

文章编号: 1005-0957 (2022) 07-0656-05

· 临床研究 ·

穴位贴敷联合苓栀清胰饮治疗急性胰腺炎的疗效观察及对胃肠功能的影响

刘春霞, 贾秀贤, 王利峰, 王利芳
(张家口市第二医院, 张家口 075031)

【摘要】 目的 观察穴位贴敷联合苓栀清胰饮治疗急性胰腺炎(SAP)的临床疗效及对患者胃肠功能的影响。**方法** 选取SAP患者140例,随机分为对照组和研究组,每组70例。对照组采用常规西医治疗,研究组在常规西医治疗基础上,采用穴位贴敷联合苓栀清胰饮治疗。观察两组胃肠功能指标(胃肠蠕动、肠鸣音、自主排便、自主排气恢复时间)、实验室指标[血淀粉酶、尿淀粉酶、C反应蛋白(CRP)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、血尿素氮(BUN)],并比较两组的临床疗效及不良反应发生情况。**结果** 研究组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。研究组胃肠蠕动、肠鸣音、自主排便、自主排气恢复时间短于对照组($P<0.05$)。研究组治疗后血淀粉酶、尿淀粉酶、CRP、AST、BUN低于对照组($P<0.05$)。两组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 在常规西医治疗基础上,穴位贴敷联合苓栀清胰饮治疗SAP,可促进胃肠功能恢复,其主要作用机制可能与改善血淀粉酶、尿淀粉酶、CRP、AST、BUN水平有关。

【关键词】 穴位贴敷法;苓栀清胰饮;胰腺炎;胃肠功能;淀粉酶

【中图分类号】 R246.1 **【文献标志码】** A

DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2022.07.0656

Efficacy Observation of Acupoint Sticking Therapy Combined with *Qin Zhi Qing Yi Yin* for Acute Pancreatitis and Its Effect on Gastrointestinal Function LIU Chunxia, JIA Xiuxian, WANG Lifeng, WANG Lifang. Zhangjiakou No.2 Hospital, Zhangjiakou 075031, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of acupoint sticking therapy plus *Qin Zhi Qing Yi Yin* in treating severe acute pancreatitis (SAP) and its effect on the patients' gastrointestinal function. **Method** A total of 140 patients with SAP were randomized into a control group and a study group, with 70 cases in each group. The control group was intervened by routine Western medicine treatment, and the study group received the routine Western medicine treatment plus acupoint sticking therapy and *Qin Zhi Qing Yi Yin*. The gastrointestinal function indicators (time in recovering gastrointestinal peristalsis, bowel sounds, spontaneous defecation, and expelling gas) and laboratory indexes [blood amylase, urine amylase, C-reactive protein (CRP), aspartate aminotransferase (AST), and blood urea nitrogen (BUN)] were observed for the two groups. The clinical efficacy and adverse reactions were also compared between the two groups. **Result** The total effective rate was significantly higher in the study group than in the control group ($P<0.05$). The study group took a shorter time in recovering gastrointestinal peristalsis, bowel sounds, spontaneous defecation, and expelling gas compared with the control group ($P<0.05$). After the treatment, the levels of blood amylase, urine amylase, CRP, AST, and BUN in the study group were lower than those in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the adverse reaction rate between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**

基金项目:河北省中医药类科研计划课题(2021443)

作者简介:刘春霞(1980—),女,主治医师,Email:aiu007841@21cn.com

通信作者:王利峰(1978—),男,主治医师,Email:aiu007841@21cn.com

Based on the Western medicine treatment, acupoint sticking therapy plus *Qin Zhi Qing Yi Yin* can boost the recovery of gastrointestinal function in treating SAP, and the main mechanism may be associated with the improvements of blood amylase, urine amylase, CRP, AST, and BUN levels.

[Key words] Acupoint sticking therapy; *Qin Zhi Qing Yi Yin*; Pancreatitis; Gastrointestinal function; Amylase

