● 临床研究 ●

中西医结合治疗重症急性胰腺炎

陈龙 牟科媛

(广西省玉林市卫生学校附属医院 玉林 537000)

摘要:目的:探讨中西医结合非手术早期治疗重症急性胰腺炎(SAP)的疗效。方法:回顾分析我院近 10 年来应用不同方法治疗 SAP 91 例的临床资料。对照组为前 5 年 48 例,以手术治疗为主,辅以基础治疗;中西医结合治疗组为后 5 年 43 例,早期基础治疗加中药复方丹参注射液和生脉注射液静滴,另用清胰汤自胃管注入,大承气汤灌肠,大黄等中药外敷腹部剧痛处,结合生长抑素善得定、山莨菪碱等西医综合治疗。结果:对照组治愈 19 例,占 39.58%,未愈 29 例(包括并发症 17 例和死亡 12 例);中西医结合治疗组治愈 31 例,占 72.00%,未愈 12 例(包括并发症 7 例和死亡 5 例);2 组在治疗效果上有显著差异性。结论:重症急性胰腺炎早期可采用中西医结合非手术治疗有显著疗效。

关键词:重症急性胰腺炎;中西医结合疗法;复方丹参注射液;生脉注射液;清胰汤;大承气汤;保留灌肠;中药外敷;善得宝

中图分类号:R 576

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)03-0013-02

重症急性胰腺炎(Severe acute pancreatitis,SAP)病情危急,病理变化复杂,但随着对其发病机理及病理演变过程的进一步了解,治疗方法亦由原来的早期重点手术治疗为主逐渐趋向于早期非手术治疗。现对我院自 1993 年 2 月~1998 年 3 月以手术为主治疗 SAP 和 1998 年 5 月~2003 年 10 月以早期中西医结合非手术治疗 SAP 患者的临床资料进行比较分析。报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 全组 91 例,前 5 年为对照组 48 例,男 27 例,女 21 例,年龄 15~69 岁,平均 43.1 岁;后 5 年为中西医结合组 43 例,男 23 例,女 20 例,年龄 12~71 岁,平均 41.5 岁。

1.2 诊断标准 全部患者均有持续性上腹部剧痛。并根据临床表现,血、尿和腹穿液淀粉酶化验及其它生化检查,B 超和 CT 检查,参照 1996 年第六届胰腺外科学术会议“急性胰腺炎的临床诊断及分级标准”^[1]明确诊断。其中分级 I 级 SAP 对照组 36 例,结合组 33 例;II 级 SAP 对照组 12 例,结合组 10 例。2 组资料和 SAP 分级例数均可比,无统计学差异($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 全部患者均入住 ICU,基础治疗包括禁食,持续胃肠减压,快速补液和抗休克,纠正电解质及酸碱失衡,大剂量广谱抗生素联合抗炎,营养支持及重要脏器功能监测。对照组给予西米替丁、654-2、5-FU 及手术治疗。中西医结合治疗组除用上药外,同时皮下注射生长抑素善得定 0.1~0.2mg,每 6~8 小时 1 次,共用(7±2)d;病情好转后减量维持(4±2)d。早期中药治疗静滴复方丹参注射液 30~40mL、生脉注射液 20mL,每日 3 次,以益气活血化瘀。使用清胰汤,基本方剂:厚朴 6g,木香 12g,枳壳、玄胡、赤芍各 9g,丹皮 10g,银花 15g,金钱草 10g,芒硝 12g(后下),生大黄 20~30g(后下);煎水成 200mL 分 2 次自胃管注入,随症状加减,用药 1~2 个疗程。每疗程 5~7d,病情好转后休息 1~2d 再口服上药 1 疗程。同时用大承气汤加味:生大黄 15g、芒硝 30g、厚朴、枳实各 10g、柴胡、黄芩各 15g 加减,煎水成 200mL 后灌肠保留 20min,用药 5~7d。另用大黄 18g、王不留行 18g、

青黛 12g、乳没 12g、菖蒲 10g、郁金 18g,研末蛋清调和后外敷于腹部剧痛处,隔日换药 1 次,皮肤过敏者停用。其余对症治疗。

1.4 治疗结果 治愈标准^[2]为症状体征消失,血清淀粉酶及脂肪酶恢复正常,无异常体征,假性囊肿等并发症得到治疗,CT 或 B 超检查胰腺正常。对照组治愈 19 例,治疗组 31 例。以合并有并发症和死亡为未愈。对照组并发症 17 例,死亡 12 例;结合组并发症 7 例,死亡 5 例。2 组治疗结果见表 1。

