

• 论著—研究报告 •

基于真实世界大柴陷汤治疗腑实热结型
急性胰腺炎的临床研究*马超北¹ 刘礼剑² 黎丽群² 黎秀娟¹ 付文静¹ 王玉燕¹ 钟焕英¹ 刘芙蓉¹

[摘要] 目的:通过真实世界的临床研究,观察西医协同大柴陷汤治疗急性胰腺炎(腑实热结型)患者的有效性及安全性。方法:选取 40 例符合筛选标准的急性胰腺炎患者为研究对象,分为两组,每组均 20 例。对照组给予西医常规治疗,观察组给予西医常规治疗协同大柴陷汤治疗,疗程均为 7 d。比较两组患者治疗前后的血清 WBC、C 反应蛋白(C-reactive protein,CRP)、IL-6、血淀粉酶(blood amylase,AMS)及血脂酶(blood lipase,LPS)水平,两组患者的临床症状缓解时间、中医证候积分、改良 Marshall 评分、急性生理及慢性健康 II 评分(acute physiology and chronic health evaluation-II,APACHE-II)。结果:观察组的总有效率为 94.74%,高于对照组的 89.47%($P>0.05$);两组患者的血清 WBC、CRP、IL-6、AMS、LPS 水平均比治疗前明显下降,且观察组比对照组下降更显著($P<0.05$);治疗后两组患者的中医证候积分、改良 Marshall 评分、APACHE-II 评分均比治疗前下降,且观察组的下降趋势均优于对照组($P<0.05$)。结论:西医常规治疗联合大柴陷汤能有效缓解急性胰腺炎患者的临床症状、体征,减轻炎症反应,改善胰腺功能,缩短病程,安全可行,效果优于单纯西医治疗,值得临床推广。

[关键词] 急性胰腺炎;大柴陷汤;真实世界;临床研究

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2025.01.04

[中图分类号] R256.3 [文献标志码] A

Clinical study on the effectiveness of Dachaixian decoction in treating acute
pancreatitis due to excess heat in the Fu organs based on the real worldMA Chaobei¹ LIU Lijian² LI Liqun² LI Xiujuan¹ FU Wenjing¹ WANG Yuyan¹
ZHONG Huanying¹ LIU Furong¹

(¹Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning, 530000, China; ²Department of Spleen and Stomach Diseases, the First Affiliated Hospital of Guangxi University of Traditional Chinese Medicine)

Corresponding author: LIU Lijian, E-mail: liulijian0_1@163.com

Abstract Objective: To evaluate the efficacy and safety of combination therapy using Western medicine and Dachaixian decoction in patients with acute pancreatitis(excess heat in the Fu organs) through real-world clinical research. **Methods:** Forty patients with acute pancreatitis who met the screening criteria were divided into two groups,20 cases per group. The control group was treated with conventional Western medicine, while the observation group was treated with a combination of conventional Western medicine Dachaixian decoction. The treatment was for seven days. The levels of serum white blood cell count(WBC), C-reactive protein(CRP), IL-6, blood amylase(AMS) and blood lipase(LPS) indicators between the two groups were compared before and after treatment. The remission time of clinical symptoms, traditional Chinese medicine(TCM) syndrome scores, modified Marshall scores, acute physiology and chronic health evaluation-II scores(APACHE-II) of the two groups were compared. **Results:** The total effective rate was 94.74% in the observation group and 89.47% in the control group($P>0.05$). The serum WBC, CRP, IL-6, AMS, and LPS in the observation group were significantly lower than those before treatment, and the reduction during the treatment period was more significant than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the TCM syndrome scores, modified Marshall scores, and APACHE-II scores of the two groups were all lower than before treatment, and the downward trend of the ob-

*基金项目:国家中医药管理局高水平重点学科建设项目(No:zyyzdxk-2023167);广西医疗卫生重点学科申报项目[No:桂卫科教发(2023)1号]

¹广西中医药大学(南宁,530000)

