益气活血解毒方灌肠在瘀毒互结型高脂血症性胰腺炎的应用观察

李小飞，于毅，袁嘉嘉
（如皋市中医院消化内科，江苏 南通 226500）

摘要 目的：探讨益气活血解毒方灌肠在瘀毒互结型高脂血症性胰腺炎的临床效果。方法：选择 2022 年7 月—2023 年 10 月于如皋市中医院就诊的瘀毒互结型高脂血症性胰腺炎（HTG－AP）患者 84 例为研究对象，采用随机数字表法分成常规组与联合组，每组 42 例。常规组采用常规西医治疗，联合组采用益气活血解毒方灌肠治疗。治疗后，观察两组患者的实验室指标、中医证候积分、胃肠功能恢复情况、临床疗效与不良反应。结果：治疗后，联合组患者中医证候积分低于常规组（$P<0.01$）；联合组血清淀粉酶（AMY）、胰脂肪酶（LPS）、超敏 C 反应蛋白（hs－CRP）、降钙素原（PCT）水平均低于常规组（$P<0.01$）；联合组患者腹胀缓解时间、肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间均低于常规组（$P<0.05$，$P<0.01$）；联合组患者治疗总有效率高于常规组（$P<0.05$）；两组不良反应总发生率差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：益气活血解毒方灌肠能够缓解临床症状，改善患者实验室指标，降低中医证候积分，缩短患者胃肠功能恢复时间，提高临床疗效，安全性较高。

关键词 高脂血症性胰腺炎；胰腺炎；益气活血解毒方；中药灌肠；中医证候积分
中图分类号：R256.33 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392（2025）02－0083－04
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250037

高脂血症性胰腺炎（Hypertriglyceridemic acute pancreatitis，HTG－AP）发病率逐年上升，具有并发症多、“重症化”倾向等特点[1]，其发病机制可能与胰腺内自消化酶的激活、胰腺缺血缺氧等因素有关，主要症状包括剧烈上腹痛、恶心呕吐、腹泻、发热、寒战等，严重者可能出现全身炎症反应综合征与多器官功能障碍综合征，威胁患者生命[2]。西医治疗手段包括液体复苏、降脂、营养支持、抗感染、胰酶抑制剂、补液减压等对症治疗，对于部分患者，还需要进行血液净化等器官功能支持或手术治疗，但这些治疗手段效果有限，有时仍无法阻止病情进展[3－4]。随着中医理论的发展，中医药手段治疗 HTG－AP 表现出了独特优势。中医认为 HTG－AP 属“腹痛”“胰瘅”等范畴，为本虚标实之证，瘀毒互结证是 HTG－AP 常见证型，腑气不通、瘀毒内蕴是其主要病机，因此治疗应当益气通腑、清热解毒、活血祛瘀[5]。中药灌肠是中医治疗急性胰腺炎临床常用外治手段[6]，依据本病的病因病机与治疗原则，如皋市中医院自拟具有益气活血、清热解毒之功效的益气活血解毒方灌肠治疗瘀毒互结型 HTG－AP，本研究旨在观察其临床效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取如皋市中医院 2022 年 7 月—2023 年 10 月收治的 84 例瘀毒互结型 HTG－AP 患者为研究对象，采用随机数字表法分成常规组与联合组，每组 42 例。常规组男 23 例，女 19 例；年龄 29～58 岁，平均年龄（45.58±4.36）岁；体质量指数 18～26 kg/m^2，平均体质量指数（21.79±1.88）kg/m^2；发病至入院时间 24～46 h，平均发病至入院时间（34.95±5.28）h。联合组男 24 例，女 18 例；年龄 28～60 岁，平均年龄（44.32±4.61）岁；体质量指数 18～26 kg/m^2，平均体质量指数（22.18±1.75）kg/m^2；发病至入院时间 26～46 h，平均发病至入院时间（35.62±4.74）h。两组基线资料具有可比性（$P>0.05$）。如皋市中医院医学伦理委员会批准本研究（RGSZYYLL060）。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

依据《中国急性胰腺炎诊治指南（2021）》[7]，AP

收稿日期：2023－12－20 **修回日期**：2024－09－10
基金项目：江苏省科技计划专项资金（重点研发计划－社会发展－面上项目）（BE2022824）；南通市科技局面上项目（MSZ2022136）
作者简介：李小飞（1984－），男，副主任中医师，研究方向：消化系统疾病的中西医结合治疗。

