

加减小柴胡汤治疗急性胰腺炎的临床疗效分析

周 静，陆贤燕

[苏州市吴江区中医医院（苏州市吴江区第二人民医院）脾胃病科，江苏 苏州 215221]

【摘要】目的 探讨加减小柴胡汤治疗急性胰腺炎（AP）的临床疗效，以及对患者血清 C-反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）、白细胞介素-6（IL-6）水平的影响。**方法** 选取 2021 年 1 月至 2023 年 1 月苏州市吴江区中医医院（苏州市吴江区第二人民医院）收治的 60 例 AP 患者，以随机数字表法分为两组，各 30 例。对照组患者采用液体复苏、纠正酸碱失衡及电解质紊乱、解痉镇痛、营养支持等常规对症治疗，研究组患者在对照组的基础上联合加减小柴胡汤治疗，两组均持续治疗 5 d。比较两组患者临床疗效及临床症状缓解时间，治疗前及治疗 2、5 d 后血清 CRP、PCT、IL-6 水平。**结果** 与对照组比，研究组患者临床总有效率更高，体温恢复时间、腹痛缓解时间、肠鸣音恢复时间均更短；与治疗前比，治疗 2、5 d 后两组患者血清 CRP、PCT、IL-6 均呈降低趋势，且不同时间点研究组均低于对照组（均 $P < 0.05$ ）。**结论** 联合应用加减小柴胡汤可缓解 AP 患者临床症状，并能够减轻炎症反应，控制病情进展，治疗效果显著。

【关键词】 急性胰腺炎；加减小柴胡汤；C-反应蛋白；降钙素原；白细胞介素-6

【中图分类号】 R657.5+1

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.12.0095.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.12.031

急性胰腺炎（acute pancreatitis, AP）是多种原因导致的胰腺内胰酶被激活而发生胰腺自身消化、水肿、出血甚至坏死的一种化学性炎症反应，临床表现主要有恶心、呕吐、上腹痛等，轻者以胰腺局部炎症反应为主，重者则可伴器官功能衰竭。目前西医治疗 AP 仍以液体复苏为主，同时予以抑制胰酶分泌、营养支持等，治疗效果明显，但在治疗过程中腹痛缓解较慢，肛门恢复排气、排便时间较长。在治疗 AP 方面，中医药显示出了其独有的优势，通过多靶点治疗 AP，减轻患者在治疗过程中的痛苦，因此，中西医结合治疗越来越受到重视。AP 在中医学中并没有明确的病名，根据其临床表现可归属于“腹痛”“脾心痛”等范畴，该病病变部位主要涉及肝、胆、脾、胃，多合并阳明、少阳病变，以肝胆湿热、腑实内结为主。大柴胡汤以疏泄少阳、清泄阳明为功用，加减小柴胡汤在此基础上加生姜、大枣，加丹参、桃仁、木香、厚朴、生山栀，加强了清热解毒之效，增加了行气活血之功，以疏解少阳、内泻瘀热为主要功效^[1]。基于此，本研究采用西医常规治疗联合内服加减小柴胡汤治疗 AP 患者，探讨其临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 1 月至 2023 年 1 月苏州市吴江区中医医院（苏州市吴江区第二人民医院）收治的 60 例 AP 患者，以随机数字表法分为两组，各 30 例。对照

组中男、女患者分别为 19、11 例；年龄 29~84 岁，平均（55.43±16.94）岁；入院时 Glasgow 评分^[2] 0~4 分，平均（2.00±0.98）分。研究组中男、女患者分别为 22、8 例；年龄 26~83 岁，平均（51.47±16.90）岁；入院时 Glasgow 评分 0~4 分，平均（1.93±0.94）分。两组患者上述一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），组间可比。纳入标准：符合《急性胰腺炎诊治指南（2014）》^[3]中的相关诊断标准，临床上符合以下 3 项特征中的 2 项即可确诊：①与 AP 相符合的腹痛；②血清淀粉酶和（或）脂肪酶活性高于正常上限值 3 倍以上；③腹部影像学检查符合 AP 影像学特征。符合《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见（2017）》^[4]中“腹痛”及《伤寒论讲义》^[5]中少阳阳明合病证的诊断标准，症见：往来寒热，胸胁苦满，呕不止，郁郁微烦，心下痞硬；或心下满痛，大便不解；或协热下利，舌苔黄，脉弦数有力。首次发作的初治患者；年龄 20~85 岁者等。排除标准：胰腺肿瘤、慢性胰腺炎急性加重者；重要器官损伤者；伴有感染性疾病者等。研究经院内医学伦理委员会批准，患者或家属签署知情同意书。