²广西中医药大学第一附属医院脾胃病科

通信作者:刘礼剑,E-mail:liulijian0_1@163.com

引用本文:马超北,刘礼剑,黎丽群,等.基于真实世界大柴陷汤治疗腑实热结型急性胰腺炎的临床研究[J].中国中西医结合消化杂志,2025,33(1):18-23. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2025.01.04.

ervation group was better than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Conventional Western medicine treatment combined with Dachaxian decoction can effectively relieve the clinical signs and symptoms of patients with acute pancreatitis, reduce inflammatory reaction, improve pancreatic function, and shorten the course of the disease. The combined therapy is safe and feasible, which is better than Western medicine treatment alone, and should be widely used in clinical research.

Key words acute pancreatitis; Dachaxian decoction; real world; clinical research

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是常见的消化系统急危重症, 以胰腺局部蔓延至全身的爆发性炎症反应, 同时伴胰腺自身及周围组织产生自我消化作用为主要病理特征, 以突发性上腹痛、血清消化酶急剧升高、胰腺水肿为主要临床特点的疾病^[1-2]。据文献报道, 近 20 年全球 AP 的发病率从 37.9/10 万下降至 34.8/10 万, 病死率由 1.7/10 万下降至 1.4/10 万^[3]。尽管如此, 临床上仍有约 20% 的 AP 患者可能进展为重症 AP (severe acute pancreatitis, SAP), 病死率高达 30%~40%^[4-5]。SAP 因病情重、并发症多、治疗难度大等特征给临床医师带来巨大困扰, 究其原因, 主要是当前诊疗方案与治疗手段的局限性。

中医典籍鲜见 AP 的病名记载, 根据 AP 的发病特点和临床特征, 通常将其归属“腹痛”“胃心痛”“脾心痛”“胰瘕”等范畴, 病机总属“腑气不通”^[6]。近年来, 中医药成为临床治疗 AP 的另一重要手段, 发挥着重要的协同治疗作用^[7]。笔者导师刘礼剑教授基于仲景六经辨证理论, 结合对 AP 现代病理机制的认识, 提出“急性胆胰疾病从阳从腑论治, 慢性胆胰疾病从阴从脏论治”的诊疗思维, 创制大柴陷汤, 在临床实践中收效可观, 现对此开展了一项基于真实世界的实效性临床研究, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2023 年 1 月—2023 年 12 月在广西中医药大学第一附属医院脾胃病科住院且符合本研究筛选标准的 40 例 AP 患者为研究对象, 遵循实用性随机对照原则, 西医协同大柴陷汤治疗 (观察组) 20 例, 男 12 例, 女 8 例; 年龄 (41.39±8.27) 岁。西医治疗 (对照组) 20 例, 男 14 例, 女 6 例; 年龄 (39.67±9.86) 岁。两组患者的年龄、性别比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

本研究通过广西中医药大学第一附属医院伦理委员会审批 (伦审号: 2023-001-02)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 根据《中国急性胰腺炎诊治指南 (2019 年, 沈阳)》^[8] 拟定诊断标准: ①急性、突发、持续、剧烈的上腹部疼痛, 可向背部放射; ②血淀粉酶 (blood amylase, AMS) 及血脂肪酶 (blood lipase, LPS) 活性至少高于正常上限值 3 倍; ③增强 CT/MRI 呈 AP 典型影像学改变 (胰腺水肿或胰周渗出积液)。以上 3 项标准满足其中 2

项即可诊断。

1.2.2 中医诊断标准 根据《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见 (2017)》^[6] 中腑实热结证拟定诊断标准。主症: ①腹满硬痛拒按; ②大便燥结不通。次症: ①日晡潮热; ②胸脘痞满; ③恶心呕吐; ④口臭、口干口苦; ⑤烦躁不安。舌脉: ①舌质红, 苔黄厚腻或燥; ②脉洪大、滑数或沉实。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合 AP 的诊断标准; ②年龄 18~75 岁, 性别不限; ③发病时间 ≤ 72 h; ④无严重器官功能障碍或局部并发症; ⑤自愿参加本研究并签署知情同意书。

