

中西医结合治疗急性胰腺炎 50 例

潘学武 龙勇

(江西省宜春市人民医院 宜春 336000)

关键词:急性胰腺炎;中药胃管注入;中药外敷;中西医结合疗法

中图分类号:R 567

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.020

急性胰腺炎是一种严重的分解代谢疾病,病情发展迅速,甚至危及生命,重型胰腺炎常由于剧烈全身炎症反应和全身性感染引起呼吸困难、休克、多器官功能障碍(MODS)。治疗中如何控制其发展是提高急性胰腺炎治愈率和降低病死率的关键。我院采用中西医结合的方法治疗急性胰腺炎,收到较好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院 2000 年 1 月~2010 年 1 月收治急性胰腺炎 86 例,均符合本科教材《内科学》诊断标准,CT 提示胰腺有不同程度肿大。单纯西医治疗(对照组)36 例,男 24 例,女 12 例;年龄 22~78 岁;病程 1~65 h;胆源性 18 例,暴饮暴食 13 例,高脂血症 2 例,无明显诱因 3 例。中西医结合治疗(试验组)50 例,男 30 例,女 20 例;年龄 23~75 岁;病程 3~70 h;胆源性 25 例,暴饮暴食 18 例,高脂血症 4 例,无明显诱因 3 例。两组一般资料比较无显著性差异,具有可比性。

1.2 方法 对照组采用禁食、胃肠减压、纠正水电解质平衡失调、抑制胰液分泌、应用抗生素及营养支持、应用生长抑素及制酸药物治疗。试验组在此基础上,加用中药汤剂:大黄 10 g、厚朴 25 g、枳壳 15 g、木香 15 g、桃仁 10 g、赤芍 10 g、黄芪 25 g、当归 15 g、金银花 15 g、蒲公英 30 g,水煎 200 mL,分 3~4 次经胃管注入。并以芒硝 250 g+冰片 100 g 碾成细颗粒状,以白醋调匀装入布袋持续外敷腹部,尤其是胰腺体表投影区,及时更换新药。

1.3 疗效标准 临床治愈:症状、体征消失,血常规、血和尿淀粉酶复查完全恢复正常,B 超及 CT 复查完全正常。显效:临床症状、体征有改善,血常规、血和尿淀粉酶基本恢复正常,B 超及 CT 复查有改善。无效:临床症状、体征改善不明显,血常规、血和尿淀粉酶及 B 超、CT 复查均无改善或加重,或中断内科治疗者。

1.4 统计学方法 采用 SPSS11.0 统计学软件进行处理。

2 结果

2.1 并发症 对照组并发腹膜炎 29 例,黄疸 7 例,腹水 5 例,肠梗阻 4 例,休克 1 例,低氧血症 1 例。试验组并发腹膜炎 20 例,黄疸 6 例,腹水 4 例,肠梗阻 3 例,低钾血症 2 例,肾功能不全 1 例。两组比较差异有显著性,试验组并发症的发生率低于对照组。

2.2 肠功能恢复时间 对照组肠功能恢复时间为(5.56±1.73) d,治疗组肠功能恢复时间为(2.56±0.98) d,试验组肠功能恢复时间较对照组明显缩短。

2.3 淀粉酶恢复正常时间 对照组血和尿淀粉酶完全恢复正常时间为(6.48±1.56) d,试验组血和尿淀粉酶完全恢复正常时间为(4.36±1.12) d,试验组的恢复时间较对照组明显缩短。

2.4 两组疗效比较 对照组临床治愈 23 例,显效 6 例,无效 7 例,总有效率为 80.6%;试验组临床治愈 43 例,显效 4 例,无效 3 例,总有效率为 94.0%。两组总有效率比较,差异有显著性(P<0.05)。

3 讨论

急性胰腺炎发病机制有众多因素的参与,如胰酶引起自身组织的消化、胰腺的微循环障碍、氧自由基的作用、内毒素等,可导致全身脏器的损害,病情发展迅速,甚至危及生命,尤其急性重症胰腺炎易合并器官功能障碍或局部并发症,病死率高。治疗中如何控制其发展是提高急性胰腺炎治愈率和降低病死率的关键。目前,中医药在急性胰腺炎治疗中的作用已得到肯定。按中医理论,急性胰腺炎属“胃脘痛”、“脾心病”、“结胸”等范围,系由肝胆失疏、湿热蕴结之病机,进一步演变为热毒炽盛,瘀热内阻,或上迫于肺,或内陷心包,或热伤血络则谓之重型。其病机之关键是实热血瘀。因此,以通腑泄

质的清除作用[J].中国实用内科杂志,2000,20(9):553-555
[3]杨焕荣.黄芪对 CRF 患者免疫功能影响[J].中西医结合实用临床急救,1997,4(9):404-405
[4]叶传惠.中医药治疗 CRF 思路与方法[J].中国临床医生,2002,30(1):52
[5]鲁祥明.大黄的临床应用及药理浅析[J].中医药信息,1997,14(3):18
(收稿日期:2011-03-22)