重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP) 是由各种病因引起的胰腺组织和功能不可逆改变的慢性炎症性疾病^[1]。目前由于人们饮食习惯、结构及生活方式的改变, SAP 的发生率呈逐年递增趋势^[2]。目前本病的治疗多以手术治疗、保守治疗为主, 其中手术治疗为有创治疗, 一定程度上增加疼痛感, 不少患者倾向于保守治疗^[3]。常规的西医保守治疗以控制症状、改善胰腺功能、治疗并发症为主。这些方法虽然在早期控制症状时有效, 但无法根治, 易导致疾病反复发作, 同时西医常规治疗对于 SAP 患者胃肠功能的改善效果较为一般^[3]。中医治疗具有改善整体微环境的特点, 中医学将 SAP 归属于“脾心痛”“腹痛”范畴, 并认为饮食不节、胆道疾病、情志不畅等均可引发 SAP, 且其发病还围绕着热、湿、瘀、毒等多个病理因素, 故中医学认为疏肝健脾、清热通腑为主要治疗大法^[4]。苓枢清胰饮是谢晶日教授依据多年临床经验制成的汤方, 具有疏肝理气、清热通腑的功效^[5]。穴位贴敷可通过药物直接刺激穴位, 激发经络之气, 从而达到调理病体的作用^[6]。本研究选取部分 SAP 患者, 在常规西医治疗基础上, 给予苓枢清胰饮联合穴位贴敷治疗, 并与常规西医治疗相比较, 观察联合用药的应用价值, 以期指导临床治疗。

1 临床资料

1.1 一般资料

纳入 2018 年 3 月至 2020 年 12 月张家口市第二医院收治的 140 例 SAP 患者。符合要求的患者根据信封抽签法随机分为对照组和研究组, 每组 70 例。对照组中男、女分别为 41 例、29 例; 年龄 28~63 岁, 平均 (43±5) 岁; 体质量指数 20~29 kg/m², 平均 (24.69±2.34) kg/m²; 病程 2~6 d, 平均 (3.93±0.51) d。研究组中男、女分别为 39 例、31 例; 年龄 30~64 岁, 平均 (43±6) 岁; 体质量指数 21~32 kg/m², 平均 (24.76±1.94) kg/m²; 病程 2~8 d, 平均 (4.03±0.57) d。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》^[7], 经腹部超声、CT 扫描等医学检查确诊, 血淀粉酶、尿淀粉酶超过正常值上限的 3 倍以上, 有明确的急性上腹部压痛或有明确腹膜刺激征。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中医消化病诊疗指南》^[8], 中医辨证分型为脾胃湿热证, 主症为口渴少饮、脘腹胀满, 食少纳呆、大便溏而不爽, 次症为身热不扬、肢体困重、脉濡数、恶心呕吐。次症 2 项及其以上加主症 2 项及其以上可确诊。

1.3 纳入标准

①年龄 18~65 岁, 性别不限; ②符合中西医诊断标准者; ③签署知情同意书者; ④对本次研究的治疗方案耐受者。

1.4 排除标准

①合并肝、肾功能严重不全者; ②妊娠或哺乳期者; ③非原发性 SAP, 由外伤或手术诱发的 SAP 者; ④心脑血管意外后处于急性期者; ⑤合并消化系统穿孔、溃疡、出血、胰腺肿瘤者; ⑥凝血功能、免疫功能异常或障碍者; ⑦胰腺癌者。

2 治疗方法

2.1 对照组

接受禁食、抗感染、维持水电解质平衡、胃肠减压、抑制胃酸、补充血容量、酸碱平衡等常规治疗。

2.2 研究组

在对照组治疗的基础上联合穴位贴敷联合苓枢清胰饮治疗。其中穴位贴敷方法为将白芥子 200 g, 肉桂 80 g, 延胡索 100 g, 制附子 80 g, 细辛 300 g 研磨成粉, 用蛋清、水、植物油调成糊状, 再加姜汁调匀, 敷贴于神阙、中脘、胰俞、天枢、胰腺 (小腿前缘足太阴脾经上, 在胫骨内上髌与内踝尖高点连线的中点, 胫骨内侧后缘 1 寸处), 用纱布和医用胶布固定, 每次贴

敷 5 h, 每 2 d 敷贴 1 次。苓樞清胰饮汤方为黄芩 20 g, 山樞 10 g, 柴胡 10 g, 佛手 6 g, 茯苓 6 g, 生大黄 6 g。由张家口市第二医院统一抓取代煎, 每袋 150 mg, 早晚两次饭后半小时温服。

两组均治疗 10 d。

3 治疗效果

3.1 观察指标

观察两组自主排气、胃肠蠕动、肠鸣音、自主排便恢复时间。观察两组用药安全性。治疗前后抽取两组患者清晨空腹静脉血 5 mL 室温下静置, 经离心半径 8 cm, 3 400 r/min 的速率离心 12 min, 取上清液待检测, 采用酶学速率法检测血淀粉酶水平, 采用高敏比浊分析法检测 C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP), 检测过程所用试剂盒购自上海江莱生物科技有限公司, 试剂盒批号为 20180125、20180203, 采用上海玉研科学仪器有限公司全自动生化分析仪及其配套试剂检测天门冬氨酸氨基转移酶(aspartate aminotransferase, AST)、血尿素氮(blood urea nitrogen, BUN)。治疗前后采集患者尿液 3 mL 左右, 于检验科采用干化学法检测尿淀粉酶, 试剂盒购自南京贝登医疗股份有限公司, 试剂盒批号为 20180118。