排除标准: ①存在其他严重胰腺疾病者; ②合并严重心脑血管等疾病或不可耐受本研究者; ③存在精神异常或沟通障碍者; ④孕妇及过敏体质者; ⑤正在放化疗或使用免疫抑制类药物者。

1.4 脱落与终止标准

脱落标准: ①研究过程中出现病情持续加重者; ②不能坚持治疗过程要求退出者; ③出现不良反应者; ④依从性差者。

终止标准: ①出现严重不良事件或药物过敏反应者; ②研究过程中发生严重偏差, 难以评价药物效应者; ③在研究中未能坚持用药及不配合治疗者; ④其他研究者认为不宜继续治疗或认为继续试验有风险者。

1.5 治疗方案

对照组: 给予西医常规治疗。①禁食、通便, 减轻胃肠压力; ②给予质子泵抑制剂如艾司奥美拉唑, 减少胃酸分泌, 保护胃肠黏膜; ③给予蛋白酶抑制剂, 如乌司他汀, 减轻胰腺炎症反应; ④给予营养支持, 提高免疫力, 促进预后改善; ⑤给予镇痛, 如地佐辛, 适当减轻患者不适; ⑥必要时给予抗菌药物治疗感染。治疗 7 d。

观察组: 在西医常规治疗基础上联用大柴陷汤治疗, 大柴陷汤具体方药组成及剂量为: 柴胡 24 g, 黄芩 15 g, 白芍 30 g, 枳实 30 g, 半夏 15 g, 厚朴 20 g, 生姜 20 g, 芒硝^{打粉} 10 g, 大枣 15 g, 猪苓 20 g, 大黄^{后下} 30 g, 泽兰 30 g, 葶苈子^{包煎} 20 g, 杏仁^{打碎} 20 g, 地龙 15 g, 泽泻 30 g, 甘遂^{打粉} 1 g。上方由广西中医药大学第一附属医院中心药房煎制, 每剂水煎 450 mL 药液, 分装为 3 袋, 150 mL/袋, 3 次/d, 1 袋/次, 早中晚各 1 次空腹温服 (必要时鼻饲滴入)。治疗 7 d。

1.6 观察指标

观察两组患者治疗前后的血清 WBC、C 反应蛋白(C-reactive protein,CRP)、IL-6、AMS 及 LPS 变化,以及两组患者治疗前后的腹痛、腹胀缓解时间及肠鸣音、首次排便恢复时间。统计两组患者治疗前后的改良 Marshall 评分、急性生理及慢性健康-II 评分(acute physiology and chronic health evaluation-II,APACHE-II)。记录治疗期间的不良反应发生情况。

1.7 中医疗效评价

中医疗效评价参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]制定,采用统一分级积分法,所有症状都分为无、轻、中、重 4 级;主症分别记为 0、2、4、6 分,次症分别记为 0、1、2、3 分;舌脉分为正常与非正常两级,分别记为 0、2 分;统计并对比两组患者治疗前后的积分改变情况。疗效评价参考尼莫地平法^[6]:疗效=(治疗前证候积分-治疗后证候积分)/治疗前证候积分×100%。痊愈:症状基本改善,疗效评分≥95%;显效:症状明显减轻,疗效评分 70%~<95%;有效:症状有所减轻,疗效评分 30%~<70%;无效:症状未能改善或病情加重,疗效评分<30%。

1.8 统计学方法

数据使用 SPSS 23.0 软件进行统计学分析。采用 χ^2 检验对计数资料进行分析,以 $\bar{X} \pm S$ 表示计量资料,符合正态分布的数据采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

