通腑保胰汤加减治疗急性胰腺炎的效果及对炎症因子的影响

陶剑，许敏怡，王怡，丁思捷，奚美娟*
（常熟市中医院，江苏 常熟 215500）

摘要 目的：分析通腑保胰汤加减治疗急性胰腺炎的效果及对炎症因子的影响。方法：选取 2022 年 3 月—2024 年 11 月在常熟市中医院收治的急性胰腺炎患者 206 例，根据简单化随机分组（单双号法）分为常规组（单号）和汤方组（双号），每组 103 例，常规组予以常规西医治疗；汤方组在常规组的基础上加用通腑保胰汤加减治疗。比较两组患者临床疗效、中医症状积分、症状体征缓解情况、肠黏膜功能指标（血清二胺氧化酶、D－乳酸、内毒素）以及炎症因子［C 反应蛋白（CRP）、肿瘤坏死因子－α（TNF－α）、血清淀粉酶（AMS）］水平差异，统计两组不良反应发生情况。结果：治疗后，汤方组治疗总有效率显著高于常规组（$P<0.05$）；治疗后，两组主症和次症积分均显著下降（$P<0.05$），且汤方组积分较常规组更低（$P<0.05$）；汤方组各症状体征缓解时间均显著低于常规组（$P<0.01$）；治疗后，两组各肠黏膜功能指标均显著降低（$P<0.05$），且汤方组较常规组更低（$P<0.05$）；治疗后，两组 CRP、TNF－α、AMS 均显著降低（$P<0.05$），且汤方组较常规组更低（$P<0.05$）；两组不良反应发生率差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：通腑保胰汤加减治疗急性胰腺炎效果明显，能有效缓解患者临床症状，改善患者肠黏膜功能，减轻炎症反应，安全有效。

关键词 通腑保胰汤加减；急性胰腺炎；炎症因子；肠黏膜功能
中图分类号：R289.6 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392（2025）12－0085－06
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250259

急性胰腺炎是临床常见急腹症，病况复杂多变，多由各种病因导致胰酶在胰腺内异常激活，进而引发胰腺组织的自我消化、出血乃至坏死等，并伴随局部或全身炎症反应，具有起病急、情况危重、并发症多、病死率高等特征[1]。尽管大多数急性胰腺炎患者表现为轻症，但约 20% 的患者可能发展为重症急性胰腺炎，其病死率高达 20% ～40%[2-3]。在西医学体系中，急性胰腺炎的治疗策略多样，主要包括早期液体复苏、疼痛控制、营养支持以及必要的抗生素治疗和干预措施等，尽管可在一定程度上改善临床症状及预后，但仍存在治疗周期长、费用高及潜在并发症（如消化道出血）等问题，临床依然在探寻更为理想的方法[4-5]。《重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南》[6]指出，单纯西医治疗对器官功能保护、肠道屏障修复及远期生存质量改善可能存在一定局限性，推荐中西医联合治疗策略。

中医将急性胰腺炎归属于“脾心痛”“胰瘅”等范畴，病位在脾，与肝、胆、胃均关联密切，发病与饮食不节、过食肥甘厚味，或素体肥胖，或胆石，或虫积，或素体虚亏，或情志所伤，或外感六淫之邪，或跌打创伤等相关，上述病因可致气血运行不畅，脾胃化运失司，而致痰湿内蕴，郁久化热，湿热蕴结，则浊毒渐生，血瘀阻滞中焦，而致脏腑气机阻滞，胰腺受损[7]。“腑实热结证”为常见证型，表现为邪热内积，肝胆湿热壅滞、阳明腑实不通、气滞血瘀，以腹部实证为主，治疗需以通腑泄热、清热解毒、行气导滞等为主[8]。通腑保胰汤为通腑泄毒有效方剂，以《伤寒论》中大柴胡汤和芍药甘草汤为基础组成方，选取柴胡、白芍、黄芩、大黄等中药材，具有行气消胀、清热解毒、泻下通腑的功效，紧扣腑实热结证型急性胰腺炎病机[9]，何雷等[10]、周胜前[11]均采用通腑方剂辅助治疗急性胰腺炎，均可提升临床疗效，证实中西医结合治疗的有效性。然而，亦有研究指出，因急性胰腺炎患者常伴有恶心、呕吐等症