中西医结合治疗在中老年腹腔镜胆囊切除围手术期的应用

鲁斌 章征文 杨龙宝 徐泽利

(江西省九江县人民医院 九江 332100)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗在中老年腹腔镜胆囊切除围手术期的意义和作用。方法:选取中老年择期行腹腔镜下胆囊切除术的病例,分为中西医结合治疗组和对照组,治疗组在手术前、后均服用疏肝柴胡汤加减,对照组不予以中药处理。对围手术期内患者全身治疗情况进行分析。结果:中西医结合治疗对腹腔镜胆囊切除术后中老年患者有较好的疗效,可有效减少并发症的发生和加快康复出院。结论:胆囊结石、胆囊炎为中老年常见病、多发病,在中老年腹腔镜胆囊切除围手术期运用中西医结合治疗可减少并发症的发生,有利于患者早日康复。

关键词:腹腔镜胆囊切除;中西医结合疗法;围手术期

中图分类号:R 657.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.021

胆囊结石、胆囊炎属中医学“黄疸、胁痛”等范畴,《千金要方》曰:“左手关上脉阴突者,足厥阴肝经也,痛苦心下坚满,常两胁下痛,息忿忿如怒状,名由肝实热也。”对于胆囊结石、胆囊炎的治疗,腹腔镜胆囊切除术已成为胆囊切除手术的金标准^[1]。由于中老年人主要器官及组织逐渐老化,身体内外生理、心理环境发生改变,应急代偿、消化吸收、修复功能及机体抵抗力等都很差,加之老年人常伴有糖尿病、心肺功能不全、肾功能不全、高血压、便秘、胃肠功能差等慢性基础病,当机体受到麻醉、手术和病痛打击后,术中、术后可能出现各器官的功能异常及并发症。虽然腹腔镜技术现已日趋成熟普及,但腹腔镜胆囊切除仍存在一定的合并症^[2]。多年实践证明,中西医结合治疗在提高围手术期安全性方面发挥着越来越重要的作用^[3]。我们对中老年胆囊结石、胆囊炎患者围手术期采用中西医结合治疗,取得较好的临床疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 68 例患者均为本院 2004 年 1 月~2010 年 5 月住院患者,均因急性腹痛、发热入院或热、活血化瘀为治疗大法。现代研究证明,大黄能抑制胰酶的分泌,对胰蛋白酶、胰弹性酶、胰糜蛋白酶、胰激肽释放酶及胰脂肪酶均有明显抑制作用,并使胰淀粉酶活性降低,对胰腺细胞有直接的保护作用;能提高血浆渗透压,降低血液黏稠度,改善微循环,保护肠黏膜屏障,减少肠道细菌易位,抑制肠道内毒素的产生,减少重症急性胰腺炎的内毒素血症。赤芍具有养血活血、通络化瘀的作用,能改善血液流变学异常,加速血流,从而增加局部血液灌注,疏通微循环,并能提高机体耐缺氧能力,促进胰腺组织的恢复。本组采用中药汤剂胃管注入,既可以促进胃肠蠕动,增加排便次数,减少胃肠道细菌数量,减少胃肠道细菌易位所致感染;又可以减轻病人腹胀,促进黄疸消退,减缓病人症状。芒硝外用

已确诊胆囊结石而无症状要求入院 LC 治疗。B 超检查示胆囊结石、急性或慢性胆囊炎,胆囊壁增厚程度不一,胆囊增大或萎缩。随机分为两组,治疗组 34 例,男 15 例,女 19 例,年龄 55~76 岁,平均年龄(65.4±3.8)岁;对照组 34 例,男 16 例,女 18 例,年龄 55~75 岁,平均年龄(65.1±4.0)岁。治疗组伴高血压 12 例,糖尿病 4 例,慢性支气管炎 3 例,冠心病 5 例,习惯性便秘 5 例。对照组伴高血压 11 例,糖尿病 4 例,慢性支气管炎 4 例,冠心病 3 例,习惯性便秘 5 例。两组患者性别、年龄、伴发病分布比较差异无统计学意义。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前常规治疗 (1)入院后均给予血分析、血型、血电解质、大肝功能、肾功能、血糖、血脂、血凝四项、大小便常规等检查,完善心电图、胸片、肺功能、腹部 B 超等检查,必要时行 24 h 心电图及心脏彩超检查。(2)无症状胆石症患者给予低脂普食或半流质饮食,急性胆囊炎疼痛发作患者给予流质或禁食处理,静脉补充营养及液体,纠正水、电解质失衡,解痉止痛对症处理。(3)抗感染治疗,无症状能起到清热解毒、行气止痛、活血化瘀和消肿软坚之功,加之冰片有清热消肿、止痛的功能。两药同时外敷可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率,缩短住院日。

急性胰腺炎的预后凶险,主要表现在其诱发的全身炎症反应综合征(SIRS),最终导致多器官功能障碍(MODS)。本研究结果显示,中西医结合治疗胰腺炎可减轻患者的腹痛、腹胀,改善胰腺的微循环,抑制胰酶的激活,有效地保护胃肠黏膜屏障,从而在控制胰腺炎的发展中起到积极作用,并可提高治愈率,降低病死率。且药源丰富,使用方便,费用较低,适用于急性胰腺炎的综合用药。

(收稿日期:2011-03-02)