

大黄及芒硝在重症急性胰腺炎治疗中的价值

陈建华 季晓亮 胡恺悦 杨伟刚

(浙江省湖州市中医院 湖州 313000)

关键词:急性胰腺炎;重症;大黄;芒硝

中图分类号:R 576

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0023-02

重症急性胰腺炎是病因复杂、起病急、变化快、病情凶险、治疗棘手的急腹症。中西医治疗胰腺炎可明显减轻患者腹痛、腹胀症状,迅速控制病情发展,比单纯西医治疗可明显缩短疗程,能有效改善胰腺微循环,提高治愈率,减少并发症及转手术率,降低死亡率。重症急性胰腺炎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的腹腔液渗出,引起消化道组织水肿,胃肠道蠕动功能障碍,黏膜屏障功能受损,肠道细菌移位和毒素的吸收,还可以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,保护胃肠黏膜屏障,对改善重症急性胰腺炎病人预后具有重要意义。1999 年 8 月~2006 年 10 月在我院住院的 76 例重症胰腺炎病人采用大黄灌胃和芒硝敷脐治疗,取得显著疗效。报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 76 例,其中男性 56 例,女性 20 例,年龄 30~78 岁,平均年龄 54 岁。重症胰腺炎诊断标准:急性生理学和慢性健康状况评分系统(APACHE-II)8 分,Ranson 积分 >3 分,同时 CT 检查提示有胰腺坏死的证据,根据 BalthaZer 分级标准将 CT 征象分为 A、B、C、D、E 五级:A 级:CT 表示正常,本组 12 例;B 级:胰腺局部或普遍增大,胰腺轮廓不规则,胰周脂肪层尚正常,未见胰周渗液,本组 21 例,其中胰腺局部肿大 9 例,普遍增大 12 例;C 级:胰腺异常伴胰周脂肪结缔组织的炎性改变,本组 35 例;D 级:除胰腺改变外,另有单个胰周积液,本组 6 例;E 级:除上述表现外加两个或以上胰外液潴留或有脓肿形成,表现为胰内或胰外气泡影,本组 2 例;其中胆源性急性胰腺炎 36 例,非胆源性胰腺炎 40 例。病人发病时均有剧烈上腹痛、腹胀、恶心、呕吐及腹部压痛、反跳痛、肌紧张等腹膜刺激征,入院 24h 内均有血尿淀粉酶升高,其中 30 例血糖大于 10.2mmol/L,26 例血钙多有水肿,上肢外展不便。以往采用棉枕或沙袋固定难度大、舒适性差,患者在治疗过程中有不自主移位现象,使得上臂进入照射范围,造成不必要的放射损伤。应用托架辅助治疗时,体位得到较好的固定,病人反应体位舒适,不易疲劳。

3.1.5 患者体位的可重复性好 以往每次摆位靠的是经验,没有具体量化指标,重复性差,体位易变,影响疗效。使用乳腺托架最大的优点在于使摆位标准量化,各照射野摆位均按定好的参数进行,尤其是我们在原托架的基础上进行的创新,使患者每次握手的位置、每次躺的位置均一致,做到了精确无误、方便、快速。

3.2 不足之处 采用锁上区加腋窝区为一大联合照射野时,由于生理形态造成锁上淋巴区较浅,腋窝区较深,剂量分布不均匀。最好是分区设野或利用组织等效物改进剂量分布。

低于 2.1mmol/L。将 76 例随机分为两组,A 组 36 例给予大黄灌胃和芒硝敷脐;B 组 40 例为常规治疗组。

1.2 治疗方法 76 例全部采用非手术治疗,在有效监护下采用:(1)禁食、胃肠减压;(2)补充血容量,纠正水电解质及酸碱平衡紊乱;(3)应用生长抑素抑制胰腺分泌;(4)静脉输注抗生素预防感染;(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、保护心肺肝肾功能等。大黄灌胃及芒硝敷脐具体做法:灌注前充分抽出胃液,生大黄粉 20g 加 80~100mL 温开水,分两次经胃管注入,再用少量温开水冲洗,夹管 1~2h,同时将中药芒硝粉末约 250g 装入布袋平敷于中上腹腔偏左,四角系带系好,再用一次性腹带外包固定,避免移位而降低治疗效果,如发现芒硝变湿、变硬立即更换,2 次/d 更换,疗程 5~7d。并观察病人腹痛腹胀缓解时间、恢复排便排气时间、平均住院时间、并发症发生率及失败率、病死率,治疗失败为病人治疗过程中转手术或死亡。