研究过程中,对照组中 1 例患者因病情加重转

入重症医学科而脱落;观察组中 1 例患者因依从性差退出研究,最终共纳入 38 例研究对象。

2.1 两组患者的血清 WBC、CRP、IL-6 水平比较

治疗前两组患者的血清 WBC、CRP、IL-6 比较均差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 7 d 后,两组患者的血清 WBC、CRP、IL-6 均较治疗前降低($P < 0.05$),且观察组均较对照组下降更显著($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者的血清 AMS、LPS 水平比较

治疗前两组患者的血清 AMS、LPS 水平比较均差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 3 d、7 d 后,两组患者的血清 AMS、LPS 水平均较治疗前下降,且观察组的下降水平较对照组更显著($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者的改良 Marshall、APACHE-II 评分比较

治疗前两组患者的改良 Marshall 评分、APACHE-II 评分比较均差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 3 d、7 d 后,两组患者的改良 Marshall 评分、APACHE-II 评分均较治疗前明显下降,且观察组在治疗同期的下降水平较对照组更显著($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者的腹痛、腹胀缓解时间及肠鸣音、排便恢复时间比较

治疗后,两组患者的腹胀、腹痛、肠鸣音及排便均较治疗前改善,其中观察组患者的腹胀、腹痛缓解时间、排便恢复时间均较对照组更短($P < 0.05$);两组患者的肠鸣音恢复时间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 1 两组患者的血清 WBC、CRP、IL-6 水平比较

组别	$\bar{X} \pm S$					
	WBC/($\times 10^9/L$)		CRP/(mg/L)		IL-6/(pg/mL)	
	治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后
观察组($n=19$)	16.41±2.56	8.37±1.84 ¹⁾²⁾	89.59±5.61	11.74±3.42 ¹⁾²⁾	65.46±6.89	4.73±3.51 ¹⁾²⁾
对照组($n=19$)	15.89±4.66	10.76±2.35 ¹⁾	91.25±6.33	15.86±7.49 ¹⁾	63.21±7.19	6.92±2.65 ¹⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者的血清 AMS、LPS 水平比较

组别	U/L, $\bar{X} \pm S$					
	AMS			LPS		
	治疗前	治疗 3 d 后	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 3 d 后	治疗 7 d 后
观察组($n=19$)	328.86±76.27	121.44±25.87 ¹⁾²⁾	36.38±11.47 ¹⁾²⁾	159.62±17.28	53.46±9.21 ¹⁾²⁾	30.75±6.38 ¹⁾²⁾
对照组($n=19$)	335.42±68.59	143.69±30.02 ¹⁾	72.38±15.66 ¹⁾	162.85±15.47	92.15±8.53 ¹⁾	63.44±5.86 ¹⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者的改良 Marshall 评分、APACHE-II 评分比较

组别	分, $\bar{X} \pm S$					
	改良 Marshall 评分			APACHE-II 评分		
	治疗前	治疗 3 d 后	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 3 d 后	治疗 7 d 后
观察组($n=19$)	1.47±1.07	0.36±0.50 ¹⁾²⁾	0.16±0.37 ¹⁾²⁾	12.81±7.26	4.11±2.72 ¹⁾²⁾	1.29±0.92 ¹⁾²⁾
对照组($n=19$)	1.42±1.22	0.94±0.84 ¹⁾	0.63±0.68 ¹⁾	13.41±6.94	7.36±3.29 ¹⁾	3.85±1.46 ¹⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者的腹痛、腹胀缓解时间及肠鸣音、排便恢复时间比较

d, $\bar{X} \pm S$

组别	例数	腹痛缓解时间	腹胀缓解时间	肠鸣音恢复时间	排便恢复时间
观察组	19	3.35±0.46 ¹⁾	2.93±0.71 ¹⁾	2.15±0.62	2.13±0.45 ¹⁾
对照组	19	4.96±0.88	5.78±0.52	2.09±0.97	4.87±0.39

与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者的中医证候积分比较

治疗前两组患者的中医证候积分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 3 d、7 d 后,两组患者的中医证候积分均较治疗前下降,且治疗同期观察组的下降水平较对照组更显著($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者的中医证候积分比较