1.2 治疗方法 对照组患者采用禁食、胃肠减压、抑制胰酶分泌、液体复苏、纠正酸碱失衡及电解质紊乱、解痉镇痛、营养支持、器官功能支持及加强监护，必要时给予抗生素治疗^[6]。基于上述基础上，研究组患者联合加减小柴胡汤内服，主要药物有：柴胡、大黄、厚朴各 6 g，黄

基金项目：苏州市吴江区“科教兴卫”项目（编号：WWK201922）

作者简介：周静，硕士研究生，副主任中医师，研究方向：消化系统疾病的诊治。

芩、枳实、半夏、白芍、丹参、桃仁、木香、生山栀各 10 g。中药由苏州市吴江区中医医院（苏州市吴江区第二人民医院）中药房提供，取 1 剂加水煎至 400 mL，早晚温服，2 次/d，1 剂/d。疗程为 5 d。

1.3 观察指标 ①比较两组患者临床疗效。疗效评价标准参照《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见（2017）》^[5]，分为痊愈（疗效指数≥90%）、显效（60%≤疗效指数<90%）、有效（30%≤疗效指数<60%）、无效（疗效指数<30%），将患者中医证候积分根据无、轻、中、重度进行分级计分，其中主症腹痛、腹胀、大便未解分别计 0、2、4、6 分，次症胸胁胀满、恶心呕吐、发热分别计 0、1、2、3 分，采用尼莫地平法计算疗效指数，疗效指数=（治疗前积分－治疗后积分）/治疗前积分×100%。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。②比较两组患者临床症状缓解时间。包括体温恢复时间、腹痛缓解时间、肠鸣音恢复时间。③比较两组患者炎症指标。于治疗前及治疗 2、5 d 后晨起空腹状态下采血（5 mL），离心（3 000 r/min，15 min）取血清，采用酶联免疫吸附法检测血清 C-反应蛋白（CRP）、白细胞介素-6（IL-6）水平，采用电化学发光法检测血清降钙素原（PCT）水平。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据，计量资料均经 K-S 检验证实符合正态分布且方差齐，以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，两组间比较行 *t* 检验，多时间点间比较采用重复测量方差分析，两两比较采用 SNK-*q* 检验；计数资

料以[例(%)]表示，行 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 对照组与研究组患者临床总有效率[73.33%（22/30）vs 96.67%（29/30）]比较，研究组更高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患者临床症状缓解时间比较 与对照组比，研究组患者体温恢复时间、腹痛缓解时间、肠鸣音恢复时间均更短，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者临床症状缓解时间比较（d， $\bar{x} \pm s$ ）				
组别	例数	体温恢复时间	腹痛缓解时间	肠鸣音恢复时间
对照组	30	3.83±1.64	3.90±1.73	4.10±1.56
研究组	30	2.73±1.26	3.03±1.24	2.83±1.23
<i>t</i> 值		2.913	2.228	3.486
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者炎症指标比较 与治疗前比，治疗 2、5 d 后两组患者血清 CRP、PCT、IL-6 均逐渐降低，且与对照组比，不同时间点研究组降低幅度更大，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表 3。