合并静脉乳糜状血或血甘油三酯 >11.3 mmol/L 可诊断为 HTG - AP。

1.2.2 中医辨证标准

符合文献[8]中瘀毒互结证的辨证标准。主症：大便燥结不通，腹部刺痛、痛处拒按、固定不移；次症：皮肤有瘀斑紫斑、心烦躁扰、小便短涩、发热，舌红、有瘀点瘀斑，脉弦数或涩。

1.3 纳入标准

①符合西医 HTG - AP 诊断标准与中医瘀毒互结证辨证标准；②年龄 18 ~60 岁；③发病时间在 48 h 内者；④依从性强，能配合完成各项相关检查与治疗者；⑤患者及家属自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准

①入组前 1 个月服用过抗胆碱药物或促胃动力药物；②合并胃肠功能病变者；③需手术治疗者；④合并恶性肿瘤者；⑤对本研究药物过敏者；⑥患有精神疾病、意识不清或沟通障碍者；⑦合并免疫缺陷及其他系统功能严重障碍者；⑧患者收回知情同意书（收回后的数据不再收集使用）。

1.5 剔除标准

①受试者要求终止试验；②未能按期随访或脱落者；③治疗期间不遵医嘱用药者；④治疗期间因严重不良反应而更换治疗方案者（计入不良反应）。

1.6 治疗方法

两组均给予 HTG - AP 常规综合治疗。包括液体复苏、降脂、持续胃肠减压、肠外营养支持及抗生素控制感染、禁食、解痉镇痛等；给予生长抑素（成都天台山制药有限公司，国药准字 H20053011，0.75 mg）0.25 mg/h连续滴注，持续治疗 48 ~72 h。

常规组给予 39 ~41 ℃肥皂水，每次 200 mL，早晚各 1 次灌肠，两次灌肠间隔 12 h，连续治疗 1 周。

联合组给予 39 ~41 ℃益气活血解毒方灌肠，方药组成：黄芪 15 g，生大黄 15 g，生黄柏 15 g，白术 12 g，白及 12 g，鸡血藤 12 g，栀子 12 g，三棱 9 g，茜草 9 g，山慈菇 9 g，乌梅 9 g，白芷 6 g，甘草 6 g。煎煮 2 次后共取汁 400 mL 为 1 剂，每日 1 剂，分早晚 2 次，每次 200 mL灌肠，患者取左侧臀高卧位，插入肛管 30 ~35 cm，保持 20 min 后转为左侧臀高卧位 30 min，最后转为平卧位 30 min，每个体位均逆时针按摩腹部 5 min。早晚两次灌肠间隔 12 h，连续治疗 1 周。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 中医证候积分

分别记录两组患者治疗前后主症与次症情况，依据《中药新药临床研究指导原则（试行）》[9]按照等级症状积分法分为无（0 分）、轻（2 分）、中（4 分）、重（6 分）；舌质、舌苔、脉象分为有（1 分）、无（0 分），记录各证候积分。

1.7.2 实验室指标

于治疗前后分别抽取两组患者空腹静脉血 5 mL，离心后取上清，采用 Somogyi 法测定血清淀粉酶（Amylase，AMY）水平；采用比浊法测定胰脂肪酶（Lipase，LPS）水平；采用发光法测定降钙素原（procalcitonin，PCT）水平；采用比浊法测定超敏 C 反应蛋白（hypersensitive C - reactive protein，hs - CRP）水平。血淀粉酶、脂肪酶及 C 反应蛋白试剂盒来自宁波瑞源生物科技有限公司，降钙素原试剂盒来自雅培，均按照说明书操作。

1.7.3 胃肠功能恢复情况

对比两组患者治疗后肠鸣音恢复、腹胀缓解、首次排气与排便时间。

1.7.4 临床疗效

依据《中药新药临床研究指导原则（试行）》[9]评估两组治疗效果。治愈：腹胀腹痛、便秘等临床症状完全消失，血常规、尿淀粉酶水平正常，进食自由；有效：症状好转明显，实验室指标有所改善；无效：症状及实验室指标均未改善或恶化。总有效率 =（显效例数 + 有效例数）/总例数 ×100%。

1.7.5 不良反应

对比两组患者治疗中不良反应发生情况。

1.8 统计学方法

使用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行统计分析。例（%）表示计数资料，应用 χ^2 检验；$\bar{x} \pm s$ 表示计量资料，应用 t 检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分

治疗后，两组中医证候积分均较治疗前降低（$P<0.05$），且联合组低于常规组（$P<0.01$），见表 1。

表 1 两组瘀毒互结型 HTG - AP 患者中医证候积分比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	例数	主症		次症	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	42	12.89 ±1.29	9.56 ±2.40 *	21.63 ±3.42	13.45 ±2.52 *
联合组	42	12.94 ±1.33	6.14 ±2.13 *##	21.75 ±3.37	7.36 ±2.48 *##
t 值		0.175	6.907	0.162	11.163
P 值		0.862	0.000	0.872	0.000