1.3 胃肠功能恢复判断指标^[1] 24h 胃肠减压管引流量低于 250mL(不含胃管注入的中药量),肠鸣音 >3 次/min,大便多于 2 次/d。

1.4 统计学方法 用 SPSS 软件包对资料进行统计学分析,实验数据采用 ($\bar{X} \pm S$) 表示,两组间均数比较用 *t* 检验。

2 结果

76 例死亡 6 例,病死率 7.9%,均为感染性休克,其余均治愈,平均住院 26d。70 例治愈病例中,腹痛、腹泻缓解时间 3~11d,首次排便时间为 4~7d,胃肠功能恢复时间在 3d 以内 16 例,3~5d 恢复 24 例,6d 恢复 30 例。A 组 36 例,死亡 2 例,转手术 1 例,失败率 8.3%;B 组 40 例,死亡 4 例,治疗失败率 10.0%:两组比较无统计学差异(*P*>0.05)。A 组发生并发症 5 例,B 组发生并发症 8 例,主要为肺部感染、胸腔积液、假性囊肿。A 组腹痛、腹胀缓解及首次排便时间均比 B 组短。

随着精确放疗的普及,体位固定装置已成为保证放疗体位重复性和准确性的重要一环^[3-6]。乳腺托架结构合理,使用方便,能有效地保证乳腺癌患者的放疗质量,值得推广应用。

参考文献

[1]胡逸民.肿瘤放射物理学[M].北京:原子能出版社,1999.421
[2]李先明,王捷.乳腺癌放疗的切线野与腋窝野的衔接处理[J].中华放射肿瘤学杂志,1995,6(4):2
[3]Bentel GC, Marks LB, Sherous GW, et al. A customized head and neck support system [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1995, 32(1): 245
[4]邓春涟.面罩适形技术在头部肿瘤放疗中的临床应用[J].实用癌症杂志,2004,19(6):653-654
[5]邓春涟.直肠癌患者膝胸卧位放疗体位固定方法的临床研究[J].医药世界,2006,8(1):56-57
[6]邓春涟,吴建国.坐位放疗支架的临床应用[J].实用癌症杂志,2007,22(2):170-174

(收稿日期:2007-08-27)

中西医结合治疗急性胰腺炎 32 例临床疗效观察

贺曦¹ 孙卫军¹ 贺鹏²

(1 湖北省黄冈市第三人民医院 黄冈 438000;2 湖北省黄冈市康泰医院 黄冈 438000)

关键词:急性胰腺炎;中西医结合疗法;保留灌肠;清胰合剂;奥曲肽;奥美拉唑;抗生素
中图分类号:R 576 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)02-0024-02

笔者自 2003 年以来,运用中西医结合方法治疗急性胰腺炎 32 例,收效颇佳。现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 本组共 64 例,均为 2003 年 1 月~2006 年 6 月在本院住院的患者,男 59 例,女 5 例;年龄 21~67 岁,平均(39.28± 12.29)岁。随机分为观察组和对照组各 32 例,两组间性别、年龄、病程等一般情况比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准 均符合中华医学会胰腺外科学组制定急性胰腺炎的临床诊断标准^[1]。以酗酒、暴饮暴食等为诱因,以起病急、腹痛、腹胀、呕吐、吐后腹痛不缓解等为主要症状,以中上腹压痛、腰部束紧感、血淀粉酶增高、B 超或 CT 胰腺部分或整体肿大、主胰管增宽为体征,除外其他急腹症患者。

1.3 治疗方法 对照组采用西医常规治疗方法:禁食及胃肠减压,治疗用抑制 CCK 及胰酶释放剂奥曲肽 0.6 mg 加入 5%

葡萄糖注射液 1 000 mL 中静脉滴注,24 h 维持,治疗 6~9 d,质子泵抑制剂奥美拉唑 40 mg 静脉滴注,2 次 /d,剧痛者可临时给予强痛定 100mg 肌肉注射,抗生素应用喹诺酮类 + 三代头孢 + 替硝唑三联控制感染。观察组在对照组治疗的基础上加自拟清胰合剂保留灌肠,基本方:生大黄 20g(后下),柴胡 12g,黄芩 12 g,枳实 12g,桃仁 12g,丹参 15g,赤芍 10g,莱菔子 30g,木香 10g,厚朴 10g,芒硝 10g,余随证加减。每日 1~2 剂灌肠,治疗 7 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效标准 治疗 7d 后作疗效评定。治愈:临床症状消失,血淀粉酶正常,无阳性体征;显效:临床症状减轻,血淀粉酶下降;无效:与治疗前比较无明显改变。

