

中西医结合治疗急性胰腺炎临床疗效观察

周慧芬 徐安姝
(浙江省江山市中医院 江山 324000)

摘要:目的:探讨急性胰腺炎中西医结合治疗的疗效。方法:收集 2001 年 12 月~2006 年 6 月间我科收治的 28 例急性胰腺炎病例,必须是采用中西药结合治疗的,并对其疗效进行回顾性分析。结果:25 例轻型胰腺炎,无 1 例重型化,无并发症,平均治愈时间 10.5d。3 例重型胰腺炎中仅 1 例并发胰周脓肿,平均治愈时间 23.0d。结论:中西医结合治疗急性胰腺炎,具有较理想的治疗效果,可明显减少并发症,降低病死率,缩短住院时间,节省医疗费用。

关键词:急性胰腺炎;中西医结合疗法;红藤煎;善得定;抑肽酶;抗生素

中图分类号:R 657.51 **文献标识码:**B **文献编号:** 1671-4040(2007)04-0024-02

急性胰腺炎(Acute Pancreatitis, AP)的治疗问题目前仍是学术上的一个研讨热点。中医中药治疗疾病主要是通过口服药液发挥作用,鉴于 AP 的病理生理特点,中药治疗 AP 临床医师难免有一定顾虑。我科 2001 年 12 月~2006 年 6 月采用中西医结合治疗 AP 28 例,效果良好。现总结报告如下:

1 临床资料

- 1.1 一般资料 本组 28 例 AP 患者,男 16 例,女 12 例;最小年龄 17 岁,最大年龄 69 岁,平均年龄 41 岁;既往有胆道病史者 8 例(28.6%),反复发作胰腺炎 5 例(17.8%),胰管结石 2 例(7.1%)。
- 1.2 临床表现 多数发病诱因与饮酒、进食高脂或暴饮暴食有关,5 例为肝胆道术后并发。28 例均以腹痛、腹胀及或恶心呕吐等症状入院。其中中上腹痛 23 例,全腹痛 5 例,伴呕吐者 20 例,发热 18 例,白细胞升高者 21 例,血淀粉酶升高 20 例,23 例尿淀粉酶升高,腹膜炎伴血性腹水 4 例,23 例彩超检查示胰腺局部或全胰增大。
- 1.3 治疗方法 AP 发病初期均用西医治疗或抢救。西医治疗主要措施为:(1)抗休克和液体疗法;(2)抑制胰腺分泌:包

4 典型病例

患者男,59 岁,2003 年 10 月 26 日初诊。自述有糖尿病病史 10 年余,在多家医院诊断为 2 型糖尿病,口服多种降糖药,血糖水平未监测,近半年来口渴多饮,短气乏力,双下肢麻木疼痛,以肢端为重,夜间尤甚,影响正常工作和学习。曾服用神经营养药及止痛药,效果欠佳。查体:皮肤干燥发凉,无肌肉萎缩,双下肢呈袜套样感觉减退,腱反射减弱;肌电图示腓神经传导速度减慢;空腹血糖 9.1mmol/L。舌质暗,苔白,脉细弱。诊断为糖尿病周围神经病变,证属气阴两虚,血脉瘀滞,治宜益气养阴,活血化瘀,给予加味补阳还五汤,每日 1 剂,10d 后症状明显减轻,25d 后诸症完全消失,随访 2 个月,无复发。

5 讨论

糖尿病周围神经病变属中医“消渴、血痹、痿证”范畴^[1]。消渴病的病因病机为阴虚燥热,消渴日久,气阴两虚,气虚血滞,脉络瘀阻,筋脉失养,不通则痛,故中医治疗以益气养阴、活血通络为主。补阳还五汤出自《医林改错》,是益气活血、疏通经络的代表方剂,笔者辨证加味运用。方剂中黄芪补气,力大功宏,使气旺而促血行;生地养阴清热;山药、薏苡仁补气养阴;当归活血养血;赤芍、川芎、桃仁、红花入血分,活血化瘀,通调血脉;鸡血藤活血通络,止痛;地龙气腥而窜,搜经通

- 括禁食,胃肠减压和应用生长抑素(善得定)及一些抑制胰酶活性的药物(抑肽酶)等;(3)预防性应用抗生素,控制高血糖;(4)营养和代谢支持;(5)保护重要脏器的功能;(6)镇痛解痉等。25 例轻型 AP 在腹痛缓解、呕吐停止后加服中药治疗,3 例重型 AP 在急性炎症反应缓解、有肠鸣音时开始服用中药。中药方用“红藤煎”加减:红藤 25g,丹皮 15g,赤芍 12g,乳香 10g,没药 10g,紫花地丁 15g,延胡 10g,枳实 10g,厚朴 10g,大黄 10g(后下),柴胡 12g,黄芩 15g,陈皮 15g,木香 10g,甘草 5g。水煎成 500mL,分次口服,每日 1 剂。
- 1.4 治愈标准 患者症状、体征均消失,实验室检查(血、尿淀粉酶)正常,B 超或 CT 检查结果正常。
- 1.5 治疗结果 25 例轻型 AP,无 1 例发生重型化,无明显并发症,平均治愈时间 10.5d。3 例重型 AP 出现胰周脓肿 1 例,无死亡病例,平均治愈时间为 23.0 d。