注：与治疗前比较，* $P<0.05$；与常规组治疗后比较，## $P<0.01$。

2.2 实验室指标

治疗后，两组 hs - CRP、AMY、PCT、LPS 水平均较

治疗前降低($P<0.05$),且联合组低于常规组($P<0.01$),见表 2。

表 2 两组瘀毒互结型 HTG – AP 患者实验室指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	AMY/(U/L)		LPS/(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	42	556.87±88.62	156.24±51.54*	362.82±94.36	117.32±47.53*
联合组	42	561.12±89.57	102.38±44.71*##	367.45±99.45	75.31±16.17*##
t 值		0.219	5.116	0.219	5.423
P 值		0.828	0.000	0.827	0.001

组别	例数	hs – CRP/(mg/L)		PCT/(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	42	126.45±19.12	38.35±5.62*	0.75±0.18	0.30±0.12*
联合组	42	123.82±18.87	29.37±4.96*##	0.73±0.14	0.17±0.05*##
t 值		0.634	7.764	0.568	6.481
P 值		0.528	0.000	0.571	0.000

注:与治疗前比较,*$P<0.05$;与常规组治疗后比较,##$P<0.01$。

2.3 胃肠功能恢复情况

联合组患者腹胀缓解、肠鸣音恢复、首次排气、首次排便时间均较常规组短($P<0.05$,$P<0.01$),见表 3。

表 3 两组瘀毒互结型 HTG – AP 患者恢复情况比较($\bar{x}\pm s$,d)

组别	例数	腹胀缓解时间	肠鸣音恢复时间	首次排气时间	首次排便时间
常规组	42	6.46±2.05	6.75±2.13	3.41±0.74	4.72±1.06
联合组	42	5.13±1.61	5.62±1.84	2.25±0.61	3.46±0.94
t 值		3.307	2.602	7.839	5.764
P 值		0.001	0.011	0.000	0.000

2.4 临床疗效

治疗总有效率联合组高于常规组($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组瘀毒互结型 HTG – AP 患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率
常规组	42	13(30.95)	17(40.48)	12(28.57)	30(71.43)
联合组	42	23(54.76)	15(35.71)	4(9.52)	38(90.48)
χ^2 值					4.941
P 值					0.026

2.5 不良反应

两组不良反应总发生率差异无统计学意义($P>0.05$),见表 5。

表 5 两组瘀毒互结型 HTG – AP 患者不良反应发生率比较[例(%)]

组别	例数	恶心呕吐	头晕头痛	腹泻便秘	皮炎	总发生率
常规组	42	2(4.76)	1(2.38)	1(2.38)	0(0.00)	4(9.52)
联合组	42	2(4.76)	1(2.38)	2(4.76)	1(2.38)	6(14.29)
χ^2 值						0.454
P 值						0.500

3 讨论

HTG – AP 发病率逐年上升,易发生腹内高压、麻痹性肠梗阻等并发症,其中重症患者预后较差,病死率高达 30%,多由感染、多器官功能障碍或衰竭引发,早期干预和积极治疗可以改善患者的预后[10-12],而西医治疗手段可以缓解部分症状,但仍存在无法控制疾病进展与器官损伤等局限性[13],因此,探究更为安全、有效的治疗手段具有重要意义。中医理论认为,HTG – AP 病位在脾,与肝、胆、胃等脏腑有着密切关系,瘀毒互结证是其常见证型之一,患者由于气虚或阴虚、酒毒、饮食不节等原因,导致脾胃功能减弱,气机运行不畅、津液运化失司,痰湿内阻,久之瘀而化热、浊毒渐生,瘀毒互结壅堵中焦,从而发病,因此治疗应当清热解毒、活血祛瘀[14]。