分, $\bar{X} \pm S$

组别	例数	治疗前	治疗 3 d 后	治疗 7 d 后
观察组	19	20.46±2.76	5.36±1.64 ¹⁾²⁾	2.75±0.82 ¹⁾²⁾
对照组	19	19.87±3.23	10.54±1.76 ¹⁾	6.42±0.71 ¹⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

2.6 两组患者的综合疗效比较

治疗后,观察组的总有效率为 94.74%,高于对照组的 89.47%;两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 6。

表 6 两组患者的综合疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	19	8	6	4	1	94.74
对照组	19	6	6	5	2	89.47

2.7 不良反应情况

两组患者在研究过程中均无药物不良反应情况发生。

3 讨论

AP 是临床常见的急腹症,主要发病特点为起病急、进展快、病情重且并发症多。目前认为引起 AP 的病因主要有酗酒、胆道疾病、暴饮暴食、寄生虫感染、Oddi 括约肌功能异常及胰腺相关手术。AP 的病理机制主要与胰酶自身消化、炎症递质释放、钙离子超载、肠道菌群易位、高甘油三酯血症、氧化应激等相关^[10-11]。当前西医在 AP 的治疗上主要有禁食、抑酶、液体复苏、镇痛、抗感染、内镜治疗及传统外科手术治疗等方式^[12]。祖国医学对于 AP 的记载甚少,现代医家根据 AP 的发病特点与临床症状,将其归属为“腹痛”“胰瘕”“脾心痛”“胃心痛”等病症范畴,病机总属“腑气不通”^[13]。近年来,中医药在 AP 的临床诊疗中运用越来越广泛,在一定程度上弥补了西医治疗手段的局限性,在 AP 病情改善及预后上亦发挥着重要的协同治

疗作用^[14]。

临床上约有 20% 的轻、中度 AP 患者可能进展为 SAP,病死率明显升高。因此,早期对病情的评估、治疗方案的制定及中西医协同诊疗十分重要。改良 Marshall 评分、APACHE-II 评分均是临床常用的 AP 病情严重程度分级系统,前者主要从呼吸系统氧合指数、循环系统血容量及肾脏肌酐 3 个重要的临床指标进行病情评估,具有更加简便快捷、高效的优势。笔者导师刘礼剑教授基于改良 Marshall 评分,对 AP 急性反应期多器官功能障碍的病理机制进行梳理:①呼吸功能障碍:AP 发病时胰腺局部炎症及坏死,大量的炎症递质释放,引起全身毛细血管扩张、通透性增加^[15],进而导致毛细血管渗漏,含有蛋白、补体、炎症递质等的血液渗漏至“第三间隙”,导致血管外容积增多,组织水肿。一方面,肺水肿由于肺部液体增加了肺泡壁的有效厚度并减少了气体交换面积,引起肺氧合功能下降,因而导致严重的低氧血症^[16];另一方面,炎症递质扩散引起腹腔内网膜水肿、腹水形成,腹腔内压力增高,膈肌上抬后胸腔内体积变小,进一步加重呼吸困难,从而诱发 SAP 早期严重的并发症——急性呼吸窘迫综合征。②肠道功能障碍:大量炎症递质渗漏至腹腔,一方面引起腹膜及肠道黏膜炎症,肠道蠕动功能减退;另一方面组织渗漏引起肠道黏膜水肿,二者均导致腹腔内压力急剧升高,从而引发腹腔间隔室综合征。③循环功能障碍:炎症递质释放引起毛细血管渗漏,大量的循环血容量丢失,引起肾前性灌注不足,进而导致肾功能损伤,肌酐升高;另一方面,血容量严重不足导致代偿性心脏迷走神经兴奋,心率增高,从而引起失血性、低容量性休克。因此笔者认为,炎症递质的过度释放是 AP 的始动因素,毛细血管渗漏是关键因素。

