

中医辨证联合西医常规治疗急性胰腺炎的临床效果分析

陈 聪

阜宁县人民医院消化内科 江苏阜宁

【摘要】目的 分析急性胰腺炎（AP）采取中医辨证+西医常规治疗的效果。方法 选取 2023 年 8 月至 2025 年 7 月收治的 AP 患者 72 例，随机分为观察组（中医辨证+西医常规治疗）和对照组（西医常规治疗）各 36 例，对比效果。结果 观察组各指标均低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 中医辨证与西医常规治疗 AP 效果良好。

【关键词】急性胰腺炎；中医辨证；肠道屏障功能；西医常规治疗

【收稿日期】2025 年 9 月 15 日

【出刊日期】2025 年 10 月 15 日

【DOI】10.12208/j.ijcr.20250467

Analysis of the clinical effect of Traditional Chinese medicine syndrome differentiation combined with Conventional Western Medicine in the treatment of acute pancreatitis

Cong Chen

Department of Gastroenterology, Funing County People's Hospital, Funing, Jiangsu

【Abstract】 Objective To analyze the effect of traditional Chinese medicine syndrome differentiation and Western medicine conventional treatment on acute pancreatitis (AP). Methods 72 patients with acute pancreatitis admitted from August 2023 to July 2025 were randomly divided into an observation group (traditional Chinese medicine syndrome differentiation+Western medicine conventional treatment) and a control group (Western medicine conventional treatment), with 36 cases in each group, and the effects were compared. Results All indicators in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion Traditional Chinese medicine syndrome differentiation and Western medicine conventional treatment have good effects on AP.

【Keywords】 Acute pancreatitis; Traditional Chinese medicine syndrome differentiation; Intestinal barrier function; Conventional Western medicine treatment

急性胰腺炎（AP）是临床常见急腹症，由胰酶激活引发胰腺及周围组织炎症，以腹痛、腹胀、恶心呕吐为主要表现，严重时可致多器官功能障碍，病死率较高^[1]。近年来，随着饮食结构改变与生活节奏加快，其发病率逐年上升，已成为威胁公众健康的重要疾病。目前西医以抑制胰液分泌、抗感染及对症支持为常规治疗方案，虽能控制病情，但存在症状缓解慢、复发率高等局限^[2]。中医将其归为“胰瘅”“腹痛”范畴，认为病机与湿热蕴结、肝郁气滞、瘀热互结等相关，强调辨证论治^[3]。近年研究显示，中西医结合治疗可优势互补。本研究旨在观察中医辨证联合西医常规治疗的效果，为临床提供参考。

1 资料和方法

1.1 一般资料

2023 年 8 月至 2025 年 7 月，72 例 AP 患者，随机

分为观察组 36 例，男 20 例，女 16 例，平均年龄（43.55 ± 8.16）岁；对照组 36 例，男 22 例，女 14 例，平均年龄（42.77 ± 7.68）岁，两组资料对比（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组：西医常规治疗：①胰液分泌控制：通过禁食禁饮减少刺激，予雷尼替丁静脉滴注抑制胃酸分泌，同时以奥曲肽持续静脉泵入直接抑制胰液合成；②感染防控：根据病情选用左氧氟沙星或头孢他啶等敏感抗生素静脉给药；③疼痛管理：对中重度疼痛患者，予哌替啶肌肉注射镇痛；④综合支持：液体复苏维持循环稳定，必要时行无创呼吸机辅助通气，病情允许后启动肠内营养，并辅以丹参注射液改善胰腺微循环。

观察组：西医常规治疗+中医辨证原则用药，包括：

（1）肝胆湿热证：选用茵陈蒿汤合龙胆泻肝汤加减。茵陈蒿 18g、栀子 9g、大黄 9g、龙胆草 6g、黄芩 9g、

泽泻 12g、木通 9g、车前子 9g、当归 8g、生地黄 20g、柴胡 10g、生甘草 6g。通过茵陈蒿、栀子、大黄清热利湿退黄，龙胆草、黄芩等清泄肝胆实火，以改善肝胆湿热症状。（2）肝郁气滞证：采用柴胡疏肝散合清胰汤加减。柴胡 6g、陈皮 6g（醋炒）、川芎 5g、香附 5g、枳壳 5g（麸炒）、芍药 5g、炙甘草 3g、大黄 6g、芒硝 6g、黄连 6g、木香 6g、延胡索 10g。柴胡疏肝散疏肝理气，清胰汤清热通腑，共奏疏肝利胆解郁、清泄胰热之效。（3）瘀热（毒）互结证：予以泻心汤合膈下逐瘀汤加减。黄连 9g、黄芩 15g、大黄 15g、水牛角（先煎）30g、牡丹皮 15g、赤芍 15g、生地黄 15g、川芎 9g、延胡索 9g、厚朴 9g、芒硝（冲服）9g、桃仁 9g、红花 9g、丹参 15g。以泻心汤清热泻火解毒，膈下逐瘀汤活血化瘀，清除瘀热互结之邪。（4）腑实热结证：使用大柴胡汤合大承气汤加减。柴胡 15g、黄芩 9g、芍药 9g、半夏 9g、枳实 9g、大黄（后下）12g、厚朴 15g、芒硝（冲服）6g、生姜 15g、大枣 4 枚。大柴胡汤和解少阳、内泻热结，大承气汤峻下热结，荡涤肠胃积滞。

