

● 临床研究 ●

中西医结合治疗重症急性胰腺炎胃肠功能障碍临床研究

许永春 胡新勇 冯青青 柴长春 李春安 胡扬涛

(解放军第九四医院 江西南昌 330002)

摘要:目的:观察大黄灌胃及芒硝敷脐治疗重症急性胰腺炎胃肠功能障碍的疗效。方法:重症急性胰腺炎 26 例,在常规治疗基础上,给予大黄灌胃、芒硝敷脐。结果:26 例中死亡 1 例,其余均治愈,平均住院 23d,其中并发症 9 例,发生率 6%。结论:在重症急性胰腺炎常规基础治疗上,联合大黄灌胃、芒硝敷脐改善胃肠功能障碍,效果理想,适合在临床推广运用。

关键词:重症急性胰腺炎;胃肠功能障碍;中西医结合疗法;大黄;灌胃;芒硝;外用;生长抑素;抗生素类

中图分类号:R 576

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0017-02

重症急性胰腺炎发生时,由于胰腺组织受损坏死,大量含肿瘤坏死因子、白细胞介素类及内毒素等腹液的渗出,使消化道组织水肿,胃肠道蠕动功能障碍,粘膜屏障功能受损,肠道细菌移位和毒素吸收,甚至引起全身炎症反应,或导致多器官功能障碍综合征。因此,尽早恢复胃肠功能,保护胃肠粘膜屏障,对改善重症急性胰腺炎患者预后十分重要意义。为此我们采用中西医结合方法治疗重症急性胰腺炎,改善胃肠道功能障碍 26 例,取得显著疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 26 例,其中男 20 例,女 6 例;年龄在 33~70 岁之间,平均 51 岁。重症急性胰腺炎诊断标准为 APACHE-II 积分 ≥ 8 分或 Ranson 积分 ≥ 3 分,同时 CT 检查提示有胰腺坏死的证据。根据 Balthazer 标准将 CT 征象为 A、B、C、D、E 级,其中胆源性急性胰腺炎 15 例,非胆源性急性胰腺炎 9 例。患者起病时均有剧烈上腹痛、腹胀、腹部压痛及反跳痛等胃肠道功能障碍临床表现。入院 24h 内 26 例均有血尿淀粉酶升高,其中血糖高于 11.1mmol/L 15 例,血钙低于 2mmol/L 13 例。

1.2 治疗方法 26 例全部采用非手术治疗,在监护情况下采用:(1)禁食、胃肠减压;(2)补充血容量,纠正水电解质酸碱平衡紊乱;(3)抑制胰液分泌,应用生长抑素;(4)静脉应用抗生素预防感染;(5)营养支持治疗;(6)胰外器官损伤的对症治疗,如纠正低氧血症、保护肾功能等。在上述基础上给予大黄灌胃、芒硝敷脐。具体用法:将生大黄 50g 放入温开水 100mL 中浸泡至深褐色,分 2 次经胃管注入胃中,夹管 60min,根据排便量调整大黄用量;同时将中药芒硝 500g 装入 19cm $\times$ 26cm 双层自制棉布袋内,系在患者中上腹部皮肤,约 6~8h 芒硝结成板状块,则重新更换。疗程均在 5~7d,并观察患者临床腹痛腹胀缓解时间、恢复排便排气时间、平均住院时间,并发症发生率、死亡率。

1.3 胃肠功能恢复标准 胃肠减压管引流量 24h 少于 200mL,肠鸣音大于 3 次/min,每日大便 2 次以上^[4]。

2 结果

26 例中腹痛腹胀缓解时间在 2~6d,首次排便时间 3~6d;胃肠功能恢复时间在 3d 以内的有 14 例,3~5d 10 例,有 2 例为 6d。26 例中死亡 1 例,其余均治愈,平均住院 23d。发

