

# 中西医结合治疗急性水肿型胰腺炎 80 例疗效观察

徐玲凤 周高龙

(江西省永新县中医院 永新 343400)

关键词:急性水肿型胰腺炎;中西医结合疗法;清胰汤;善得定注射液;头孢曲松钠

中图分类号:R 576

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0017-02

急性胰腺炎是胰腺及其周围组织被胰腺本身分泌的消化酶自身消化的化学性炎症,临床以急性上腹痛、发热伴有恶心、呕吐、血及尿淀粉酶增高等为特点,可分为水肿型及出血坏死型,水肿型多见,约占 90%,预后良好<sup>[1]</sup>。自 2002 年 2 月~2009 年 2 月,笔者采用中西医结合方法治疗急性水肿型胰腺炎 80 例,取得了较满意疗效。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 130 例患者均为我院住院病人,随机分为中西医结合治疗组 80 例和西医对照组 50 例。治疗组男 53 例,女 27 例,年龄 19~64 岁,平均 43.6 岁;对照组男 32 例,女 18 例,年龄 20~66 岁,平均 45.1 岁。两组年龄、性别经统计学处理,无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。两组患者治疗前后均作三大常规、肝肾功能、腹部 B 超或 CT、心电图及血、尿淀粉酶检查。

1.2 诊断标准 参照第 6 版《内科学》制订:(1)有暴饮暴食、酗酒等诱发因素;(2)有发热、上腹痛、恶心呕吐等临床表现;(3)体检腹肌紧张,但非板样强直,伴有腹部中度压痛;(4)血及尿淀粉酶升高;(5)排除其他急腹症。

1.3 治疗方法 两组均给予禁食、补充液体、纠正水电解质紊乱、抗感染及支持治疗。对照组抑制胰腺分泌选用善得定注射液 0.1mg 皮下注射,每 8 小时 1 次;制酸剂用洛赛克 20mg+生理盐水 40mL 缓慢静推,每日 2 次;抗生素用头孢曲松钠 2g+生理

药物方面主要是激素、 $\beta_2$ 受体激动剂和支气管扩张剂(如氨茶碱),其中激素为首选。自 1988 年国外首先报道吸入呋塞米可以预防运动性哮喘开始,已经逐渐开展了许多的实践研究,虽然其作用机制尚未完全清楚,但现已探明可能与以下机制有密切关系:(1)抑制  $Cl^-$  进入气管上皮基底膜的主动转运,从而减少细胞内  $Na^+$ 、 $Ca^{2+}$  浓度,导致气道平滑肌松弛;(2)抑制运动或抗原可引起气道内肥大细胞释放介质;(3)减少气道内感觉神经末梢的传入,抑制气道中神经肽类递质的释放;(4)促进气道上皮释放扩张支气管的前列腺素  $E_2(PGE_2)$ ;(5)对气道平滑肌的舒张作用<sup>[2]</sup>。本组病人短期治疗观察结果显示,呋塞米雾化吸入治疗 40 例中临床控制及显效为 35 例(87.5%),治疗后  $PaO_2$ 、 $FEV_1$ 、 $FEV_1\%$  均有明显提高( $P<0.01$ ),表明呋塞米可使支气管哮喘病人  $PaO_2$  增高,阻塞性通气功能障碍得到改善,短期使用安全,疗效确定,未发现不良反应,有临床应用价值,且有可能使长期依赖激素的哮喘病人减少激素用量或脱离激素。但由于呋塞米治疗哮喘的临床应用研究较少,有关其使用的剂量、时间、方法仍需深入探讨。