表 1 两组临床疗效比较

[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	70	10(14.3)	21(30.0)	24(34.3)	15(21.4)	78.6 ¹⁾
研究组	70	15(21.4)	28(40.0)	24(34.3)	3(4.3)	95.7

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$

3.4.2 两组胃肠功能指标恢复情况比较

与对照组比较, 研究组肠鸣音、胃肠蠕动、自主排

3.2 疗效标准^[7]

痊愈:治疗 5 d 后肝肾功能、血淀粉酶、白细胞、尿淀粉酶等生化指标恢复正常, 症状及体征基本消失。

显效:治疗 7 d 后生化指标、临床指标恢复标准者。

有效:治疗 10 d 后生化指标、临床指标恢复标准者。

无效:治疗 10 d 后生化指标、临床指标仍未达到标准者。

总有效率 = [(痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数] × 100%。

3.3 统计学方法

采用 SPSS25.0 统计学软件处理数据。计数资料采用率表示, 比较采用卡方检验或 Fisher 精确概率; 符合正态分布的计量资料, 采用均数 ± 标准差表示, 比较采用独立样本 *t* 检验和配对 *t* 检验。检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组临床疗效比较

研究组的总有效率为 95.7%(67/70), 明显高于对照组的 78.6%(55/70), 差异有统计学意义($\chi^2 = 7.368, P = 0.007 < 0.05$)。详见表 1。

表 2 两组胃肠功能指标恢复情况比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肠鸣音(d)	胃肠蠕动(d)	自主排气(h)	自主排便(h)
对照组	70	4.21 ± 0.49	5.94 ± 0.82	39.27 ± 8.15	51.83 ± 12.46
研究组	70	1.73 ± 0.31	4.17 ± 0.76	14.19 ± 2.34	17.36 ± 6.28
<i>t</i>	-	35.785	13.245	9.186	20.669
<i>P</i>	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3.4.3 两组治疗前后实验室指标比较

治疗前, 两组血淀粉酶、尿淀粉酶、CRP、AST、BUN, 组间对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 两组血淀粉酶、尿淀粉酶、CRP、AST、BUN 降低, 组内不同

气、自主排便恢复时间均明显缩短, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 2。

时间点比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后, 研究组血淀粉酶、尿淀粉酶、CRP、AST、BUN 低于对照组, 组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组治疗前后实验室指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	血淀粉酶(U/L)	尿淀粉酶(U/L)	CRP(g/L)	AST(U/L)	BUN(mmol/L)
对照组	70	治疗前	39.88±3.20	42.67±5.28	38.40±4.55	186.35±24.96	12.96±2.74
		治疗后	9.86±2.19	10.82±2.06	11.43±2.61	44.17±16.85	5.27±0.93
研究组	70	治疗前	39.35±4.36	43.09±6.85	38.75±5.21	186.28±30.88	12.89±3.65
		治疗后	3.23±0.64	4.10±0.92	4.71±1.35	21.72±4.62	2.91±0.54
<i>t, P</i> (对照组组内)	-	-	64.773, 0.000	47.017, 0.000	43.018, 0.000	39.500, 0.000	22.236, 0.000
<i>t, P</i> (研究组组内)	-	-	68.557, 0.000	47.199, 0.000	52.916, 0.000	44.095, 0.000	22.630, 0.000
<i>t, P</i> (治疗前组间)	-	-	0.820, 0.414	-0.406, 0.685	-0.423, 0.673	0.015, 0.988	0.128, 0.898
<i>t, P</i> (治疗后组间)	-	-	24.312, 0.000	24.921, 0.000	19.134, 0.000	10.750, 0.000	18.361, 0.000

3.5 两组不良反应发生率比较

对照组不良反应总发生率为 4.2%(3/70), 研究组为 7.2%(5/70), 差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 4。

表 4 两组不良反应发生率比较

[例(%)]

组别	例数	呕吐	胃肠道不适	皮疹	总发生率/%
对照组	70	1(1.4)	1(1.4)	1(1.4)	4.2
研究组	70	2(2.9)	1(1.4)	2(2.9)	7.2