收稿日期：2025－01－13 **修回日期**：2025－10－25
基金项目：2020 年度苏州市科技发展计划项目（SYSD2020225）
作者简介：陶剑（1987－），男，硕士，副主任中医师，主要从事急慢性胰腺炎、胆总管结石、消化性溃疡、早期消化道肿瘤诊治相关工作。
*通信作者：奚美娟（1972－），女，硕士，主任医师，主要从事急慢性胰腺炎、炎症性肠病、消化性溃疡、早期消化道肿瘤诊治相关工作。

状,口服药物可能会加重这些症状,故而选取中药灌肠法治疗,可避免对上消化道的刺激,以期降低不良反应,提升疗效。基于此,本研究分析通腑保胰汤加减灌肠治疗急性胰腺炎的效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 3 月—2024 年 11 月在常熟市中医院就诊的 206 例急性胰腺炎患者,采用简单化随机分组(单双号法)将患者分为常规组(单号)和汤方组(双号),每组 103 例,其中常规组男 65 例,女 38 例;年龄 38 ~ 78 岁,平均年龄(52.23 ± 3.96)岁;病程 1.2 ~ 31 h,平均病程(12.23 ± 0.36)h。汤方组男 66 例,女 37 例;年龄 38 ~ 79 岁,平均年龄(52.45 ± 4.03)岁;病程 1.1 ~ 30 h,平均病程(12.16 ± 0.34)h。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已通过常熟市中医院伦理委员会批准(2023178)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

西医诊断参照相关指南[12]对急性胰腺炎的诊断标准。满足下述 3 条中的 2 条即可诊断,①急性、突发、持续、剧烈的上腹部疼痛,有急性胰腺炎特征;②血清淀粉酶和(或)脂肪酶高于正常水平 3 倍或以上;③增强 CT 或腹部 B 超呈急性胰腺炎影像学改变。

1.2.2 中医诊断标准

中医诊断符合腑实热结证[13],主症:脘腹硬痛,大便干结不通;次症:呕吐,口臭,胸脘痞满,日晡潮热,小便短赤;舌质红,脉洪大或滑数。

1.3 纳入及排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②无其他消化道疾病;③均知情同意。

1.3.2 排除标准

①合并严重免疫系统疾病者;②过敏体质者;③存在认知沟通障碍者;④存在酒精或药物依赖者;⑤合并肠梗阻、胃肠穿孔等疾病者;⑥需手术治疗者。

1.4 治疗方法

常规组依据指南[12]予以常规的西医治疗,包括禁食、调节水和电解质平衡、镇痛解痉、胃肠减压、营养支持等治疗,同时注射醋酸奥曲肽注射液(浙江震元制药有限公司,国药准字 H20080343),肌肉注射,0.4 mg/次,每隔 8 h 注射 1 次;注射用亚胺培南西司他丁钠(山东新时代药业有限公司,国药准字 H20093435)以 250 mL 0.9% 生理盐水稀释后静脉滴注,1 瓶/次,每隔 8 h 给药 1 次。

汤方组在常规组的基础上加用通腑保胰汤加减治疗,组方:柴胡 30 g,白芍 30 g,生大黄 30 g,枳实 30 g,厚朴 30 g,玄参 30 g,黄芩 20 g,太子参 20 g,佛手 20 g,乌药 20 g,木香 20 g,栀子 20 g,半夏 10 g,黄连 10 g,生甘草 3 g,随症加减:呕吐重者加竹茹、紫苏梗 9 g。每日 1 剂,浓煎 400 mL,分早晚两次,保留灌肠。灌肠方法:嘱患者排便,取左侧卧位,臀部垫高 10 cm,以便于灌肠液顺利流入肠道,中药温度 38 ~ 40 ℃,进行局部消毒,在肛管前端 3 ~ 5 cm 处涂抹润滑剂,以减少插入时的不适和损伤,轻轻分开患者臀部,露出肛门,将润滑后的肛管慢慢插入 2 cm 左右,注入 10 ~ 20 mL中药,肠管扩张后进一步深插约 25 cm,以 60 ~ 70 滴/min 的速度缓慢注入肠道。灌注过程中,应密切观察患者的反应,如有不适应立即停止灌肠,待灌肠液完全注入后,缓慢拔出肛管,并嘱患者保持体位一段时间,以便灌肠液在肠道内充分作用。常规组同样实施灌肠,方法同汤方组,以无菌水灌肠。

