

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

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^[2]。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

能^[3]。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^[4]。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)

曲美布汀联合多塞平治疗功能性消化不良疗效观察

徐晓众 毛行良 徐振华
(浙江省宁波市鄞州区集仕港中心卫生院 宁波 315171)

关键词: 功能性消化不良; 曲美布汀; 多塞平
中图分类号: R 75 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2008)02-0025-02

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是指具有上腹痛、上腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等上腹不适症状,经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临床综合征,是临床上最常见的一种功能胃肠病,已成为现代社会中一个主要的医疗保健问题^[1]。笔者于 2005 年 1 月~2007 年 5 月采用曲美布汀加多塞平联合治疗 FD,取得了较为满意的效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准^[1] (1)有上腹痛、上腹胀、早饱、嗝气、恶心、呕吐等上腹部不适症状,至少持续 4 周或在 12 个月中累计超过 12 周;(2)内镜检查未发现胃及十二指肠溃疡、糜烂、肿瘤等器质性病变,未发现食管炎,也无上述疾病病史;(3)实验室、B 超、X 线检查排除肝、胆、胰疾病;(4)无糖尿病、肾病、结缔组织病及精神病;(5)无腹部手术史。

1.2 一般资料 将符合上述诊断标准的 89 例患者随机分成两组,治疗组 47 例,男 29 例,女 18 例;年龄(29± 6)岁,病程(16± 5)个月。对照组 42 例,男 24 例,女 18 例;年龄(30± 5)岁,病程(17± 5)个月。两组性别、年龄及病程等一般资料无显著性差异,具有可比性。

1.3 方法 治疗组:曲美布汀 100~200mg (体重≤50kg 为 100mg,>50kg 为 200mg),3 次/d,餐前口服;多塞平中午 12.5mg、睡前 25~50mg,口服。对照组:根据患者症状以腹痛或腹胀为主分别给予奥美拉唑 20mg,1 次/d 或莫沙必利 5mg,3 次/d,餐前口服,或上述两药同服。两组疗程均为 4 周。疗程结束后评价疗效。

1.4 疗效评价标准 显效:症状基本消除或完全消除;有效:症状明显减轻;无效:症状无改善或加重。
(*P*<0.05),观察组疗效明显优于对照组。

2 讨论

急性胰腺炎是一个全身炎性反应过程。由于各种致病因素致使胰酶外溢和酶原被激活,产生多种炎性介质及细胞因子,从而导致一系列器官及组织损害。以急腹症发病,如腹痛、腹胀、肠麻痹、腹膜刺激征,甚至休克、多器官功能不全。西医治疗:质子泵可减少胃酸分泌,抑制胃泌素及胆囊收缩素-促胰酶素的释放,从而降低胰酶分泌。奥曲肽治疗急性胰腺炎的机制主要是直接或间接地抑制胰腺外分泌功能,减少胰液分泌,从而使胰液进入胰腺组织减少,同时可抑制胆囊收缩素,对胰腺实质细胞膜具有直接保护作用。

中医学认为本病属于“腹痛、结胸、胁痛、脾心痛”等范畴,病机为热毒结聚,气滞血瘀,不通则痛,治疗应以清热解毒、理气活血、通腑为原则,自拟清胰合剂是在中医传统名方大柴胡汤基础上加減而成,基本方由生大黄、柴胡、黄芩、枳实、桃仁、丹参、赤芍等组成。大黄通腑泻热,活血化瘀,现代

1.5 统计学方法 计量资料以均数± 标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示,率的比较采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗组与对照组疗效结果见表 1。除治疗组个别病人反映轻微口干外,两组均未出现明显的不良反应,疗程结束后复查肝肾功能均未见异常。

表 1 两组疗效比较 例					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	47	19*	22	6	87.2*
对照组	42	5*	21	16	61.9*

注:两组比较,**P*<0.05。

3 讨论

FD 的发病机制虽然尚未清楚,但一般认为与胃固体排空延缓、近端胃及胃窦运动异常、幽门十二指肠运动协调失常等上胃肠道动力障碍及胃感觉过敏有关^[1]。曲美布汀主要作用有:(1)抑制 K⁺ 的通透性,引起去极化,从而使平滑肌收缩;(2)作用于肾上腺素受体,抑制去甲肾上腺素释放,从而增加运动节律;(3)抑制 Ca²⁺ 的通透性,引起平滑肌舒张;(4)作用于胆碱能神经 K 受体,从而改善运动亢进状态^[2]。通过上述作用实现对胃肠道平滑肌的双向调节作用,因而能明显减轻 FD 引起厌食、恶心、呕吐、嗝气、腹胀、腹鸣等症状。

有人认为^[3]FD 患者比健康人、消化性溃疡者更具焦虑、抑郁、多疑病症及神经质,抗抑郁治疗有明显的疗效。尽管尚没有资料能确切提出精神因素在 FD 发病原因中所占的比重,但我们在临床上发现,经常上医院就诊的患者绝大多数伴有明显的焦虑、抑郁等精神方面的症状,而一些精神症状不明显的 FD 患者往往在就诊一二次后就失访了,也有些人可能自行去药房购药而不再上医院了。因此,对经常就诊的药理研究表明^[4]:能抑制胰蛋白酶、胰脂肪酶等的活性,提高血浆胶体渗透压,促进细胞外液向血管内转移,降低血液黏稠度;大黄、柴胡、黄芩、桃仁、丹参、赤芍清热解毒、活血,能降低毛细血管的通透性,抑制炎症过程中的渗出^[5],柴胡又可镇痛^[6];枳实、莱菔子、木香、厚朴、芒硝通腑理气,降低肠管内压,有效缓解腹部症状,枳实又增加心输出量及抗休克^[7]。因而本方既可抑制急性胰腺炎时的胰液外分泌及各种消化酶活性,又能抑制炎症过程,防止休克、继发感染等并发症,起到良好的胰腺保护作用。临床研究表明:自拟清胰合剂可以明显提高急性胰腺炎的治疗效果,改善腹痛、发热、恶心、呕吐等症体征,降低急性胰腺炎患者血、尿淀粉酶,而且临床使用安全、无毒副作用,值得推广应用。

参考文献

[1]中华医学会胰腺外科学组.急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J].中华外科杂志,1997,35(12): 773
[2]沈映君,李仪奎.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1997.1
(收稿日期: 2007-10-11)