

中西医结合治疗重症急性胰腺炎 30 例体会

徐亦熊 柯子君

(江西省武宁县人民医院 武宁 332300)

关键词:急性胰腺炎;中药内服;中药灌肠;中西医结合疗法

中图分类号:R 657.51

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.059

重症急性胰腺炎属于临床常见急腹症之一,主要是胰酶激活引起的胰腺自身消化、出血、坏死等炎症反应^[1]。该病起病急、病情发展快、病理变化复杂,发病早期即有可能引起全身炎症反应综合征(SIRS)、多脏器功能不全(MODS)等严重后果,其致死率可高达 20%~30%^[2]。我院 2010 年 7 月~2012

年 4 月期间,采用中西医结合方法治疗急性胰腺炎患者 30 例,取得较好疗效。现报道如下:

1.2 误诊情况 同期诊治亚急性甲状腺炎患者 25 例,15 例被误诊,误诊率为 60%;其中 6 例误诊为上呼吸道感染,4 例误诊为甲亢,2 例误诊为桥本甲状腺炎,1 例误诊为恶性肿瘤,1 例误诊为淋巴结炎,1 例误诊为咽炎。

2 讨论

亚急性甲状腺炎是临床少见的一种疾病,早期特征多不典型。起病前 1~3 周多有病毒感染史,最常误诊为上呼吸道感染,从而采取抗病毒、抗细菌治疗;也可误诊为甲亢、桥本甲状腺炎、淋巴结炎、咽炎以及恶性肿瘤等其他疾病,从而延误治疗。

本病典型病例诊断不难,诊断依据有:(1)起病急,有明显的上呼吸道感染或继之出现的甲状腺肿痛是本病的典型临床特征,部分病例可伴有发热,典型的多见于 40~50 岁的女性。(2)急性期血沉增快,早期阶段 ESR>50 mm/h。(3)核医学检测:血清 T₃、T₄ 增高;甲状腺 ¹³¹I 摄取降低具有特征性的分离现象:甲状腺 ¹³¹I 摄取率明显降低,各项均呈现低值;甲状腺核素显像早期提示功能降低,甲状腺核素检查与甲状腺 ¹³¹I 检查之间有较好的平行关系。甲状腺核素显像不仅能反映甲状腺功能,而且可判断甲状腺受累的程度和范围,有助于临床诊断^[3]。(4)糖皮质激素或非甾体类消炎药治疗有效。(5)必要时行甲状腺穿刺,取得病理学依据。

常见误诊原因分析:(1)对亚急性甲状腺炎认

识不足:因本病临床不多见,大多数年青医师从未诊治过,加之部分病例早期症状多不典型,如以发热、咽痛或颈痛发病,未行 T₃、T₄、TSH 及甲状腺摄取 ¹³¹I 检查和同位素扫描检查或没有条件检查,以致被误诊为上感、咽炎或淋巴结炎。(2)未进行全面体格检查和详细询问病史:往往只根据患者的主观症状或局部体征下结论,只看到某一部位的病症,如发病前受凉、出现发热、咽痛即认为上呼吸道感染或咽炎,出现心悸、多汗即认为是甲亢,未进一步询问发病及治疗情况,从而造成误诊。(3)疗效不佳,未考虑诊断是否有误:疗效常能验证临床诊断的正确与否,当拟诊的疾病给予相应的治疗后疗效不佳时,应考虑到诊断是否有误。(4)辅助检查不完善:部分患者甲状腺检查无特异性,有 T₃、T₄ 升高,即认为是甲亢;T₃、T₄ 正常,B 超示为腺瘤即考虑甲状腺瘤,过分相信辅助检查,未进一步行甲状腺核素扫描等检查。(5)对于老年人或儿童亚急性甲状腺炎,临床表现多无特异性,更容易被误诊或漏诊,需要医生有一定的临床经验^[4-5]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2010 年 7 月~2012 年 4 月收治的重症急性胰腺炎患者 60 例,其中男 34 例,女 26 例,年龄 23~71 岁,临床症状主要有上腹部剧痛、

综上所述,患者就诊时应仔细询问病史,全面体格检查,综合实验室检查,必要时甲状腺细针穿刺或甲状腺活检,综合分析提高早期亚急性甲状腺炎的确诊率,减少误诊率,尽早解除患者病痛。

参考文献

[1]杨维良,张东伟.亚急性甲状腺炎的诊断与治疗[J].医师进修杂志,2005,28(6):2-4
[2]陈灏珠.实用内科学[M].第 11 版.北京:人民卫生出版社,2002.1 167-1 169
[3]谢昌辉,马志海,朱琳,等.亚急性甲状腺炎的核医学分型诊断研究[J].中国实用医刊,2009,36(13):16-20
[4]郝孝君,李凤岐,张奇亮,等.老年人亚急性甲状腺炎 53 例临床分析[J].中华核医学杂志,2002,22(2):113
[5]毕亚,纪连福,钱叶普,等.小儿亚急性甲状腺炎 12 例误诊分析[J].中华普通外科杂志,2000,15(1):56

(收稿日期:2012-02-24)

野苏胶囊治疗胃病 30 例疗效观察

娄金华

(贵州省余庆县松烟中心卫生院 余庆 564401)

关键词:野苏胶囊;胃溃疡;中西医结合疗法

中图分类号:R 573

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.060

胃病是指胃黏膜的病变及舒缩功能失调所致的消化、吸收功能异常,包括急性胃炎、慢性胃炎、胃下垂、胃神经官能症及消化道疾病,临床表现为上腹饱胀、反酸、呃逆、腹痛及便血,胃病的发生与饮酒、吸烟、刺激辛辣食物、药物、气候及精神神经因素等均有关。2010 年 6 月~2011 年 4 月我科在西医常规内科治疗基础上加用中药野苏胶囊治疗胃病 30 例,取得较好疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 2010 年 6 月~2011 年 4 月收治符合胃病诊断标准的患者共 60 例,其中男性 32 例,女性 28 例。随机分为两组,治疗组 30 例,年龄 18~48 岁,平均 28 岁,病程 0.5~10 年,平均 5.0 年;对照组 30 例,年龄 19~47 岁,平均 26 岁,病程 0.8~8 年,平均 4.5 年。两组性别、年龄、病情严重程度差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 (1)有明显的上腹饱胀、腹痛、嗝气、反酸、呃逆或伴有便血;(2)上腹正中及偏左有

压迫疼痛;(3)经过纤维胃镜检查确诊。

1.3 治疗方法 所有患者在治疗期间均戒烟禁酒,忌食辛辣刺激性食物。治疗组口服野苏胶囊(国药准字 Z20000135,0.33 g/粒)3 次/d,每次 3~4 粒;阿莫西林胶囊 1.0 g,3 次/d;奥美拉唑胶囊 10 mg,2 次/d;7 d 为 1 个疗程。对照组口服阿莫西林胶囊 1.0 g,3 次/d;吗丁啉 10 mg,3 次/d;奥美拉唑胶囊 10 mg,2 次/d;胶体果胶铋胶囊 4 粒,3 次/d;7 d 为 1 个疗程。两组均连续用药 1 个月,然后做出评价。

1.4 疗效判断标准 (1)治愈:临床症状、体征消失,即上腹饱胀病痛消失,嗝气、反酸、呃逆停止,便血及腹痛消失;(2)有效:临床症状、体征好转,便血减少,腹部压痛减轻;(3)无效:临床症状、体征无改变或加重。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 临床疗效比较 治疗组总有效率优于对照组,两组比较有显著性差异。见表 1。



频繁恶心呕吐、腹胀、肛门停止排便排气、高热,体检可有腹部压痛、肌卫、反跳痛,肠鸣音减弱或消失。随机分为观察组和对照组各 30 例。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予患者吸氧、心电监护,根据病情常规禁食 2~3 周;插胃肠减压管并准确记录引流量;保障补液充足,必要时补充血浆、白蛋白等胶体溶液,纠正水电解质紊乱;给予抑酸、解痉止痛、抗炎、抑制胰液分泌(奥曲 0.5 mg+NS 50 mL 持续静脉泵入)等药物治疗;保证每日能量供应,准确记录每日尿量,可在大量补液的前提下,适当应用速尿或甘露醇以保护肾功能。

1.2.2 观察组 采用中西医结合疗法,除给予上述西医疗法外,可给予中药通里攻下。药方主要组成包括生大黄、金银花、柴胡、黄芪、芒硝、生地黄以及枳实、厚朴、木香、白芍等,可根据患者病情加减药味。每日 2 剂,总量约 200 mL,口服 1 剂,灌肠 1 剂,保留灌肠时间 30~60 min。1 周为 1 个疗程。

1.3 结果 观察组治愈 15 例,有效 12 例,无效 3

例,总有效率为 90.0%;对照组治愈 8 例,有效 12 例,无效 10 例,总有效率为 66.7%。中西医结合综合疗法总有效率明显高于西医对症治疗,并且观察组胃肠减压时间、腹痛腹胀症状缓解时间、血淀粉酶恢复时间、平均住院时间以及并发症发生人数均低于对照组。

2 讨论

重症急性胰腺炎是胰腺分泌的消化酶引起的自身组织炎症反应,其常规的治疗方法包括禁食、胃肠减压、抑制胰酶分泌、抗炎等。而中医方剂有抑制胰酶活性、促进肠蠕动、活血化瘀、消炎止痛、通畅血供等功效。本文对 60 例重症急性胰腺炎患者分别给予中西医结合疗法和西医疗法,结果发现中西医结合可以更快地缓解患者腹痛腹胀症状、缩短总住院时间、减少并发症发生,总有效率明显提高。

参考文献

[1]刘冬军,王小英.中西医结合治疗重症急性胰腺炎 56 例疗效观察[J].实用中西医结合临床,2011,11(1):22-23
[2]中华医学会外科学分会胰腺学组.重症急性胰腺炎诊治指南[J].中华外科杂志,2007,45(11):727

(收稿日期:2012-07-30)