两组均治疗 7 d 后观察疗效。

1.5 观察指标及疗效判定标准

1.5.1 临床疗效

参照文献[14]进行临床疗效评估。①痊愈:临床指征恢复如初,中医症状积分降低≥95%;②显效:临床指征明显改善,中医症状积分降低 70% ~ 95%;③有效:临床指征有所改善,中医症状积分降低 30% ~ 70%;④无效:临床指征未改善,中医证候评分降低 < 30%。总有效率 =(痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%。

1.5.2 中医症状积分

对两组治疗前后主症和次症进行评估,主症每项 0 ~ 6 分,次症每项 0 ~ 3 分,评分越高症状越重[13]。

1.5.3 症状体征缓解情况

记录两组腹胀缓解时间、首次排气时间、肠鸣音恢复时间、自主排便时间及白细胞恢复正常时间。

1.6 检测指标

1.6.1 肠黏膜功能指标

分别于治疗前后采集两组空腹静脉血 5 mL,离心取上清,检测血清二胺氧化酶和 D - 乳酸,检测方法为分光光度法,内毒素水平采用比浊法检测。

1.6.2 炎症因子

分别于治疗前后采集患者的空腹静脉血 5 mL,离心取上清,检测 C 反应蛋白(C - reactive protein, CRP)、肿瘤坏死因子 - α(Tumor Necrosis Factor - α, TNF - α)和血清淀粉酶(SerumAmylase, AMS)水平,方

法为酶联免疫吸附法。

1.7 不良反应

统计两组恶心、呕吐等不良反应发生情况。

1.8 统计学分析

所有数据采用 SPSS 26.0 软件分析，其中肠黏膜功能等指标均符合正态分布，数据以($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对 t 检验分析数据，计数资料以例(%)表示，经 χ^2 检验分析，$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

汤方组治疗总有效率显著高于常规组($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组急性胰腺炎患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
常规组	103	24(23.30)	41(39.81)	25(24.27)	13(12.62)	90(87.38)
汤方组	103	32(31.07)	46(44.66)	21(20.39)	4(3.88)	99(96.12)
χ^2 值						5.193
P 值						0.023

2.2 两组中医症状积分比较

治疗后，两组主症和次症积分均显著下降($P < 0.05$)，且汤方组积分较常规组更低($P < 0.05$)，见表 2。

2.3 两组症状体征缓解情况比较

汤方组各症状体征缓解时间均显著低于常规组($P < 0.01$)，见表 3。

表 2 两组急性胰腺炎患者中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$，分)

组别	例数	脘腹硬痛		大便干结不通		呕吐		口臭	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	103	5.02 ± 0.18	3.83 ± 0.29 *	5.16 ± 0.23	3.91 ± 0.31 *	2.04 ± 0.12	1.36 ± 0.36 *	1.91 ± 0.32	1.39 ± 0.22 *
汤方组	103	5.03 ± 0.17	3.23 ± 0.15 *#	5.11 ± 0.24	3.24 ± 0.26 *#	2.05 ± 0.13	1.01 ± 0.11 *#	1.95 ± 0.35	1.11 ± 0.28 *#

组别	例数	胸脘痞满		日晡潮热		小便短赤	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	103	1.89 ± 0.32	1.34 ± 0.23 *	2.02 ± 0.23	1.31 ± 0.22 *	2.04 ± 0.22	1.47 ± 0.24 *
汤方组	103	1.90 ± 0.31	1.02 ± 0.18 *#	2.06 ± 0.21	1.16 ± 0.21 *#	2.01 ± 0.26	1.28 ± 0.19 *#

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

表 3 两组急性胰腺炎患者症状体征缓解情况比较($\bar{x} \pm s$，d)