在 AP 的中医病机方面,基于对仲景六经辨证的思考,结合对 AP 现代医学病理机制的认识,笔者导师刘礼剑教授提出“急性胆胰疾病从阳从腑论治,慢性胆胰疾病从阴从脏论治”的诊疗思维。阳即少阳阳明,阴为厥阴太阴。治疗上提出立足于腑腹,重点关注肺肾,合仲景大柴胡汤、大承气汤、大陷胸汤、大陷胸丸并随症加减,创制大柴陷汤。该方具有通腑泄热、和解少阳、利水平喘、化痰通络之功效。AP 患者早期临床特点首先表现为腹满疼痛、大便燥结不通、舌苔黄燥、脉沉或洪大等腑气不通的阳明腑实证,且胆源性胰腺炎患者易出现口干

口苦、发热等少阳证。《金匱要略》记载：“按之心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤”。《伤寒论·少阳病篇》曰：“伤寒发热，汗出不解，心中痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。”大柴胡汤是仲景用于治疗少阳阳明证之经典名方，具有内泻阳明热结、和解少阳的作用。现代医家通过研究进一步发现了大柴胡汤在治疗 AP 时的潜在作用。徐春荣^[17]用大柴胡汤联合芒硝外敷治疗 AP 患者，发现观察组腹痛缓解时间、大便恢复时间较对照组更短，且观察组 AMS、LPS 水平相较对照组下降更显著，意味着大柴胡汤具有促进炎症吸收、改善 AP 症状的作用。另有研究发现大柴胡汤具有调节肠道菌群、促进肠道功能恢复的临床功效^[18-19]。刘培等^[20]用大柴胡汤治疗 AP 大鼠，结果表明观察组大鼠与 AP 发病密切相关的炎症递质(肿瘤坏死因子- α 、IL-6)的表达显著降低，从而减轻胰腺组织的炎症浸润、改善 AP 大鼠的胰腺损伤。AP 时当炎症递质波及腹腔引起腹膜炎，患者可出现腹痛胀满，炎症递质释放可使肠道蠕动缓慢，加之大量组织液丢失，肠道水分减少，故见大便燥结难解、肠鸣音减弱或消失、烦躁等。仲景《伤寒论》曰：“不大便五六日，舌上燥而渴……从心下至少腹便满而痛不可近”“手足皴皴汗出，大便难而谵语者，下之则愈……”AP 患者大便不通不仅使腹压增高，加重腹痛，亦可致热邪壅滞在肠道而无法外泄，故合大承气汤可泻热通腑，攻下通便，减轻腹压。大承气汤主治阳明腑实证，有峻下热结之功效，现代药理学研究发现大承气汤可通过抑制 AP 大鼠活化 JAK2-STAT3 通路及 HMGB1 及 NLRP3 炎症小体，发挥抑制炎症因子释放、保护胰腺组织的功能^[21-22]。高翔等^[23]通过真实世界的临床研究验证了大承气汤联合常规西医治疗可使 AP 患者在免疫功能、炎症反应、肝功能及多器官损害等方面得到不同程度改善。AP 时“炎症因子风暴”可导致肺水肿，出现呼吸深快、胸廓紧束憋闷感、短气、咳嗽咳痰等症状；中医认为肺主气，司呼吸，通调全身水道，今因内邪侵袭，灼伤肺络，水液停滞于胸中，呼吸失司，故见胸胁胀痛拒按、喘促，状如大结胸病。《伤寒论》曰：“动数变迟，膈内拒痛，胃中空虚，客气动膈，短气烦躁，心中懊恼，阳气内陷，心下因鞭，则为结胸”；《伤寒来苏集·陷胸汤证》曰：“……内陷于胸胁间，水邪热邪结而不散，故名曰结胸”，因此治法上合仲景之大陷胸丸、大陷胸汤。前者主化痰饮与邪热互结于胸膈上下，兼顾胃肠，为攻下之缓剂，方中葶苈、杏仁、甘遂逐胸膈上下之痰饮，并治喘急；大黄、芒硝荡涤肠胃之燥热，兼消胸膈下部的胀痛。大陷胸汤为攻下之峻剂，其主治胸膈部及腹部之痰热互结，但更偏于腹部，如《伤寒论》曰：“结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之硬者，属大陷胸汤”，“从心下至少腹硬满而通，不可近者，属大陷胸