3 讨论

AP 为常见急腹症之一，其发病急、进展快，且病因较多，主要与生活方式、饮食习惯密切相关。相关研究发

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]						
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	6(20.00)	15(50.00)	1(3.33)	8(26.67)	22(73.33)
研究组	30	9(30.00)	19(63.33)	1(3.33)	1(3.33)	29(96.67)
χ^2 值						4.706
<i>P</i> 值						<0.05

表 3 两组患者炎症指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）							
组别	例数	CRP(mg/L)			PCT(μg/L)		
		治疗前	治疗 2 d 后	治疗 5 d 后	治疗前	治疗 2 d 后	治疗 5 d 后
对照组	30	72.20±26.41	50.07±21.63*	34.80±17.04**	1.93±0.50	1.36±0.50*	0.56±0.11**
研究组	30	74.20±23.22	38.77±18.47*	24.50±11.36**	1.84±0.54	1.07±0.48*	0.18±0.05**
<i>t</i> 值		0.311	2.176	2.755	0.665	2.312	17.398
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

组别	例数	IL-6(pg/mL)		
		治疗前	治疗 2 d 后	治疗 5 d 后
对照组	30	117.26±27.59	80.90±31.50*	42.39±20.72**
研究组	30	114.36±31.88	64.82±30.04*	23.09±10.97**
<i>t</i> 值		0.376	2.022	4.508
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P<0.05$ ；与治疗 2 d 后比，** $P<0.05$ 。CRP：C-反应蛋白；PCT：降钙素原；IL-6：白细胞介素-6。

现, AP 患者的血清蛋白酶浓度升高, 并激活其他相关酶, 胰腺周围血管受损, 发生出血、水肿, 影响患者生活质量和生命安全^[7]。西医治疗 AP 仍以液体复苏为主, 但疾病进展快, 单纯西医治疗存在一定的局限性; 同时, 对于胃肠功能恢复、腹痛缓解等方面, 效果欠佳。

现代中医学中将 AP 归属于“脾瘕”范畴, 饮食不节、过度饮酒、情志刺激、六淫内邪、蛔虫内扰等因素所致腑气不通、肝胆失疏、脾胃升降失常, 湿、郁、热、结阻于中焦, 酿生热毒、血瘀, 治疗过程中易出现留瘀化热, 热瘀化毒, 从而加重热毒、血瘀, 反复循环。腑气不通是 AP 发生的基本病机, 故通里攻下应贯穿该病治疗的始终, 瘀毒内蕴是该病复杂多变、危重难治的关键病机, 故在治疗中采用活血化瘀、清热解毒之法, 亦可取得较好疗效。《医宗金鉴》云: “虽云下之, 亦下中之和剂也”, 大柴胡汤由小柴胡汤与小承气汤两方加减合成, 既有疏肝理气、和解少阳之功, 又有泻下内腑积滞之力, 适用于 AP 早期实证期。加减大柴胡汤是在大柴胡汤的基础上进行加减, 由柴胡、黄芩、大黄、枳实、半夏、白芍、丹参、桃仁、木香、厚朴、生山栀组成。方中以柴胡为君药, 配臣药黄芩和解清热, 以除少阳之邪; 大黄配枳实以内泻阳明热结、行气消痞, 亦为臣药; 白芍柔肝、缓急止痛, 与大黄相配可治腹中实痛, 与枳实相伍可以理气和血, 以除心下满痛; 半夏和胃降逆, 以治呕逆不止; 丹参、桃仁活血化瘀, 配伍木香、厚朴以行气活血; 生山栀清里热, 与大黄合用, 将里热从阳明而泻, 诸药合用共奏疏通脏腑气机、通泄实热之邪, 理气活血, 能够明显缓解腹部症状, 阻止病情恶化^[8]。通过观察两组治疗效果及临床症状缓解时间发现, 与对照组比, 研究组患者临床总有效率更高, 各项症状缓解时间均更短, 提示加减大柴胡汤可有效缓解 AP 患者临床症状, 临床疗效显著。