4 讨论

重症急性胰腺炎(SAP)发病急骤, 病情进展迅速, 并发症多, 且死亡率高, 是临床常见的危急重症之一。目前有关 SAP 的发病机制不明确, 已知的原因主要包括胰腺局部的功能障碍、胰酶分泌过度、炎症应激反应以及胃肠功能障碍等^[9]。其中胃肠道功能占据主要作用, 肠道是维持人体免疫功能和消化功能的重要场所之一, 人体内的肠道布满各种细菌, 约达 1 000 种以上^[10]。以往的研究^[11]证实, 肠道菌群除了与免疫功能、消化功能息息相关外, 还与癌症、心血管疾病、肥胖等也有一定的关系, 可见其物种的丰富性及功能多样性。SAP 患者极易因肠源性细胞致病菌转移而继发内源性感染, 导致 SAP 患者死亡^[12]。因此积极拮抗炎症反应、尽早改善患者胃肠功能、改善胰酶分泌已成为 SAP 的治疗重点。

目前西医的治疗主要有胃肠减压、抗感染、补充血容量、禁食、抑制胃酸、维持水电解质平衡、酸碱平衡等, 可有效控制疾病进展^[13]。既往有不少研究证实常规西医治疗可有效控制疾病进展, 降低病死率^[14-15]。但西医治疗在胃肠道功能的改善效果一般, 未能达到理想预期。中医学理论认为, SAP 常因饮食不节, 阻滞中焦, 致脾失健运, 肝脾失调, 湿热毒邪壅阻, 故而发

病。故认为通腑泄热应为治疗大法^[4]。芩栀清胰饮由黄芩、山栀、柴胡、佛手、茯苓、生大黄等中药材组方而成, 该方以黄芩、山栀为君药, 黄芩清上中焦湿热, 山栀清热利湿, 二者共同清理脾胃虚热; 以柴胡、茯苓为臣药, 可疏肝健脾和胃, 助君药加强祛湿之力; 佛手、生大黄为佐药, 通腑散结, 泻热解毒; 诸药合用, 共奏清热解毒、通腑泄热的功效^[5]。此外, 中医学理论认为任脉主六腑, 与督脉相表里, 外连四肢百骸, 内连五脏六腑, 可有效防治多种疾病^[16]。穴位是经络运行通路中的交汇点, 也是治疗五脏六腑疾病的有效刺激点, 腧穴是人体脏腑经络之气输注于体表的部位, 本研究选取神阙、中脘、胰俞、天枢及胰腺点等, 其中神阙可收降浊气; 中脘可聚集及传导地部水液; 胰俞可疏肝利胆, 活血化瘀, 养脾健脾, 调和肠胃; 天枢主疏调肠腑、理气行滞、消食; 胰腺是经外奇穴, 主疏调肠腑、理气行滞。上述穴位均具有治疗其所在部位局部及邻近组织、器官病证的作用^[17]。运用穴位贴敷, 刺激和作用于皮肤而促进经络传导及调整, 纠正脏腑功能紊乱和脏腑阴阳的偏盛或偏衰, 健脾益胃^[18]。本次研究结果显示, 与常规西医治疗相比, 联合穴位贴敷、芩栀清胰饮治疗的 SAP 患者其胃肠功能改善更为显著, 疗效进一步提升。可见中医药治疗可缩短症状改善时间, 促进机体恢复。温培英等^[6]研究也认为, 中医药具有调节整体优势, 可有效改善 SAP 患者胃肠状况。淀粉酶为胰腺所分泌的消化酵素, 测定血淀粉酶、尿淀粉酶主要用于 SAP 的诊断^[19]。CRP 是急性时相反应蛋白之一, 是天然免疫系统的首要防线, 当机体受到炎症刺激时, 为了发挥免疫作用, 贮存在细胞中的 CRP 被大量释放^[20]。AST、BUN 均为常见的肝肾功能指标, 以往的研究证实 SAP 患者可伴有肝肾功能损伤^[21]。本次研究结果显示, 与对照组相比, 研究组治疗后在血淀粉酶、尿淀粉酶、CRP、AST、

BUN 等指标水平方面的优于对照组。现代药理研究^[5]认为, 苓枢清胰饮中的黄芩提取物黄芩苷可显著影响白细胞的功能从而发挥抗炎效果; 同时黄芩苷对胰腺组织具有保护作用。柴胡中的柴胡皂苷具有保护肝细胞溶酶体膜和线粒体作用。茯苓对腹腔炎症有明显的抑制作用, 同时茯苓利尿作用持久, 一定程度上发挥肾保护效果。穴位贴敷则可通过对穴位的刺激, 提高患者的抗病毒能力, 提高机体免疫力, 进而促进内脏如肝肾等恢复。另两组不良反应总发生率组间对比无差异, 可见用药安全性较好。