组别	例数	腹胀缓解时间	首次排气时间	肠鸣音恢复时间	自主排便时间	白细胞恢复正常时间
常规组	103	5.06 ± 1.15	4.02 ± 0.64	3.38 ± 0.75	3.19 ± 0.58	7.36 ± 0.91
汤方组	103	3.44 ± 0.83	2.88 ± 0.42	2.56 ± 0.39	1.93 ± 0.44	5.44 ± 0.79
t 值		11.593	15.114	9.845	17.565	16.170
P 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.4 两组肠黏膜功能指标比较

治疗后，两组各项肠黏膜功能指标均较治疗前显著降低($P < 0.05$)，且汤方组较常规组更低($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组急性胰腺炎患者肠黏膜功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血清二胺氧化酶/(U/L)		D－乳酸/(mmol/L)		肉毒素/(EU/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	103	2.01 ± 0.49	1.38 ± 0.32 *	10.32 ± 1.56	7.58 ± 1.22 *	2.74 ± 0.68	1.48 ± 0.31 *
汤方组	103	1.97 ± 0.42	1.02 ± 0.21 *#	10.56 ± 1.42	5.42 ± 1.01 *#	2.69 ± 0.67	1.16 ± 0.25 *#

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

2.5 两组炎症因子指标比较

治疗后，两组 CRP、TNF－α、AMS 均较治疗前显著降低($P < 0.05$)，且汤方组较常规组更低($P < 0.05$)，见表 5。

表 5 两组急性胰腺炎患者炎症因子指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP/(mg/L)		TNF－α/(ng/L)		AMS/(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	103	75.66 ± 7.36	29.21 ± 6.14 *	73.64 ± 7.15	28.86 ± 3.75 *	453.01 ± 12.92	54.28 ± 2.68 *
汤方组	103	75.94 ± 7.51	16.56 ± 3.88 *#	73.96 ± 7.38	20.57 ± 2.03 *#	454.11 ± 12.07	42.92 ± 1.21 *#

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

2.6 两组不良反应情况比较

两组患者治疗期间肝肾功能均未发现异常，常规组出现 4 例恶心患者，1 例呕吐患者，汤方组分别出现 2 例恶心、1 例呕吐患者，但两组不良反应发生率无显著差异（$\chi^2=0.520$，$P=0.471$）。

3 讨论

在中医理论中，急性胰腺炎归属于“腹痛”“脾心痛”等范畴，其病机复杂多样，多因暴饮暴食、嗜酒过度导致脾胃功能运化失职，从而湿热蕴结；或由情志不畅、肝失疏泄，肝气郁滞、日久化火、化瘀；或由寄生虫、结石阻瘀管道，导致气机逆乱；或外感六淫之邪，伤津耗气，与内因互作，进而引发本病，其核心病机可概括为“气滞”“热结”“腑实”“瘀滞”[15-16]。急性胰腺炎“腑实热结证”以实热壅滞中焦为标，肝胆疏泄失司为本，病机可概括为肝胆湿热，暴食肥甘或情志不遂，致肝胆气郁，湿热内生，煎灼津液为痰瘀；阳明腑实，湿热蕴结胃肠，腑气不通，浊毒内聚，发为腹痛拒按、便秘腹胀；气滞血瘀，气机升降失常，血行不畅，瘀阻胰络，加重炎症与组织损伤，针对“热、实、瘀”病机，立法“通腑泄热以祛邪，疏肝利胆以调枢，行气活血以散结”[17-18]。