（5）同时随症加减：由胆道蛔虫病所致者，加使君子 10g、苦楝皮根 10g、乌梅 10g；汗多亡阳者，加牡蛎（先煎）30g、龙骨（先煎）30g；呕血或便血者，加茜

草根 10g、三七粉（冲服）3g；呕吐重者，加竹茹 10g、紫苏梗 10g、法半夏 10g；瘀重者，加莪术 10g、三棱 10g；痛甚者，加延胡索 15g；腹胀明显者，加瓜蒌 15g、莱菔子 15g；口渴明显者，加玄参 15g、生地黄 15g；大便不通者，加芒硝（冲服）9g；食积者，加莱菔子 15g、焦三仙各 10g；热重者，加连翘 15g、栀子 15g、金银花 15g、紫花地丁 15g、败酱草 15g、蒲公英 15g；黄疸重者，加茵陈 30g。同时辅以中药外敷、针灸等中医治疗，以达到更好的治疗效果。

1.3 观察指标

①临床相关指标：首次自主排便、腹痛/腹胀缓解等时间；②中医证候积分：评估腹痛、腹胀等 4 项证候（0—6 分，分值越高越重）；③肠道黏膜屏障功能：检测 D-乳酸等水平；④胰腺功能指标（血清淀粉酶、脂肪酶）与炎症指标（C 反应蛋白、降钙素原）。

1.4 统计学处理

SPSS23.0 分析数据，计数、计量（%）、（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 χ^2 、t 检验， $P < 0.05$ 统计学成立。

2 结果

2.1 临床相关指标比较

组间对比 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 临床相关指标对比（ $\bar{x} \pm s$, d）

指标	观察组 (n=36)	对照组 (n=36)	t	P
首次自主排便时间	2.31±0.63	5.57±1.27	5.532	<0.05
腹痛缓解时间	4.30±1.08	6.97±1.60	5.971	<0.05
腹胀缓解时间	3.14±1.01	5.97±1.31	6.288	<0.05
血清淀粉酶恢复正常时间	4.93±0.95	6.32±1.17	4.541	<0.05
血清脂肪酶恢复正常时间	5.30±1.00	7.33±2.03	4.950	<0.05
C 反应蛋白恢复正常时间	6.05±1.04	7.97±2.42	4.381	<0.05

2.2 中医证候积分

治疗前，观察组：腹痛剧烈评分（4.57±0.63）分、胸闷腹胀评分（3.60±0.56）分、恶心呕吐评分（4.71±0.50）分、便溏不爽评分（3.01±0.44）分，对照组：（4.60±0.62）分、（3.58±0.57）分、（4.70±0.48）分、（3.89±0.45）分，组间比较（ $t=0.222/0.163/0.093/0.206$, $P>0.05$ ）；治疗后，观察组：（0.96±0.20）分、（0.82±0.18）分、（0.78±0.12）分、（0.72±0.19）分，对照组：（2.22±0.31）分、（1.87±0.24）分、（1.26±0.29）分、（1.62±0.38）分，组间比较（ $t=21.560/21.846/9.802/5.849$, $P<0.05$ ）。

2.3 肠道黏膜屏障功能

治疗前，观察组：D-乳酸水平（26.97±4.21）mg/L、内毒素水平（101.04±11.12）pg/ml，对照组：（26.96±4.18）mg/L、（102.15±10.13）pg/ml，组间比较（ $t=0.010/0.491$, $P>0.05$ ）；治疗后，观察组：（9.70±1.31）mg/L、（55.50±6.83）pg/ml，对照组：（15.82±2.22）mg/L、（67.27±8.04）pg/ml，组间比较（ $t=15.709/7.424$, $P<0.05$ ）。

2.4 胰腺功能指标与炎症相关指标

治疗前，观察组：血清淀粉酶水平（103.50±18.38）U/L、脂肪酶水平（768.08±36.17）U/L、C 反应蛋白水平（319.40±28.48）mg/L、降钙素原水平（0.09±0.01）ng/mL，对照组：（103.08±18.44）U/L、（769.11±36.14）

U/L、(318.33±28.55) mg/L、(0.09±0.01) ng/mL, 组间比较($t=0.107/0.133/0.175/0.020$, $P>0.05$)；治疗后, 观察组: (40.38±9.05) U/L、(246.21±17.36) U/L、(109.18±10.96) mg/L、(0.05±0.01) ng/mL, 对照组: (51.20±13.14) U/L、(457.53±27.16) U/L、(194.37±19.11) mg/L、(0.06±0.01) ng/mL, 组间比较($t=4.511/43.605/25.703/22.902$, $P<0.05$)。