(3)好转:哮喘症状有所减轻, $FEV_1$  或 PEF 增加 15%~24%,仍需用糖皮质激素和(或)支气管扩张剂。

(4)无效:临床症状和  $FEV_1$  或 PEF 测定值无改善或加重。

## 2 结果

1.4 观察指标 治疗前后取股动脉血做血气分析,并进行肺功能检查,由计算机自动计算出  $FEV_1(L)$ 、 $FEV_1\%$ 。

1.5 统计方法 计量资料采用  $t$  检验,对治疗前后各项指标的差异做显著性检验。

2.1 治疗效果 本组临床控制 24 例,显效 11 例,有效率 87.5%,无效 5 例,改用地塞米松和氨茶碱静脉滴注后临床控制,无不良反应。

2.2 治疗前后  $PaO_2$  及肺功能比较 见表 1。治疗前后各项指标比较,差异有极显著性意义( $P<0.01$ )。

表 1 治疗前后  $PaO_2$  及肺功能测定结果 ( $\bar{X} \pm S$ )

	$PaO_2(mmHg)$	$FEV_1(L)$	$FEV_1\%$
治疗前	78.97± 4.91	1.98± 0.47	62.12± 5.32
治疗后	88.56± 8.73	2.55± 0.54	73.08± 7.17

## 3 讨论

支气管哮喘的发病机制目前认为是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞和 T 淋巴细胞等多种炎性细胞参与的气道慢性非特异性炎症,易感者对各种激发因子具有高反应性为其重要特征。目前的治疗方案在

### 参考文献

- [1]中华医学会呼吸系病学哮喘学组.支气管的定义、诊断、治疗、严重程度分级及疗效判断标准[J].中华结核和呼吸杂志,1997,20(5):261
- [2]徐永健.难治性支气管哮喘患者药物治疗新探[J].国外医学·呼吸系统分册,2003,17(1):10

(收稿日期:2009-05-04)

盐水 100mL 静脉点滴, 1d 2 次, 左氧氟沙星 0.2g 静脉点滴, 1d 2 次。治疗组在上述治疗基础上加用中药清胰汤加减治疗, 药物组成: 大黄 12g(后下), 枳实 12g, 厚朴 10g, 芒硝 9g(冲服), 丹参 30g, 白芍 12g, 木香 10g, 黄连 15g, 柴胡 12g, 每日 1 剂, 加水煎取 300mL 左右, 分早晚 2 次服用。

1.4 观察项目 每日观察体温、脉搏、呼吸、血压及发热、腹痛、呕吐、血尿淀粉酶的变化, 观察药物的疗效及不良反应。

## 2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制订。显效: 3d 后症状与体征缓解, 7d 内消失, 血尿淀粉酶恢复正常; 有效: 7d 后症状与体征显著好转, 血尿淀粉酶有所下降; 无效: 7d 后症状与体征无减轻甚至加重, 血尿淀粉酶未下降。

2.2 治疗结果 治疗组 80 例显效 63 例占 78.75%, 有效 15 例占 18.75%, 无效 2 例占 2.50%, 总有效率 97.50%。对照组 50 例显效 30 例占 60.00%, 有效 10 例占 20.00%, 无效 10 例占 20.00%, 总有效率 80.00%。经统计学处理, 两组有显著差异 ( $P < 0.05$ )。两组患者在治疗过程中, 均未发现明显不良反应。

## 3 讨论

引起急性胰腺炎的原因很多, 其中以胆道疾患、大量酗酒和暴饮暴食为常见, 在我国, 胆源性胰腺炎约占 50%<sup>[2]</sup>。发病机制是胆汁及十二指肠液流入胰管, 激活各种胰酶原, 包括淀粉酶、脂肪酶、胰蛋白酶、磷脂酶、弹性硬蛋白酶、糜蛋白酶、胰血管舒缓素等, 从而形成胰腺自我消化过程, 最近国内外学者对急性胰腺炎的发病机制的研究已由“胰酶消化学说”转至组织介质在急性胰腺炎发病中的作用。急性胰腺炎在病理上可见胰腺肿大, 质地坚实, 部分或整个胰腺受累, 胰腺周围组织有少量脂肪坏死。组织学检查胰腺间质水肿、充血和炎症细胞浸