2 讨论

2.1 红藤煎加减方的作用 中医学认为 AP 多为肝郁气滞、脾胃升降失调、湿热内蕴所致。笔者以红藤煎为主药,方中红藤、丹皮、延胡、乳香、没药活血化瘀止痛;红藤、丹皮、紫花地

络:全方共奏益气养阴、活血通络之效。

现代医学认为糖尿病周围神经病变的发病机理为:糖尿病病情未能有效控制,血糖长期增高,能量代谢及脂质代谢异常,使机体处于高血糖、高血脂、高血黏及高血凝状态,以及糖尿病本身造成微血管内皮细胞增生和毛细血管基底膜增厚,引起微血管狭窄或闭塞,神经组织发生缺血、缺氧改变。现代药理学认为,黄芪能明显提高机体免疫力,降低血糖;山药、薏苡仁有显著降低血糖的作用;桃仁、红花、川芎可降低血黏度、血小板黏附、纤维蛋白原而改善微循环和组织缺氧,从而改善神经功能;当归有增强免疫、抗菌及镇静的作用^[4-5];诸药合用,具有降低血糖、改善微循环、增强机体免疫力和抵抗力、促进机体修复的功效。

参考文献

[1]蒋国彦.实用糖尿病学[M].北京:人民卫生出版社,1992.94~110

[2]朱文炳,毛悦时.糖尿病周围神经病变[A].见:陈灏珠.实用内科学[M].第 11 版.北京:人民卫生出版社,2001.2 409~2 410

[3]方药中,邓铁涛.实用中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1985.478,556~571

[4]方文贤,宋崇顺,周立孝.医用中药药理学[M].北京:人民卫生出版社,1998.899

[5]赵素霞,程再兴,李连玲.薏苡仁药理研究新进展[J].河南中医,2004,24(2): 83~84

水蛭地龙注射液合黄芪注射液治疗慢性肾炎的临床观察

向少伟 贺西南 赖申昌
(广西中医学院附属瑞康医院 南宁 530011)

关键词:慢性肾炎;疏血通;黄芪注射液;临床观察

中图分类号:R 692.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0025-02

慢性肾小球肾炎(CGN)是临床常见疾病,是导致终末期肾病的最主要原因,严重危害人类健康,现代医学尚无特效的药物疗法,因此从中医中药方面寻求有效的治疗措施正成为许多肾脏病学者的研究方向。自 2003 年 1 月~2006 年 7 月,我们采用水蛭地龙注射液(疏血通)联合黄芪注射液治疗 CGN,取得了较好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 诊断标准 参照 2003 年海口市会议所制订之标准^[1],入选病例血肌酐 $<350\mu\text{mol/L}$,24h 尿蛋白定量 $<3.5\text{g}$,病理分型按 WHO 标准^[2]。

1.2 病例选择 76 例 CGN 患者均为我院住院病人,查随机数字表随机分为治疗组 and 对照组。治疗组 38 例,男 23 例,女 15 例;年龄 21~57 岁,平均 (38.8 ± 14.9) 岁;病程 6 月~11 年,平均 (4.3 ± 3.6) 年;临床表现为单纯蛋白尿 12 例,蛋白尿伴血尿 26 例,合并高血压 14 例;肾病理活检 21 例,其中系膜增生性肾炎 9 例,膜增殖性肾炎 8 例,微小病变 4 例。对照组 38 例,男 21 例,女 17 例;年龄 19~58 岁,平均 (37.4 ± 15.1) 岁;病程 4 月~12 年,平均 (5.1 ± 4.3) 年;临床表现为单纯蛋白尿 10 例,蛋白尿伴血尿 28 例,合并高血压 12 例;肾病理活检 23 例,其中系膜增生性肾炎 12 例,膜增殖性肾炎 7 例,微小病变 4 例。2 组在年龄、性别、病程、临床表现及病理类型

丁、赤芍、黄芩清热解毒排脓;木香、枳实、厚朴行气化滞;柴胡、枳实、陈皮疏肝解郁;大黄有增强肠蠕动、清除肠内毒物、改善微循环、降低胆胰管压力作用,还对胰蛋白酶、胰淀粉酶及脂肪酶活性具有全面抑制作用^[3]。上述诸药合用,具有活血化瘀、清热解毒、消肿排脓、止痛止呕、促进肠蠕动及减轻腹胀等功效,既有改善胰腺微循环、阻止胰腺继续坏死、促进坏死组织溶解吸收的作用,还具有抗菌消炎、改善全身器官功能的作用。