中药灌肠是临床常用的治疗手段,中药通过灌肠途径,直接接触肠道黏膜,具有较强的局部作用,且部分药物可以通过肠道迅速被吸收,起效较快[15]。本研究结果表明,益气活血解毒方灌肠治疗瘀毒互结型 HTG – AP 可改善患者临床症状,改善血清指标,促进胃肠功能恢复,提高治疗总有效率。方中生大黄泻热通肠、逐瘀通经、凉血解毒,有涤荡肠胃之功,生黄柏增强清热燥湿、泻火解毒之效,黄芪补气升阳、托毒排脓,共为君药;臣以白术益气补虚、燥湿利水,茜草、鸡血藤、山慈菇凉血活血、化瘀通经,白芷辛温、栀子辛凉,温凉并用,活血通络、宣窍散结、泻毒排脓,三棱增强破血行气之力,消肿散结;乌梅敛肺涩肠,白及收敛生肌,为佐药;甘草补脾益气、缓急止痛,兼调和药性为佐使药。诸药合用,共奏通腑益气、清热解毒、活血祛瘀之功。中医理论中,不通则痛、不通则瘀,患者腑气畅通、气机调畅,瘀血、浊毒等有形实邪得消,腹痛、上逆呕吐等症状自然得以缓解[16]。现代药理学研究证实,黄芪可改善机体氧化应激反应与炎症反应,具有肠道保护作用[17-18];大黄具有抗炎镇痛、消除氧自由基、保肝、泻下等药理作用,可通过与多种靶蛋白结合发挥对急性胰腺炎的治疗作用,生大黄灌肠治可改善患者的腹内压、血清淀粉酶与炎症因子,提升治疗效果[19-21]。黄柏、鸡血藤、山慈菇可抗炎抗氧化、增强免疫[22-26];乌梅可调节肠道菌群,具有肠黏膜保护功能[27]。

两组患者在治疗过程中均出现不良反应,但差异无统计学意义,且均为轻症,表明益气活血解毒方灌肠并不会增加不良反应发生风险,安全性较高。但本研究样本量相对较小,治疗效果的稳定性和持久性尚未得到充分验证,因此,后续仍需要进行大样本、多中心深入研究进一步证实本研究结论。

综上所述,HTG – AP 瘀毒互结型患者在临床治疗中应用益气活血解毒方灌肠治疗可有效缓解临床症状,减轻炎症反应,改善 AMY、LPS 等指标水平,促进

患者胃肠功能恢复,疗效明确且安全性较高。

参考文献:

[1] 《高甘油三酯血症性急性胰腺炎诊治急诊专家共识》专家组. 高甘油三酯血症性急性胰腺炎诊治急诊专家共识[J]. 中国全科医学,2021,24(30):3781 - 3793.

[2] JABER S, GARNIER M, ASEHNOUNE K, et al. Guidelines for the management of patients with severe acute pancreatitis, 2021 [J]. Anaesth Crit Care Pain Med,2022,41(3):101060.

[3] SZATMARY P, GRAMMATIKOPOULOS T, CAI W, et al. Acute pancreatitis: diagnosis and treatment[J]. Drugs,2022,82(12):1251 - 1276.

[4] GLIEM N, AMMER - HERRMENAU C, ELLENRIEDER V, et al. Management of severe acute pancreatitis: an update [J]. Digestion, 2021,102(4):503 - 507.

[5] 李建洪,铁明慧,庞永诚,等. 中医药综合治疗急性胰腺炎的研究进展[J]. 中国中医急症,2022,31(3):549 - 552.

[6] 黄梦遥,陈国忠,郑日辉,等. 中医常用外治法治疗重症急性胰腺炎研究进展[J]. 中国中医药信息杂志,2023,30(2):178 - 180.

[7] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(2021)[J]. 中华外科杂志,2021,59(7):578 - 587.

[8] 中华中医药学会脾胃病分会. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 临床肝胆病杂志,2017,33(11):2052 - 2057.

[9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:29 - 31.

[10] KNUDSEN J S, HEIDE - JØRGENSEN U, MORTENSEN F V, et al. Acute pancreatitis: 31 - Year trends in incidence and mortality - A Danish population - based cohort study [J]. Pancreatology, 2020, 20(7):1332 - 1339.

[11] MANCILLA ASENCIO C, BERGER FLEISZIG Z. Intra - abdominal hypertension: a systemic complication of severe acute pancreatitis[J]. Medicina,2022,58(6):785.

[12] SCHIEMER M, TREIBER M, HEEG S. Acute pancreatitis[J]. Dtsch Med Wochenschr,2021,146(4):229 - 236.

[13] 邵灿,陈坚,潘胜平. 不同剂量乌司他丁联合谷氨酰胺治疗急性重症胰腺炎的临床效果分析[J]. 中华内分泌外科杂志,2021,15(5):518 - 521.

[14] 耿波,刘勇,廖锐. 活血清胰汤灌肠辅助经内镜逆行性胰胆管造影术治疗急性重症胰腺炎瘀毒互结证的疗效及对患者中医证候评分和炎症指标的影响[J]. 河北中医,2022,44(4):599 - 603.

