

# 加减大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** 探讨加减大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大柴胡汤治疗,两组均持续治疗5d。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、5d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、5d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。

**【关键词】** 急性胰腺炎; 加减大柴胡汤; 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,加减大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<sup>[1]</sup>。基于此,本研究采用西医常规治疗联合内服加减大柴胡汤治疗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<sup>[2]</sup>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)》<sup>[3]</sup>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)》<sup>[4]</sup>中“腹痛”及《伤寒论讲义》<sup>[5]</sup>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<sup>[6]</sup>。基于上述基础上,研究组患者联合加减大柴胡汤内服,主要药物有:柴胡、大黄、厚朴各6g,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）》<sup>[5]</sup>，分为痊愈（疗效指数  $\geq 90\%$ ）、显效（ $60\% \leq$  疗效指数  $< 90\%$ ）、有效（ $30\% \leq$  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  $\times 100\%$ 。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  $\chi^2$  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 $\pm$ 1.64	3.90 $\pm$ 1.73	4.10 $\pm$ 1.56
研究组	30	2.73 $\pm$ 1.26	3.03 $\pm$ 1.24	2.83 $\pm$ 1.23
$t$ 值		2.913	2.228	3.486
$P$ 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)
$\chi^2$ 值						4.706
$P$ 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( $\mu$ g/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 $\pm$ 26.41	50.07 $\pm$ 21.63*	34.80 $\pm$ 17.04**	1.93 $\pm$ 0.50	1.36 $\pm$ 0.50*	0.56 $\pm$ 0.11**
研究组	30	74.20 $\pm$ 23.22	38.77 $\pm$ 18.47*	24.50 $\pm$ 11.36**	1.84 $\pm$ 0.54	1.07 $\pm$ 0.48*	0.18 $\pm$ 0.05**
$t$ 值		0.311	2.176	2.755	0.665	2.312	17.398
$P$ 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 $\pm$ 27.59	80.90 $\pm$ 31.50*	42.39 $\pm$ 20.72**
研究组	30	114.36 $\pm$ 31.88	64.82 $\pm$ 30.04*	23.09 $\pm$ 10.97**
$t$ 值		0.376	2.022	4.508
$P$ 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<sup>[7]</sup>。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“脾瘵”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<sup>[8]</sup>。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<sup>[9]</sup>。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<sup>[10-11]</sup>; 大柴胡汤可改善胰腺血流循环, 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<sup>[12]</sup>。

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, 杨球, 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.