2.2 中西医结合治疗 AP 的价值 近年已初步证明胰腺微循环障碍是坏死性胰腺炎发病机理中的始动因素,持续和加剧损害的因素^[4]。而且胰腺炎病变具有渐进性、多层次性,水肿、出血及早期坏死、晚期坏死犬牙交错,相互并存无明显分界线^[5]。同时胰腺炎尤其是重症胰腺炎还是一种全身炎症反应,可有多器官损害,并发症多、死亡率高。因此,AP 的治疗问题是一个很复杂的问题,需要寻求“一举多得”的治疗措施。西药方面的生长抑素能较好地抑制胰腺分泌。但是,国外多项随机临床试验研究曾提示,生长抑素在中度及重度急性胰腺炎治疗中未显示出确切疗效(如:降低患者死亡率)^[6]。也有报道,生长抑素在急性胰腺炎治疗中虽然未达到期望中的疗效,但在减少胰腺手术并发症及治疗胰腺假性囊肿方面有所帮助^[7]。在本组急性胰腺炎的治疗过程中,联合生长抑素治疗后,患者腹胀、腹痛明显减轻,胰酶进行性降低,疗效明显。

等方面经统计学处理,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.3 治疗方法 2 组均予低盐、低脂、优质蛋白饮食,积极控制血压(首选 ACEI 或 ARB 类)、感染,及时纠正水电解质酸碱失衡,避免加重肾脏损害因素。治疗组加用疏血通(国药准字 Z20010100)4~6mL 加入 5%葡萄糖注射液 100mL 中静滴,每日 1 次;黄芪注射液(国药准字 Z51021776)20~30mL 加入 5%葡萄糖液 250mL 中静滴,每日 1 次。2 组均以 2 周为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程,疗程间歇 3~5d。

1.4 观察指标 治疗前后主要临床症状及体征,肾功能:血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、内生肌酐清除率(CCr),尿 β_2 微球蛋白($\beta_2\text{-M}$),24h 尿蛋白定量及 1h 尿红细胞计数等。

1.5 统计学方法 采用 SPSS12.0 统计软件包进行数据的统计分析。

2 疗效观察

2.1 疗效评定标准 参照《中药新药治疗慢性肾炎的临床研究指导原则》^[8]制定。完全缓解:24h 尿蛋白定量 $<0.2\text{g}$,和 / 或高倍镜下红细胞消失,肾功能正常;基本缓解:24h 尿蛋白定量减少 $\geq 50\%$,和 / 或高倍镜下红细胞不超过 3 个,肾功能正常或基本正常(与正常值相差 $<15\%$);好转:24h 尿蛋白定量减少 $\geq 25\%$,和 / 或高倍镜下红细胞不超过 5 个,肾功能正常或有改善;无效:上述指标检查无变化或恶化。

目前,胰酶的异常激活仍被认为是急性胰腺炎的发病原因,而胰酶损害胰腺的过程中激活单核巨噬细胞引起大量炎症介质释放,致胰腺微循环障碍和远隔器官损伤,造成患者疾病甚至死亡。中医中药可以把活血化瘀、清热解毒、消肿排脓、止痛止呕、促进肠蠕动及减轻腹胀等方面的中药合理组合使用,从多环节、多方面一起发挥作用。本组 25 例轻型 AP 在西医治疗待腹痛缓解、呕吐停止后加服中药汤剂,病人腹痛很快消失,排便次数增加,腹胀明显减轻。本组 3 例重型 AP 在急性期使用中药静脉制剂如丹参针、参麦针,发烧用醒脑静注射液,配合西药治疗,待急性期急性炎症反应缓解、有肠鸣音时开始服用中药。笔者认为在西医治疗的基础上加用中医中药治疗 AP 效果显著,可明显减少并发症,降低病死率,缩短住院时间,节省医疗费用。

参考文献

[1]李仪奎,姜名瑛.中药药理学[M].北京:中国中医药出版社,1993.76
[2]张延龄.细胞因子与急性胰腺炎[M].中国实用外科杂志,1999,19(9):521
[3]何跃明,艾中立,孙权.重症急性胰腺炎再手术原因及时机的探讨[J].中国实用外科杂志,1999,19(4):249
[4]Wilmer A.ICU management of severe acute pancreatitis[J].European Journal of Internal Medicine,2004,15:274~280
[5]Nemeth AM.Somatostatin in the treatment of pancreatic diseases[J].Orv Hetil,2002,143(19):1 099~1 108

(收稿日期: 2007-01-04)