表 1 2 组治疗结果表

组别	总例数	治愈	未愈	治愈率(%)
结合组	43	31	12	72.00
对照组	48	19	29	39.58

注:结果显示中西医结合非手术治疗组效果与手术对照组相比($P < 0.05$),2 组具有显著性差异。

2 讨论

对于 SAP 的治疗目前多数学者认为早期中西医结合非手术治疗是可行的,因为早期手术难以清除未局限的坏死组织,亦未能降低病死率,反而增加腹腔感染的机会和加重全身感染。资料显示,胰腺微循环障碍除可直接诱发胰腺炎外,还可能是进一步致胰腺出血、坏死的主要原因,可促使水肿性胰腺炎发展为出血坏死性胰腺炎^[3,4],此理论为治疗 SAP 提供了依据。裘正军等^[5]、赵晓晏等^[6]研究表明,复方丹参注射液能改善血液流变性,调节血液粘稠度,有改善胰腺坏死区局部微循环及血液流变学等作用;生脉注射液能改善以缺血为特征的胰腺微循环障碍,从而促使 SAP 的病理变化逆转。根据 SAP 的治疗原则^[7],对于不存在胆道梗阻者及非胆源性胰腺炎则宜采用中西医结合非手术治疗。因此对于确诊为无胆道梗阻和非胆源性 SAP 的患者,在有效的基础等治疗上,应用生脉注射液、复方丹参注射液改善胰腺血液灌注和微循环障碍,减少和缓解炎症介质过量释放,从而减少了由这些炎症介质所导致的急性全身炎症反应综合征的出现,同时还能有效改善心功能和抗休克。急性坏死性胰腺炎时肠粘膜屏障功能严重受损,发生肠道细菌移位,成为继发性胰腺感染的潜在根源。清胰汤对胃肠粘膜屏障的保护效应可能是

BiPAP 合中药雾化治疗 COPD 伴 II 型呼衰的临床观察

孙建

(江苏省南通市中医院 南通 226001)

关键词:无创机械通气;BiPAP;中药雾化;慢性阻塞性肺病;COPD;II 型呼衰;中西医结合疗法;临床观察

中图分类号:R 563

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)03-0014-02

慢性阻塞性肺病 (COPD) 是以慢性进行性气流阻塞为特征的疾病, 主要包括慢性支气管炎和慢性阻塞性肺气肿。COPD 急性加重时, 若 PaO₂ < 60mmHg 或 PaCO₂ > 50mmHg, 则提示 II 型呼衰。近年来, 应用无创机械通气 (BiPAP) 成为治疗 COPD 合并 II 型呼衰患者的第一线手段^[1]。笔者在临床工作中应用 BiPAP 合中药超声雾化治疗 COPD 合并 II 型呼衰患者 56 例, 取得良好效果。总结如下:

1 对象与方法

1.1 对象选择 选用 2002~2004 年我院呼吸内科治疗的 COPD 合并 II 型呼衰患者 56 例, 均符合 2002 年中华医学会呼吸学分会关于 COPD 诊疗指南^[2]。分组: 治疗组 30 例, 其中男 29 例, 女 1 例, 平均年龄为 (65.5± 10.8) 岁; 对照组 26 例, 其中男 24 例, 女 2 例, 平均年龄 (64.9± 11.2) 岁。2 组病例均排除具有咳嗽咳痰喘息症状的其他疾病 (如肺结核、尘肺、肺脓肿、心脏病、心功能不全、支气管扩张、慢性鼻咽疾患)。2 组性别比例、年龄、病程统计无差异。

1.2 方法 对照组患者予抗感染、平喘、祛痰对症治疗及氧疗。治疗组除常规治疗外, 加用美国伟康科技公司生产的无创呼吸机 (BiPAP), 均采用口或鼻面罩通气。设定参数: 呼吸频率 8~15 次 /min 开始, 氧浓度 33% 左右, 吸气压以 8cmH₂O 开始, 逐渐增加压力至 25cmH₂O, 呼气压以 4~8 cmH₂O, 吸气时间 0.8~1.0S, 每日上机 2 次, 每次 3h, 1 周为 1 个疗程。并用中药雾化, 用生理盐水 10~20mL 加入金荞麦水剂 10 mL 或鲜竹沥 10 mL 中任何一种, 根据患者的临床症状和体征而