通腑保胰汤主方由大柴胡汤和芍药甘草汤组成，兼具清除湿热、通畅腑气等功效，体现“六腑以通为用”“肝脾同调”的学术思想，其基础药方主要由柴胡、白芍、枳实、生大黄等组成，方中柴胡可疏肝解郁，透达少阳枢机，使肝胆湿热之邪外透；生大黄泻下攻积，荡涤阳明热结，通腑排毒，兼凉血化瘀；二者配伍，柴胡升散疏肝，大黄降泄通腑，一升一降，复肝胆与胃肠气机升降之常，共为君药，切中“肝胆郁热、阳明腑实”之病机核心；黄芩清热燥湿、泻火解毒，助柴胡清肝胆郁热；枳实、厚朴破气消积、行气除满，助大黄通降腑气；白芍养血柔肝、缓急止痛，防大黄、枳实攻伐伤阴；黄芩配柴胡，清疏并用，枳实、厚朴配大黄，增强通腑泄热之力，白芍柔肝止痛、调和气血，共为臣药，针对“湿热、气滞、瘀阻”兼证；黄连、栀子清热泻火、解毒凉血，直折三焦火毒；木香、乌药行气止痛，疏利三焦气机，助枳实、厚朴消胀；玄参、太子参滋阴生津、益气扶正，防苦寒药伤胃气；半夏、佛手和胃降逆、化痰散结，缓解呕恶、痰湿内阻；黄连、栀子清解热毒，木香、乌药行气导滞，玄参、太子参扶正防脱，半夏、佛手调和胃气，共为佐药，兼顾热毒、气逆、正虚等兼证；生甘草调和诸药，缓急和中，防苦寒伤胃，引药归经，为使药；呕吐甚加竹茹、紫苏梗，因竹茹清热化痰止呕，紫苏梗理气宽中，顺应“胃气上逆”之病势[19-20]。针对腑实热结证患者胃肠蠕动抑制的特点，灌肠法使药液直抵病所，避开口服刺激，增强通腑泄热之效，符合“急下存阴”治则。全方以“通、清、行、养”为纲，标本兼治，契合“腑实宜通、热结宜泄、气滞宜行、正虚宜养”的治法[21-22]。

本研究应用通腑保胰汤加减联合西医治疗急性胰腺炎患者，并与常规西医治疗作对比，结果显示，汤方组临床疗效显著高于常规组；两组治疗后中医症状积分和临床症状显著改善，且汤方组较常规组改善更明显，表明通腑保胰汤加减灌肠治疗急性胰腺炎患者效果较好。陈慧等[23]采用通腑清胰汤治疗腑实热结证型急性胰腺炎患者，与本研究得到相似的结论，中西医结合治疗后患者症缓解时间、炎症水平等均优于单一西医治疗，因通腑清胰汤重泻阳明，使少阳得解，腑气自通，诸症可愈。但此研究未对肠黏膜屏障功能作进一步阐述，本研究通过观察肠黏膜屏障功能水平，以分析通腑保胰汤如何改善患者肠黏膜屏障受损情况。

DAO、D－乳酸水平的升高可能与肠道菌群失调和内毒素易位有关，提示肠道黏膜屏障功能受损[24]；内毒素是革兰氏阴性菌的细胞壁成分，内毒素水平的监测有助于评估急性胰腺炎患者的感染风险和病情严重程度[25]。本研究结果显示，治疗后两组肠黏膜功能指标水平均显著下降，且汤方组较常规组更低，表明通腑保胰汤加减治疗急性胰腺炎能有效改善患者肠黏膜屏障受损情况。现代药理学研究[26]显示，通腑保胰汤中生大黄的主要活性成分蒽醌类衍生物（如大黄素、大黄酸等）通过刺激肠道黏膜，增加肠道蠕动，并且可通过阻碍细胞核酸合成发挥抗菌作用，同时通过上调紧密连接蛋白（如 ZO－1、occludin）表达，修复肠黏膜屏障；木香中的挥发油（如木香烃内酯、去氢木香内酯等）、木香碱能够调节胃肠道平滑肌的运动，缓解肠痉挛引起的疼痛，激活胆碱能受体，促进胆囊收缩素（CCK）释放，增强 Oddi 括约肌协调性，缓解胰管高压状态，且临床研究显示，木香配伍使用可使胆汁流量增加 30% ~ 50%[27-28]。厚朴中的厚朴酚、α－愈创木醇、γ－愈创木醇等能够抑制肠道细菌的生长，减少内毒素的产生，促进肠道蠕动，有助于肠道功能恢复，同时可调节雌激素信号通路、钙信号通路等，发挥多靶点作用，减少细菌移位[29]。木香促进胆汁排泄，厚朴抑制胰液过量分泌，大黄加速肠道排空，三者协同降低胰管压力峰值，减少胰酶异常激活风险，故而汤方组症状体征缓解情况、肠黏膜功能改善情况更优。