1.5 治疗结果 对照组治愈 17 例,显效 8 例,好转 4 例,无效 3 例,治愈率 53.1%,总有效率 90.6%。观察组治愈 25 例,显效 5 例,好转 2 例,无效 0 例,治愈率 78.1%,总有效率 100%。经统计学处理,两组治愈率和总有效率有显著性差异

能^[2]。故大黄与芒硝的合用对减少全身并发症的发生具有不可取代的治疗作用。特别强调是疾病早期的用药非常重要:一般早期 1~2 周,尤其是 24~72h 内,肠麻痹对疾病的发展至关重要,肠麻痹的直接结果,对已发生或即将发生的 SIRS 无疑有促进作用,而在急性重症胰腺炎情况下,肠麻痹、肠缺血低灌注、肠黏膜屏障功能减低,对肠本身及其它重要脏器构成损伤,而且对于细胞因子的过程反应无疑是火上加油、推波助澜^[3]。本组死亡 6 例皆与错过早期治疗有关。故重视肠道功能状态在急性重症胰腺炎治疗中是重要的不可缺少的一环,同时其它重要的脏器缺血低灌注、毒素、胰酶免疫损伤,是多脏器功能衰竭病人死亡的病理基础。因此保护良好的重要脏器微循环灌注以及功能状态,能够增强机体的抗打击能力,也是减少重症急性胰腺炎并发症死亡率的关键所在,故在今后的治疗措施中应更加强调早期运用大黄芒硝等药物,尽可能减少胰腺损伤,预防和治疗肠源性内毒素细菌移位,肠道去污,改善周围微循环及灌注。

总之,急性重症胰腺炎的病因病程极为复杂,一定要按照不同病因、不同病期制定符合各自特点的治疗方案,才能收到预期的疗效。大黄配芒硝治疗重症急性胰腺炎是有效、廉价、方便、缩短疗程的综合治疗方法之一,值得推广应用。

参考文献

[1]陈文彬.诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2001.167
[2]彭淑,刘颖斌.重症急性胰腺炎肠梗阻的原因及处理[J].中国实用外科杂志 2003,23(9):536-538
[3]吴培俊,盛美华.复方大黄对胰腺炎病人胰胆管压力的影响[J].胰腺病学,2003,3(2):105
[4]Kingsonrth A.Role of cytokines and their inhitors in aente parestitis [J].Crit,1997,40(1):1

(收稿日期:2007-10-22)

3 讨论

由于重症急性胰腺炎常常发生胃肠功能障碍,主要表现为动力障碍、肠管的损伤和黏膜屏障功能损害;出现不同程度的腹胀、恶心、呕吐、肠鸣音减弱。产生原因主要是腹膜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、氧化代谢障碍,肠黏膜屏障的完全性受到损害^[4]。胃肠道麻痹性梗阻,使胃肠道内压力升高,增加了腹腔内压,可能导致腹腔间隔综合征的发生,并进一步导致心肺肾功能障碍。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,使吸收增加,致肠道菌群失调、肠菌易位以及肠黏膜完整性破坏,成为胰周感染和多脏器功能障碍综合征发生的原因。因此早期有效改善胃肠功能,尽早恢复饮食对保护肠黏膜屏障功能、降低感染性并发症发生率有重要意义。

大黄有行瘀破积、泻热通腑、导泻、利胆、收敛作用,现代研究表明大黄运用于急性胰腺炎治疗中,可抑制胰酶活性,促进肠蠕动,尽快排除肠内粪便、积液、积气,清除有毒物质,降低腹内压及肠内压,减轻肠道负担;消除腹胀;同时具有抑菌抗感染、改善肠道微循环、保护小肠黏膜屏障作用,减少肠源性毒素吸收及细菌易位。芒硝具有泻下、消肿、利尿、抗炎等功效,具有强大的吸水能力,能将腹腔、胰腺水肿液及腹腔中积液吸出,减轻腹胀及肠道负担,促进胰腺炎症坏死好转,达到消炎止痛、预防感染、促进消化道功能尽早恢复的目的。实践证明芒硝敷于腹部数小时后凝成结晶块,说明芒硝有吸附腹部水分的作用而使腹腔肿胀的器官得以消肿。芒硝配大黄不仅具有排菌作用,还具有清除肠道内氧自由基、炎症因子等有害物质,以及促进肠道蠕动、增加肠黏膜血流量、防止肠内致病菌过度增殖和粘附、松弛 oddi 氏括约肌等作用,故有利于胰腺炎和胰周器官早期恢复并行使其正常的生理功