[15] 刘嘉斌. 通腑逐瘀汤保留灌肠温度对急性重症胰腺炎患者腹胀腹痛、排便改善效果及血清 AMS、LPS 的影响[J]. 四川中医,2022,40(12):219 - 221.

[16] 余萌,刘慧玲,王昊阳. 醒胰汤保留灌肠联合西药治疗急性重症胰腺炎疗效及对患者血清淀粉酶和胃肠动力学的影响[J]. 陕西中医,2020,41(4):505 - 508.

[17] 张琪,张会芳,李兆洋,等. 黄芪注射液对急性胰腺炎患者氧化应激状态及肠黏膜屏障功能的影响[J]. 吉林中医药,2021,41(12):1616 - 1619.

[18] 金玲玲,汤斌斌,周晶晶,等. 黄芪总皂苷对重症急性胰腺炎大鼠肠道损伤的保护作用及对肠组织 p38MAPK/NF - KB 表达的影响[J]. 新中医,2021,53(7):6 - 10.

[19] 吴波,袁丽萍,朱德发. 基于网络药理学及分子对接技术探讨大黄治疗急性胰腺炎的可能分子机制[J]. 安徽医药,2023,27(6):1103 - 1106,后插 4.

[20] 郑聪聪,陈双双,徐琼芳. 生大黄灌肠对急性胰腺炎患者血清淀粉酶及炎症因子的影响[J]. 新中医,2020,52(11):158 - 160.

[21] 舒发明,黄英,陈玮钰,等. 大黄煎剂保留灌肠治疗慢性乙型肝炎重症化患者的临床疗效及安全性观察[J]. 世界中西医结合杂志,2023,18(6):1186 - 1190.

[22] 陈诗,赵玥,王振,等. 山慈菇药理作用及临床应用研究述评[J]. 中国中医基础医学杂志,2023,29(9):1585 - 1588.

[23] 高志杰,朱彤彤,牛新茹,等. 鸡血藤化学成分及药理活性研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2022,24(4):67 - 74.

[24] 路舜,崔红倩,申远. 黄柏与关黄柏化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报,2023,40(5):478 - 482.

[25] 王玲,杜潇,祝华莲,等. 黄柏有效成分的药理作用研究进展[J]. 江苏中医药,2022,54(4):77 - 81.

[26] 司函瑞,司雨,焦玉凤,等. 山慈菇化学成分及其药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(5):151 - 155.

[27] 杨亚淅,王瑞,钱程程,等. 乌梅化学成分、药理作用研究进展及质量标志物预测[J]. 中成药,2023,45(5):1583 - 1588.

Application Observation of Yiqi Huoxue Jiedu Decoction Enema in the Treatment of Hyperlipidemic Pancreatitis with Blood Stasis and Toxicity Syndrome

LI Xiaofei, YU Yi, YUAN Jiajia

(*Department of Gastroenterology, Rugao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nantong* 226500, *China*)

Abstract Objective: To explore the application of Yiqi Huoxue Jiedu Decoction enema in treating hyperlipidemic pancreatitis with blood stasis and toxicity syndrome. Methods: A total of 84 patients with hyperlipidemic pancreatitis (HTG - AP) and blood stasis and toxicity syndrome who visited Rugao Hospital of Traditional Chinese Medicine from July 2022 to October 2023 were selected as study subjects. They were randomly divided into a conventional group and a combined group, with 42 patients in each group. The conventional group received routine Western medicine treatment, while the combined group received Yiqi Huoxue Jiedu Decoction enema treatment. After treatment, laboratory indicators, TCM syndrome scores, gastrointestinal function recovery, clinical efficacy, and adverse reactions were observed and compared between the two groups. Results: After treatment, the TCM syndrome scores in the combined group were lower than those in the conventional group ($P < 0.05$). The levels of serum amylase (AMY), lipase (LPS), high - sensitivity C - reactive protein (hs - CRP), and procalcitonin (PCT) in the combined group were also lower than those in the conventional group ($P < 0.05$). The combined group showed shorter times for abdominal distension relief, bowel sound recovery, first flatus, and first bowel movement compared to the conventional group ($P < 0.05$). The total clinical efficacy rate in the combined group was higher than that in the conventional group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the overall incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: Yiqi Huoxue Jiedu Decoction enema can alleviate clinical symptoms, improve laboratory indicators, reduce TCM syndrome scores, shorten gastrointestinal function recovery time, and enhance clinical efficacy with relatively high safety.

Key words Hyperlipidemic pancreatitis; Pancreatitis; Yiqi Huoxue Jiedu Decoction; Chinese medicine enema; TCM syndrome score