选择, 每日 2 次, 每次 15~20min。BiPAP 合中药雾化治疗组治疗前、后测定桡动脉血气分析, 对照组测定同期桡动脉血气分析。

1.3 观察项目 2 组患者在同一治疗阶段血气分析的 pH 值、PaO₂、PaCO₂ 的变化趋势及临床症状观察咳嗽、咳痰、喘息等, 其判断标准根据 1979 年制定的《慢性支气管炎诊断标准及疗效判断标准》。

1.4 统计学方法 采用单因素分析并作配对 t 检验。

2 结果

2.1 临床症状体征比较 见表 1。

组别	n	咳嗽			痰液			喘息			干湿罗音		
		轻	中	重	泡	粘	脓	轻	中	重	轻	中	重
治疗组	治疗前 [#]	5	21	4	8	13	9	10	9	11	5	16	9
	治疗后 [*]	26	3	1	25	4	1	23	6	1	24	5	1
对照组	治疗前 [#]	4	19	3	7	11	8	8	8	10	3	15	8
	治疗后 [*]	18	6	2	17	6	3	15	7	4	13	11	2

注: 2 组治疗前比较, [#] P > 0.05, 无显著差异性; 2 组治疗后比较, ^{*} P < 0.05, 有显著差异性。

2.2 血气分析变化 见表 2。

项目	PH	PaO ₂ /mmHg	PaCO ₂ /mmHg	
治疗组	治疗前	7.322± 0.132	55.34± 2.25	78.29± 4.54
	治疗后 [*]	7.39± 0.125	78.39± 3.28	52.68± 5.35
对照组	治疗前	7.327± 0.145	58.85± 2.31	76.98± 4.83
	治疗后 [#]	7.37± 0.145	73.23± 3.58	61.59± 5.42

注: 治疗组内治疗前后比较, ^{*} P < 0.05; 治疗组和对照组间治疗

通过加强肠蠕动、促进毒素排泄、调整肠道微生态平衡和机体的免疫功能等综合作用来实现的^[3]。所以清胰汤的应用能有效保护胃肠粘膜屏障, 抑制细菌移位, 减少肠道内毒素吸收等。大承气汤灌肠有利于排出肠内淤积, 减少肠内细菌数量, 进而减少肠内细菌移位发生率。腹部剧痛处外敷中药可止痛及利于炎症消退。生长抑素善得定是人工合成的天然生长抑素的八肽衍生物, 其药理作用在于抑制生长激素和胃肠道内分泌系统肽的病理性分泌增加, 故可强烈抑制胰腺的内外分泌增加, 从而减轻 SAP 的全身急性炎症反应。山莨菪碱能解除血管痉挛、抗休克和抑制胰腺的分泌。西米替丁保护胃粘膜和预防应激性溃疡, 亦可抑制胰腺分泌。因此早期中西医结合非手术治疗 SAP, 能有针对性地解决病变胰腺的微循环障碍, 阻止病理变化进展, 从而防止病情进一步恶化, 提高治愈率。

参考文献

[1] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性重症胰腺炎临床诊断及分级标准[J]. 中华外科杂志, 1997, 35 (12): 773

[2] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 第 2 版. 北京: 人民

军医出版社, 1998. 84

[3] Kyogoku T, Manabe T, Tobe T. Role of ischemia in acute pancreatitis hemorrhagic shock converts edematous pancreatitis to hemorrhagic pancreatitis in rats[J]. Dig Dis Sci, 1992, 37(9): 1409-1417

[4] Bassi D, Kollias N, fernandez-del N, et al. Impairment of pancreatic microcirculation with the severity of acute experimental pancreatitis [J]. J Am Coll Surg, 1994, 179: 25

[5] 裴正军, 花天放, 夏强, 等. 丹参和大剂量补液对急性坏死性胰腺炎大鼠脂质炎症介质的影响 [J]. 中华肝胆外科杂志, 1999, 5 (2): 78-79

[6] 赵晓晏, 夏时海, 郭萍, 等. 丹参治疗重症急性胰腺炎的血流变及其相关指标的实验研究[J]. 微循环学杂志, 2001, 11 (3): 31-33

[7] 严律南. 重症急性胰腺炎的治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21 (4): 238

[8] 邓群, 吴承堂, 黎沾良, 等. 急性坏死性胰腺炎并发感染防治方法的实验研究[J]. 中华外科杂志, 2000, 38(8): 625-628

(收稿日期: 2004-11-15)