患者机体内的炎症反应较为强烈时，会导致其水平急剧升高，使病情加重。现代药理学研究表明，大黄中大黄素可通过抑制其他细胞炎症因子的分泌而起抗炎的作用；黄芩中黄芩苷可抑制中性粒细胞向胰腺组织趋化、浸润，从而减轻胰腺炎的炎症程度^[9-10]。由于灌肠给药可使药物直接作用于肠道，在一定程度上可促进药物的吸收，保证药物疗效。本研究结果显示，治疗后治疗组患者血清 TNF- α 、CRP、IL-6 水平较对照组均降低，提示清胰通腑汤保留灌肠治疗重症急性胰腺炎，可有效抑制炎症反应，改善患者病情，促使病情转归。

综上，清胰通腑汤保留灌肠治疗重症急性胰腺炎，可

有效缓解患者临床症状，提高临床疗效，抑制胰液与胰酶分泌，降低炎症因子水平，从而促进病情好转，值得临床推广。

参考文献

- [1] 田明, 孙清露, 陈振宙, 等. 经空肠注入通腑汤对重症急性胰腺炎患者胃肠功能的影响及机制研究 [J]. 中国临床医生杂志, 2018, 46(3): 291-293.
- [2] 赵芳超. 清热通腑活血汤内服外用对重症急性胰腺炎患者血清(胰)淀粉酶的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(5): 1002-1004.
- [3] 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)[J]. 中华普通外科杂志, 2015, 30(1): 69-72.
- [4] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 80.
- [5] 谢芸, 陈维平. 大黄保留灌肠结合西医常规疗法治疗急性胰腺炎临床研究 [J]. 国际中医中药杂志, 2016, 38(7): 596-598.
- [6] 张宏伟, 丁威, 张琴, 等. 早期肠内营养支持治疗对重症急性胰腺炎患者临床效果及手术方式安全性的影响 [J]. 中国综合临床, 2018, 34(1): 49-53.
- [7] 高媛. 清胰承气汤治疗急性重症胰腺炎的临床观察及对炎症因子的影响 [J]. 中国中医急症, 2017, 26(6): 1080-1082.
- [8] 陈爱华. 清胰通腑汤保留灌肠治疗重症急性胰腺炎的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2018, 27(1): 135-137.
- [9] 刘瑞霞, 齐文杰. 大黄素治疗重症急性胰腺炎的作用与机制研究进展 [J]. 临床和实验医学杂志, 2016, 15(2): 193-195.
- [10] 高光武, 李玲. 黄芩提取物的抗炎作用及其作用机制研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2014, 30(6): 550-552.