汤”。研究表明，大陷胸汤用于治疗胰腺炎可改善胰周微循环、防治肠道菌群释放的内毒素以及减少吸收、促进胃肠功能恢复等^[24-25]。最后，AP 急性炎症期大量循环血容量丢失引起肾脏灌注不足，中医认为“肾主二便”，肾脏失养，则可导致肾性少尿甚至无尿，并引起大便无力，排出困难，通过合用大陷胸丸、大陷胸汤共同攻逐肺肾之水，大承气汤攻逐胃肠实热，将机体瘀热随呼吸与二便排出体外。AP 时引起的气血运行不畅或血热妄行，可导致体内瘀血形成，痹阻全身经络，故加泽兰、地龙以活血化瘀通络。综上，大柴陷汤立足于腑腹，以通腑泄热为主，兼顾肺、肾、大肠等脏腑，具有维护 AP 患者呼吸、循环、代谢之功用。

本研究是基于真实世界的临床研究，运用西医协同大柴陷汤治疗腑实热结型 AP，结果显示观察组患者的腹胀、腹痛缓解时间、首次排便时间均较对照组更短；在实验室指标上，观察组患者治疗后的血清 WBC、CRP、IL-6、AMS、LPS 水平均较对照组下降更显著，表明大柴陷汤具有减轻炎症反应、保护胰腺功能的潜在作用。此外，观察组在改良 Marshall 评分、APACHE-II 评分及中医证候积分方面更优于对照组，表明大柴陷汤对保护器官功能、缓解病情进展具有一定的协同作用。

4 结论

综上，西医协同大柴陷汤治疗能有效缓解腑实热结型 AP 患者的腹痛、腹胀、排便障碍等临床症状，降低其血清炎症指标并改善胰腺功能，临床疗效优于单纯西医治疗。本研究过程中观察组患者无明显药物不良反应，安全可靠，值得临床推广。但本研究观察病例较少，后期可通过增加研究样本量及观察指标探析大柴陷汤的功效，并通过动物实验进一步明确其现代药理机制。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, et al. Acute pancreatitis: diagnosis and treatment[J]. *Drugs*, 2022, 82(12):1251-1276.
- [2] Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. Iap/apa evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis [J]. *Pancreatology*, 2013, 13(4 Suppl 2):e1-e15.
- [3] Li CL, Jiang M, Pan CQ, et al. The global, regional, and national burden of acute pancreatitis in 204 countries and territories, 1990-2019 [J]. *Bmc Gastroenterol*, 2021, 21(1):332.
- [4] Schepers NJ, Bakker OJ, Besselink MG, et al. Impact of characteristics of organ failure and infected necrosis on mortality in necrotising pancreatitis[J]. *Gut*, 2019, 68(6):1044-1051.
- [5] van Santvoort HC, Bakker OJ, Bollen TL, et al. A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome[J]. *Gastroen-*