炎症反应与急性胰腺炎发病及进展关系密切，CRP、TNF－α 等炎症指标均在急性胰腺炎患者中呈高表达情况，提示存在炎症反应[30]；AMS 是胰腺分泌的

一种消化酶,其水平升高提示急性胰腺炎患者胰腺损伤程度,是临床特异性观测指标[31]。本研究结果显示,治疗后两组 CRP、TNF - α 及 AMS 水平均显著下降,且汤方组较常规组更低,表明通腑保胰汤加减治疗急性胰腺炎能显著减轻患者炎症反应,改善胰腺损伤。分析主要与通腑保胰汤中柴胡、黄芩、太子参等中药材功效有关,现代药理学研究显示,柴胡中的柴胡皂苷具有抗炎作用,能够抑制炎症介质的释放,还能促进内源性糖皮质激素的分泌,减轻胰腺及周围组织的炎症反应[32];黄芩中的黄芩苷等黄酮类化合物具有强效的抗炎活性,能够抑制多种炎症因子的释放,抑制 NF - κB 信号通路,激活 HO - 1/Nrf - 2 通路,从而减轻胰腺及肠道的炎症反应[33];太子参中的环肽和多糖能够与脂多糖竞争性结合 $RAW_{264.7}$ 细胞表面的 Toll 样受体 4,下调 TNF - α 表达,发挥抗炎作用,且在急性胰腺炎时,机体处于应激状态,会出现代谢紊乱、能量消耗增加等情况,太子参具有抗应激作用,能够调节机体的神经内分泌系统,使机体在应激状态下保持相对稳定的内环境,可减轻应激对胰腺及其他器官的不良影响,为组织修复和细胞功能恢复提供能量支持[34]。通腑保胰汤中诸药合用,从抑制炎症因子释放角度,共同调节 NF - κB 信号通路及 JAK - STAT 信号通路,抑制炎症因子的级联反应,降低炎症水平[35];从调节免疫细胞功能角度,清除病原体、炎症细胞碎片和内毒素等,减少炎症刺激源,促进 T 淋巴细胞向具有抗炎作用的 Th2 细胞亚群分化,抑制促炎的 Th1 细胞亚群的过度激活,使 Th1/Th2 细胞比例恢复平衡,调节免疫反应的强度和方向,减轻炎症损伤[36]。中药内服调整全身状况,改善肠黏膜功能,减少炎症介质的生成和释放,从而减轻机体炎症反应,故而汤方组治疗效果更佳。

此外,两组均未见明显不良反应,组间比较不良反应差异无统计学意义,证实治疗方案相对安全可靠。中药多以天然草药为主,其作用机制较为温和,中医注重整体观念,强调从整体上调理人体的内环境,而西医则侧重于局部病变的精确诊断和治疗,中西医结合治疗通过整体与局部的结合,能够更全面地改善患者的病理状态,缓解因局部治疗带来的不良反应。然而,本研究也存在一些不足之处。首先,样本量较小,且研究仅限于单中心,可能影响结果的广泛性和普适性;其次,本研究未深入探讨长期治疗效果,因此未来的研究应扩大样本规模,进行多中心、大样本的临床试验,以验证治疗方案的有效性和安全性,为临床提供更为精准和个性化的治疗策略。

综上所述,通腑保胰汤加减治疗急性胰腺炎疗效明显,能有效缓解患者临床症状,改善患者肠黏膜功能,减轻炎症反应,安全有效,值得推荐。

参考文献:

[1] WALKOWSKA J, ZIELINSKA N, TUBBS R S, et al. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis[J]. Diagnostics, 2022, 12(8): 1974.
[2] 王琦琦,程亚丽,周灿灿,等. 急性胰腺炎患者的临床特征分析[J]. 中华消化外科杂志, 2023, 22(S1): 38 - 43.
[3] DENG J, SONG Z Y, LI X L, et al. Role of lncRNAs in acute pancreatitis: pathogenesis, diagnosis, and therapy[J]. Front Genet, 2023, 14: 1257552.
[4] SINONQUEL P, LALEMAN W, WILMER A. Advances in acute pancreatitis[J]. Curr Opin Crit Care, 2021, 27(2): 193 - 200.
[5] 侯燕燕,陈新卫,田颖,等. 连续性肾脏替代治疗联合限制性液体复苏在重症急性胰腺炎治疗中的应用价值[J]. 陕西医学杂志, 2023, 52(12): 1711 - 1714.
[6] 崔云峰,王西墨,尚东,等. 重症急性胰腺炎中西医结合诊疗指南[J]. 临床肝胆病杂志, 2024, 40(6): 1114 - 1125.
[7] 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(2023)[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(7): 3549 - 3557.
[8] 陈腾飞,刘清泉. 基于中医外科学原理谈重症急性胰腺炎之诊治策略[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(3): 1151 - 1154.
[9] 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.
[10] 何雷,任毅,何江,等. 通腑解毒汤联合血液滤过对重症急性胰腺炎患者炎症介质及疗效的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2016, 26(7): 120 - 125.
[11] 周胜前. 通腑清胰汤辅助连续性血液净化治疗重症胰腺炎及对肠道屏障功能和血清内毒素、PAF 和 TNF - α 水平的影响[J]. 四川中医, 2019, 37(6): 100 - 102.
[12] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会消化病学分会,等. 急性胰腺炎基层诊疗指南(2019 年)[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(9): 819 - 826.
[13] 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.
[14] 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: 374.
[15] 李珍,高峰,喻松霞,等. 中西医结合早期治疗急性重症胰腺炎临床对照观察研究[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2019, 25(4): 464 - 468.
[16] 邓贤斌,王明健,穆记兰,等. 急性胰腺炎经典中医治疗[J]. 中医药导报, 2023, 29(7): 206 - 209.
[17] 康鸿鑫,唐文富. 急性胰腺炎伤寒六经平脉辨证体系探索[J]. 中国中医急症, 2020, 29(1): 100 - 104, 108.
[18] 苏杭,唐文富. 伤寒腹诊法辨治急性胰腺炎[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(2): 125 - 129.
[19] 袁伟,李艳,徐奥. 自拟胰解通腑汤辅助治疗急性胰腺炎的效果及对血清内毒素的影响[J]. 四川中医, 2023, 41(11): 140 - 144.
[20] 郝余庆,蒋徐维,丁俊. 临时小口径胰管支架置入联合清胰通腑汤治疗胆源性急性复发性胰腺炎的效果[J]. 长春中医药大学学报, 2024, 40(2): 189 - 192.
[21] 唐莉,李丹丹. 大承气汤联合清热通腑灌肠方治疗急性胰腺炎疗效研究[J]. 陕西中医, 2023, 44(3): 333 - 336.
[22] 方令,高霖雨. 通腑解毒汤对重症急性胰腺炎患者血流动力学及