润, 可见少量胰泡坏死, 血管变化不明显, 内外分泌腺无损伤。临床表现为急性腹痛, 疼痛多剧烈, 常位于上腹中部偏左, 向腰背部放射, 进食后腹痛加剧, 弯腰可减轻, 伴畏寒、发热、恶心、呕吐、腹胀、食欲不振等。西医治疗急性水肿型胰腺炎主要是抑制或减少胰液分泌, 抑制胰酶活性, 使用抗生素抗感染, 纠正水电解质平衡失调等。

急性胰腺炎属于中医“胃脘痛、腹痛、胁痛、膈痛、呕吐”等范畴, 系由于饮食不当、外感时邪、饮酒过度、情志失调、蛔虫干扰等因素导致肝、胆、脾、胃功能失调, 湿热蕴结, 腑气不通所致。故治疗急性胰腺炎应以通利大便、通腑消结、清热活血、理气止痛为原则。清胰汤中的大黄对胰腺有一定的保护作用, 这与其泻下、利胆、抑制胰酶活性和增加胰液流量、调节细胞因子、松弛括约肌的作用有关<sup>[3]</sup>, 大黄还能抑制肠道菌群和内毒素的移位, 具有促进肠蠕动、解除肠麻痹、清除肠内细菌的作用, 从而减少内毒素血症的发生。芒硝的重要成分是硫酸钠, 能起到清热解毒、行气止痛、活血化瘀和消肿软坚之功, 同时还能促进胰酶性腹水的吸收, 从而减轻腹内炎症及肠壁水肿, 减少肠间脓肿和胰腺囊肿的发生。综上所述, 西医治疗胰腺炎主要是抑制胰腺的分泌功能以使胰腺得到充分休息, 而中医治疗主要是清除已被激活的胰酶等有害的病理产物, 中药与西药协同针对胰腺炎发病的各个环节, 可迅速改善胃肠功能, 抑制和降低胰液分泌, 减轻毒物对机体的损害, 进而加速胰腺功能恢复, 从而提高疗效, 且无明显不良反应, 值得推广应用。

### 参考文献

[1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第 11 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 1 826-1 832

[2] 欧阳钦, 林世富. 消化病诊疗手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 343

[3] 陈德昌, 景炳文. 大黄治疗急性胰腺炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 1994, 1(1): 8-10

(收稿日期: 2009-04-03)

(上接第 5 页) 灌洗是一种集低渗效应、药物化疗、机械冲洗及温热治疗于一体的综合治疗方法, 操作简便, 对预防术后复发和降低术后局部复发率具有积极的意义。

### 参考文献

[1] 张亚历, 张振东, 杨希山. 大肠癌的基础与临床[M]. 上海: 上海科技出版社, 1999. 230-241

[2] 周总光. 直肠癌根治术全直肠系膜切除存在的若干问题[J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(2): 96-98

[3] Elias D, El-Otmany A, Bolmay M, et al. Human pharmacokinetic study of heated intraperitoneal oxaliplatin in increasingly hypotonic solutions after complete resection of peritoneal carcinomatosis [J].

Oncology, 2002, 63: 346-352

[4] Wikamp AJ, Bbeer E, Van-Goeem R, et al. Rationale and techniques of intra-operative hyperthermic intraperitoneal chemotherapy [J]. Cancer Treat Rev, 2001, 27: 365-374

[5] 傅庆国, 孟凡东, 涂巍, 等. 腹腔内温热免疫化疗对胃及结肠直肠癌复发的防治作用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2002, 5(2): 120-122

[6] Stephen RL, Novak JM, Jensen EM, et al. Effect of osmotic pressure on uptake of chemotherapeutic by carcinoma cells [J]. Cancer Res, 1990, 50: 4 704-4 708

[7] Calabro A, Singletary SE, Tucher S, et al. In vitro thermochemosensitivity screening of spontaneous human tumors: significant potentiation for cisplatin but not adriamycin [J]. Int J Cancer, 1989, 43: 385-390

(收稿日期: 2009-05-18)