- terology, 2011, 141(4): 1254-1263.
- [6] 张声生, 李慧臻. 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.
- [7] 谢胜, 严静, 黎丽群, 等. 中西医协同治疗重症急性胰腺炎的进展述评 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(2): 98-104.
- [8] 杜奕奇, 陈其奎, 李宏宇, 等. 中国急性胰腺炎诊治指南 (2019 年, 沈阳) [J]. 临床肝胆病杂志, 2019, 35(12): 2706-2711.
- [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: 125-129.
- [10] 武亮, 艾迎春. 急性胰腺炎相关发病机制及病因的研究进展 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2019, 40(5): 618-620.
- [11] Wang GJ, Gao CF, Wei D, et al. Acute pancreatitis: etiology and common pathogenesis [J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(12): 1427-1430.
- [12] Greenberg JA, Hsu J, Bawazeer M, et al. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis [J]. Can J Surg, 2016, 59(2): 128-140.
- [13] 刘凤斌, 胡玲, 陈苏宁, 等. 消化系统常见病急性胰腺炎中医诊疗指南 (基层医生版) [J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(4): 1906-1913.
- [14] 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.
- [15] Garg PK, Singh VP. Organ failure due to systemic injury in acute pancreatitis [J]. Gastroenterology, 2019, 156(7): 2008-2023.
- [16] Powers KA, Dhamoon AS. Physiology, Pulmonary Ventilation and Perfusion [M] // StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024: 54-68.
- [17] 徐春荣. 大柴胡汤内服合芒硝外敷治疗急性胰腺炎 33 例 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(20): 78-80.
- [18] 杨斌, 李宝乐. 大柴胡汤保留灌肠对急性胰腺炎疗效及肠道菌群失调预防作用的观察 [J]. 中国中医急症, 2019, 28(11): 2035-2037.
- [19] 林瑶瑶, 林先萍, 麦叶, 等. 加味大柴胡汤对腑实热结型急性胰腺炎患者血清 TNF- α 、SOD、LPS、Gas 及肠道菌群水平的影响 [J]. 山东中医杂志, 2022, 41(1): 50-55.
- [20] 刘培, 崔琳, 潘开瑞. 大柴胡汤联合奥曲肽对急性胰腺炎模型大鼠血清细胞因子的影响 [J]. 中医学报, 2019, 34(7): 1464-1467.
- [21] 何婕, 沈银峰, 伍雅兰, 等. 大承气汤对急性坏死性胰腺炎大鼠胰腺组织 JAK2-STAT3 通路影响的实验研究 [J]. 湖北中医杂志, 2022, 44(9): 10-14.
- [22] 李劫, 程卓安, 马骄阳, 等. 大承气汤通过抑制 HMGB1 及 NLRP3 炎症小体治疗重症急性胰腺炎的研究 [J]. 上海中医药杂志, 2022, 56(9): 70-75.
- [23] 高翔, 刘梅梅, 姚琪琪, 等. 大承气汤联合奥曲肽治疗急性重症胰腺炎的临床研究 [J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(2): 238-242.
- [24] 肖成, 李燕, 赵志民. 大陷胸汤配合西药治疗急性胰腺炎 21 例 [J]. 贵阳中医学院学报, 2007, 29(3): 27-28.
- [25] 韩瑞, 谢晴, 苏世平. 大陷胸汤保留灌肠治疗急性胰腺炎的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2015, 24(4): 710-712.

(收稿日期: 2024-03-15)

《中国中西医结合消化杂志》2024 年度优秀编委/审稿专家名单

2024 年,《中国中西医结合消化杂志》学术质量显著提升,影响力进一步扩大。这些成绩离不开每一位专家、学界同仁以及作者、读者的支持与帮助,在此向大家表示衷心的感谢。本刊编辑部根据审稿数量、质量、时效及组稿、撰稿等情况,评选出 57 位优秀编委/审稿专家,名单列示如下(按姓氏笔画排序):

王垂杰	王彦刚	王宪波	甘 淳	叶 蔚	田旭东	田耀洲
吕 宾	朱 莹	刘 力	刘成海	刘华一	刘 震	孙志广
李延萍	李军祥	李 岩	李学军	李 勇	李景南	李慧臻
杨胜兰	杨 倩	汪龙德	沈 洪	迟莉丽	张声生	张学智
张 烁	陈 瑞	季 光	周正华	鱼 涛	郑立升	郑培永
赵文霞	赵迎盼	胡 玲	柯 晓	查安生	钦丹萍	姜莉云
骆云丰	袁红霞	党中勤	徐健众	唐旭东	唐志鹏	唐艳萍
黄绍刚	黄穗平	储浩然	舒 劲	谢春娥	谢 胜	蓝 宇
魏 玮						