炎症级联反应是 AP 患者机体内最突出的病理特征, 也是造成患者多器官发生损伤的关键病理因素。CRP 属于非特异性急性期反应蛋白, 其水平高低与 AP 的严重程度、坏死及其预后呈正相关; PCT 属于感染的特异性标志物, 正常机体血清中 PCT 含量较低, 在 AP 早期患者血清中 PCT 水平异常升高, 且其水平与病情严重程度呈正相关, 是预测病情和死亡率的独立因素; IL-6 作为细胞促炎因子, 可诱导及促进外周血单核细胞系统激活, 在 AP 病情进展及继发感染中发挥重要作用。有研究显示, 血清 PCT、CRP、IL-6 均随 AP 病情严重程度的增加而升高, 提示各指标水平可在一定程度上反映病情^[9]。AP 以发病 48 h 内是否存在器官功能衰竭及持续情况将其分为轻症 AP、中度重症 AP、重症 AP, 故发病 48 h 内的治疗为决定疾病转归及预后的关键, 疾病疗效判定标准以 120 h 后症状、体征是否消失评定有效、无

效, 故本研究选取治疗后 48、120 h 两个时间点对疾病进行动态监测。本研究中, 与治疗前比, 治疗 2、5 d 后两组患者血清 CRP、PCT、IL-6 均呈降低趋势, 且不同时间点研究组均低于对照组, 说明加减大柴胡汤可缓解 AP 患者临床症状, 并能够减轻炎症反应, 控制病情进展。现代药理学研究表明, 丹参、桃仁对于胰腺组织微循环具有良好的改善作用, 可降低血液的黏度, 使胰腺组织局部的血供得到有效改善, 进而促使胰腺组织缺血情况改善^[10-11]; 大柴胡汤可改善胰腺血液循环, 促进坏死组织和炎症的吸收, 并能够促进肠蠕动, 减少肠道菌群移位, 维持肠道内环境的稳定, 进而减少肠道功能衰竭及其继发的全身炎症反应和多器官衰竭^[12]。

综上, 加减大柴胡汤可缓解 AP 患者临床症状, 并能够减轻炎症反应, 控制病情进展, 治疗效果显著, 值得临床进一步研究推广。

参考文献

- [1] 孙文杰, 陈亚峰, 高磊, 等. 中药治疗急性胰腺炎机制的研究进展[J]. 中成药, 2019, 41(8): 1932-1935.
- [2] 张杨, 杨琰, 曹钧. Ranson 评分与 Glasgow 评分对急性胰腺炎严重程度及预后评估的对比分析[J]. 腹部外科, 2016, 29(6): 431-434.
- [3] 王春友, 李非, 赵玉沛, 等. 急性胰腺炎诊治指南(2014)[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(1): 4-7.
- [4] 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.
- [5] 梅国强. 伤寒论讲义[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 265-296.
- [6] 王兴鹏, 李兆申, 袁耀宗, 等. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013 年, 上海)[J]. 临床肝胆病杂志, 2013, 29(9): 656-660.
- [7] 姜晓玲, 童晨曦, 宋银宏. 急性胰腺炎的免疫发病机制[J]. 中国免疫学杂志, 2019, 35(4): 496-499, 504.
- [8] 解淑萍, 张新, 曹志群, 等. 大柴胡汤加减联合醋酸奥曲肽注射液治疗重症急性胰腺炎临床研究[J]. 山东中医药大学学报, 2017, 41(6): 540-542.
- [9] 李小梅, 鹿伟. 大柴胡汤加减联合生长抑素对急性胰腺炎的临床疗效观察[J]. 世界中医药, 2017, 12(3): 547-549.
- [10] 张妍妍, 韦建华, 卢澄生, 等. 桃仁化学成分、药理作用及质量标志物的预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(1): 234-241.
- [11] 成鹏, 黄帅, 杨宇, 等. 网络药理学挖掘丹参-苦参药对提取物的抗炎药效及分子机制研究[J]. 中国药理学通报, 2021, 37(2): 270-276.
- [12] 胡晓光. 大柴胡汤治疗早期重症急性胰腺炎的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(20): 136-138.