生并发症 9 例,发生率 6%,主要为肺部感染 4 例,胸腔积液 2 例,假性囊肿 3 例。

3 讨论

胰腺在解剖上与胃肠毗邻,功能上相互影响。重症急性胰腺炎的胃肠功能损害主要为动力障碍、肠管的损伤和粘膜屏障功能损害三方面。临床上表现为不同程度的腹胀、恶心、呕吐、肠鸣音减弱。其产生原因主要是:腹腔炎性渗液影响腹腔神经丛对胃肠运动的调控,并致肠壁淤血水肿、血运差,氧代谢障碍,损害肠粘膜屏障的完整性^[2]。由于胃肠道麻痹性梗阻,胃肠道内压升高,增加腹腔内压,可能导致腹腔间隔综合征发生,并进一步导致呼吸功能不全、肾脏缺血以及影响回心血容量。此外,肠道内大量富含细胞因子和炎性递质的液体不能排出体外,吸收增加,肠道菌群失调和粘膜完整性的破坏,导致了重症急性胰腺炎的细菌易位,通常被认为是胰周感染和多脏器功能障碍综合征发生的原因。因此,如何早期有效的改善胃肠功能,恢复胃肠道理解剖和功能,尽早恢复饮食,对保护肠粘膜屏障功能、降低感染性并发症发生有重要意义。

现代研究表明,大黄有抑制胰酶活性、恢复胃肠功能、维护肠粘膜屏障、松弛 Oddi 括约肌、抗菌消炎及抑制炎性细胞因子等作用^[3],通过胃管注入可迅速进入肠内,避免在胃内滞留,使通腑泄下达到最佳效果。芒硝为含水硫酸钠的天然矿物经精制而成的结晶体,主要功能为泻热通便、润燥、软坚消肿。在其外敷方面,现代许多临床试验均证实其具有消炎止痛、预防感染、吸收腹腔渗液、促进脓肿吸收、促进与恢复消化道功能等功效^[4-5]。在重症急性胰腺炎病人中,运用芒硝联合大黄治疗胃肠功能障碍,具有抑菌排菌、清除肠道内炎症因子、促进肠蠕动、增加肠黏膜血流量、防止肠内致病菌过度增殖和黏附以及松弛 Oddi 括约肌等作用,并有利于胰腺和胰周器官的修复,恢复正常生理功能^[6]。

在运用大黄灌胃、芒硝敷脐治疗过程中,根据我们的体会应注意以下几个方面:(1)用药前后应密切观察病人腹痛、腹胀变化情况,监听肠鸣音,可每 6~8h 听诊 1 次,每次约 5min,以了解肠鸣音的变化及腹胀缓解的程度。(2)重症急性胰腺炎病人多有恶心、呕吐等症状,注入大黄时应注意推注的速度要均匀缓慢。(3)服用中药后大便量和次数增多,常提

碟脉灵注射液治疗短暂性脑缺血发作及血液流变学的影响

周志天 祝红明
(浙江省舟山市人民医院 舟山 316004)

摘要:目的:观察碟脉灵注射液对短暂性脑缺血发作的治疗效果血液流变学的影响。方法:将 78 例短暂性脑缺血发作患者随机分为 2 组:治疗组 40 例,用碟脉灵注射液治疗;对照组 38 例,用复方丹参注射液治疗。然后将有关资料进行分析,判定疗效及血液流变学情况变化。结果:治疗组总有效率为 95%,明显高于对照组(79%),2 组比较有显著差异($P < 0.05$)。治疗组治疗前后比较全血低切粘度改善有非常显著差异性($P < 0.01$),血浆粘度和血小板聚集率也有显著差异($P < 0.05$);对照组除全血低切粘度改善有显著差异($P < 0.05$)外,余不显著。结论:碟脉灵注射液能有效减少短暂性脑缺血发作,改善血液粘度,增加脑血流量,是一种安全、有效、无明显不良反应的治疗短暂性脑缺血发作的药物。

关键词:短暂性脑缺血;中医药疗法;碟脉灵注射液;血液流变学

中图分类号:R 743.31

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0018-02

短暂性脑缺血发作是局部脑缺血突发导致短暂性、可逆性、反复的局灶性脑功能障碍。其病因主要由脑血管痉挛、脑血管微栓塞、颈椎骨刺压迫、血流动力学改变和血液成分变化等所致。临床主要表现为颈动脉系统缺血所致的一过性黑矇、偏瘫、构音障碍和椎—基底动脉系统缺血所致的眩晕、呕吐、吞咽困难、平衡障碍、共济失调和短暂性全面遗忘症等。临床上已有报道用碟脉灵注射液治疗缺血性心脑血管病^[1-2]。本文对我院 2003 年 1 月~2005 年 1 月急诊和住院的 40 例短暂性脑缺血发作患者用碟脉灵注射液治疗,并与复方丹参注射液治疗的 38 例进行对比, 观察其临床疗效情况及血液流变学指标变化。