炎性反应的影响[J]. 辽宁中医杂志,2022,49(10):144 - 147.
[23] 陈慧,周林妍,于飞. 通腑清胰汤治疗腑实热结型急性胰腺炎的临床研究[J]. 实用药物与临床,2021,24(8):688 - 691.
[24] 姚朝光,黄杰安,黄理,等. 重症急性胰腺炎急性胃肠损伤的危险因素分析及相关预测模型的构建[J]. 现代消化及介入诊疗,2023,28(12):1543 - 1547.
[25] 黄广文,周正,何锦雄,等. 基于 lncRNA/miRNA/NF - κB 通路探讨大黄玄明粉对急性胰腺炎大鼠全身炎症和肠道损伤的保护作用及机制[J]. 现代消化及介入诊疗,2024,29(3):297 - 301.
[26] 王晶晶,蔡常春,张晴,等. 联合使用大黄、芒硝对重症急性胰腺炎患者肠道功能和炎性因子的影响[J]. 中成药,2019,41(5):1191 - 1193.
[27] 宋洁,郭瑞芳,聂虹,等. 木香烃内酯对溃疡性结肠炎小鼠肠道免疫炎症的影响及其机制[J]. 广西医科大学学报,2021,38(12):2300 - 2305.
[28] 李麟,宋翊,陈新瑜,等. 原发性胆汁性胆管炎熊去氧胆酸治疗应答不佳的差异基因及免疫细胞浸润生物信息学分析[J]. 细胞与分子免疫学杂志,2022,38(1):16 - 23.
[29] 刘畅,王潇,刘芳,等. 厚朴酚对便秘型肠易激综合征大鼠 5 - HT 通路及肠道菌群的影响[J]. 中成药,2023,45(9):3067 - 3072.
[30] 刁志宏,雷力民,唐联顺,等. 急性胰腺炎患者凝血功能和炎症反应指标检测的临床价值[J]. 检验医学与临床,2023,20(20):3088 - 3090.
[31] 刘鸿雁,王敏,古玉兰. 柴芩承气汤保留灌肠治疗腑实热结型急性胰腺炎疗效及对患者中医症候积分、血清淀粉酶的影响[J]. 陕西中医,2022,43(11):1551 - 1555.
[32] 于猛,贾红梅,张宏武,等. 柴胡疏肝散对抑郁模型大鼠粪便代谢物组和肠道菌群的调控作用[J]. 国际药学研究杂志,2020,47(3):229 - 235.
[33] 姜洪宇,陈萌,关露春,等. 从"肠道黏膜屏障完整性"角度探讨黄芩汤治疗溃疡性结肠炎的机制[J]. 中华中医药学刊,2024,42(3):113 - 118.
[34] 曾靖棋,杜莹莹,周梦圆,等. 太子参多糖对卵清白蛋白诱导免疫抑制小鼠肠道免疫应答影响的研究[J]. 中国预防兽医学报,2024,46(3):292 - 299.
[35] 李珍,朱伟琴,俞瑾,等. 通腑化瘀清胰汤对急性胰腺炎小鼠炎性因子和自噬功能的影响[J]. 浙江中医药大学学报,2024,48(12):1492 - 1499.
[36] 郑开慧,吴建华. 自拟清胰汤对重症急性胰腺炎患者腹腔压力和免疫指标的影响[J]. 中国药物与临床,2019,19(19):3419 - 3420.

Effects of Modified Tongfu Baoyi Decoction in the Treatment of Acute Pancreatitis and Its Influence on Inflammatory Factors

TAO Jian, XU Minyi, WANG Yi, DING Sijie, XI Meijuan
(*Changshu Hospital of Traditional Chinese Medicine*, *Changshu* 215500, *China*)

Abstract Objective: To analyze the effect of modified Tongfu Baoyi decoction in the treatment of acute pancreatitis and its influence on inflammatory factors. Methods: 206 patients with acute pancreatitis in the changshu hospital of traditional Chinese medicine from March 2022 to November 2024 were selected to participate in the study. According to the simplified randomization method (single - double number method), they were divided into conventional group (single number) and decoction group (double number), with 103 cases in each group. The conventional group was treated with routine western medicine, while the decoction group was given modified Tongfu Baoyi decoction on the basis of the conventional group. The clinical efficacy, TCM symptoms scores, remission conditions of symptoms and signs, intestinal mucosal function indexes (serum diamine oxidase, D - lactic acid, endotoxin) and inflammatory factors [C - reactive protein (CRP), tumor necrosis factor - α (TNF - α), serum amylase (AMS)] were compared between groups, and the occurrence of adverse reactions in the two groups was counted. Results: After treatment, the total effective rate of treatment in decoction group was significantly higher than that in conventional group ($P < 0.05$). The scores of primary symptoms and secondary symptoms in the two groups were significantly decreased after treatment ($P < 0.05$), and the scores were lower in decoction group than those in conventional group ($P < 0.05$). The remission duration of symptoms and signs in decoction group were significantly shorter than those in conventional group ($P < 0.01$). After treatment, the intestinal mucosal function indexes were reduced significantly in both groups ($P < 0.05$), and the indexes in decoction group were lower compared to conventional group ($P < 0.05$). The levels of CRP, TNF - α and AMS were significantly lowered in the two groups after treatment ($P < 0.05$), and the levels in decoction group were lower than those in conventional group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between groups ($P > 0.05$). Conclusion: Modified Tongfu Baoyi decoction has significant efficacy in the treatment of acute pancreatitis. It can effectively alleviate the clinical symptoms, improve the intestinal mucosal function and relieve the inflammatory response, and it is safe and effective.

Key words Modified Tongfu Baoyi decoction; Acute pancreatitis; Inflammatory factors; Intestinal mucosal function