

中西医结合治疗急性胰腺炎 30 例临床观察

龚双秋¹ 刘四新²

(1 江西省樟树市洋湖乡卫生院 樟树 331200; 2 江西省樟树市中医院 樟树 331200)

关键词: 急性胰腺炎; 中西医结合疗法; 清胰汤; 抗生素

中图分类号: R 576

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)06-0057-01

急性胰腺炎是临床常见的消化系统急症之一,近年来发病率有逐渐增高的趋势,可能与人民生活水平提高,食用高脂、高蛋白食物有关,应引起重视。随着急性胰腺炎发病机制和病理生理的深入研究,临床治疗效果逐渐提高。我们 2003 年 1 月~2009 年 1 月应用清胰汤结合西医常规治疗急性胰腺炎 30 例,并与单用西医常规治疗的 20 例作对照观察,取得了较好的效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 50 例患者均经临床及血淀粉酶、尿淀粉酶、肝功能、肾功能、血常规、腹部 B 超、增强 CT 确诊为急性胰腺炎,全部病例均符合急性胰腺炎的临床诊断及分级标准^[1]。

1.2 一般资料 50 例患者分为对照组和治疗组。对照组 20 例,男性 14 例,女性 6 例;年龄 19~72 岁,平均 43.3 岁;其中轻型 18 例,重型 2 例;胆源性 10 例,暴饮暴食及饮酒 8 例,无明显诱因 2 例。治疗组 30 例,男性 20 例,女性 10 例;年龄 15~68 岁,平均 46.8 岁;其中轻型 25 例,重型 5 例;胆源性 16 例,暴饮暴食及饮酒 10 例,无明显诱因 4 例。两组资料比较,差异无统计学意义。

1.3 治疗 两组均常规给予禁食,胃肠减压,维持水电解质酸碱平衡,大量广谱抗生素抗感染,营养支持,抑制胰腺分泌,保护胃黏膜等治疗。治疗组在对照组的基础上加用清胰汤:柴胡 15g,白芍 15g,生大黄(后下)15g,黄芩 10g,胡黄连 10g,木香 10g,延胡索 10g,芒硝(冲服)10g,水煎后 50~100mL 每 6 小时胃管内注入,注药闭管 1h 后接减压器,同时以 100mL 灌肠,每 4~6 小时 1 次,连续 7d。视患者排气、排便及腹胀减轻情况,减少大黄和芒硝用量,观察患者腹部症状、体征及血尿淀粉酶、血常规、肝功能等。

1.4 疗效评定标准 (1)腹痛、腹胀、发热、呕吐症状缓解,有排便或肛门排气;(2)腹肌紧张、腹部压痛、反跳痛等消失,肠鸣音恢复;(3)血尿淀粉酶、血常规、肝功能恢复正常。显效:4d 内达上述 3 项标准。有效:7d 内达到上述 3 项标准者。无效:>7d 未达到

以上标准。

1.5 结果 治疗组 30 例中,显效 22 例,有效 6 例,无效 2 例,总有效率为 93.3%。对照组 20 例中,显效 8 例,有效 6 例,无效 6 例,总有效率为 70.0%。治疗组总有效率明显优于对照组($P < 0.05$)。

2 讨论

急性胰腺炎起病急,若早期未得到及时有效的治疗,病情极易恶化。目前认为胰腺炎的发病机制与胰酶的激活、酶血症、大量细胞因子和炎症介质的产生,引起过强的炎症反应和异常的免疫反应密切相关,从而引起肠道运动减弱,甚至发生麻痹性肠梗阻,继发肠道细菌过度生长和肠黏膜屏障破坏,引起内毒素血症,并可导致继发细菌感染,甚至加重胰腺炎及出现并发症^[2]。因此治疗急性胰腺炎的研究已不局限于寻找胰酶抑制剂,而更多的集中在消除使胰腺炎加重的因素上,包括保护胃肠道黏膜屏障,阻断内毒素血症的发生。我们采用清胰汤治疗急性胰腺炎可明显改善患者临床症状,使多数患者可不经进展期而直接进入恢复期,加之中药灌肠可清洁肠道,使肠道大量的致病菌和毒素及时排出,减少肠源性细菌移位,恢复肠道功能,避免肠麻痹,提早通气,有效防止感染的发生。清胰汤方中大黄能清热解暑,泻下通腑。实验结果表明,大黄有利胆、利胰、降酶、弛张括约肌的综合作用。芒硝清热泻下,协助大黄通腑泻浊。两者联用可降低腹内压,避免腹腔间隙综合征的发生,改善腹腔脏器的灌注及心、肺、肾功能,从而减少多器官功能不全的发生。根据对比结果,我们认为在西医综合治疗的基础上应用清胰汤口服加灌肠联合治疗急性胰腺炎取得了较好的疗效,无明显不良反应,值得临床应用。

参考文献

- [1]中华医学会外科学会胰腺组.急性胰腺炎的临床诊断及分级标准(1996 年第二次方案)[J].中华外科杂志,1997,35(3):773-774
- [2]李述蓬,余惊宵.中西医结合治疗急性胰腺炎 32 例观察[J].中国中西医结合杂志,2007,27(10):938-939

(收稿日期: 2009-06-03)