1 临床资料

1.1 病例选择 78 例皆为急诊或住院病人, 均于发病后 1~12h 内就诊,所有患者符合 1995 年全国第四次脑血管会议制定标准,均作 CT 或 MRI 检查证实,符合短暂性脑缺血发作诊断。将患者随机分为 2 组:治疗组(碟脉灵组)40 人,其中男 22 人,女 18 人,年龄 41~78 岁,平均(59.5± 12.3)岁,合并高血压 18 人,糖尿病 6 人;对照组(复方丹参组)38 人,其中男 20 人,女 18 人,年龄 40~76 岁,平均(59.3± 12.2)岁,合并高血压 18 例,糖尿病 5 人。2 组患者年龄、性别和病程等一般资料经统计学检验无显著性差异,具有可比性, $P > 0.05$ 。

1.2 治疗方法 治疗组:碟脉灵注射液(通化华夏药业有限责任公司提供,批号 041203,规格 10mL/ 支)40mL 加 5%GS

500 mL(糖尿病患者用 NS)静脉滴注,1 次 /d。对照组:复方丹参注射液(江苏康怡制药有限公司提供,批号 040804,规格 2 mL/ 支)20 mL 加 5%GS 500 mL (糖尿病人用 NS) 静脉滴注,1 次 /d。疗程均为 10d。合并高血压、糖尿病继续按原服药,停用抗血小板及抗凝药物。

1.3 疗效评分标准 显效:症状消失,神经功能恢复;有效:症状发作次数减少;无效:发作无缓解或发生脑梗死。

1.4 观察指标 观察用药前后临床症状及体征变化和用药前后血液流变学变化情况。

1.5 统计学分析 计量资料用以均数± 标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示,计数资料用 χ^2 检验,配对资料用 t 检验。

2 结果

2.1 临床疗效比较 治疗组与对照组总有效率分别为 95%和 78%,2 组比较有显著意义($P < 0.05$),表明治疗组优于对照组(见表 1)。

表 1 2 组临床疗效比较						例 (%)
组别	例数	显效	有效	无效	总有效率	P 值
治疗组	40	28 (70)	10 (25)	2 (5)	38 (95)	<0.05
对照组	38	18 (47)	12 (31)	8 (21)	30 (79)	

2.2 血液流变学指标比较 见表 2。与对照组比较,治疗组治疗后的全血低切血粘度、血浆粘度和血小板聚集率均有明显改善。

2.3 不良反应 2 组患者在治疗期间均无明显副作用发生,治疗前后外周血象、血糖、血脂、肝肾功能也无显著差异。

示胃肠功能有改善,如排便次数过多(4 次 /d 以上),可酌减灌胃药量或次数,若腹胀基本缓解,肠蠕动恢复正常可考虑停用。(4)芒硝易吸潮结成板状块,约 6~8h 可重新更换。

在重症急性胰腺炎其它基础治疗上,联合大黄灌胃、芒硝敷脐治疗胃肠功能障碍,能明显促进病人早期恢复胃肠蠕动,减轻腹胀症状,尽早进食,缩短病程,同时还能减少抗生素的使用量,减轻病人负担,具有操作简便、费用低等优点,适合在临床推广运用。

参考文献

[1]陈文斌.诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2001.167

[2]彭淑,刘颖斌.重症急性胰腺炎并发肠梗阻的原因及处理[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(9): 536~537

[3]王家.重症急性胰腺炎研究的若干进展[J]. 临床内科杂志,2004,21 (1):40

[4]谢宗义,沈唯薇.重症急性胰腺炎的治疗进展[J]. 现代医药卫生, 2004,20(2): 99

[5]黄修海,刘跃军,张登科,等.冰片加芒硝外敷佐治急性重症胰腺炎 24 例[J]. 中国中西医结合杂志,2001,5(21): 390

[6]吴培俊,盛爱华.复方大黄对胰腺炎患者胆总管压力的影响[J]. 胰腺病学,2003,3(2): 105

(收稿日期: 2005-01-18)