综上所述, SAP 患者在常规西药治疗的基础上联合穴位贴敷、苓枢清胰饮治疗, 胃肠功能恢复速度更快, 同时还可有效降低血淀粉酶、尿淀粉酶、CRP、AST、BUN 水平, 具有较好的临床应用价值。但本次研究仍存在一些不足, 如样本量偏少, 病例来源单一, 同时选取患者证型单一, 未能观察对其他证型患者的应用价值, 以上均有待进一步研究。

参考文献

[1] VAN DIJK S M, HALLENSLEBEN N D L, VAN SANTVOORT H C, *et al.* Acute pancreatitis: recent advances through randomised trials[J]. *Gut*, 2017, 66(11):2024-2032.

[2] GARG P K, SINGH V P. Organ failure due to systemic injury in acute pancreatitis[J]. *Gastroenterology*, 2019, 156(7):2008-2023.

[3] PORTELLI M, JONES C D. Severe acute pancreatitis: pathogenesis, diagnosis and surgical management[J]. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2017, 16(2):155-159.

[4] 覃雁, 刘熙荣, 李生发, 等. 急性胰腺炎的中医药研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(1):164-167.

[5] 孟维. 苓枢清胰饮治疗慢性胰腺炎脾胃湿热证的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2017.

[6] 温培英, 徐永强, 方美珍, 等. 中药灌肠联合生大黄穴位贴敷用于重症急性胰腺炎并发麻痹性肠梗阻的效果观察[J]. 中国基层医药, 2019, 26(11):1281-1284.

[7] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(3):190-192.

[8] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 中医消化病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006:183.

[9] 苟鑫, 黄晓丽, 封凯旋, 等. Notch/Hes1 信号转导通路

在重症急性胰腺炎并发急性肺损伤中的作用机制[J]. 国际免疫学杂志, 2020, 43(5):488-494.

[10] 王菁, 赵晶晶, 姚莉. 重症急性胰腺炎发生胃肠功能障碍的危险因素分析[J]. 中华胰腺病杂志, 2020, 20(5):380-382.

[11] 李娟娟, 王凤云, 唐旭东, 等. 肠道菌群失调与功能性消化不良的相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(1):77-81.

[12] 明亮, 刘瑞涵, 王欣, 等. 急性重症胰腺炎患者血清二胺氧化酶的变化及与患者 CTSI 评分、胃肠道功能变化的关系[J]. 国际检验医学杂志, 2017, 38(14):1918-1920.

[13] MAJIDI S, GOLEMBIOSKI A, WILSON S L, *et al.* Acute pancreatitis: Etiology, pathology, dagnosis, and treatment[J]. *South Med J*, 2017, 110(11):727-732.

[14] GUO Y Y, LI H X, ZHANG Y, *et al.* Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis: progress on disease mechanisms and treatment modalities[J]. *Discov Med*, 2019, 27(147):101-109.

[15] 王新栋, 李德元, 夏永红, 等. 中药内服外敷联合常规西医疗法治疗急性胆源性胰腺炎 43 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2020, 52(2):43-46.

[16] 叶浩, 彭余胜, 冯淑涵, 等. 通腑清胰汤治疗急性胰腺炎疗效及对患者中医证候积分与肠功能的影响[J]. 陕西中医, 2021, 42(4):474-477.

[17] 周玉中. 穴位注射联合中药分段治疗急性胰腺炎临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(16):1711-1715.

[18] 尹纯林, 项和平, 李贺, 等. 大黄联合新斯的明足三里穴位注射对急性胰腺炎患者肠功能的影响[J]. 肝胆外科杂志, 2018, 26(1):49-51.

[19] 周克聚, 刘静, 高小虎, 等. 大黄红藤消炎合剂治疗急性胰腺炎的临床疗效及对患者淀粉酶及炎症因子的影响[J]. 河南中医, 2021, 41(4):597-600.

[20] 张月凡, 胡家骏, 翟俊山. 急性胰腺炎患者血清 CRP、IL-35 和 Presepsin 水平变化及临床意义[J]. 中国病案, 2021, 22(4):102-106.

[21] 汤伟胜, 林冬华, 丘永平. 重症急性胰腺炎患者血清 RAAS 分子检测及与全身炎症反应及靶器官功能的关系[J]. 海南医学院学报, 2018, 24(9):915-917, 922.