3 讨论

AP 作为临床常见急腹症, 其发病机制复杂, 涉及胰酶激活、炎症反应瀑布式激活及肠道黏膜屏障损伤等多个环节^[4-5]。目前西医常规治疗虽能通过抑制胰液分泌、抗感染及对症支持等手段控制基础病情, 但在快速缓解症状、改善机体整体状态方面仍存在局限^[6-7]。

本研究表明, 中医辨证联合西医常规治疗 AP 的效果显著, 原因如下: (1) AP 患者多因腑气不通出现腹胀、排便困难, 观察组方剂均兼顾“通腑泻热”: 腑实热结证用大柴胡汤合大承气汤, 大黄、芒硝可刺激肠道蠕动; 肝郁气滞证用柴胡疏肝散合清胰汤, 疏肝理气以改善肠道动力, 配合中药外敷增强泻下作用, 故能快速缓解症状, 与覃旭东^[8]等研究结论一致。 (2) 中医将 AP 归为“胰瘅”, 针对湿热、气滞等不同病机辩证用药: 肝胆湿热证用茵陈蒿汤合龙胆泻肝汤清利湿热; 瘀热互结证用泻心汤合膈下逐瘀汤清热化瘀, 结合随症加减(如呕吐加竹茹、痛甚加延胡索), 提升证候改善的精准性^[9]。 (3) AP 易致肠道黏膜屏障损伤, 观察组方剂中大黄可通腑、护黏膜, 丹参等改善肠道微循环, 黄芩等减轻炎症; 肠内营养联合中药口服也能维护黏膜完整性, 与李丹丹^[10]等研究观点相符。 (4) 血清淀粉酶、脂肪酶的改善得益于中西医协同: 西医奥曲肽抑制胰液分泌, 中医大黄、柴胡减轻胰腺损伤; 炎症指标的优化则因中医清热解毒药抑制炎症因子, 西医抗生素控制感染, 双层面作用提升疗效^[11-12]。

综上, 中医辨证联合西医常规治疗 AP 的优势在于通过西医控制基础病情、中医辨证改善病理环节, 二者协同作用可快速缓解症状、修复肠道屏障、减轻炎症反应、改善胰腺功能。值得应用。

参考文献

- [1] 盛薇,项亚军.自制消痔合剂与常规西药联合治疗混合痔术后患者的临床效果[J].现代医学与健康研究电子杂志,2025,9(7):100-102.
- [2] 张国平,刘媛媛.清热祛湿通络方辨证加减联合西医常规治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎的临床效果分析[J].中国现代药物应用,2024,18(8):1-5.
- [3] 王瑞芳,毛冲.大柴胡汤联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎的疗效与中医证候改善的研究[J].中华灾害救援医学,2025,12(1):57-60.
- [4] 霍泉军.中西医结合治疗急性胰腺炎的急诊疗效对比研究——清胰汤联合西医常规疗法的应用与效果分析[J].中国科技期刊数据库 医药,2024(10):0018-0021.
- [5] 江玲玲,袁苑,林惠娇,罗继珍.中药保留灌肠联合芒硝外敷的辨证施护治疗急性胰腺炎的效果[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(18):170-172.
- [6] 赵能杰,赵海凤.翳风穴温针灸联合常规西药治疗周围性面瘫急性期的临床效果观察[J].现代医学与健康研究电子杂志,2025,9(2):106-108.
- [7] 朱文彦,李招,赵四林.小青龙汤与常规西医联合治疗哮喘·慢阻肺重叠综合征的临床效果探析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2025,9(9):104-106.
- [8] 覃旭东,李甜甜,陈潮光,易文燕,罗青锚,张宝华,严汝庆.清胰汤加减联合大黄芒硝贴外敷治疗急性胰腺炎的临床研究[J].实用中西医结合临床,2025,25(7):1-49.
- [9] 徐槛毅.清胰汤联合地塞米松治疗重症急性胰腺炎的效果及对患者腹内压、血清炎症因子水平的影响[J].大医生,2025,10(9):88-91.
- [10] 李丹丹,王明选,沈小程,潘金,王春微.柴芍承气汤保留灌肠联合九合丹外敷治疗肝胃实热证急性胰腺炎的效果观察[J].临床误诊误治,2025,38(2):72-76.
- [11] 吴庆华,刘燕,王蓓蓓.双黄连颗粒联合头孢呋辛、维生素 C 治疗外感风热证急性咽炎的临床效果及安全性分析[J].中国医学创新,2025,22(11):42-45.
- [12] 叶晓平,袁桢珍,祝燕丽.达原饮加减联合常规西医治疗亚急性甲状腺炎的临床观察[J].中国中医急症,2025,34(7): 1230-1233.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS